

Под редакцией Б. Д. Карвасарского

VI

ДЛЯ ВУЗОВ

Психотерапия

4-е издание

Рекомендовано Департаментом образовательных  
медицинских учреждений и кадровой политики  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
в качестве учебника для студентов медицинских вузов  
[^ППТЕР

Москва ■ Санкт-Петербург ■ Нижний Новгород ■ Воронеж  
Ростов-на-Дону ■ Екатеринбург ■ Самара ■ Новосибирск  
Киев ■ Харьков ■ Минск  
**2012**

ББК 53.57я7 УДК 615.851(075) П86

П86 Психотерапия: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского — СПб.: Питер, 2012. — 672 с.: ил.

ISBN 978-5-459-01164-7

В четвертом издании учебника (предыдущие вышли в 2000, 2002, 2008 гг.), подготовленном известными учеными и организаторами психотерапевтической службы, изложены современ­ные представления о психотерапии: ее интердисциплинарные основы, механизмы лечебного действия и оценка его эффективности, основные направления и методы психотерапии, ее воз­растной и транскультурный аспекты, особенности применения в различных областях медици­ны, организация психотерапевтической помощи. Учебник содержит тестовый контроль зна­ний по психотерапии и список рекомендуемой литературы.

Для студентов медицинских вузов и врачей общей практики.

ББК 53.57я7 УДК 615.851(075)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

© ООО Издательство «Питер», 2012

ISBN 978-5-459-01164-7

*Владимиру Николаевичу Мясищеву*

*посвящаем*

*Авторы*

9

.. 11

.. 13

.. 15

.. 36

.. 56

.. 58

.. 64

.. 72

.. 79

120

131

156

164

171

173

173

231

282

307

**Оглавление**

Список авторов

Предисловие к третьему изданию

Г л а в а 1

ОБЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение психотерапии и содержание основных понятий

Краткий исторический очерк

Интердисциплинарный характер психотерапии и ее основы

Научные основы психотерапии

Клинические основы психотерапии

Физиологические основы психотерапии

Психологические основы психотерапии

Механизмы лечебного действия психотерапии

Взаимоотношения врача и больного в психотерапии

Оценка эффективности психотерапии

Альтернативная психотерапия

Г л а в а 2

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ....

Основные направления в психотерапии

Динамическое направление в психотерапии

Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии

Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии

Основные формы психотерапии

Индивидуальная психотерапия 307

Семейная психотерапия 315

Групповая психотерапия 351

Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество 385

[Другие направления в психотерапии 395](#bookmark51)

Суггестивная психотерапия 395

Арттерапия 428

Телесно-ориентированная психотерапия 441

Трансактный анализ 448

Кризисная психотерапия 452

Терминальная психотерапия 466

Краткосрочная психотерапия 469

Интегративные тенденции в психотерапии 482

Глава 3

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ 489

[Психотерапия в различных областях медицины 491](#bookmark122)

Психотерапия в психиатрии 491

Психотерапия в наркологии 511

Психотерапия в неврологии 529

Психотерапия в соматической медицине 537

Психотерапия в хирургии 545

[Возрастные аспекты психотерапии 555](#bookmark147)

Психотерапия у детей и подростков 555

Психотерапия в геронтологии 585

[Психотерапия и фармакотерапия 590](#bookmark158)

[Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация 598](#bookmark161)

[Транскультурный подход в психотерапии 604](#bookmark165)

Г л а в а 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 621

Особенности и различные формы организации психотерапевтической

помощи 623

[Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи 639](#bookmark176)

[Обучение в области психотерапии 651](#bookmark180)

Шифры заболеваний по Международной классификации болезней (10-й

пересмотр), упоминаемых в учебнике 659

[Ответы на контрольные вопросы (тестовый контроль) 662](#bookmark186)

[Именной указатель 665](#bookmark187)

[Список рекомендуемой литературы 670](#bookmark188)

Список авторов

Абабков Валентин Анатольевич Исурина Галина Львовна Казаковцев Борис Алексеевич Карвасарский Борис Дмитриевич Кулаков Сергей Александрович Назыров Равиль Каисович Подсадный Сергей Александрович Полторак Станислав Валерьевич Ташлыков Виктор Анатольевич Чехлатый Евгений Иванович

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

Выход в свет третьего издания учебника «Психотерапия» пришелся на вре­мя радикальных изменений в медицине и здравоохранении нашей страны.

Медицинская помощь в предшествующий период начала отставать от со­временных достижений медицинской науки и практики и существующих ми­ровых стандартов. Резкие изменения социально-экономических условий, про­изошедшие в конце прошлого, начале нынешнего столетий, ставили перед организаторами здравоохранения задачи удержания качества и объема меди­цинской помощи на прежнем уровне, но не позволяли серьезно говорить о ее развитии.

В последние несколько лет, начиная с 2003 г., в связи со стабилизацией ос­новных экономических показателей начались глубинные реформы всего здра­воохранения, представленные в первую очередь в Федеральном Законе РФ от 4 июля 2003 г. № 95 «О внесении изменений и дополнений в Федеральный Закон “Об общих принципах организации законодательных (представитель­ных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российс­кой Федерации”». Подверглись пересмотру многие основополагающие прин­ципы организации медицинской помощи. Суть происходящих изменений в здравоохранении заключается в построении социально-ориентированной и эффективной, с одной стороны, и экономичной системы медицинской помо­щи — с другой. Предполагается изменение базовых критериев помощи, ее со­циальной значимости, формирование новых стандартов оказания медицинс­кой помощи и оценки условий ее взаимодействия с управляющими и финан­сирующими структурами.

Психотерапия, как сравнительно молодая специальность, неизбежно пере­живает кризис становления в значительно большей мере, чем другие устояв­шиеся медицинские дисциплины. Причем некоторые принципиальные вопро­сы психотерапии как медицинской специальности являются чрезвычайно сложными, в первую очередь это проблемы стандартизации. Можно без пре­увеличений сказать, что нынешняя эпоха перемен — экзамен для психотера­певтической специальности на зрелость. Примером может служить известный экономический кризис 1998 г., сопровождавшийся резким снижением бюдже­та здравоохранения, повлекший общее сокращение объемов оказания психоте­рапевтической помощи в большинстве регионов страны.

Данные мониторинга психотерапевтической помощи, проводимые Феде­ральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава Российской Федерации, показали значительные раз­личия в динамике объемов психотерапевтической помощи в различных реги­онах, суть которых может быть сведена к простой схеме: слабые психотера­певтические службы в условиях повышения требований к ее качеству и эко­номической целесообразности показывают свою нежизнеспособность. Так введение первых стандартов психотерапевтической помощи в 1995 г. приве­ло к закрытию тех психотерапевтических кабинетов, которые не способны оказывать помощь на должном уровне. В то же время рaзвитые системы не только не утрачивают своих позиций, но и увеличивают объем и спектр пси­хотерапевтической помощи.

В такой ситуации главный акцент в развитии психотерапии перемещает­ся из содержательно-методического в научно-организационный. В связи с этим авторы учебника внесли дополнения в главу 4 «Организация психотерапевти­ческой помощи», в которой представлен не только опыт успешной организа­ции психотерапевтической помощи в предыдущие годы, но и особенности ее развития в условиях реформы отечественного здравоохранения. Этот опыт будет несомненно полезен специалистам, которые берут на себя ответствен­ность за психотерапию в период перемен.

Г л а в а

**ОБЩАЯ**

**ПСИХОТЕРАПИЯ**

*Определение психотерапии и содержание основных понятий ■*

*Краткий исторический очерк ■ Интердисциплинарный характер психотерапии и ее основы ■ Механизмы лечебного действия психотерапии ■ Взаимоотношения врача и больного в психотерапии ■ Оценка эффективности психотерапии ■*

*Альтернативная психотерапия ■*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и ме­тодологию, собственный категориальный аппарат и терминологию и т. д., одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисцип­лину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных ме­тодов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого оп­ределения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют вни­мание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психоте­рапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии, можно привести следующие ее определения, которые обязательно включа­ют такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

* «система лечебных воздействий на психику и через психику — на орга­низм человека»;
* «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;
* «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологи­ческие подходы и включающих такие понятия, как межличностное взаимо­действие, психологические средства, психологические проблемы и конфлик­ты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

психотерапия —

* «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при ре­шении возникающих у них проблем и затруднений психологического характе­ра»;
* «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаи­моотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведе­ния, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются нега­тивными»;
* «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих вза­имоотношений»;
* «персонализованная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения че­ловека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоре­чиями».

Хотя и является довольно общим, но при этом в какой-то мере объединя­ет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет со­бой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Обращает на себя внимание, что в определениях, которые условно мож­но назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздей­ствия на психику (и через психику — на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. psyche — душа, therapeia — лече­ние), то есть указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины — физиотерапия, фармакотерапия, иглотерапия и пр. — указывают не на объект, а на средства воздействия: физиотерапия — воздействие, лечение физикальными средствами, фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является более адекватным и пра­вильным, сказать трудно. Можно надеяться, что процесс развития психоте­рапии как научной дисциплины внесет когда-нибудь большую определен­ность и в сам этот термин. Однако следует обратить внимание на то, что понятие «воздействие» (вмешательство, интервенция) входит в самые раз­личные определения психотерапии.

Психотерапевтическое вмешательство. Психотерапевтическое вмеша­тельство, или психотерапевтическая интервенция — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенны­ми целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозна­чать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточ­нение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании это­го выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, со­ответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоанали­тический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтичес­кими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Психология и медицина применяют различные виды вмешательств (ин­тервенций). Перрe и Бауманн подразделяют все виды интервенций, исполь­зуемые в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотера­пия). Психологические интервенции в медицине, или клинико-психологичес­кие интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешатель­ства.

Клинико-психологические вмешательства. Для более четкого понимания соотношения понятий психотерапевтические и клинико-психологические вме­шательства следует рассмотреть основные характеристики последних. С точ­ки зрения Перрe и Бауманна клинико-психологические интервенции характе­ризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилак­тика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достиже­ние изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпи­рической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, которые выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когни­тивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализу­ются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психологических характеристик, психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение со­стояния организма. Типичными психологическими средствами являются бе­седа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интер­венций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Подроб­нее функции клинико-психологических интервенций будут рассмотрены ниже, так как это имеет значение для понимания соотношения таких поня­тий, как психотерапия, психологическое консультирование, психологическая коррекция и др. Цели клинико-психологических интервенций отражают це­левую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определя­ют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориента­цией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизация личности, развитие личнос­тных ресурсов и т. д.), так и на конкретные, более близкие цели (например, преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков и т. д.). Одна­ко всегда психологические средства воздействия должны четко соответство­вать целям воздействия, которые, кроме выбора средств, определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Тео­ретическая обоснованность клинико-психологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной пси­хологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности.

Научная оценка эффективности психотерапевтических воздействий явля­ется чрезвычайно важной проблемой. Ответить на вопрос об эффективнос­ти того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхо­да могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные исследования, про­веденные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (четкое определение метода психотерапии, гомогенность мате­риала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделений функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.). Профессиональные действия — важная характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, то есть професси­оналами (подготовленными в области клинической психологии и психотера­пии врачами, психологами и социальными работниками).

Перрe и Бауманн подчеркивают, что три последние характеристики (те­оретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клинико-психологи­ческих интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели клинико-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, те­рапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществля­емая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической ин­тервенцией и соответствует термину психотерапия.

Таким образом, понятие «клинико-психологическая интервенция» являет­ся более общим по отношению к понятию «психотерапия» («психотерапевти­ческая интервенция») и охватывает сферы профилактики, лечения, реабили­тации и развития.

Роль клинико-психологических вмешательств в профилактических целях состоит в выявлении контингентов риска и разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с лицами, имеющими разнообраз­ные трудности и проблемы психологического характера, кризисными лично­стными и травматическими стрессовыми ситуациями, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышаю­щими риск возникновения нервно-психических и психосоматических рас­стройств. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации, прежде всего, направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного. При нервно-психических заболеваниях, кото­рые характеризуются достаточно выраженными личностными изменениями, нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного фун­кционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычай­но важную роль, выполняя функцию психотерапии (лечения). Клинико-пси­хологические воздействия в целях реабилитации направлены на изменение реакции личности на болезнь, психологические и социально-психологические последствия хронических заболеваний и пр. Следует также указать, что кро­ме «личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

Развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клини­ко-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реа­билитация, наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профи­лактической, реабилитационной), способствуют также развитию и гармони­зации личности за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутри- и межличностных конфликтов, разви­тию новых более адекватных способов эмоционального и поведенческого ре­агирования, более точного понимания других людей и взаимодействия меж­ду ними в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент- центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост является одной из важнейших задач. Следовательно, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психо­логическое консультирование в клинике (например, консультирование паци­ентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходя­щими собственно психотерапевтическое лечение, а обратившимися за помо­щью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболевани­ем) способствует новому видению человеком самого себя и своих конфлик­тов, эмоциональных проблем и особенностей поведения, что в дальнейшем может приводить к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональ­ной и поведенческих сферах и, таким образом, способствовать развитию лич­ности.

Психологическая коррекция. Термин «психологическое (клинико-пси­хологическое) вмешательство», широко распространенный в зарубежной ли­тературе, у нас используется еще редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представ­ляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин получил распространение в начале 70-х годов прошлого века. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, главным образом, групповой. Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевти­ческой) работой, носили, преимущественно, теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовы­вали эту возможность, но и были в то время за счет базового психологичес­кого образования более подготовлены к такого рода деятельности, во всяком случае, к работе в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку пси­хотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только врач, имеющий высшее медицинское образование, то распростране­ние термина «психологическая коррекция» в определенной мере было на­правлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — психологической коррекцией. Однако вопрос о соотношении по­нятия «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, причем здесь можно указать две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». Однако при этом не учи­тывается, что психологическая коррекция, как направленное психологичес­кое воздействие, реализуется не только в медицине (можно указать две ос­новные области ее применения: психопрофилактика и собственно лечение — психотерапия), но и в других сферах человеческой практики, например, в пе­дагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психоло­гическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция пре­имущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Однако такое жесткое ограничение сферы применения в медицине пси­хологической коррекции представляется в определенной степени искусст­венным. Во-первых, если подобные представления кажутся вполне убеди­тельными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов, например, полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удается, так как невроз — это заболевание динамическое, при котором не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в зна­чительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вто­рых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фак­тор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психо­терапии (одного из компонентов лечебного процесса). Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне кон­кретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обусловливает на­правленность методов психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать мето­ды психологической коррекции как методы психотерапии. Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от на­правленности на вторичную и третичную профилактику основного заболе­вания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком слу­чае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения).

Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилак­тика не ограничивают свою практику лишь методами психологической кор­рекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психоте­рапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Пси­хологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, пони­мается как целенаправленное психологическое воздействие. Психологическая коррекция, как и психологическое вмешательство, реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими сред­ствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Пси­хологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмеша­тельства) также выполняют функции профилактики, лечения и реабилита­ции. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, ис­пользуемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают. Возможно, наиболее точ­ным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство с целью психологической коррекции», однако это слишком громоздко. В заключение можно лишь указать, что в отечественной литературе более распространен­ным является понятие «психологическая коррекция», а в зарубежной — «пси­хологическое вмешательство».

Психологическое консультирование. Психологическое консультирова­ние традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь че­ловеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него про­блем и затруднений психологического характера, Можно выделить три ос­новных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ори­ентированное консультирование, фокусирующееся на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения; б) личностно-ориенти­рованное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, лич­ностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и пу­тей предотвращения подобных проблем в будущем; в) консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы.

Личностно-ориентированное консультирование по своей направленнос­ти близко к психотерапии и провести четкую границу между этими поня­тиями трудно. Определение психотерапии как работы с больными, а кон­сультирования — со здоровыми, удовлетворяет не полностью даже формаль­ному критерию. Психологическое консультирование используется и в ме­дицине (например, психологическое консультирование беременных или пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не про­ходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием). Психологическая работа с лицами, имеющими серьезные личностные проблемы, содержательно ничем не отличается от психотера­пии.

Соотношение понятий «психотерапия» и «психологическое консультиро­вание» обсуждается и в литературе. Так, известный специалист в этой обла­сти Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Он выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (например, преодоление тревоги или страха) и с развитием (например, развитие комму­никативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимуще­ственно является коррекционным, это обеспечивает выполнение профилак­тических функций. Развитие связано с решением задач индивида на различ­ных этапах жизни (профессиональное самоопределение, отделение от роди­телей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собствен­ных возможностей, раскрытие ресурсов и пр.). Большое значение придается повышению личной ответственности за собственную жизнь. Конечная цель консультирования — научить клиентов оказывать помощь самим себе, стать для самих себя консультантами. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологическим консультированием в том, что психотера­пия делает акцент на личностном изменении, а консультирование — на по­мощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. В отличие от психотерапии большая часть информации, по­лученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интер­валах между занятиями, а также в периоды, когда клиенты пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

Существует точка зрения, согласно которой основное отличие психологи­ческого консультирования от психотерапии состоит в том, что клиент (здоро­вый или больной человек, предъявляющий проблемы экзистенциального кри­зиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессиональ­ного выбора) воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответ­ственный за решение своей проблемы. Такая позиция представляется не слиш­ком оправданной. В психотерапии пациент или клиент в подавляющем большинстве случаев также является дееспособным субъектом, а проблеме личной ответственности отводится чрезвычайно важная роль и в процессе психотерапии.

Перрe и Бауманн, рассматривая соотношение психологического кон­сультирования и психотерапии, в качестве различий указывают следующее: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия на пер­вом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратив­шемуся за помощью); б) психологическое консультирование в медицине вы­полняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках кон­сультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но их осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоя­тельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии — сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специали­стом.

Представляется целесообразным рассмотреть сходства и различия между психотерапией и психологическим консультированием, как видами психологи­ческого вмешательства, с точки зрения их основных и дополнительных харак­теристик.

Основные характеристики:

1. Средства воздействия (методы): психотерапия и психологическое кон­сультирование используют психологические средства воздействия, однако в психологическом консультировании информирование является ведущим приемом.
2. Цели: психотерапия и психологическое консультирование имеют сво­ей целью достижение более выраженных позитивных изменений в когни­тивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эф­фективности, психотерапия при этом направлена на достижение значитель­ных личностных изменений, а консультирование — на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жиз­ни.
3. Функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реаби­литации, а психологическое консультирование — профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотера­пии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функ­ции могут пересекаться).
4. Теоретическая обоснованность: психотерапия и психологическое кон­сультирование имеют в качестве своей научной основы психологические те­ории.
5. Эмпирическая проверка: психотерапия и психологическое консульти­рование нуждаются в изучении эффективности воздействий.
6. Профессиональные действия: психотерапия и психологическое кон­сультирование осуществляются специалистами в профессиональных рамках.

Дополнительные характеристики:

1. Продолжительность воздействий: психотерапия предполагает продол­жительность не менее 15-20 сеансов, психологическое консультирование мо­жет ограничиваться 1-5 сеансами.
2. Место изменений: в психотерапии изменения происходят непосредствен­но в ходе терапии и являются сущностью психотерапевтического процесса, в психологическом консультировании анализируются варианты решений кон­кретной проблемы, но решение и изменения осуществляются человеком не в рамках консультирования, а по его окончании.
3. Степень самостоятельности клиента: в психотерапии процесс изменений сопровождается психотерапевтом, в психологическом консультировании изме­нения осуществляются человеком самостоятельно без сопровождения консуль­танта.

Теория психотерапии. В современной психотерапии теоретические про­блемы приобретают особое значение. С одной стороны, значимость теории обусловлена распространением в последний период множества самых разно­образных методов психотерапии, достаточно широко использующихся в практике, но при этом далеко не всегда имеющих соответствующую теоре­тическую базу. С другой стороны, даже при обоснованности метода опреде­ленной теоретической концепцией, последняя не всегда в полной мере осоз­нается даже профессиональными психотерапевтами. Однако именно теоре­тические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «от­клонение» («дефект», «патология»), и определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять. Обусловленность характера и направленности воздействий при устранении любого «дефекта», например, технического, ни у кого не вызывает сомнения. Нужно иметь представление об общих принципах работы любого механиз­ма, чтобы определить, в чем состоит дефект, и, тем более, для того, чтобы ус­транить «поломку». В медицине в целом существует четкое соответствие между представлениями о норме, патологии и системе воздействий (лече­нии), в психотерапевтической практике такое соответствие просматривает­ся далеко не всегда. Если речь идет не просто о симптоматическом лечении, а о психотерапии, направленной на личностные изменения, то здесь в каче­стве теории психотерапии выступает теоретическая психология, в частности, психология личности. При всем разнообразии психотерапевтических подхо­дов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гу­манистическая, «опытная») соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Если в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерми­нанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (и нарушения личности) понимается как след­ствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на достижение осознания этого конфликта и бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание до­стигается за счет анализа (включающего определенные процедуры) свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также сопротив­ления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким обра­зом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим опре­деляется содержание процесса психотерапии, степень его структурированно­сти, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень актив­ности, интенсивность и частота сеансов и пр. Можно принимать или не при­нимать, разделять или не разделять основные положения психоаналитической теории, но невозможно не видеть обоснованности каждого шага психоанали­тика определенными теоретическими взглядами.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непос­редственному наблюдению. Норма — это адаптивное поведение, а невротичес­кий симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптив­ное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Та­ким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, норма­тивные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (клас­сическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное на­учение). Не имея четких представлений о научно-психологических основах того или иного конкретного метода поведенческой психотерапии, невозможно применять его эффективно. Поведение психотерапевта в рамках этого подхо­да также строго обусловлено теоретической концепцией.

Гуманистическое, или «опытное», направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в ко­торых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствую­щий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Необходимость созда­ния условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

В рамках каждого из трех основных направлений существует разнооб­разие школ, но основные теоретические подходы являются общими. Можно вспомнить слова Хорни, которая, в значительной степени отойдя от ортодок­сального психоанализа, тем не менее, писала: «Если рассматривать психо­анализ как определенную систему взглядов на роль бессознательного и спо­собов его выражения, а также как форму терапии, с помощью которой бес­сознательные процессы доводятся до сознания, то и моя система взглядов есть психоанализ».

Только четкие представления о теоретической основе, на базе которой осу­ществляется психотерапевтическое вмешательство, может помочь в овладении основными методами и навыками практической работы.

Методы психотерапии. Понятие метода в психотерапии крайне размы­то. Прежде всего, это проявляется в их классификациях. Вот несколько при­меров различных подходов к классификации психотерапевтических методов.

1. Гипнотерапия.

Внушение и самовнушение.

Аутогенная тренировка.

Рациональная психотерапия.

Коллективная и групповая психотерапия.

Наркопсихотерапия.

1. Поддерживающая психотерапия.

Переучивающая психотерапия.

Реконструктивная психотерапия.

1. Личностно-ориентированная психотерапия.

Суггестивная психотерапия.

Поведенческая психотерапия.

1. Симптомо-центрированные методы.

Личностно-центрированные методы.

Социоцентрированные методы.

1. Методы, направленные на понимание и преодоление проблем.

Методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей, це­лей, стремлений и пр.

1. Методы, направленные на подавление эмоций.

Методы, направленные на выражение эмоций.

1. Механистические методы.

Гуманистические методы.

1. Методы, связанные с индентификацией.

Методы, связанные с созданием условий.

Методы, связанные с проникновением в сущность.

1. Динамическая психотерапия.

Поведенческая психотерапия.

Опытная психотерапия.

Этот перечень может быть продолжен. Совершенно очевидно, что суще­ствующие подходы к классификации методов психотерапии значительно различаются и отражают различные основания или критерии классифика­ции. В одних речь идет о конкретных психотерапевтических методах, в дру­гих — о самостоятельных психотерапевтических направлениях. В качестве оснований для классификации в одних случаях рассматривается цель психо­терапевтического воздействия, в других — психологические структуры, к ко­торым это воздействие обращено, в третьих — инструменты воздействия и пр. Разноуровневый характер этих оснований обнаруживается не только при сопоставлении различных классификаций, но даже внутри некоторых из них. Например, в первой из приведенных классификаций выделяется раци­ональная психотерапия (то есть в качестве основания для классификации из­бираются психологические, психические феномены, к которым обращена пси­хотерапия). При этом более частные методы суггестивной психотерапии включаются как самостоятельные (речь идет о конкретных приемах и тех­никах), или, там же, выделяется коллективная и групповая психотерапия (то есть основа — инструменты воздействия). В этом случае такая классифика­ция должна включать и индивидуальную психотерапию, но ее в данной классификации нет, и пр. Из этого следует, что сам термин «метод» в пси­хотерапии понимается неоднозначно.

На многообразие значений понятия «психотерапевтический метод» об­ращают внимание многие авторы. Александрович сделал попытку проана­лизировать те значения, в которых используется понятие «метод» в психо­терапии. Он выделил 4 уровня или 4 плоскости использования этого тер­мина:

1. й уровень — методы психотерапии как конкретные методические приемы или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и пр.);
2. й уровень — методы психотерапии, определяющие условия, в которых протекает психотерапия и которые должны способствовать оптимизации до­стижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);
3. й уровень — методы психотерапии в значении основного инструмента психотерапевтического воздействия (индивидуальная и групповая психоте­рапия, в первом случае инструментом лечебного воздействия выступает пси­хотерапевт, во втором — психотерапевтическая группа);
4. й уровень — методы психотерапии в значении терапевтических интер­венций (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это собственно методы как конкретные техники и приемы, 2-й уровень отражает виды психотерапии (на ос­новании условий, в которых она протекает), 3-й уровень — формы психотера­пии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий), 4-й уро­вень — теоретические направления.

Представляет интерес замечание известного психотерапевта Граве отно­сительно возможной группировки методов психотерапии. Он отмечает, что поскольку психотерапия направлена на преодоление проблем пациента, то естественно, с помощью одних методов психотерапевт стремится понять про­блемы пациента и активно их преодолевать. При этом он не ищет скрытой мотивации и не придает проблемам иного значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи не может преодолеть. При использовании другой группы методов психотерапевт не помогает преодолевать проблемы (например, при клиент-центрированной психотерапии), а способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и стремлений. Если в первом слу­чае психотерапия является помощью в преодолении проблем, то во вто­ром — помощью в лучшем понимании себя. Граве, основываясь на метаана­лизе существующих данных по эффективности психотерапии, полагает, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов.

Учитывая, что в настоящее время возрастает значение искусства в жизни современного человека — более высокий уровень образования, культуры, по­вышение престижности искусства в обществе, — существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фак­тор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.); б) творческой деятельно­сти (имаготерапия и др.) и в) природы (натурпсихотерапия и др.).

В рамках каждого из указанных психотерапевтических направлений воз­никают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, техничес­кие приемы, названия которых нередко призваны отразить уникальность каждого из них (Карасу), замаскировать производный их характер по отно­шению к основным направлениям в психотерапии и уже существующим в них методам. Это во многом объясняется тем, как замечает Шкода, что меч­той каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, не­обычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психо­терапии.

Увеличение числа психотерапевтических методов в последнее время, приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверж­дает положение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к единому объекту — человеческой лич­ности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах, чем и обусловлено различие в методах психотерапии и множество их классификаци­онных делений.

Личностный подход в психотерапии. Это понятие отражает важнейший методологический принцип медицины и медицинской психологии, традици­онно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее много­гранности и всех индивидуальных особенностей.

Иногда различают личностный и индивидуальный подход. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному челове­ку. Индивидуальный подход может включать и личностный (если при этом учитываются и личностные, и соматические характеристики), а может быть и более ограниченным (в том случае, когда учитываются только какие-либо отдельные личностные или отдельные соматические особенности). В целом личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направле­ниях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специ­фики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий;

1. учет личностных особенностей при использовании любых психотерапев­тических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на лично­стные изменения. Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий относится к психотерапевтичес­ким направлениям, целью которых является достижение личностных изме­нений. Рассмотрим каждый из этих аспектов.

Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий. Оче­видно, что в психотерапии личностный подход реализуется в полной мере. По сути психотерапия является инструментом реализации личностного под­хода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание вра­чом основ медицинской психологии, объект изучения которой — личность больного. Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о лич­ности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирова­ния. Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает деталь­ное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагиро­вания, мотивации, поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима для решения задач патогенетической и диф­ференциальной диагностики, лечебно-восстановительной, психотерапевти­ческой и психокоррекционной практики. Она необходима также для лечеб­но-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоци­альных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узло­вых проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей лич­ности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Дру­гая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фак­тору принадлежит решающая (неврозы) или существенная роль (другие по­граничные расстройства, психосоматические заболевания), или в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приво­дящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

Понятие «личностный подход» является широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоориентирован­ные, решающие тактические задачи. Это означает, что любое психотерапев­тическое воздействие (а также сам выбор методов) должно учитывать лич­ностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анам­нез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмо­ционального реагирования, симптоматику и ситуации, в которых она прояв­ляется и усиливается, и т. п. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение) зависят от особенностей личности боль­ного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных измене­ний, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию и т. п.

Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения — это аспект личностного подхода в психотерапии и отражает направленность психотерапевтической системы на достижение личностных изменений, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В личностно-ориентиро­ванной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической, гуманистической и т. д.). Следует различать личностный подход в психотерапии и личност­но-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапев­тической школы — личностно-ориентированной (реконструктивной) пси­хотерапии, — которая представляет собой не общий подход или общую ори­ентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевти­ческую систему с собственной концепцией личности и личностных наруше­ний.

Общие факторы психотерапии. Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой интегратив­ной психотерапевтической парадигмы. Время покажет, насколько возможно создание такой интегративной модели. Однако одной из существенных пред­посылок ее развития является изучение общих факторов психотерапии, ха­рактерных для ее различных направлений, форм и методов.

Актуальность определения и исследования общих факторов психотера­пии признается большинством исследователей и практиков в области пси­хотерапии. Этому способствовал, во-первых, поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что различные методы психотерапии могут иметь больше сходств, чем раз­личий; в-третьих, констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты лечения могут иметь значительные расхождения) независимо от формы психотерапии; в-четвер­тых, представления об особой значимости взаимоотношений «психотера­певт—пациент» в рамках практически всех психотерапевтических подходов.

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотре­ние взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже свя­зан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов, что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации, какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что проис­ходит с пациентом, обычно указывают:

1. обращение к сфере эмоциональных отношений;
2. самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;
3. предоставление и получение информации;
4. укрепление веры больного в выздоровление;
5. накопление положительного опыта;
6. облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного дей­ствия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех пси­хотерапевтических системах.

В качестве общих элементов стиля и стратегии поведения психотерапевта, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют:

1. целевую ориентацию на достижение позитивных изменений;
2. внимание к взаимоотношениям «пациент—психотерапевт»;
3. сочетание принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас» (то есть исполь­зование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни па-

циента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зре­ния ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменения конкрет­ных задач) наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтичес­ких направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом:

1. установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудни­чество, создание мотивации к психотерапии;
2. прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, па­циентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмо­циональных и поведенческих нарушений;
3. определение «психотерапевтических мишеней»;
4. применение конкретных методов и техник, направленных на достиже­ние изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;
5. закрепление достигнутых результатов;
6. окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связан­ных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Показания к психотерапии. Комплексный подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биоло­гического, психологического и социального), обусловливает необходимость корригирующих воздействий, которые соответствовали бы природе каждого фактора. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапев­тических воздействий, их общая направленность, объем и глубина определя­ются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания (индикация) к психотерапии.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического факто­ра в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перене­сенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с кон­кретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в эти- опатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее мес­то она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более вы­ражена психогенная природа заболевания (то есть, чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходи­мым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствия­ми заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизиро­вать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социаль­но-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная не­вротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая и т. д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; из­менениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивацион­ных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формирова­нию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирова­ния и пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эго­центричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безуслов­но, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяют­ся не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психоло­гическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотера­певтической работе.

**трольные вопросы**



1**.**

В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психо­терапии: «Психотерапия — это процесс взаимодействия между двумя или бо­лее людьми, один из которых специализировался в области коррекции челове­ческих отношений»?

О Динамической.

© Гуманистической. © Когнитивной.

© Поведенческой.

2**.**

В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие: О клинико-психологическое вмешательство;

© психологическая коррекция;

© внушение;

© психологическая интервенция.

3**.**

Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

О переучивание;

© осознание;

© приобретение нового опыта;

© переработку иррациональных установок.

4**.**

Укажите психотерапевтический метод, который не соответствует принципу данной классификации:

О симптомо-ориентированная психотерапия;

© проблемно-ориентированная психотерапия;

© социоориентированная психотерапия;

© личностно-ориентированная психотерапия.

КРАТКИЙ

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Психотерапия, как и любая другая отрасль медицины, имеет свою исто­рию — как науки и практики врачевания.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, — не линейный, а слож­ный, многогранный процесс развития с зигзагами, возвратами к уже прой­денным этапам. История науки воспроизводит этот путь, прослеживает процесс накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий. Она пользуется различными «измерениями», рассматривая их в контексте времени. Имея в поле своего зрения весь спектр «измерений», история науки делает акцент на главном — на развитии содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При рассмотрении накопления психотерапевтических знаний в хроно­логической последовательности их появления, при постоянном внимании к оценке достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций этой молодой и, одновременно, старой отрасли медицинской на­уки.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) пери­ода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, Х1Х-ХХ века — научный период психотерапии. История оте­чественной психотерапевтической мысли включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии. Описание истории психотерапии опирается на два основных критерия — внутреннюю логику развития самой науки и вли­яние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называ­емый исторический фон) на развитие психотерапии, как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, фило­софии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке фи­зиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направлен­ность на выработку единой теории. Психоанализ, бихевиоризм, экзистен­циализм и др. претендовали именно на такую теорию, однако ни одно из этих направлений на современном этапе не удовлетворяет требованиям единственной теории.

В рамках данного издания нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толковани­ями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знани­ями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Именно эти мистические стремления нашли свое выражение в многоликих и причудли­вых обрядах — от невзыскательно-простых до весьма сложных, но всегда ок­руженных ореолом таинственности. При всем многообразии мистических подходов, будь то гулкие удары гонга в египетских храмах, неистовый ритм бубна шамана, хоровые пения и танцы африканских колдунов, запах и дым благовонных курений в индийских монастырях, бесконечный речитатив мо­литв, мерцание свечей и блеск церковного убранства, результаты этих при­емов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана, жившего в Риме в царствование Адриана (II век н. э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользовать­ся полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятных расска­зов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пой­ти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя чи­тать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность... В дальней­шем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рас­сеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в Средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психически и нервнобольных. Существовали детально разработанные посо­бия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспом­нить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Иститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, истерическими расстройствами в сумеречном состо­янии, параноиков с бредом преследования, с индуцированным помешатель­ством, охватывавшими иногда целые деревни (последняя «колдунья» погиб­ла в 1782 г.!).

И лишь в XVIII веке, во времена Великой французской революции, сти­мулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и од­новременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболе­ваниями. Именно в этот период, в эпоху Пинеля (1745-1826), закладывают­ся истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и пси­хотерапии. По разрешению Центрального Бюро Коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным момен­том в психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали отно­ситься как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обра­щении и лечении. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевно больных, что в дальнейшем, через полтора сто­летия послужило основными предпосылками возникновения научно обосно­ванной социотерапии, коллективной психотерапии.

В это же время, в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная по­пытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (1734-1815). Еще за несколько веков до этого философы, алхимики и врачи уделяли большое внимание таинствен­ной силе магнита, притягивающего или отталкивающего железо. Так, Па- рацельс (1493-1541), который впервые употребил термин «магнетизм», прикладывал магнит к телу больного, считая, что он притягивает к себе бо­лезнь. Иногда во время лечения магнитом у некоторых пациентов возни­кало мгновенное излечение. После смерти Парацельса теорию магнетизма развивал Ван Гельмонт ( 1577-1644), считая посредником притяжения и отталкивания эфироподобный дух, который пронизывает все мировые тела и приводит их в движение. Мессмер в основу своего учения положил маг­нитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и полагал, что магнетическая сила находится в природе повсюду и обусловливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. В 1766 г. он защитил диссертацию «О влиянии планет...», где обобщил свои умозаключения. Лишь через восемь лет после этого Месмер начинает заниматься лечением магнитом. Вскоре он замечает, что излечение может наступать и при обычном прикосновении или проведении ладоней над телом больного (так называемые «пассы»), и приходит к выводу, что магнит является лишь передатчиком особого флю­ида, исходящего от человека. Будучи широко образованным человеком и пыт­ливым экспериментатором, Месмер пытается привлечь к обсуждению полу­ченных результатов венскую научную элиту, однако наталкивается на сте­ну полного неприятия и переезжает в Париж, куда уже докатилась молва о его чудодейственном методе. Вообще, в конце XVIII века всякое начинание, чтобы иметь шансы на успех и сделаться активным фактором в историчес­ком смысле, должно было пройти через мировой центр — Париж. Здесь Мес­мер обретает популярность, проводит коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического чана, пользуется по­кровительством королевы Марии Антуанетты. В 1774 г. Французская ака­демия назначает комиссию для проверки магнетической теории. В комиссию входили крупнейшие ученые авторитеты того времени — Лавуазье, Франк­лин, Байли и др. После тщательного изучения вопроса и проверки данных комиссия приходит к выводу, что магнетического флюида не существует и все, что связывали с действием последнего, может быть отнесено лишь к вли­янию воображения. А ведь именно в нем и заключалась действительная ос­нова терапевтического воздействия месмеровских сеансов, которая в дальней­шем наукой была облечена в термины «внушение» и «самовнушение». Мес­мер умер в 1815 г. почти в полной безвестности. У него были как свои сто­ронники и последователи, так и противники. Но несмотря ни на что, надо признать, что он первый предпринял экспериментальное изучение психоте­рапевтических отношений, до тех пор использовавшихся только в магичес­ких опытах. В практике Месмера существовал раппорт (словесный или не­вербальный контакт гипнотизирующего и гипнотизируемого), однако он не придавал этому большого значения. Когда его ученик и последователь мар­киз де Пюсегюр в 1784 г. сообщил о своем открытии сомнамбулизма (наи­более глубокая степень гипнотического состояния) и возможности войти в словесную связь с магнетизируемым, Месмер уже сталкивался с этим явле­нием и отмахнулся от этого факта, как от малозначащего. Он интересовал­ся исключительно физиологией. Вот почему Месмера можно считать иници­атором физиологического течения в объяснении гипноза.

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX сто­летий. По всей Европе проходили выступления магнетизеров, создавались магнетические общества, публиковались головокружительные результаты носителей магнетической силы. Широкое увлечение магнетизмом неволь­но приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притвор­ство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач Брэд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Лафон­тена с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное им заставило Брэда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоя­тельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усы­пил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испы­туемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он на­зывал «люцидным сном»).

Круг испытуемых у Брэда ширился, все более уточнялись детали и спо­собы усыпления. Брэд считал, что вызываемое им состояние — это искусст­венный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления взора. Это состояние он определил специальным термином - гип­ноз, что, собственно, по гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Брэд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в моногра­фии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описано многое из того, что в дальнейшем переоткрывалось вторично из-за незнания трудов Брэда. Брэд решительно опровергал флюидные представления о гип­нозе и излагал нейрофизиологическую его теорию, согласно которой гипно­тическое состояние возникает при зрительной фиксации. В последние годы жизни Брэд допускал развитие гипнотического состояния и при словесном внушении. Умер он в 1860 г. В этом же году во Франции вышло несколько книг, где в общих чертах был описан метод вызывания искусственного сна и его лечебного применения.

Продолжателем дела Брэда стал врач Льебо (Нанси, Франция), которо­му в 1860 г. попалась книга с описанием нового метода лечения больных, разработанного Брэдом. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту пред­ставления о засыпании неторопливым тихим голосом. Гипнотический сон Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные при­знаки каждой из них. Заслуга Льебо заключается в том, что он первый сис­тематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уде­ляя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так, с 1860 по 1885 годы к Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и по­добные ему состояния...», где отстаивал естественно-научный взгляд на при­роду гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчани­ем. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль. Он приглашает к сотрудничеству Льебо, который охотно делится своим опытом. Вскоре эта ра­бота привлекла внимание профессора терапевтической клиники Бернгейма. Он применяет гипноз в своей клинике и настолько широко вводит его в прак­тику, что лечение словесным внушением используется на равных правах с дру­гими лечебными методами. Бернгейм и до этого практиковал гипноз, опира­ясь на технику Шарко, но случаи гипнотизации удавались редко, а используя технические приемы Льебо, Бернгейм вызывал гипнотическое состояние у 90% пациентов. Вокруг Льебо, Бернгейма, Дюмона и тогда еще молодого исследо­вателя Бони формируется круг нансийских ученых, интересовавшихся пробле­мами внушения и гипноза, и считавших, что гипноз — это психологически нор­мальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей возрос, по­являлись новые факты. Так возникла Нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Чуть раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер знаменитый невропа­толог того времени Шарко изучал явления гипнотизма в связи с провер­кой теории и метода металлотерапии. Но особенно интенсивно Шарко на­чинает изучать гипноз и в клинических наблюдениях, и в специальных эк­спериментах после посещения выступлений магнетизера Донато. Шарко приходит к выводу, что гипноз является патологическим состоянием — ис­кусственным истерическим неврозом. Слушать лекции известного Шарко с яркими показательными демонстрациями съезжались врачи со всех кон­цов Европы. Вокруг Шарко сосредотачиваются многие видные ученые Па­рижа — Рише, Жане, де ля Туретт, Фере, Бине, Бабинский. Они вели свои исследования в том же русле, разделяя в общем предложенную Шарко точ­ку зрения. Так возникла Сальпетриерская школа, или школа Шарко.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борь­ба, развернувшаяся на страницах медицинской печати и конгрессах. По ха­рактеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Шарко считалась фи­зиологической, а Нансийская, возглавляемая Бернгеймом — психологичес­кой.

Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство или искусствен­ный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспе­риментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими. Согласно взглядам Нансийской школы гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный не­посредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершен­но здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не пред­ставляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния, последнее является важ­ным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством иссле­дователей в области гипноза.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: Данилевский, Токарский, Бехтерев, Янушкевич, Тарханов.

Данилевским в 1878 г. на заседании Харьковского медицинского обще­ства было сделано официальное сообщение о результатах наблюдения гип­ноза у лягушки. В своем докладе он высказывал идею о родстве гипноза у жи­вотных и человека. В начале 80-х годов XIX века Токарский впервые начал читать курс гипнологии в Московском университете. Молодой Бехтерев в 1884 г. находился на стажировке в Сальпетриере у профессора Шарко и по возвращении в Россию много времени уделял изучению гипноза и его лечеб­ного воздействия.

Изучение гипноза в России имело свои препятствия, возникшие из-за одного казуистического случая. В 70-х годах XIX века по Европе гастро­лировал известный магнетизер Ганзен. Во время выступления в одном, близком к высшим медицинским сферам того времени доме Санкт-Петербур­га, куда были приглашены видные психиатры во главе с профессором Мер- жеевским, Ганзен безуспешно пытался магнетизировать двух молодых лю­дей, у которых практически все его действия вызывали насмешку. Сеанс про­валился, Ганзен с позором уехал, а профессор Мержеевский с негодованием по поводу такого шарлатанства обратился в Медицинский Совет. Меди­цинским Советом были запрещены публичные сеансы гипнотизма и нало­жены ограничения на применение гипноза и врачами (сеансы гипнотиза­ции необходимо было проводить в присутствии третьего лица, обязательно врача). Серьезные врачи отказались от применения гипноза в своей прак­тике, чтобы не рисковать своим именем и положением, а это привело к тому, что гипноз как лечебное средство начали использовать профессиональные гипнотизеры-шарлатаны. Потребовались годы, чтобы добиться отмены огра­ничений на использование гипноза в медицинских целях. Будучи уже профес­сором, Бехтерев докладывал Медицинскому Совету о необходимости снятия запрета, что и было сделано соответствующим постановлением.

Таким образом, к 80-м годам XIX века относится усиленная научная раз­работка гипноза как лечебного метода, что оказало в свою очередь домини­рующее влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов. Гипноз стал началом всей научной психотерапии, во всем многообразии ее методов.

Вообще, вторая половина XIX века характеризовалась небывалым инте­ресом к естественно-научным проблемам. Успехи физики и химии дали зна­чительный толчок развитию физиологии. Работы Мюллера, Холла, Брока определили экспериментальные подходы к изучению мозга. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного расцвета в трудах Вирхова. В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Дарвина. В 1866 г. в России были отпечатаны «Рефлексы головного мозга» Сеченова и в этом же году книга была запрещена властями, в Лейпциге Вундтом была открыта первая лабора­тория экспериментальной психологии, Тьюк в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия».

В Европе золотой век гипноза подходил к концу. Апогеем стал Первый Интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», проходивший в Париже в августе 1889 г. под почетным председательством

Шарко. В конгрессе участвовали Ломброзо, Льебо, Бернгейм, Дежерин, Жане, Бабинский, Форель, Маньян, Фрейд, Джеймс, Бехтерев и многие другие из­вестные ученые, что подтверждало большой интерес и официальное призна­ние этого вида психотерапии.

Школа Нанси стала приписывать большее значение внушению, чем само­му гипнозу. Фармацевт Куэ в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. В создание метода лечебного самовнушения вне­сли вклад Тарханов, Бехтерев, Боткин, разработав собственные оригинальные приемы. Скромная по содержанию формула самовнушения Куэ легла в осно­ву таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

С конца 90-х годов XIX века, как реакция на чрезмерную экспансию гип­ноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтичес­ких воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искус­стве, математика окончательно уступает «пальму первенства» физике, стреми­тельно развивается психология. Это переходное время в России получает по­этическое название «серебряный век».

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дю­буа, он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нан­си, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психо­неврозы и их психическое лечение». Рациональная психотерапия, опираясь, по словам Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические дока­зательства», рассеивает ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни

* таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. На­правление психотерапии, заложенное Дюбуа, несомненно явилось принци­пиально новым и не утратило своего значения и в настоящее время. Рацио­нальная психотерапия входит практически во все виды психотерапии. Взгля­ды Дюбуа критиковались, в первую очередь, из-за отсутствия эмоциональ­ной поддержки пациента. В 1910 г. французский невропатолог Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию
* с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, осно­ванный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу. «Между рассуждением и принятием его данным лицом существует...элемент чрезвы­чайной важности, это — чувство. И одно только чувство создает эту атмос­феру доверия, без которого не может быть психотерапии.». Оригинальный психотерапевтический метод — «арететерапия» был предложен в 1908 г. рус­ским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опи­ралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. В своей работе «Идеализм как физиологи­ческий фактор», вышедшей в свет в 1908 г., Яроцкий обосновывал положе­ние о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. Этические (идеалистические) стороны лич­ности не только обусловливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности проте­кания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболе­вания, по убеждению Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жиз­ни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и вос­становлении здоровья человека.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским в 1909 г. — лечение идеалами (психотерапия миросозерца­нием), суть которого заключалась в формировании у пациентов целитель­ного духовного миросозерцания: пациент поднимается над своей страдаю­щей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя части­цей человечества в целом и вообще всей Природы. Возвращая личность страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание своей индивидуальности и самоценности собственного су­ществования, достигаются изменения болезненных представлений, сниже­ние и исчезновение нервности и тревожности. Психотерапия идеалами про­ходит в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к довери­тельному общению с врачом.

Сравнивая методы психотерапии Дежерина и Марциновского с некото­рыми современными подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманисти­ческой школой, и с экзистенциальным направлением в психотерапии.

В 1895 г. Брейер и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта, находящемуся в гипноти­ческом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предпо­ложительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от сим­птома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравми­рующей ситуации Брейер и называл «катарсисом». Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Брейера дал ему ключ к пониманию исте­рии. В этом же году Фрейд отказывается от использования гипноза и начи­нает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознава­емыми мотивами — психоанализ. Фрейд тщательно занимался самоанали­зом и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Основным средством самоанализа Фрейд счи­тал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ. В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни», где высказал и обосновал предположение о том, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают существенное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. Оговорка или простая забывчивость на самом деле отражают реальные, но еще не осоз­нанные мотивы. Идеи Фрейда обрели популярность в среде студентов, прак­тикующих врачей, художников и писателей, образованных людей того вре­мени. Его теоретические представления о доминировании сексуального в жизни человека вызвали жесткую критику со стороны ученых всего мира. В 1902 г. к Фрейду обратилась группа студентов, в том числе Адлер и Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанали­за. Так возникла психоаналитическая школа Фрейда, которая создала основ­ные теоретические предпосылки для формирования одного из трех домини­рующих направлений современной психотерапии — динамического направ­ления, объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опираю­щихся на концепцию бессознательного. В 1905 г. Фрейд издал «Три очерка по теории сексуальности», где описал психосексуальные стадии развития ребенка, когда его психика концентрируется вокруг определенных эрогенных зон, и считал, что истоки невротических расстройств следует искать в детс­ких переживаниях пациентов, бессознательном влечении ребенка к родите­лю противоположного пола и желании заменить собой или устранить роди­теля своего пола — эдипов комплекс. Фрейд стал первым теоретиком, ука­завшим на важность исследования детства для понимания природы психи­ки человека. В период с 1900 по 1910 г. профессиональное положение Фрей­да значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание, ширились ряды последователей.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений от Фрейда отошел Адлер — основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распростра­няться по всей Европе. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудитель­ным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и боль­шую важность социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного се­мейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в воз­никновении неврозов. В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоана­литической школы. Юнг разработал собственную аналитическую психоло­гию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащей в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко извест­ные в настоящее время.

В 1914 г. мир всколыхнула Первая мировая война, в которую были во­влечены не только страны Европы, но и Соединенные Штаты Америки. На­блюдая эту кровавую бойню, Фрейд развивает тезис, что агрессия является такой же побудительной силой, как и секс. Это стало еще одним поворотным пунктом в системе психоанализа и дополнило теорию Фрейда об общем пси­хическом развитии человека. Психоанализ приобрел статус законченной и целостной теоретической системы, включавшей в себя теории развития че­ловека, психологического происхождения неврозов и психоаналитической те­рапии. В дальнейшем последователи психоанализа разрабатывали собствен­ные теории, опираясь на эти три прочные основы. Помимо индивидуальной психологии Адлера и аналитической психологии Юнга психоанализ Фрей­да явился основой активной аналитической терапия Штекеля, волевой тео­рии Ранка, интерперсональной психотерапии Салливана, характерологичес­кого анализа Райха, интенсивной психотерапии Фромм-Райхманн, Эго-ана­лиза Кляйн, характерологического анализа Хорни, гуманистического психо­анализа Фромма и многих других. Период создания этих теорий охватыва­ет десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. В последние годы жизни Фрейд в своих работах все больше уделял внимание психоана­литическому толкованию развития общества. Психоанализ проник не толь­ко в психиатрию и психологию, но и в литературу и искусство, культуроло­гию, антропологию и социологию. Не случайно Фрейда причисляют к вы­дающимся ученым XX века. После того, как к власти в Германии пришли фашисты, официальная их позиция в отношении к психоанализу нашла свое отражение в публичном сожжении книг Фрейда в мае 1933 г. Многие евреи, ученики Фрейда — психологи и психоаналитики, эмигрировали в другие страны, в основном в США, начиная уже с 1934 г. Фрейд оставался в Вене до 1938 г., а когда германские войска вошли в Австрию — выехал в Англию, где и умер в 1939 г. С тех пор мировым центром психоанализа стали Соеди­ненные Штаты Америки.

В России интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой гипотез Фрейда и имел как своих сторонников, так и противников. Россий­ские ученые встретили идеи Фрейда о ведущем значении в происхождении не­врозов сексуальных переживаний со спокойным интересом.

К этому времени в России уже были известны сенсационная «Сексуаль­ная психопатология» Крафт-Эбинга, работы Молля, посвященные пробле­мам детской сексуальности, исследования Бине о сексуальных извращени­ях. Критические замечания в адрес психоанализа касались лишь односто­ронности взглядов Фрейда, игнорирования им других факторов в проис­хождении неврозов, помимо сексуальности. Практически каждая публика­ция Фрейда отражалась в реферативных обзорах на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии». Большинство крупных работ было переве­дено на русский язык и издано отдельными книгами. С1910 по 1914 г. ре­гулярно выходил журнал «Психотерапия. Обозрение вопросов психичес­кого лечения и прикладной психологии», где публиковались статьи рус­ских последователей Фрейда, обзоры зарубежных публикаций. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Осипов, Вырубов, Асатиани, Вульф, Розенталь, Лурия, Лившиц и др. Пос­ле Октябрьской революции 1917 г. и гражданской войны в Советской Рос­сии еще продолжалось изучение психоанализа. Были наивные попытки объединения психоанализа с марксизмом, носивших общее название фрей- домарксизма (Лурия, Фридман). После того как марксизм-ленинизм в СССР стал единственной теорией, фрейдизм, как и бихевиоризм и другие психологические концепции, были подвергнуты жесткой критике и запре­щены, как пропаганда буржуазной идеологии. В январе 1930 г. прошел Первый Всесоюзный съезд по изучению поведения человека, а вслед за ним реактологическая дискуссия 1930-1931 гг., которые определили «един­ственно верный» методологический фундамент советской психологии на основе ленинской теории отражения. «Самокритика» не обошла таких вы­дающихся психологов того времени, как Выготский, Корнилов, Добрынин и др. Развитие прикладной психологии у нас в стране было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педо­логических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психо­логии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом яви­лись причиной задержки развития психотерапии при формальном призна­нии значимости ее роли в медицине. В эти особенно сложные для научной и практической психологии и психотерапии годы, продлившиеся вплоть до 60-х, Выготский, Лурия, Мясищев, Лебединский, Зейгарник и сравнительно небольшое число других исследователей своими трудами поддерживали раз­витие психотерапии и психологии в медицине в нашей стране.

Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответство­вала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики Бехтерев и Павлов (лауреат Нобелевкой премии 1904 г.), которые были воспитаны на учении о нервизме, разработанном плеядой выдающихся русских врачей конца XVIII-XIX века — Зыбелиным, Мудровым, Дядьковским, Захарьиным, Манассеиным, Боткиным. Экспери­ментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях Павло­ва, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента), взаимосвязей между первой и второй сигнальными система­ми привело к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое Павлов перенес в клинику нервных болезней. Таким образом был заложен методологический фундамент патофизиологической теории невро­зов и их психотерапии. Это направление получило название — павловская психотерапия, использовавшая на практике экспериментальные данные о возникновении и угашении условных рефлексов, понятия о торможении, ир­радиации, индукции, фазовых состояниях. Этими терминами описывался и сам психотерапевтический процесс. Павловская психотерапия привлекла внимание многих врачей и исследователей, которые в теории и на практике развивали и дополняли ее новыми данными. Бирман разработал в 30-е годы прошлого века глубокую аналитически-диалектическую психотерапию, отво­дя ведущую роль исправлению извращенной целевой социорефлекторной ус­тановки невротической личности посредством социорефлексотерапии. Пла­тонов в систематических экспериментальных исследованиях изучал гипноз и его использование в терапевтических целях, опираясь на физиологическое воздействие вербальных стимулов на кору головного мозга. Объяснение, убеждение и суггестивное влияние, воздействуя на динамику корковых про­цессов, изменяют в желаемом направлении сознание пациента, его эмоцио­нальную сферу, эндокринно-вегетативные и другие физиологические процес­сы. Значительный вклад в развитие павловской школы в психотерапии вне­сли также Майоров, Буль, Лебединский, Вольперт, Слободяник, Свядощ, Рожнов и многие другие.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался из­вестный психотерапевт Консторум (1890-1950). Он разработал оригинальный подход, названный им активирующей психотерапией, которая имела своей це­лью перестройку неадекватно переживающей и реагирующей психики не только и не столько путем словесного обращения к интеллекту и эмоциям больного, к его мироощущению и мировоззрению, сколько через изменение и корригирование его мироотношения. Активирующая психотерапия Констору- ма включала разъяснение роли целенаправленности и воли пациента к здо­ровью, обратимости имеющихся расстройств в сочетании с суггестивной пси­хотерапией. Результаты научной и практической деятельности Консторума были опубликованы в книге «Опыт практической психотерапии» в 1959 г. уже после его смерти.

В 30-40-е годы в Ленинграде была разработана патогенетическая психо­терапия, теоретическую основу которой составила психология отношений Мясищева (1893-1973). Ученик Бехтерева, Лазурского, Басова, Мясищев развил теоретические построения о взаимоотношениях личности и среды своих учителей и развил концепцию психологии личности как системы от­ношений индивида с окружающей действительностью, в отличие от обычно­го понимания, рассматривающего личность как систему функций. На осно­вании психологии отношений Мясищев в 1939 г. сформулировал клинико­патогенетическую концепцию неврозов, согласно которой основным пато­генным звеном в возникновении невротических расстройств выступают про­тиворечия в тенденциях и возможностях личности с требованиями и возможностями, предоставляемыми средой и воспринимаемые личностью как неразрешимые. Теоретические положения Мясищева были развиты его соратниками, учениками и последователями: Авербухом, Яковлевой, Плотни­ковой, Хвиливицким, Зачепицким, Страумитом. Таковы были истоки Ленин­градской (Санкт-Петербургской) личностно-ориентированной школы психо­терапии.

Вернемся вновь к началу ХХ века. В 1913 г. в США журнал «Психоло­гическое обозрение» публикует статью Уотсона, молодого профессора уни­верситета Хопкинса, в которой он критиковал структурную и функциональ­ную психологию, доминировавшую в то время. Уотсон призывал рассматри­вать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирова­ние поведения человека и управление поведением. С этого момента начина­ет свое развитие бихевиоризм, как отдельное направление в психологии, ан­тагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы поведенческой психотерапии. Значительное влияние на формирова­ние бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория Павлова и теория сочетательных рефлексов Бехтерева. Павлов продемонстрировал в своих эк­спериментах, что высшая нервная деятельность может описываться в терми­нах физиологии, на подопытных животных и без привлечения понятия со­знания. Работы Павлова позволили изучать сложное и многогранное пове­дение человека в лабораторных условиях. Уотсон воспользовался этой иде­ей и сделал ее основой своей программы. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являют­ся убедительным подтверждением его идей и методов. Бехтерев опубликовал свои представления о сочетательных рефлексах в семитомнике «Основы уче­ния о функциях мозга» (1903-1907). Он полагал, что поведение высшего уровня можно объяснить как сочетание или накопление моторных рефлек­сов более низкого уровня. Процессам мышления присущ аналогичный харак­тер в том смысле, что они зависят от внутренних действий речевой мускула­туры. Это положение и было развито позднее Уотсоном. «Основы учения о функциях мозга» были переведены на немецкий и французский языки в 1913 г., именно тогда эту книгу и прочитал Уотсон. Бихевиоризм Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистичес- ких понятий и субъективных методов, науку столь же объективную и здра­вомыслящую, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул-реакция». Экспе­рименты Уотсона с условными рефлексами привели его к заключению, что эмоциональные расстройства невозможно свести только к сексуальным фак­торам, как утверждал Фрейд. Уотсон считал, что проблемы взрослого чело­века связаны с обусловленными реакциями, сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного вос­питания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Он разработал программу оздоровления общества — экспериментальную этику, основанную на прин­ципах бихевиоризма. Несмотря на то, что эта программа так и не достиг­ла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание.

К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже крупную научную школу и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов Толме- на, Халла и Скиннера, опиравшихся на принципы операционизма Бриджме­на. Толмен в 1932 г. описал собственную систему целенаправленного бихеви­оризма, определяющую целенаправленность поведения, ввел важное для би­хевиоризма понятие промежуточной переменной и латентного научения, чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. Халл до­полнил теорию научения законом о первичном и вторичном подкреплении, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, который он считал единственно адекватным методом бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихеви­оризма на протяжении нескольких десятилетий был Скиннер (всеобщее при­знание его пришлось на послевоенные годы). Он выдвинул концепцию операн- тного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции, бла­годаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Речь человека Скиннер считал вербальным поведением, подлежащим подкреплению, прогнозированию и управлению. Взгляды на природу процесса научения вышли за пределы лабораторий и воплотились в концепции программированного обучения. Начиная с 50-х годов, методы опе- рантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику и воплотились в поведенческой психотерапии, главной целью которой стали формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. 1950-1960-е годы — период становле­ния поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы

Вольпе и Лазаруса в ЮАР, Шапиро и Айзенка в Англии, Азрина и Айллона в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 60­70-е годы, когда она стала одним из ведущих психотерапевтических направле­ний мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития би­хевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория Бандуры, определившая социально-бихевиористский подход в психо­логии. Социальное научение, согласно теории Бандуры, формируется через наблюдение. Одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать но­вые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим назва­ние концепции самоэффективности.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психо­терапии (стимул-реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональ­ных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории Эллиса и Бека. В рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являют­ся рациональные и иррациональные когниции. В когнитивной психотерапии Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. И Элис, и Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирую­щем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Мейхенбаума. Его работы можно рассматривать как дальнейшее раз­витие идей Лурия и Выготского о внутренней речи. Разработанные им мето­дика самоинструктирования, прививка против стресса представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации.

Таково же направление работ Махони, рассматривающего когнитивные переменные и их модификации как главный объект и цель когнитивно-пове­денческой психотерапии.

Таким образом, поведенческая психотерапия сегодня — это развивающее­ся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул-реакция», она использовала далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться на теории переработ­ки информации, коммуникации и даже больших систем.

Во второй половине ХХ века, после Второй мировой войны 1941-1945 гг., два ведущих направления — психоанализ и бихевиоризм — претерпевают из­менения и существенно преобразуются. В философии, психологии и психоте­рапии, вначале в Европе, а затем и в США начинает активно развиваться эк­зистенциализм, который зародился в недрах французского сопротивления не­мецкой оккупации. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Сартр и рома­нист Камю, лауреаты Нобелевской премии по литературе. Идеи экзистенци­ализма в религиозной философии кристаллизовались благодаря работам Бу­бера и Тиллиха. На развитие этого учения в психологии значительно повли­яли труды Хайдеггера. Его центральной идеей является понимание че­ловеческого существования через «бытие-в-мире». Швейцарские психиатры Бинсвангер и Босс перенесли онтологию абстрактного Бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и, на основе богатейшего клинического ма­териала, разработали так называемый бытийный (дазайн) анализ, направлен­ный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Наряду с ними Ясперс и Франкл предпринимали небезуспешные попытки внедрить положения экзи­стенциальной психологии в клиническую психотерапию. В США крупнейшим представителем экзистенциализма в психологии и психотерапии считается Мэй, идеи которого способствовали значительной популяризации экзистенци­альной психотерапии среди специалистов. Экзистенциализм становится осно­ванием для развития гуманистически ориентированной психологии.

В 60-е годы ХХ века в американской психологии возникает новое направ­ление, получившее название гуманистической психологии. Это направление возникло как противовес дилемме бихевиоризм — психоанализ и открыло но­вый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистичес­кого направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманисти­ческого направления считаются Маслоу (1908-1970) и Роджерс (1902-1987). Стремление личности к самоактуализации по Маслоу является высшей чело­веческой потребностью, которая достигается удовлетворением всей иерархии нижележащих потребностей человека от физиологических до потребности в уважении и самоуважении. Патология же — это ослабление человека, потеря или неосуществленность человеческих возможностей. В отличии от Маслоу, Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самоактуализации че­рез осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном кабинете «Общества по предотвращению насилия над людьми». Роджерс известен, прежде всего, своей клиент-центри- рованной психотерапией, которую он разработал в 40-50-х годах. Основу клиент-центрированной психотерапии составляет позитивная вера во врож­денную тенденцию человека к развитию своих оптимальных способностей. 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. Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 60-70-е годы, когда миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы развития способности чувствовать, на курсы раскрытия потенциала человека и т. д. Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, яв­ляется наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапию Перлса, экзистенциальный анализ Сартра, дазайнанализ Бинсвангера, логотерапию Франкла, психоимажинативную терапию Шорра, эмпирическую психотерапию Витакера, первичную терапию Янова, биоэнер­гетический анализ Лоуэна, структурную интеграцию Рольф, трансценденталь­ную медитацию, дзэн-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

После Второй мировой войны наша страна пережила вторую волну го­сударственно-идеологического прессинга. Не обошел он науку и медицину.

Объединенная павловская сессия Академии наук СССР и Академии меди­цинских наук СССР 1950 г. и научная дискуссия в 1951 г. на объединенном за­седании расширенного президиума Академии медицинских наук и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, вскрыв «иде­ологические извращения и ошибки», привели к снижению роли психологии и прикладных ее отраслей, подмене ее физиологическим учением о высшей не­рвной деятельности академика Павлова, умершего еще в 1936 г. На самом вы­соком уровне проводились инструктивные «совещания» с целью новой пере­стройки психологии, перевода ее на малопродуктивную для этой науки физи­ологическую почву. И только после 1953 г., во время «хрущевской оттепели», началось возрождение научной психологии и психотерапии в нашей стране. В частности, начал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие ученые страны выступили с программными статьями. В 1956 г. Мясищев опуб­ликовал в этом журнале работу «О значении психологии для медицины». Можно сказать, что физиологический редукционизм относительно психологии в медицине был преодолен лишь после «Совещания по методам исследования в патофизиологии высшей нервной деятельности человека и медицинской пси­хологии» в октябре 1962 г. Сложились более благоприятные условия для раз­вития медицинской психологии и психотерапии. При АМН СССР в 1962 г. была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую воз­главил Мясищев. Тогда же стали появляться монографические работы круп­ных отечественных психологов. Появились условия для дальнейшего развития личностно-ориентированной школы психотерапии. Вокруг Мясищева спло­тился круг перспективных ученых, которые развили концепцию патогенети­ческой психотерапии своего учителя: Карвасарский, Мягер, Либих, Тупицын и др. Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 60-х — начале 70-х годов, особенно после введения в университетах специализации по медицинской психологии. Большое влия­ние на дальнейшее развитие психотерапии в нашей стране оказало активное межинститутское научное сотрудничество с польскими, чешскими и немецки­ми психотерапевтами. Начало тесным контактам с психотерапевтами социа­листических стран было положено рабочей группой по психотерапии, создан­ной на Первом международном симпозиуме социалистических стран по пси­хотерапии, который состоялся в Праге в 1959 г.

В медицинских институтах для усовершенствования врачей в Харькове (1962), Москве (1966) и Ленинграде (1982) были открыты кафедры психоте­рапии. В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского пси­хоневрологического института им. В. М. Бехтерева и исторически связанный с ним коллектив кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. В этих учреждениях на базе патоге­нетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентиро­ванная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Харьковские специали­сты, развивая наследие Платонова, внесли значительный вклад в гипнотера­пию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организа­ционные модели психотерапевтической службы. В медицинских институтах начато преподавание основ психотерапии для ориентировки начинающих вра­чей в этой сложной и многогранной области медицинских знаний.

**трольные вопросы**



1**.**

Термин «гипноз» ввел в медицинскую практику: О Льебо;

© Месмер;

© Брэд;

© Шарко.

2**.**

Методику самовнушения впервые предложил:

О Тарханов;

© Бернгейм; © Бехтерев; © Куэ.

3**.**

Автором «патогенетической психотерапии» является: О Консторум;

© Бирман;

© Мясищев;

© Рожнов.

4**.**

Основоположником гуманистического направления в психологии является: О Айзенк;

© Маслоу;

© Лазарус;

© Адлер.

ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ХАРАКТЕР ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ОСНОВЫ

Психотерапия как система, использующая для лечебного воздействия психологические средства, является точкой пересечения ряда областей зна­ния: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Интердисципли- нарность как понятие получила особое распространение в связи с научно­техническим прогрессом, когда стали возникать быстро развивавшиеся по­граничные дисциплины и одновременно происходила дифференциация об­ластей науки, опиравшихся на различные традиционные дисциплины (их способы подхода к проблеме и методы), например социальной антропологии, молекулярной биологии и др. Специфика психотерапии заключается в том, что ее объектом и одновременно инструментом служит одно из наиболее сложных образований — человеческая психика. В связи со сложностью объекта психотерапии возникает необходимость включения и использования достижений, методов и способов работы из других областей науки.

Несмотря на очевидный интердисциплинарный характер психотерапии, она, конечно, остается лечебной медицинской специальностью, а учет и раз­работка ее клинических основ имеют сегодня по-прежнему первостепенное значение (Карвасарский). И как лечебный метод психотерапия так или ина­че тесно связана со всеми другими клиническими дисциплинами. Современ­ное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к призна­нию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах.

Интердисциплинарный характер психотерапии определяется широким использованием ее прежде всего при психогенных расстройствах, в патоге­незе которых сложнейшим образом сочетаются в качестве ведущих психо­социальные факторы и в различной степени выраженности факторы биоло­гической природы. При соматических заболеваниях применение психотерапии предполагает знание соответствующих разделов внутренних болезней, психо­соматических соотношений.

Интердисциплинарный характер психотерапии проявляется также в ле­чебно-реабилитационном процессе при широком круге заболеваний, особен­но при хроническом их течении (Кабанов). В ходе реабилитации с каждом этапом возрастает необходимость все более интенсивного включения боль­ного в социальную жизнь (вначале в терапевтической, а затем и во внетера­певтической среде), поэтому психотерапевтические мероприятия приобрета­ют важную роль. Поле действия психотерапии достаточно широкое, и при соответствующих модификациях психотерапевтические методы могут быть использованы также для решения психогигиенических, психопрофилакти­ческих и иных задач.

Психотерапия тесно связана также с общей и медицинской психологи­ей, социологией, социальной психологией. В психотерапевтической работе с группами пациентов особое значение имеют феномены и закономерности социальных интеракций, коммуникации, групповой динамики. Этим обус­ловлено тесное сотрудничество в лечебной практике врача-психотерапевта и психолога. В свою очередь, психотерапия способствует развитию соци­альных наук благодаря исследованиям, опирающимся на специфический научный подход. Ввиду включения в психотерапию все большего числа спе­циальных конкретных приемов расширяются ее связи с искусством, музы­кой, лингвистикой и с другими областями знаний с учетом значения их до­стижений для психотерапевтического процесса.

Интердисциплинарный характер психотерапии отражается также в орга­низации психотерапевтической службы и образования в области психотера­пии. Расширяется сеть психотерапевтических кабинетов поликлиник и стаци­онаров, психотерапия включается в тeppитopиaльныe программы обязатель­ного медицинского страхования, увеличивается количество габиштов психо­логической коррекции на промышленных предприятиях, служб психологичес­кого консультирования. Интеграция психотерапии в медицину осуществляется и через семейных врачей, врачей разных специальностей — невропатологов, кардиологов, онкологов и др.

Новые требования к психотерапии, более четкое определение ее места среди других медицинских дисциплин, разработка критериев эффективно­сти и профессионализма предполагают создание комплекса преемственных и взаимосвязанных программ, которые позволят осуществить более каче­ственную подготовку психотерапевтов и других специалистов, использую­щих в своей работе психотерапию.

Интердисциплинарный характер психотерапии можно рассматривать как этап развития психотерапии: научные направления, которые прошли уже фазу интердисциплинарности, становятся самостоятельными, в полной мере не зависимыми от тех дисциплин, на основе которых они формировались. Рассматривая перспективы развития психотерапии, можно полагать, что включение во всю медицинскую деятельность — диагностическую, терапевти­ческую, реабилитационную, профилактическую — элементов психотерапии способствовало бы более полной реализации интердисциплинарного характе­ра психотерапии.

***Научные основы психотерапии***

Психотерапия имеет многовековую историю. Еще Гиппократ представил типологию темперамента и считал слово одним из лечебных средств, а по­нятие «сократовский диалог» используется и в современной психотерапии. Но теоретико-методологические обоснования, позволяющие рассматривать психотерапию в качестве научной дисциплины, стали накапливаться лишь с середины XX в. Значительный прогресс отмечается в психотерапии в пос­ледние десятилетия, когда новые разработки и исследования позволили уви­деть в психотерапии именно научную дисциплину, а не просто собрание ме­тодов, основанных на личных свидетельствах, или системе убеждений, при­надлежащей той или иной «школе». Последняя часто имеет больше общего с религиозными представлениями, чем с открытым научным подходом.

Любые представления о мире связаны с идеологией и мифологией, бы­товыми или научными знаниями. Основные различия между ними представ­лены в табл. 1.

Вопрос о том, в какой степени метод психотерапии является научным или ненаучным, часто остается открытым, поскольку, несмотря на получе­ние новых, более точных результатов, еще многие задачи в одном из наибо­лее сложных подходов к человеку — психотерапии — остаются нерешенны­ми. Не следует также упрощать проблему научности в психотерапии до по­ложения, что занятия дипломированного специалиста — врача или психоло­га — являются научно обоснованными, а других лиц — ненаучными. В каче­стве общей предпосылки научного и ненаучного обоснования психотерапии может выступать следующее: у ненаучно работающего психотерапевта позна­вательные структуры опираются на личный опыт, тогда как применение на­учно обоснованной психотерапии базируется на использовании современных теоретико-методологических научных знаний. Известно, что многие психо­терапевтические методы возникли без влияния психологических теорий, а явились производными от личной интуиции и опыта. Во многих подобных случаях научное обоснование отсутствует.

В обосновании научных основ психотерапии определяющую роль игра­ет методология. Методология — это система принципов, способов органи­зации и построения теоретической и практической деятельности, объеди­ненная учением об этой системе. Она имеет ряд уровней: философский, об­щенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи и долж­ны рассматриваться системно. Система методологии предполагает мировоз­зренческую интерпретацию основ исследования и его результатов. Методо­логия собственно психотерапии определяется конкретно-научным уровнем и связана с мировоззренческой позицией исследователя или психотерапевта (например, ориентированной на биологическое, динамическое, когнитивно­поведенческое, гуманистическое и др. понимание личности, поведения, пси­хопатологии).

Конкретно-научный уровень методологии включает приемы исследова­ния: наблюдение, эксперимент, моделирование и др. Они в свою очередь реализуются в специальных процедурах — методиках получения научных данных. Являясь преимущественно психологической и медицинской дис­циплиной, психотерапия опирается на методологию и методы общей пси­хологии и биологии.

Под психотерапией обычно понимают или ряд методов, которые включа­ют психологические средства для лечения психических расстройств, или прак­тическую работу тех, кто использует эти методы. Такая дифференциация со­ответствует различиям между методологическими нормами и психотерапевти­ческой практикой. Психотерапевтические методы могут интерпретироваться как методологические нормы, если их описание содержит информацию об ини-

*Таблица 1*

Сравнение различных представлений о мире

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методологический  процесс | Идеология и мифология | Бытовые знания | Научные знания |
| Развитие и | Зависят от | Зависят от | Зависят от |
| использование | представлений их | психологических | методологических |
| концепций | создателей | законов | норм |
| Гипотезы | Нечувствительны к | Связаны с | Связаны с научным |
|  | бытовому или научному опыту | бытовым опытом | экспериментом |
| Проверка гипотез | Связаны с верой и | Следуют | Следуют |
|  | собственными | психологическим | методологическим |
|  | убеждениями | законам наивного | нормам и логике |
|  |  | восприятия и | эксперимента |
|  |  | процессов  информации |  |
| Методические | Нечувствительны к | Связаны с бытовой | Связаны с научной |
| нормы | оценке | оценкой | оценкой |
| Оценка | Посредством | Посредством | Посредством научной |
| методических норм | убеждений и | бытового опыта | оценки, связанной с |
|  | внушений |  | методологическими  нормами |

циирующей ситуации и содержании проблемы, терапевтических целях, пред­лагаемых психотерапевтических действиях. Различные личностные характери­стики, условия окружения, которые важны для данного типа лечения, также могут быть частью первичной ситуации или понимания проблемы. Психоте­рапевтические методы представлены простыми или сложными вмешатель­ствами в виде психотерапевтических техник, таких, например, как фокусиро­вание, интерпретация или конфронтация. Необходимо знать о действиях, ко­торые могут быть реализованы и при каких условиях (в пределах психотера­певтического процесса), а также — с какой целью. Определение показаний к применению тех или иных методов является общим правилом, указывающим, какие меры являются оптимальными в данных условиях, и включает прогноз успеха в отношении конкретного случая психотерапии.

Методы научно не обоснованной психотерапии обычно не имеют точных показаний, их цели недостаточно ясны (поэтому вопрос об эффективности не может ставиться), часто бывает трудно понять терапевтическую страте­гию действий и предположить их результат. Это означает, что такая психо­терапия не может быть реконструирована в виде методологически обосно­ванного воздействия.

При лечении психических расстройств психотерапевт может иметь дело не с точно определенными феноменами и методами психотерапевтического вмешательства, которые являются методологическими нормами, а лишь с ме­рами, имеющими эвристичный характер. Но эвристичность может быть и си­стемой методологически обоснованных норм. Она, например, включает на­правления действий при определенных начальных условиях для достижения определенных целей. Одной из особенностей начальных условий может быть то, что проблема не вполне ясна. В этом случае направление действий дол­жно начинаться не с психотерапии, а с анализа проблемы.

Согласно Перрe, искусство применения норм научно обоснованной пси­хотерапевтической практики проявляется в способности творчески настро­енного психотерапевта сознательно и планомерно применять доказанные, узаконенные знания, оцененные нормы и эвристичность.

Активный психотерапевт заполняет разрыв между имеющейся научно обоснованной базой знаний и той, которая необходима в действительнос­ти, с помощью собственного знания, сформированного на основе личного опыта. Такие лично созданные представления и эвристичность, использу­ющиеся для объяснения эффектов действия, могут быть ложными. Но ча­сто психотерапевт оказывается терапевтически успешным лишь на основе личных знаний.

Способность к решению проблем у психотерапевта увеличивается при ус­ловии усвоения им новых научных знаний. Однако это может не проходить в том случае, если психотерапевт приобрел опыт в принятии ложных объяс­нений причинности и остается успешным в индивидуальных случаях психо­терапии. Такие «природные таланты», сформированные личным опытом, представляют опасность создания психотерапевтических школ, базирующих­ся на их ложных представлениях, особенно, если они обладают определенной харизмой и их «особые методы» отвечают интересам и потребностям теку­щей моды. Привлекательность таких концепций, созданных одним челове­ком, обычно является результатом их теоретической простоты, прямой ве­роятности и универсальности применения, то есть соответствует человечес­кой потребности в ясности и простоте, неоспоримости утверждений. В про­тивовес этому основа поведения психотерапевта, применяющего научный подход, — это комплексность, открытость для пересмотра и дальнейшего развития.

Для практической психотерапевтической деятельности недостаточно теоретико-методологических и методических знаний. Эффективное реше­ние поведенческих, психологических проблем пациента основывается не толь­ко на знаниях, но также на понимании условий их формирования и динами­ки.

Понимание степени научной обоснованности психотерапии зависит и от социально-исторических условий. До настоящего времени мы встречаемся с представлениями о происхождении и лечении психических расстройств, ко­торые связаны с определенными культурными особенностями, уходящими корнями в далекое прошлое. Причины отличия научного знания от бытово­го находятся вне личного опыта. Научность зависит, в частности, от обосно­ванности опытом, полученным в соответствии с нормами научной методоло­гии своего времени. То, что научное сообщество определенной эпохи выделя­ет как достойное включения в структуру науки, определяется не только со­циологическими феноменами, но и точными, доступными исследованию ре­зультатами, достигнутыми при прогрессе знания. Так, после работ Павлова по условным рефлексам в науке иначе рассматривается ряд психологических феноменов. Таким образом, обоснование «технологий» в психотерапии зави­сит от прогресса знаний. В этом смысле степень научного обоснования пси­хотерапии является отражением своего времени.

На основании представлений Бунге и Перрe в качестве общих критериев научной обоснованности психотерапии Абабков предложил:

1. Доказательства эффективности психотерапии. Эффективность пси­хотерапии не может оцениваться субъективно, на мнении психотерапевта или пациента. Требуются сложные, многофакторные научные исследова­ния.
2. Теоретико-методологическое обоснование психотерапии, которое не противоречит современным научным данным. Этот критерий предполага­ет использование научных знаний не только в области психотерапии, но также в теориях личности и психопатологии.
3. Применение теорий психотерапии, научно объясняющих эффективность психотерапевтического метода. Такое объяснение касается, прежде всего, мето­дологии психотерапии.
4. Законность психотерапевтических целей, с помощью которых предпола­гается достижение успеха. Определение цели психотерапии зависит от возмож­ностей психотерапевта, особенностей пациента и условий проведения психо­терапии. Выбор наиболее этичной, может быть более сложной или менее фи­нансируемой, цели психотерапии, определяется признанием психотерапевтом данного критерия. Следует учитывать возможность использования психотера­пии с политическими или идеологическими целями.
5. Приемлемость психотерапевтического метода. Важность соблюдения этого критерия особенно актуальна в настоящее время в условиях системати­ческой рекламы и применения разнообразных нетрадиционных экстрасенсор­ных, магических и пр. (по сути психологических) «лечебных» методов воздей­ствия на человека. Экзотические и малоэффективные виды психотерапии ос­таются в арсенале и дипломированных специалистов.
6. Затраты на метод, необходимые для достижения успеха. В настоящее время здравоохранение даже экономически наиболее развитых стран не мо­жет полностью оплачивать порой необходимую долговременную психотера­пию. Проблемой является выбор длительности психотерапии в зависимости от ее эффективности, что часто связано с экономическими возможностями. Финансовая сторона психотерапии может рассматриваться и с этических по­зиций.
7. Вероятность и характер ожидаемых побочных эффектов. Данный кри­терий особенно важен для клинической психотерапии. Научно обоснованная психотерапия, ясно представляющая механизмы влияния, его цели, задачи и возможности, должна учитывать результаты воздействия и избегать нежела­тельных или вредных последствий, которые еще не являются редкостью в пси­хотерапевтической практике.

В последний период уточнялись и активно апробировались теоретико­методологические позиции психотерапии как научной дисциплины. Развитие смежных с психотерапией научных областей позволило усовершенствовать и ускорить компьютерные и математико-статистические способы обработки теоретического и практического материала. Это привело к созданию научных работ обобщающего характера, которые ранее были невозможны. К ним от­носится исследование Ламберта и Бергина, в котором среди общих научных достижений современной психотерапии указаны следующие:

1. Превышение общего эффекта психотерапии над эффектом спонтанных ремиссий.
2. Позитивный характер общего эффекта психотерапии.
3. Превышение эффекта психотерапии над эффектом плацебо-контроля.
4. Определенный разброс результатов даже при гомогенных исследовани­ях, что рассматривается как следствие влияния факторов, связанных с психо­терапевтом, а не с психотерапевтической техникой.
5. Относительная эквивалентность результатов при большом числе ис­пользованных методов психотерапии, терапевтических переменных и вре­менных условий.
6. Уникальная эффективность немногих форм психотерапии при специ­фических нарушениях.
7. Интерактивная и синергическая роль медикаментов при проведении психотерапии.
8. Особая важность взаимоотношений психотерапевт-пациент для пред­сказания результата и достижения возможных позитивных личностных из­менений пациента.
9. Учет негативных эффектов при психотерапии и изучение процессов, которые приводят к ухудшению состояния пациентов.

Бесспорные научные достижения современной психотерапии, дальнейшее ее развитие на основе прогресса в смежных областях являются условием пре­вращения психотерапии в подлинно научную дисциплину.

**:трольные вопросы**



1**.**

Для научных знаний (и, следовательно, для научной психотерапии) характер­но все указанное, кроме:

О связи с научным экспериментом;

© зависимости от методологических норм;

© оценки посредством бытового знания;

© следования логике эксперимента.

2**.**

Для научно не обоснованной психотерапии характерно следующее, кроме: О недостаточной ясности цели психотерапии;

© опоры на личный опыт;

© учета современных теоретико-методологических знаний;

© отсутствие точных показаний к психотерапии.

***Клинические основы психотерапии***

В самом общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в эти- опатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, 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.

Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они опре­деляются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

* личностными особенностями пациента и реакциями его 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 (Платонов), является одним из важнейших теоретико­методологических принципов медицины. Поэтому крайне актуальным пред­ставляется детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагности­ки, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и пси­хокоррекционной работы.

Значимость указанных исследований возрастает ввиду усиливающейся тенденции к выведению ряда личностных характеристик и расстройств не­посредственно из патологии мозга, чему немало способствовало установле­ние важной роли лимбико-ретикулярного комплекса в психической деятель­ности. При всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анали­за сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности.

Яркой моделью, которую можно использовать для рассмотрения транс­формации личностных особенностей в связи с задачами психотерапии, яв­ляется невротическое заболевание («болезнь личности») с его различными стадиями. При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с осо­бенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревож­ность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость боль­ного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причи-

ной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротичес­кого заболевания — стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверен­ность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть по сути дела зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза — при затяжном его течении и невротическом развитии — отмечает­ся усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психо­патических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациента с истерической формой невроза (Мясищев). На базе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вто­ричных личностных особенностей возникает неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных — демонстратив­ность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, свя­занные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффек­тивной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отноше­ний и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внут­ренними, «для себя»; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, то есть в трудностях и проблемах «с другими и для других». Появление третичных, а иногда и вторичных лично­стных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регуля­тивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это оз­начает, что третичные личностные образования у больных неврозами — осо­бенности поведения и межличностного функционирования — выполняют сво­его рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверен­ности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические меха­низмы, свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и со­хранении личностных расстройств, а с другой стороны, указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных меха­низмах.

Рассмотренные особенности личности пациента, страдающего неврозом, — первичные, вторичные и третичные — играют существенную роль при выбо­ре наиболее оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первич­ных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобре­тать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений сис­темы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентирован­ной (реконструктивной) психотерапии, как в индивидуальной, так и, особен­но, в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктив­но протекает при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответствующим образом учет первич­ных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Воздействие различных лечебно-восстановительных методов (в том чис­ле имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить не только при невротических расстройствах, но и на моделях эпилепсии как органического заболевания головного мозга и ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

Так, у больных эпилепсией (Игнатьева), как и у больных неврозами, можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные особенно­сти. Первичные (замедленное протекание психических процессов, эмоцио­нальная возбудимость, вязкость аффекта и др.) отражают особенности цереб­ральной нейродинамики больных; вторичные (псевдонормативность, назой­ливость и др.) возникают в качестве компенсации на основе первичных пу­тем сложного взаимодействия психопатологических и микросоциальных факторов; третичные особенности (чувство неполноценности, отгороженно­сти и пр.) связаны с реакцией на заболевание и обусловлены неудовлетво­рением из-за болезни значимых для личности потребностей. Вторичные об­разования в структуре личности больного, страдающего эпилепсией, возни­кают путем патологического взаимодействия больного с его ближайшим ок­ружением. Характерной особенностью этого взаимодействия является нали­чие порочного круга реакций окружающих на первичные симптомы, имеющиеся у больного, с изменением отношения к нему и ответных реакций больного, связанных с этими изменениями. Отношение к заболеванию уча­ствует при эпилепсии в формировании как вторичных, так и, в особеннос­ти, третичных личностных образований. Опыт лечебно-восстановительной работы с больными эпилепсией показывает, что учет первичных, вторичных и третичных особенностей личности позволяет наиболее эффективно пост­роить процесс терапии. Третичные изменения, непосредственно не связан­ные с биологическими предпосылками и имеющие психологическую приро­ду, оказываются наиболее доступными психотерапевтическим и психокор­рекционным воздействиям. В меньшей степени это относится и к вторичным личностным особенностям при эпилепсии, представляющим собой компенса­торные структуры, возникшие в процессе сложного взаимодействия биоло­гических и психосоциальных факторов. И в данном случае постановка задач и выбор конкретных психотерапевтических приемов для их решения опира­ются на представление об особенностях личности больного и их динамичес­кой трансформации в процессе болезни.

Определенную аналогию можно провести, коснувшись особенностей лич­ности больного ишемической болезнью сердца — одного из наиболее распро­страненных сегодня психосоматических заболеваний. В структуре личнос­ти этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным обра­зов с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие сте- нокардические приступы. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезнен­ного состояния. Под влиянием этих установок формируются третичные лич­ностные образования: анозогностическая установка приводит к игнорирова­нию болезни и нередко ее утяжелению; в то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта приводит к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг инте­ресов сужаются, то есть происходит нарушение социального функциониро­вания. И в данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений раз­ноуровневого характера. Следовательно, психотерапия должна носить содер­жательный характер.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни, помимо теоретического, име­ет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведе­нию психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре лично­стных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии явля­ется выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психоте­рапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия боль­ше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная Бурно терапия творческим самовыражением психопатичных и хронически-ши- зофреничных расстройств, в особенности с дефензивными проявлениями, со­ответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей паци­ента.

Автор указывает следующие особенности работы в терапии творческим самовыражением, касающиеся пациентов различных групп: 1) применитель­но к психастеникам — научно-лечебная информация, чувственное оживление; 2) астеникам — забота, доброта, художественные, лирические эмоции; 3) де- фензивным циклоидам (обычно склонным к вере в своего психотерапевта) — краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористи­чески мягкое, жизнеутверждающее воздействие авторитетом психотерапевта; 4) дефензивным шизоидам — помощь в творческом, общественно-полезном выражении своей аутистичности, видении подлинных ценностей в людях другого склада; 5) дефензивным эпилептоидам — помощь в поисках положи­тельного в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном пре­творении в жизнь своей честной авторитарности; 6) дефензивным истеричес­ким психопатам — помочь научиться заслуживать внимание людей пусть де­монстративным, но общественно-полезным самовыражением; 7) ананкас- там — помочь сделать навязчивые переживания содержанием творчества; 8) дефензивным малопрогредиентно-шизофреническим пациентам — на по­чве особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в ра­боте с психопатами) помочь пациенту творчески общественно-полезно выра­зить в жизни свою личностную полифонию, расщепленность-сюрреалистич­ность, имеющую свою особую гармонию (неустанно ее активируя).

В несколько ином, но также в клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств известный подростковый психиатр Личко.

При гипертимных психопатиях доверие обычно легко устанавливается, если пациент чувствует к себе доброжелательное отношение, искренний инте­рес к его проблемам, желание вместе с ним искать выход из трудной ситуации. Надо избегать чрезмерной директивности и, наоборот, следует опасаться ут­раты дистанции, фамильярности. Не нужно демонстрировать равенство отно­шений. Пациент скорее почувствует расположение к врачу, если увидит в нем независимую самостоятельную личность. В отношении же медико-педагогичес­ких мероприятий следует добавить, что адаптация лучше осуществляется в среде, где открывается возможность для применения инициативы, энергии, для широких контактов, — в большом коллективе, на разнообразной работе, при непрерывной смене обстановки и впечатлений. Слишком размеренный режим закрытых учреждений переносится плохо, толкает на конфликты и ведет к де­компенсации.

При лабильно-аффективной психопатии психотерапия бывает действен­ной, если подросток сразу чувствует искреннюю благосклонность к нему. Ус­тановившийся контакт эти подростки нередко стремятся сохранить возможно дольше. Направление психотерапевтических усилий постепенно можно менять от успокоения к руководству поведением.

При сенситивной психопатии следует учитывать, что за внешней замкнуто­стью обычно скрывается большая потребность поделиться переживаниями. Не­обходимы многократные продолжительные беседы с перебором фактов и ситу­аций, опровергающих убежденность подростка в его неполноценности и небла­гоприятном отношении к нему окружения. В трудовых рекомендациях необхо­димо побуждать не страшиться выбрать профессию, соответствующую возмож­ностям. Ситуация, стимулирующая чувство ответственности и убежденности в том, что подросток «нужен другим», может способствовать компенсации.

При психастенической психопатии склонность к самоанализу и самокопа­нию может превратить внешне, казалось бы, успешную психотерапию в пус­тую словесную жвачку, никак не сказывающуюся на поведении. Необходимо побуждать, тренировать и развивать те сферы психической жизни, которые слабы, — живое восприятие, умение схватить мельком увиденное, нужно даже поощрять фантазирование. Рекомендованные занятия спортом часто забрасы­ваются из-за неудач или превращаются в навязчивый ритуал. Необходимо вызвать у больного гедоническую радость ощущения своего тела в движении. В связи с тем, что нижние конечности у психастеника обычно развиты лучше, чем верхние, начинать надо с бега, лыж, велосипеда и т. п., а в дальнейшем стараться всячески разнообразить занятия. В области трудовых рекомендаций следует избегать всех ситуаций, создающих чрезмерную нагрузку на чувство ответственности.

Психотерапия очень важна при шизоидной психопатии, но добиться не­формального контакта бывает нелегко. Прихотливая избирательность шизо­ида в выборе симпатий и антипатий, казалось бы, обрекает на неудачу все за­ранее заготовленные схемы. Вначале приходится говорить самому психотера­певту, и лучшая тема для этого — трудность контактов вообще и судьба лю­дей, которым они нелегко даются. Признаком преодоления психологического барьера служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам; чем дальше, тем раскрытие может быть все более полным. Нужно лишь учи­тывать истощаемость шизоида. При трудовых рекомендациях необходимо по возможности учитывать увлечения — желателен близкий к ним выбор профес­сии. Сами подростки нередко мечтают о профессии, сопряженной с изоляци­ей от шумного мира в малых группах, связанной с «уединением». От такого выбора следует предостерегать, так как он создает трудную ситуацию — кон­такт со всеми членами малых изолированных групп неминуемо должен стать неформальным.

Эпилептоидные подростки в моменты дисфорий и аффективного напряже­ния больше всего нуждаются в успокаивающих психотропных средствах. Па­циента лучше на время оставить в покое и контакт устанавливать, когда эти состояния минуют. В процессе психотерапии следует учитывать внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, собственному благополучию.

Беседы должны быть обстоятельными и неторопливыми. Подростка нужно по­буждать «выговариваться» — это снимает напряжение. Совместному обсужде­нию сперва лучше подвергнуть положительные качества: любовь к порядку, способности к ручному мастерству. Отрицательные свойства — взрывчатость, гневливость, несдержанность в состоянии аффекта — признаются самим под­ростком, если установлены доверие и контакт. В трудовых рекомендациях надо учитывать их медлительность, инертность и склонность к аккуратности.

Истероидная психопатия представляет собой наиболее трудный объект и для психотерапии, и для медико-педагогических рекомендаций. Гипноз при на­рушениях поведения является совершенно недейственным методом. Успех кор­ригирующих поведение усилий зависит от того, насколько удается отыскать сферу, где эгоцентрические потребности подростка могут быть удовлетворены без ущерба для окружающих (например, занятия художественной самодеятель­ностью). Выбор подходящей профессии затруднен из-за крайне завышенного уровня притязаний. Родным и близким надо объяснить, что нарушения пове­дения у подростка обычно носят демонстративный характер, поэтому следует избегать сцен, скандалов, бурных обсуждений с привлечением знакомых и вся­кого рода посредников, которые обычно становятся для истероидного подро­стка только желанными зрителями. Однако никогда проступки не должны ос­таваться незамеченными и безнаказанными — это может только подталкивать на более серьезные нарушения.

Подростки неустойчивого типа требуют твердого, даже властного руко­водства. Психотерапия должна быть преимущественно директивной. Стро­гий режим, неусыпный надзор, неизбежность наказаний за проступки дей­ствуют наиболее эффективно.

Специфические подростковые поведенческие реакции (эмансипация, группирование, увлечение, и др.) должны также учитываться при проведе­нии психотерапевтической работы.

Только хорошее владение клиническим методом позволит врачу-психо- терапевту составить адекватную лечебную (в том числе психотерапевтичес­кую) программу при сложных сочетаниях невротического и органического компонентов в картине заболевания и выбрать наиболее адекватное соотно­шение психотерапии и биологической терапии в каждом отдельном случае, о чем свидетельствуют данные следующих исследований.

Были изучены варианты личностного реагирования на болезнь и особен­ности социально-трудовой адаптации больных с неврозоподобными вариан­тами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего ка- тамнеза (до 20 лет). Во всех случаях диагноз органического заболевания го­ловного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных: 1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-тру­довой адаптацией; 2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и не­устойчивой социально-трудовой адаптацией; 3) с уходом в болезнь и значи­тельным снижением социально-трудовой адаптации. Работа представляет ин­терес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологи­ческой симптоматики и органических церебральных изменений; достоверные же различия установлены по личностным нарушениям в преморбиде, направ­ленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, ди­намике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реаги­рования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследован­ных больных в катамнезе определяются выраженностью не столько органи­ческого, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адек­ватностью выбора и проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных (ре­конструктивных) форм психотерапии был выше, чем при применении симп­томатических методов (суггестия, релаксация и др.).

Клинический характер психотерапии предполагает также учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни. Так, боль­ные неврозами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «со- матоцентрированным типом» — на фармакотерапию (Ташлыков). Знание и учет структуры внутренней картины болезни у больных с малопрогредиентной шизофренией также позволяет правильно обосновать выбор психотерапевтичес­ких мероприятий. При ипохондрическом и паническом отношениях одной из многих психотерапевтических задач является «коррекция масштаба пережива­ний» болезни. При рационализирующем и отрицающем отношениях основная задача психотерапии — способствовать достижению осознания факта болезни и формированию адекватного к ней отношения.

Нельзя не отметить роль катамнеза в психотерапии. Катамнез использу­ется для подтверждения установленного диагноза, изучения динамики забо­левания, сравнения непосредственных и отдаленных результатов психотера­пии на разных этапах лечебного процесса. Особое значение катамнестический метод приобретает при использовании личностно-ориентированных систем психотерапии, где степень клинического улучшения и его устойчивость во многом определяются дополнительными (помимо собственно клинического) психологическими критериями. Метод катамнеза позволяет более адекватно решать вопрос о целесообразности суппортивной (поддерживающей) психо­терапии.

Клинический подход к проведению психотерапии, помимо учета нозологи­ческого характера болезни, ее патогенетических механизмов, закономерностей течения, последовательно представленный в других главах, включает в себя также постановку целей, задач, выбор методов психотерапии, адекватных раз­личным организационным формам, в которых она осуществляется: учрежде­ния амбулаторного, полустационарного, стационарного, санаторного и других типов.

**:трольный вопрос**



1**.**

Терапия творческим самовыражением Бурно особенно показана при:

О неврозах;

© органических заболеваниях головного мозга;

© психопатиях с дефензивными проявлениями;

© психосоматических заболеваниях.

***Физиологические основы психотерапии***

Для понимания природы психосоматических расстройств, основной группы заболеваний, при которых психотерапия является важным методом лечения, и их динамики под влиянием психологических воздействий могут учитываться физиологические показатели и прежде всего — в рамках пси­хофизиологии. Основной задачей последней является систематическая ре­гистрация сочетания конкретных переживаний и поведения с физиологичес­кими процессами (в норме и патологии).

С помощью контролируемых лабораторных экспериментов и полевых об­следований можно определить, как человеческое переживание и поведение сказываются на физиологических реакциях и регуляторных процессах, и вы­вести из этого закономерности психосоматических соотношений. Психофи­зиология, и особенно клиническая психофизиология, не может обойтись здесь без методов и познаний смежных дисциплин (медицина, нейрофизи­ология, нейрохимия, экспериментальная психология).

Психофизиологические измеряемые величины, как правило, регистриру­ются неинвазивно на поверхности тела человека. Они возникают как резуль­тат деятельности различных функциональных систем организма (централь­ной нервной, нервно-мышечной, кардиоваскулярной, электродермальной, рес­пираторной, гастроинтестинальной, эндокринной). Измеряя их физические свойства с помощью специальных датчиков, одновременно регистрирующих и усиливающих определяемые показатели, можно преобразовать эти величиныв биосигналы. На основании их изменений делается вывод о лежащих в основе соматических процессах, их динамике, в том числе под влиянием психотера­пии.

Основы формирования отечественного психофизиологического направ­ления, в том числе в изучении невротических расстройств, заложены в тру­дах создателей концепции нервизма и прежде всего Сеченова, Павлова, Бех­терева, Введенского, Ухтомского.

Значительным вкладом в разработку этой методологии применительно к задачам изучения нервно-психических заболеваний явились работы Мя­сищева, Бехтерева, в которых был сделан важный шаг к переходу от изуче­ния одних лишь аналитических рефлекторных, в частности нейросоматичес­ких, компонентов к учету роли таких сложных и синтетических образований, как личность и сознание, и соотношений между ними.

Задача объединения психологических и физиологических аспектов иссле­дования (как в клинических наблюдениях, так и в эксперименте) нашла отра­жение в многочисленных работах сотрудников отделения неврозов и психоте­рапии Института им. В. М. Бехтерева независимо от того, какая методика ис­пользовалась — ЭКГ, ЭЭГ, ЭМГ, гальванометрия, электрогастрография, ней­рохимические показатели и др.

Широкое распространение при исследованиях неврозов получил пси­хофизиологический эксперимент, заключающийся в применении словес­ных раздражителей и моделировании ситуаций, различных по эмоциональ­ной значимости для больного, в сочетании с регистрацией физиологичес­ких и биохимических показателей. В таком эксперименте физиологические и биохимические изменения определяются избирательным отношением че­ловека к содержанию раздражителя и, следовательно, имеют не только фи­зиологический, но и психологический смысл. Будучи зарегистрированны­ми при различных невротических состояниях, они характеризуют и эти состояния, и то единство психического и физиологического, которое лежит в основе монистических материалистических представлений о природе психогенных расстройств.

Психофизиологический аспект в изучении психогенных расстройств чело­века представляется особенно адекватным потому, что психическая травмати- зация, являющаяся их причиной, всегда содержательна и отражает индивиду­альное отношение человека к травмирующим обстоятельствам, сформирован­ное в результате его личного и жизненного опыта. Вместе с тем психическая травма ведет к дезорганизации деятельности нервной системы и организма в целом, к возникновению многообразных функциональных нарушений. Вскры­тие содержания психической травмы, изучение и учет личностных особеннос­тей больного — задачи психологического исследования. Изучение нарушений нейродинамики и соматических сдвигов требует использования разнообразных физиологических и биохимических методик. Психофизиологический экспери­мент обеспечивает и одну, и другую стороны исследования в их связи и един­стве.

В одном из исследований у больных неврозами изучались электроэнцефа­лографические реакции на словесные раздражители. Если при обычных сен­сорных раздражениях можно судить о реактивности различных анализатор­ных систем, то словесные воздействия позволили выявить избирательную вы­раженность реакции на смысловое значение раздражителя. Реакции на словес­ные раздражители сопровождались неоднозначными изменениями электричес­кой активности, зависящими от типа исходной ЭЭГ и значимости словесного раздражителя. Словесные раздражители, затрагивающие «больные» пункты, были чрезмерно сильными для большинства больных. Они вызывали отчет­ливые, но неоднозначные изменения электрической активности, большей час­тью выражавшиеся в подавлении альфа-активности, усилении быстрых коле­баний и появлении на этом фоне медленных волн и мышечных потенциалов. Состояние тревоги часто сопровождалось значительными нарушениями элек­трической активности и вегетативными проявлениями. После психотерапев­тической беседы нередко отмечалась нормализация электроэнцефалографи­ческой картины.

На рис. 1 приведены электроэнцефалограммы больной истерическим не­врозом до и после длительной психотерапевтической беседы, затрагивающей значимые переживания пациентки, послужившие источником невротической декомпенсации. В первой записи ЭЭГ при тревожном состоянии больной от­мечено доминирование высокоамплитудных колебаний с множеством ост­рых волн и наличием колебаний мышечного происхождения. Отмечаются также спонтанные колебания кожно-гальванического рефлекса (КГР) и аритмичность дыхания. Во второй записи после психотерапевтической бе­седы наблюдается изменение ЭЭГ, доминирующей формой активности во всех отведениях становится альфа-ритм; дыхание приобретает ритмичность, уменьшаются спонтанные колебания КГР.

Экспериментальные психофизиологические исследования были использо­ваны при изучении невротических нарушений внутренних органов — сердеч­но-сосудистой, желудочно-кишечной и других систем. В процессе исследования регистрируются одновременно несколько физиологических показателей, отра­жающих особенности реактивности коры головного мозга (ЭЭГ), преимуще­ственно вегетативной нервной системы (кожно-гальванический рефлекс — КГР), а также тех или иных изучаемых систем (ЭКГ, пьезопульсограмма, за­пись дыхания, оксигемограмма, электрогастрограмма — запись моторики и кислотности желудочного сока и др.).

При изучении невротических нарушений сердечной деятельности Страу- митом была сделана попытка объективизировать в процессе патогенетической

#t

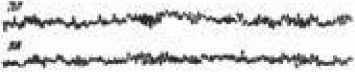


, \* \*и \*ih <ч

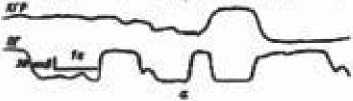
дЩ ¥И. ПУ>| iifiTij i^Ld t 1 I ft rubJ.Lj.jj--.

.т\*

***и***



\*\*h\*VW^ Hlf\*H|yHfi^^ \* \* wM **ч i>m**



(fc *+4Hb*

Д-V^h' ■\*'

1%^ iihVi ' лИя^и ■ 11 "\* \*



f

Рис. У. ЭЭР *больной неврозом до (а) и после (б) психотерапии.*

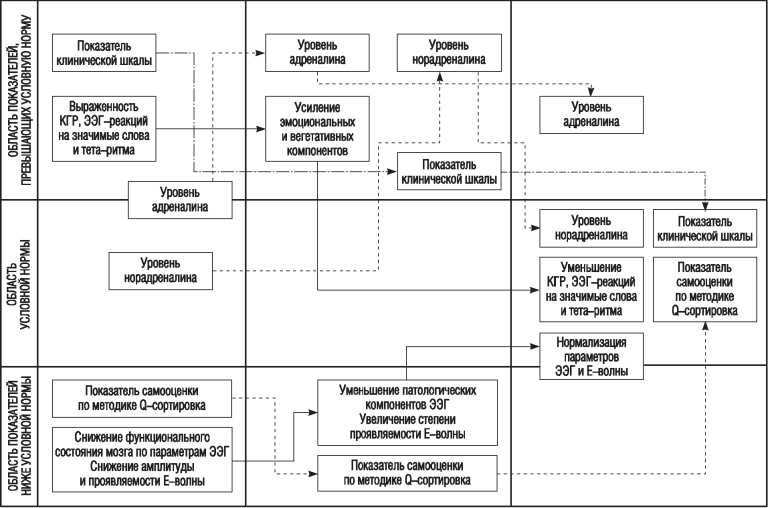
психотерапии динамику взаимоотношении между переживаниями, связанны­ми с конфликтной жизненной ситуацией, и обусловленными страхом за состо­яние сердца. Регистрировали ЭЭГ, ЭКТ и частоту дыхания. Учитывали реак­ции на специально подобранные словесные раздражители, адресованные к особенностям личности больных, клинической картине заболевания и патоген­ной жизненной ситуации. Повторные исследования позволили не только уточ­нить связи между определенными переживаниями и расстройствами сердечной деятельности, но и выявить некоторые закономерности их динамики в процес­се психотерапии. При поступлении в клинику у больных особенно частыми и выраженными были реакции ЭЭГ и ЭКГ на представления, связанные с на­рушением сердечной деятельности. При этом ЭКГ-реакции, отражающие из­бирательный характер психосоматического переключения при эмоциональном стрессе, были более выраженными, отмечались у большего числа больных и могли возникать вне заметных изменений на ЭЭГ. Под влиянием психотера­пии, направленной на осознание больным конфликтной ситуации как причины невроза, отмечались определенные ЭКГ-изменения. Учащались и становились более выраженными ЭЭГ-реакции на представления, связанные с психотрав­мирующими обстоятельствами. ЭЭГ-реакции в ответ на представления, каса­ющиеся состояния сердца и проявления кардиофобии, наоборот, урежались и становились менее заметными. Приведенная динамика показателей психофи­зиологического эксперимента отражала динамику состояния больных, выявля­емую и клиническим методом.

При любой мозговой патологии, как известно, в первую очередь активи­руется адренергический субстрат ретикулярной формации, что выражается в состоянии тревожности и эмоционального напряжения, тета-активности на ЭЭГ и высоких КГР. Вместе с тем эмоциональное напряжение вызывает не только изменение функционального состояния мозга, но и нарушение нейро­эндокринного звена. Реакции эмоционального стресса сопровождаются нару­шениями в функционировании симпатико-адреналовой и гипофизарно-адре­наловой систем. Приведем некоторые данные, касающиеся динамики адрена­лина, норадреналина, ДОФА и дофамина в процессе групповой психотерапии больных.

По мнению ряда авторов, мерой степени выраженности функционально­го напряжения можно считать величину вегетативных и биоэлектрических сдвигов, в связи с чем мы попытались сопоставить полученные данные и про­следить за динамикой электрофизиологических, биохимических и клинических показателей, отражающих эмоциональною реактивность в процессе групповой психотерапии.

На рис. 2 в схематическом виде представлена направленность клиничес­ких сдвигов, психологических, электрофизиологических и биохимических по­казателей у больных неврозами перед началом, в середине курса и после окончания групповой психотерапии. Ближе к выписке больных из отделения после успешно проведенного лечения отмечается статистически достоверное уменьшение степени выраженности тета-ритма на ЭЭГ, физиологических ре­акций на эмоционально значимые словесные раздражители, КГР, а также снижение показателей клинической шкалы. Это свидетельствует об ослабле­нии эмоциональной напряженности и уменьшении таких симптомов, как раз­дражительность, тревожность и снижение активного внимания (последнее подтверждается нормализацией формы и увеличением степени выраженно­сти Е-волны Уолтера). Наряду с улучшением клинического состояния боль­ных, ЭЭГ и вегетативных функций, отмечены определенные положительные сдвиги в обмене катехоламинов, хотя экскреция адреналина остается не­сколько повышенной по сравнению с нормой. К периоду окончания группо­вой психотерапии (III этап) в отличие от II этапа исследования определя­ются преимущественно однонаправленные сдвиги клинических, психологи­ческих, нейрофизиологических и биохимических показателей.

В приведенных психофизиологических исследованиях значительный инте­рес представляет вопрос о внутренне обусловленной закономерной смене зна­чимости психологических стрессоров при неизменной конфликтной ситуации, ведущей к неврозу. Один из аспектов этой сложной и актуальной проблемы находит частичное отражение в уже упомянутых исследованиях, которые по-



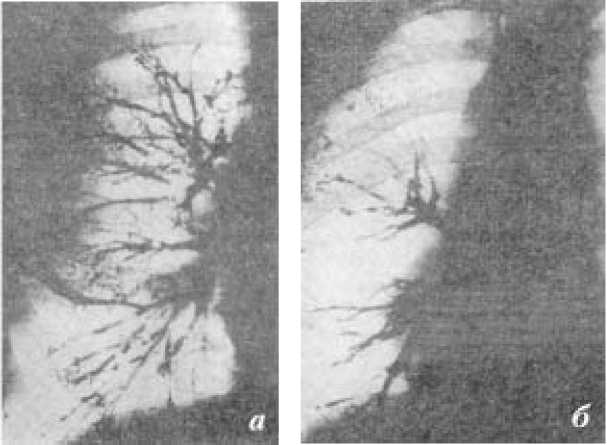
*Рис. 2. Направленность клинических сдвигов, психологических, электрофизиологических и биохимических показателей у больных неврозами в процессе психотерапии.*

казали, что конфликтная патогенная ситуация, имеющая основное значение в возникновении невроза, на определенных этапах его развития может «засло­няться» новыми психологическими стрессорами. В качестве таковых чаще все­го выступают сами болезненные нарушения, то есть ведущие симптомы невро­за. Страумит проанализировал динамику состояния отдельного больного с за­кономерной сменой психологических стрессоров в процессе психотерапии не­врозов: от стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, к стрессу, со­храняющемуся благодаря переживанию болезни, и вновь к стрессу, хотя и определяющемуся прежней психогенией, но с перспективой его устранения в условиях активной психотерапии, направленной, с одной стороны, на разре­шение конфликтной ситуации, а с другой — на попытку изменить отношение больного к этой ситуации.

Во многих работах (Платонов, Буль, Мягер, Панов и др.) описаны изме­нения на физиологическом, патофизиологическом, нейрохимическом уровнях, вызываемые воздействием гипноза, аутогенной тренировки и других методов психотерапии (рис. 3).

В заключение необходимо подчеркнуть, что анализ результатов исследо­ваний подтверждает высказанное ранее положение (Карвасарский, Мурзен- ко) о том, что при изучении механизмов лечебного действия и методов оцен­ки эффективности психотерапии необходимо учитывать взаимодействие многочисленных и многомерных переменных как психологического, так и биологического характера, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням интеграции и функционирования организма и лично­сти.

Большое значение в выявлении изменений на различных уровнях орга­низма под влиянием психотерапевтических воздействий приобретают экспе­рименты с биологической обратной связью.



*Рис. 3. Бронхограмма больной.*

*а — бронхограмма больной, произведенная до внушения астматического приступа; контрастное вещество заполняет все бронхиальное дерево; б — бронхограмма той же пациентки, у которой развился внушенный астматический приступ; определяется значительное сужение просвета бронхов и исчезновение контрастного вещества на периферии бронхиального дерева (по Булю).*

**трольныи вопрос**

1**.**



Психофизиологический эксперимент особенно адекватен для изучения следу­ющих патогенетических механизмов:

О социальных;

© психологических;

© психосоматических;

© физиологических.

***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. Нисколько не умаляя значение клинических основ психотерапии, все же следует подчеркнуть, что и объект воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психоло­гические вмешательства) представляют собой психологические феномены, то есть психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений. Кро­ме того, в системе подготовке врачей до настоящего времени психологичес­ким проблемам уделялось явно недостаточное внимание. Поэтому для вра­чей формирование адекватных представлений о психологические основах психотерапии имеет особое значение.

Любая область медицинских вмешательств основывается на определенных знаниях о норме и патологии (например, нормальная анатомия и патологичес­кая анатомия, нормальная физиология и патофизиология). Научно обоснован­ная психотерапевтическая система также имеет в своей основе два предшествую­щих звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы — это представления о здоровой личности, психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функциони­рования человеческой личности. Концепция патологии — это концепция лично­стных нарушений (концепция происхождения невротических расстройств), рас­сматривающая их в рамках соответствующих представлений о норме. Говоря о психотерапии, мы чаще всего обращаемся именно к психотерапии невротичес­ких расстройств, потому что наиболее существенным показанием к психотера­пии является психогенный характер нарушений (заболевания). Поэтому имен­но при неврозах психотерапевтические воздействия осуществляются наиболее полно и глубоко, то есть психотерапевтическая модель невротических рас­стройств представляет собой наиболее развернутую модель.

Таким образом, в качестве теоретической основы психотерапии выступа­ет научная психология, психологические теории и концепции. Именно тео­ретические представления, раскрывающие психологическое содержание по­нятий «норма» и «патология», определяют цели и задачи, характер и специ­фику психотерапевтических воздействий. Ранее уже отмечалось, что при всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных на­правления в психотерапии, соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Так, в рам­ках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты лично­стного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а нарушения личностного функционирования (и не­вроз) понимаются как следствие конфликта между бессознательным и созна­нием. Тогда понятно, что основной целью психотерапии является достиже­ние осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Предста­вители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведе­нии. Здоровая личность характеризуется адаптивным поведением (норма — это адаптивное поведение), а невроз или личностные нарушения — резуль­тат неадаптивного поведения, сформировавшегося в результате неправиль­ного научения. Из этого следует, что целью психологического вмешательства является научение или переучивание, замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Гуманистическое или «опытное» направление в качестве основной человеческой потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. Невроз же является следствием невозможности самоактуализации, следствием бло­кирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью пси­хологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий принятию себя и личностной интеграции, что и обеспечивает самоактуализацию.

Ниже будут рассмотрены основные направления психотерапии с точки зрения психологических теорий, лежащих в их основе.

Динамическое (психодинамическое) направление в психотерапии. Ди­намическое направление в психотерапии основано на глубинной психологии — психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления су­ществует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды сто­ронников этого подхода, являются представления о бессознательных психичес­ких процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анали­за и осознания.

Психологическая концепция. Основоположником психоанализа является Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «пси­ходинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, раз­личных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведе­ние человека.

Бессознательные психические процессы. Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как ос­новные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведе­ние и функционирование человеческой личности. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психичес­ких процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные по­буждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

Инстинкты и мотивация. Инстинкты, с точки зрения Фрейда, это не врожденные рефлексы, а побудительные, мотивационные силы личности, это — психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и, в этом смысле, биологических), психическое выражение состояния орга­низма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта являет­ся ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, иными словами, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения (например, голод или жаж­да побуждают человека искать питье или еду, есть и пить). Именно эта внут­ренняя стимуляция, внутреннее возбуждение, связанное с состоянием и по­требностями организма, с точки зрения Фрейда, является источником пси­хической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения рассматриваются как мотивационные силы, следовательно, мотивация чело­века направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Инстинкты же представляют собой психические образы этого возбуждения, представлен­ные как желания. Фрейд выделял две группы инстинктов: инстинкты жиз­ни (Эрос), направленные на самосохранение, на поддержание жизненно важ­ных процессов (голод, жажда, секс) и инстинкты смерти (Танатос), разруши­тельные силы, направленные либо вовнутрь, на самого себя, либо вовне (аг­рессия, садизм, мазохизм, ненависть, суициды). Энергия инстинктов жизни получила название либидо, энергия инстинктов смерти специального назва­ния не имеет. Фрейд считал, что из всех инстинктов жизни наиболее значи­мыми для развития личности являются сексуальные инстинкты. В связи с этим довольно часто термином «либидо» обозначают именно энергию сексу­альных инстинктов. Однако нужно иметь в виду, что энергия либидо обозна­чает энергию всех жизненных инстинктов.

Концепция личности. Рассматривая проблему организации психики, про­блему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни созна­ния) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсоз­нательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко мо­жет быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный мо­мент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытеснен­ные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессоз­нательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и им­пульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, стремится к немед­ленной разрядке напряжения, которое вызывается первичными (биологичес­кими, идущими от организма) побуждениями, не учитывая никаких соци­альных норм, правил, требований, запретов. Эго (разум) направляет и кон­тролирует инстинкты. Эго функционирует на всех трех уровнях сознания, является связующим звеном, посредником между Ид и внешним миром, осу­ществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид, достигнуть разрядки напряжения (вызван­ного первичными потребностями) с учетом требований внешнего мира, с уче­том норм и правил (например, отсрочить удовлетворение потребностей до подходящего момента). Эго действует согласно принципу реальности, стре­мится обеспечить удовлетворение инстинктивных потребностей, познавая и анализируя внутренний и внешний мир и выбирая наиболее разумные и бе­зопасные способы и пути для удовлетворения потребностей. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго также функционирует на всех трех уровнях сознания. Оно формируется в процес­се воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Супер-Эго действует согласно морально-этическому принципу, осуществляя контроль над поведе­нием человека (самоконтроль), и препятствует проявлению внутренних им­пульсов, которые не соответствуют социальным нормам и стандартам. Та­ким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соот­носится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению жела­ний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и огра­ничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными норма­ми, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

Тревога. Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией Эго и предуп­реждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагиро­вать в подобных ситуациях (ситуациях опасности, угрозы) безопасным, адап­тивным способом. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную, или реали­стическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (свя­занную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Су­пер-Эго). Объективная тревога возникает в ответ на реальные опасности окружающего реального мира. Невротическая тревога по сути является стра­хом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид, она возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Моральная тревога основана на опасениях перед наказанием со стороны Супер-Эго, которое предписывает по­ведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающие у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требо­ваниям Супер-Эго).

Защитные механизмы. Тревога — это сигнал об опасности, сопровожда­ющийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизи­рует защитные механизмы (механизмы защиты), которые связаны с увели­чением инстинктивного напряжения, угрозой Супер-Эго или реальной опас­ностью. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Фун­кция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осозна­ния инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тре­воги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степе­ни искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой механизмы ак­тивного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование).

В литературе выделяют различные виды защитных механизмов. Рассмот­рим некоторые из них. Вытеснение рассматривается как основа всех защитных механизмов, оно обеспечивает прямой путь избегания тревоги и как составная часть входит в состав любого другого защитного механизма. Вытеснение пред­ставляет собой процесс, посредством которого неприемлемые импульсы стано­вятся бессознательными, попытку избежать за счет неосознания неприятных мыслей и желаний тех чувств и того опыта, которые приносят боль и страда­ния. Проекция — это процесс, посредством которого специфические импульсы, желания, стороны себя или внутренние объекты представляются человеку ло­кализованными в некотором внешнем по отношению к себе объекте. Проекция внутренних объектов состоит в том, что человек приписывает свои собствен­ные неприемлемые чувства, мысли, поведение другим людям. Отрицание предшествует проекции и представляет собой защиту от реальности, которая приносит боль, это — защитный механизм, посредством которого либо отри­цается (не признается) какое-либо событие или опыт, причиняющий страда­ния, либо какая-то сторона самого себя. Замещение предполагает переадресо­вание инстинктивного импульса на менее угрожающий объект, замену объек­та разрядки, истинного источника негативных чувств другим, более безопас­ным. Рационализация — это процесс, посредством которого действительному поведению дается обоснование, которое не только его оправдывает, но и мас­кирует его истинную мотивацию, поведение представляется и объясняется та­ким образом, что выглядит вполне разумным и оправданным. Предлагаемая аргументация при этом не является логически обоснованной и часто не выдер­живает никакой критики. Идентификация — это процесс, посредством которо­го тревога снимается за счет отождествления (идентификации) себя со значи­мым, важным лицом, который представляется человеку менее уязвимым в тре­вожных ситуациях, она может выражаться в подражании стилю поведения, манерам, одежде другого человека («Если бы я был таким как он, то чувство­вал бы себя много лучше»). Идентификация с агрессором представляет собой вид идентификации, которая состоит в том, что человек уподобляется челове­ку с агрессивным поведением, имитирует поведение тех, кто вызывает в нем страх. Интроекция или интроективная идентификация («проецирование внутрь») также является разновидностью идентификации и представляет со­бой процесс отождествления с внутренним объектом (интроектом), процесс, посредством которого человек как бы вбирает в себя качества другого челове­ка, представляет качества другого своими собственными. В этом смысле Су­пер-Эго рассматривается как результат интроекции. Изоляция — это меха­низм защиты, посредством которого человек обосабливает какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опы­та. Эмоциональная изоляция представляет собой попытку изолироваться от психологической боли, человек становится «бесчувственным» (как робот). Ре­активная формация, или реактивное образование — процесс, посредством ко­торого человек справляется с неприемлемыми импульсами путем формирова­ния противодействия, превращая этот импульс в нечто противоположное, пре­увеличивая (гипертрофируя) противоположное стремление и выражая его в своих мыслях и поведении. Регрессия — процесс, посредством которого в слу­чае угрозы человек пытается вернуться к ранним периодам жизни, когда он чувствовал себя более безопасно, к прежним «детским» стереотипам поведения. Фантазирование состоит в том, что человек в угрожающих ситуациях пыта­ется избавиться от тревоги, уходя в фантазии вместо того, чтобы реально дей­ствовать. Сублимация занимает особое место среди защитных механизмов. Фрейд рассматривал сублимацию как единственный, «не невротический» ме­ханизм, единственный «здоровый» путь трансформации инстинктивных им­пульсов. Так, в частности, он писал, что конфликт является невротическим только в том случае, если он разрешается путем применения защитных меха­низмов, отличных от сублимации. Он также полагал, что именно сублимация обеспечивает развитие человеческой культуры как таковой. Сублимация спо­собствует разрядке энергии инстинктов в социально приемлемых (неинстин­ктивных) формах поведения и представляет собой замену потребностей, кото­рые не могут быть удовлетворены непосредственно, на социально приемлемые цели, замену инстинктивных способов поведения на способы поведения, при­нятые в культуре, за счет изменения цели и объектов. Для примера сопоста­вим сублимацию с замещением. Человек испытывает сильное раздражение по отношению к своему начальнику, но он не может себе позволить разрядить свои агрессивные импульсы непосредственно. Если для разрядки этой энергии просто находится другой, менее опасный объект (например, человек приходит домой и кричит на своих домашних или бьет собаку), то здесь речь идет о за­мещении. Если же он находит социально приемлемый способ разрядки (на­пример, идет в спортивный зал и занимается боксом), то в данном случае мы имеем дело с сублимацией.

Таким образом, Эго способствует осуществлению желаний Ид, но стремит­ся соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требовани­ями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то воз­никает тревога. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся рос­том напряжения. Она вызывает и активизирует защитные механизмы, основ­ная цель которых состоит в снижении этого напряжения. Однако далеко не всегда их действие оказывается эффективным. Если тревога не снижается зна­чительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку за­щитные механизмы направлены не на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невроти­ческого состояния.

Концепция патологии (концепция невроза). В классическом психоанализе выделяют несколько типов неврозов. Психоневроз обусловлен причинами, от­носящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, исте­рический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих не­врозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид. Именно пси­хоневрозы, с точки зрения Фрейда, обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, которое стре­мится к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную раз­рядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротичес­ким только в том случае, если одна его сторона бессознательна и если он раз­решается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Симптом при этом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникнове­ние симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал, как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго застав­ляет Эго чувствовать себя виноватым (что сознательно ощущается весьма бо­лезненно) даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявля­ется как симптом психоневроза. Таким образом, все части психического аппа­рата участвуют в формировании невротического симптома. Актуальный не­вроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в тер­минах сексуального поведения пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд различал две формы актуального невроза: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия разрядки полового возбуждения. Нарциссический невроз связан с неспособностью пациента к образованию пе­реноса. Невроз характера выражается в симптомах, которые по своей сути яв­ляются чертами характера. Травматический невроз вызывается потрясения­ми. Невроз переноса развивается в ходе психоанализа и характеризуется на­вязчивым интересом пациента к психоаналитику. Невроз органа обозначает психосоматическое заболевание, однако этот термин употребляется достаточ­но редко. Детский невроз проявляется в детском возрасте, при этом классичес­кий психоанализ исходит из того, что неврозам у взрослых всегда предшеству­ют детские неврозы. Невроз страха (тревоги) обозначает или любой невроз, в котором тревога является главным симптомом, или один из видов актуаль­ного невроза.

Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения невро­зов в рамках психоанализа. Центральным его содержанием являются пред­ставления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, воз­никающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компо­нент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, ин­стинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытес­ненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциа­ла, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессозна­тельным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и вле­чения, прежде всего, сексуальные и агрессивные.

Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по- разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержа­тельную сторону невротического конфликта. Для Фрейда — это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием. Адлер рассматривал сущность невроза в конфликте между чувством неполноценности и стремле­нием к самоутверждению, жаждой власти. Он видел в невротическом состоя­нии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как «комплекс неполноценности». Для преодоления чувства неполноценности и удовлетворе­ния потребности в самоутверждении человек прибегает к механизмам компен­сации и гиперкомпенсации. Невротический симптом при этом рассматривает­ся как выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточ­ности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фик­тивный способ повышения собственного достоинства. Развитие невротических симптомов рассматривается как «бегство в болезнь», «желание власти», «муж­ской протест». Первый и третий путь направлены на привлечение внимания к себе (с помощью симптома человек может получить его даже в большей сте­пени, чем здоровый). Второй путь, «желание власти», входит в конфликт с ощущением близости с другими людьми. Адлер определяет невроз как экзис­тенциальный кризис, поражающий всю личность. Основной феномен психи­ческих расстройств он видел не в сопротивлении побуждениям, а в невроти­ческом характере, неадекватном аттитюде жизни.

Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуж­дения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, ис­торические корни, и представляющий собой врожденный опыт прошлых по­колений. С точки зрения Юнга, психика человека включает три уровня: со­знание, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Коллектив­ное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. Архетипы — психические структуры, первичные психичес­кие образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Ар­хетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. Юнг рассматривал ар­хетипы как предрасполагающие факторы, как внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают воз­можность человеку реализовать определенные общие для большинства лю­дей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте. Личное бессознательное, на­против, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспо­минаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде ком­плексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряжен­ных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств и пр., связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое Юнг также счи­тал врожденным), эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, на его поведение. Комплексы, обладаю­щие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в проти­воречие с сознательным Я, и являются источником невротических наруше­ний.

Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: потребность в безопасности и по­требность в удовлетворении. Центральное место в теории Хорни занима­ет понятие базальной (коренной, основной) тревоги, которое она описывает как «чувства ребенка, одинокого и беззащитного в потенциально враждеб­ном ему мире». Базальная тревога — это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустра­цию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии Хорни рассматрива­ет как невротические потребности. Первоначально Хорни выделила 10 ос­новных невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротичес­ких потребностей и соответствующих им стратегий поведения: уступчивая личность (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доми­нантного партнера — ориентация на людей), отрешенная личность (потреб­ности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве — ори­ентация от людей) и агрессивная личность (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других — ориентация против людей). Для невротической личности характерно доми­нирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить по­ведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы. Сле­дует отметить еще один важный аспект в понимании природы невротичес­ких нарушений. Как уже указывалось выше, Хорни выделяла две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлет­ворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в само­оценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достиже­ниях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) являются источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлет­ворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сфе­ру его функционирования (ограничительное поведение) относительно безо­пасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реаль­ным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказы­ваться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, нали­чие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может при­вести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом яв­ляется лишь количественным.

Фромм также не видит качественных различий между здоровьем и невро­зом. С точки зрения Фромма человек характеризуется наличием двух тенден­ций или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он назвал позитивной свободой, однако в современном обществе для многих она недостижима. Поэтому эти две потребности находятся в постоян­ном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убега­ет» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности — «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, без­надежности и личной ответственности. Фромм описал три основных механиз­ма или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и по­требностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, пред­ставлены и у больных неврозами, и у здоровых, но с разной степенью интен­сивности.

Можно приводить и другие примеры взглядов представителей этого на­правления на природу невротических нарушений. Однако в целом, для всех представителей психоанализа характерен взгляд на невроз как конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по- разному.

Психотерапия. Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоана­лиза как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление. По этому поводу Фрейд писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание те­ории подавления и сопротивления, детской сексуальности и эдипова комп­лекса образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории. Никто не может считать себя психоаналитиком, если он не при­знает их». Конечно, психоанализ как терапевтическая система за последующие годы претерпел существенное развитие и изменения. Подробно и сама эта пси­хотерапевтическая система и ее модификации будут рассмотрены в соответ­ствующем разделе. Здесь же нам хотелось бы остановиться только на общих подходах, непосредственно вытекающих из определенной психологической концепии.

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формули­руются следующим образом:

1. интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их вы­ражению, трансформации, подавлению;
2. уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексу­альное, то есть подавляются сексуальные импульсы — мысли, чувства и же­лания, а корни болезни заключаются в неверном психосексуальном разви­тии;
3. представления о том, что неверное психосексуальное развитие проис­ходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эди­пова комплекса;
4. уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций — у человека есть конфликты, но он этого не осознает;
5. представления о том, что мы в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстин­ктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Су­пер-Эго;
6. приверженность концепции психического детерминизма или каузально­сти, согласно которой мыслительные процессы, или формы поведения не яв­ляются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках пси­хоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осоз­нать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, ког­да нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гри­масничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподава­тель выгоняет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание к себе всякими возможны­ми способами, и мешает продуктивной работе. Точно так же и мы выталкива­ем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напо­минать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И так же, как разрешить ситуацию с этим студентом можно только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точ­но так же нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно хочет от нас.

Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, то есть способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким об­разом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Как же сделать бессознательное сознательным? Ответить на этот вопрос можно только обратившись к теоретическим представлениям Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлени­ями для того, чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде можно сказать, что сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивле­ния.

Свободные ассоциации. Свободные ассоциации или свободное фантазиро­вание (а дословно, скорее свободное проникновение, свободное вторжение) — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с други­ми способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации — это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстан­ции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

Символические проявления бессознательного. Согласно концепции Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого нахо­дится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Однако они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искажен­ные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом неразпознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в созна­нии замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зре­ния Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфлик­ты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных оши­бочных действий (обыденных житейских явлений — оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр., собственно ошибочных действиях).

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос характеризует отношения, возни­кающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точ­ки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже реша­ющее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно на­правлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и па­циента. «Специфическим терапевтическим компонентом являются сложные, эмоционально окрашенные отношения типа родитель-ребенок между терапев­том и человеком, которого он лечит» — пишет один из психоаналитиков. Что же такое перенос? Перенос — это проекция пациентом на психоаналитика (пе­ренос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у па­циента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отноше­ния, ожидания и пр., которые он испытывал в отношении родительской фи­гуры. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со зна­чимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Они, таким образом, выносят прошлые значимые отношения в плоскость пси­хотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возмож­ность не только в лучшем случае услышать, как представляет себе пациент эти отношения (а, поскольку они являются не осознанными полностью, то пред­ставления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но, прежде всего, стать участником этих отношений, прочувствовать и пережить их, а следова­тельно, и адекватно понять. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый, белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

Сопротивление. Сопротивление представляет собой тенденцию препят­ствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления так­же может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осоз­нанию которого пациент сопротивляется. Все четыре перечисленные пси­хические феномена подвергаются анализу в процессе психотерапии. Тер­мин «анализ» предполагает также определенные процедуры, это — конф­ронтация, прояснение, интерпретация и преодоление. Центральной проце­дурой анализа является интерпретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, можно сказать, что психоанализ заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромисс­ных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

В заключении этого раздела сформулируем еще раз кратко основные по­ложения. В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерми­нанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Психотерапевтическое вмешательство направ­лено на достижение осознания этого конфликта и своего бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно метод.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Это пси­хотерапевтическое направление по основным своим характеристикам принад­лежит к динамическому направлению. Кроме того, ей посвящен отдельный раздел. Однако, учитывая, что она является одной из наиболее разработанных в России психотерапевтических систем, здесь бы хотелось очень коротко так­же проследить связь между концепцией нормы (личности), концепцией пато­логии (невроза) и собственно психотерапевтической системой (ее задачами). Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). Корот­ко охарактеризуем эти представления.

Психологическая концепция. В рамках этого подхода личность рассмат­ривается как система отношений индивида с окружающей средой, как цело­стная, организованная система активных, избирательных, социальных и сознательных связей с реальной действительностью. Центральное место в этом определении занимает понятие «отношение». Психологическая катего­рия отношения понимается как внутреннее субъективное отношение, фор­мирующееся под влиянием отношений реального мира на основе психичес­ких свойств человека как индивида. Именно внутренне субъективные отно­шения характеризуют личность конкретного человека, его неповторимую индивидуальность. Отношения являются ядром личности, они представля­ют собой внутренние условия, преломляющие и опосредующие воздействия извне.

Мясищев выделял три группы отношений: отношение к себе, отношение к другим людям и отношение к миру объектов и явлений. Каждое отношение характеризуется тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и по­веденческим. Когнитивный компонент содержит информацию об объекте от­ношения, эмоциональный — степень привлекательности, желательности или непривлекательности, нежелательности этого объекта, эмоциональное отно­шение к нему, поведенческий — содержит способы поведения и взаимодей­ствия с данным объектом. Отношения личности, определенным образом свя­занные между собой, образуют систему отношений, которая иерархизована у каждого человека индивидуально, все отношения, входящие в состав систе­мы, имеют различную значимость для человека, что связано с историей раз­вития его личности. Система отношений задает определенные способы пове­дения, играет направляющую и динамизирующую роль в целостном поведе­нии человека.

Концепция невроза. Патогенетическая концепция рассматривает невроз как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений и проявляющееся в специфических кли­нических феноменах при отсутствии психотических явлений. Нарушения отношений можно в самом общем виде охарактеризовать как искажение ког­нитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального компонента, что приводит к неадекватности отношения, и оно уже не может обеспечивать адекватную регуляцию поведения. Понимание невроза как психогенного за­болевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понят­ная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее ди­намикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностны­ми особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей па­тогенной ситуации, с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отно­шений.

Поведенческое направление в психотерапии. Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принци­пы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Раз­витие методических подходов в рамках этого направления отражает эволю­цию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему науче­нию: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, не­посредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимуще­ственно, на классическом и оперантном обусловливании) до методов, направ­ленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

Бихевиоризм. Это направление в психологии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, зало­жившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Методологическими предпосылками бихевиоризма явились принципы фило­софии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психоло­гии и исключил из области своего рассмотрения все психологические фено­мены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измере­нию. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной пси­хологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и об­ладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на ко­торые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это при­нято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отожде­ствляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокуп­ность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксиру­емых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул-реакция». При этом по­ведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул-реакция» (S-R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологи­ческие феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредствен­но не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивал­ся схемой «стимул-реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращает­ся и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных пере­менных - процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на по­ведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «сти­мул-реакция» за счет введения промежуточных (интервенирующих, медиаторных) переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма транс­формируется в формулу «стимул-промежуточные переменные-реакция» (S-r-s-R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как незави­симые переменные, а реакции - как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) - это психологи­ческие образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего сово­купность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточ­ных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разно­образных психологических феноменов. В качестве промежуточных перемен­ных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, уста­новки, отношения и даже сознание. Изучение промежуточных переменных является одной из основных задач психологии поведения.

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. Теории научения, разработанные бихевиориз­мом, послужили основой для развития конкретных методических подходов по­веденческой психотерапии. Поэтому следует более подробно остановиться на этом понятии.

Научение. Научение - это процесс и результат приобретения индивиду­ального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкрет­ных раздражителей, иными словами, научение является систематической мо­дификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение вы-

ступает в качестве основного методического принципа и главной задачи по­веденческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотера­пии).

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое ис­пользование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и опе- рантного обусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим вы­деляют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

Классическое обусловливание. Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию класси­ческих условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

Основная схема условного рефлекса S —R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, безусловного или условного раз­дражителя. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом нейтральный стимул может вызвать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшеству­ющего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса про­исходит в условиях: а) смежности, совпадения по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя; б) повторения, многократного сочетания индифферентного и безусловного раздражителей.

Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в при­сутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безуслов­ный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Ре­зультатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подача под­крепления в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип на­учения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

Можно назвать еще три феномена, связанных с именем Павлова и исполь­зуемых в поведенческой психотерапии. Первый — это генерализация стиму­лов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и стимулы, похожие на условный. Второй — различение стимулов или стимульная диск­риминация. Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Третий — это угасание. Угасание — постепенное исчезновение услов­ной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. Угасание связано с тем, что условный стимул продолжает вызы­вать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически по­является безусловный стимул. Если же условный стимул хотя бы иногда не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшать­ся.

Оперантное обусловливание. Теория инструментального, или оперантного обусловливания связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма — показал, что воздействие ок­ружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в ка­честве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов под­креплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотера­певтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздей­ствий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролирует­ся его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществля­ется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схе­мой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенчес­кой реакции, используется прямое подкрепление через поощрение и наказа­ние. Результатом такого научения является оперантное научение, или опе- рант. В таком случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, имен­но она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обознача­ется как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение (по­ведение типа R) — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и опе- рантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано сти­мулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение — стиму­лом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обуслов­ливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном — сле­дует за ней.

Необходимо обратить внимание на соотношение таких понятий, как пози­тивное и негативное подкрепление и наказание, различать наказание и не­гативное подкрепление. Позитивное или негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», пред­полагающий, что целью воздействия является усиление реакции вне зависи­мости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), на­казание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на позитивное и негативное: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъяв­лении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепле­ние (и позитивное, и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, всякое наказание (и позитивное, и негативное), напро­тив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение.

Для различения стимула классического условного рефлекса и стимула оперантного условного рефлекса Скиннер предложил обозначать первый как Sd — дискриминантный стимул, а второй — как Sr — респондентный стимул. Дискриминантный стимул (Sd-стимул) по времени предшествует определен­ной поведенческой реакции, респондентный стимул (Sr-стимул), подкрепля­ющий определенную поведенческую реакцию, следует за ней.

Позитивное

**Негативное**

(животное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребенка за успехи в школе, создают ему

возможности для развлечений)

Наказание Нежелательное поведение

вызывает действие негативного стимула (животное в лабиринте

ругать и наказывать ребенка за плохую успеваемость)

Подкрепление Желательное поведение вызывает действие позитивного стимула

упирается в тупик и тогда включается ток; родители начинают контролировать,

Желательное поведение прекращает действие негативного стимула (животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; родители перестают постоянно контролировать, критиковать и ругать ребенка, если его успеваемость улучшилась)

Нежелательное поведение прекращает действия позитивного стимула (животное, постоянно получающее пищевое подкрепление в экспериментальной ситуации, перестает его получать при неправильном выполнении действия; родители лишают ребенка развлечений за плохую успеваемость)

Ниже представлены сравнительные характеристики классического и опе- рантного обусловливания.

Классическое обусловливание S — R Оперантное обусловливание R — S

Научение типа S

Классическая парадигма Павлова Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула Стимул предшествует реакции

Подкрепление связано со стимулом Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению

Научение типа R Оперантная парадигма Скиннера Желательная реакция может появиться спонтанно

Стимул следует за поведенческой реакцией

Подкрепление связано с реакцией Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением

Социальное научение. Этот тип научения основан на представлениях, со­гласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловли­вании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за други­ми людьми, то есть за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип науче­ния также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации соци­альных моделей поведения. Это направление связано, прежде всего, с именем американского психолога Бандуры, представителя медиаторного подхода (Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной тео­рией).

Научение по моделям оказывает следующее действие:

а) наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его ре­пертуаре;

б) поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведе­ние наблюдателя;

в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, то есть может быть усвоено наблюдателем.

С точки зрения Бандуры, сложное социальное поведение формируется по­средством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее по­ведение. Бандура выделяет три основные регуляторные системы функциони­рования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение дру­гих, которое подкрепляется определенным образом); 2) обратную связь (глав­ным образом, в форме подкреплений последствий поведения); 3) когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на нихсимволически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления.

Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма S-r-s—R (где г- s — промежуточные переменные), то очевидно, что здесь решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции орга­низма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Иными словами, научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. Конкретные воздействия в рамках медиаторного подхода концентрируются на тех или иных психологических феноменах (промежуточных переменных) в зависимости от того, какие психо­логические процессы рассматриваются в качестве медиаторных (побудитель­ные, когнитивные и пр.). В настоящее время большую популярность и распро­странение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных пе­ременных рассматриваются когнитивные процессы, сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) на­ходятся когнитивные процессы (например, мысль). В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека и Эллиса.

Концепция патологии (концепция невроза). Будучи психологической осно­вой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Соглас­но этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который чело­век приобрел в течение жизни. Невроз при этом не рассматривается как само­стоятельная нозологическая единица, поскольку здесь по сути отсутствует но­зологический подход. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как поведение, точнее, как нарушение поведения. Невротический симптом (невротическое поведение) рассматрива­ется как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результа­те неправильного научения. Так, Вольпе определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального орга­низма. Айзенк и Рахман рассматривают невротическое поведение как усвоен­ные образцы поведения, являющиеся в силу каких-либо причин неадаптивны­ми. Адаптация, с точки зрения бихевиоризма, является основной целью пове­дения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, и является патоло­гическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления явля­ются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта не­адаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения. При­мером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родите­лей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например, капризничает; или ре­бенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внима­ния, тепла и заботы, получает это в избытке, когда заболевает. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной мере удовлетворяется только тог­да, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное по­ведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потреб­ность).

Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), под­черкивая их роль в развитии нарушений. Так, Бек полагает, что психоло­гические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возни­кают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосыл­ках и обобщениях, между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент. Между ситуацией, внешним событием (стимулом — S) и неадаптивным по­ведением, эмоцией, симптомом (реакция — R) существует сознательная мысль (промежуточная переменная — r-s). При эмоциональных расстрой­ствах причиной длительных эмоций является когнитивный поток, который основан не на реальности, а на субъективной оценке. Каждый человек в оп­ределенном смысле ученый-любитель, он наблюдает мир и делает обобщения. Хороший «ученый» осуществляет точные наблюдения, выдвигает адекват­ные «гипотезы» и делает адекватные обобщения. Плохой «ученый» (а мы все часто именно такими и являемся) осуществляет тенденциозные наблюдения, выдвигает неопределенные «гипотезы» и делает неточные обобщения. Резуль­татом этого являются гипотезы, которые не подвергаются никакой критичес­кой проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции, или автома­тические мысли. Сам человек может рассматривать их, как обоснованные, разумные, хотя другими они могут восприниматься часто как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обыч­ное мышление и, как правило, мало понимаются человеком, также недоста­точно оценивается и их воздействие на эмоциональное состояние. Автомати­ческие мысли выполняют регулирующую функцию, но, поскольку сами со­держат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекват­ную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типич­ные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления. Среди них указывают такие как фильтрование, поляризованность оценок, чрезмерная генерализация или обобщение, паникерство, персонализация, ошибочное восприятие контроля, правота, ошибочные представления о справедливости и др. При этом подчеркивается, что автоматические мысли носят индивиду­альный характер, но при этом существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом, то есть определенные автоматизированные мыс­ли, которые лежат в основе соответствующих расстройств. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, представлены в сознании человека в свернутом виде. И задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточиться на интроспекции и он может определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

Эллис, также как и Бек, считал, что между стимулом и реакцией нахо­дится когнитивный компонент — система убеждений человека. Элис выде­ляет два типа когниций — дескриптивные и оценочные. Дескриптивные (описательные) когниции содержат информацию о реальности, информа­цию о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информа­ция о реальности). Оценочные когниции содержат отношение к этой реаль­ности (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции свя­заны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени же­сткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когнициями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — ирра­циональную. У нормально функционирующего индивида имеется рацио­нальная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный харак­тер, выражает скорее пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Ир­рациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оце­ночными когнициями, которые носят абсолютистский характер (типа пред­писаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если человек не может реализовать ирра­циональные установки, то следствием этого являются длительные, не адек­ватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функциони­рованию индивида. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

Психотерапия. С точки зрения представителей поведенческого направле­ния здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился. Неадаптивное поведение и клинические симптомы рас­сматриваются как результат того, что человек чему-то не научился или на­учился неправильно, как усвоенная неадаптивная реакция, которая сфор­мировалась в результате неправильного научения. В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологичес­ких вмешательств в рамках поведенческого подхода заключается в том, что­бы переучить, заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные, «правильные», эталонные, нормативные, а задача поведенческой психотера­пии как собственно терапевтической системы — в редукции или устранении симптома.

В целом поведенческая психотерапия (модификация поведения) направле­на на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или уст­ранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения — на замену страха, тревоги, беспокойства релаксацией до редукции или полного устранения симптоматики, что достигается в процессе научения за счет применения определенных техник. Научение в рамках пове­денческой психотерапии осуществляется на основании уже рассмотренных нами ранее теорий научения, сформулированных бихевиоризмом.

В поведенческой психотерапии научение осуществляется непосредствен­но, являясь целенаправленным, систематическим, осознаваемым как психо­терапевтом, так и пациентом процессом. Психотерапевт поведенческого на­правления рассматривает все проблемы как педагогические по своей приро­де и поэтому решить их можно путем прямого обучения новым поведенчес­ким реакциям. Пациент должен научиться новым альтернативным формам поведения и тренировать их. Поведение психотерапевта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи пси­хотерапии состоят в обучении, то роль и позиция психотерапевта должна со­ответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а от­ношения между пациентом и психотерапевтом носят обучающий (воспита­тельный, образовательный) характер и могут быть определены как отноше­ния типа «учитель—ученик». Психотерапия представляет собой открытый, систематичный процесс, непосредственно контролируемый врачом. Психоте­рапевт совместно с пациентом составляют программу лечения с четким оп­ределением цели (установлением специфической поведенческой реакции — симптома, которая должна быть модифицирована), разъяснением задач, ме­ханизмов, этапов лечебного процесса, определением того, что будет делать психотерапевт и что — пациент. После каждого психотерапевтического сеан­са пациент получает определенные задания, а психотерапевт контролирует их выполнение. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного процесса научения.

Собственно научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляет­ся на основании ранее рассмотренных схем, связанных с общими теориями на­учения, сформулированными бихевиоризмом. Методически поведенческая пси­хотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы «сти­мул — промежуточные переменные — реакция». Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтическое воздействие на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы.

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить 3 основных ее вида (или три группы методов), непосредственно связанные с тремя типами научения: 1) направление, методически основанное на классической пара­дигме; 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме; 3) направление, методически основанное на парадигме социального науче­ния.

Методы, основанные на классической парадигме Павлова, на классическом обусловливании, используют схему «стимул-реакция» и систематическую де­сенсибилизацию или другие приемы редукции симптома. Примером такого методического подхода может служить метод классической систематической де­сенсибилизации Вольпе, направленный на редукцию или полное устранение симптома путем замены его релаксацией.

Методы, основанные на оперантной парадигме Скиннера, используют схему «реакция-стимулы» и различные виды подкрепления. Примером та­кого методического подхода может служить так называемая жетонная сис­тема, некоторые виды тренинга.

Методы, основанные на парадигме социального научения, используют схему «стимул — промежуточные переменные — реакция». Здесь используют­ся разнообразные системы директивной психотерапии, целью которых явля­ется изменение многочисленных психологических параметров, рассматрива­емых как промежуточные переменные. В зависимости от того, какие психо­логические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (установки, как, например, в рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса, или когниции, как в когнитивной психотерапии Бека), и определяются психоте­рапевтические мишени. Таким образом, все существующие методы поведен­ческой психотерапии непосредственно связаны с определенными теориями научения.

В клинической практике бихевиоризм не только является теоретической основой поведенческой психотерапии, но и оказал существенное влияние на развитие такого направления, как терапия средой.

Гуманистическое направление в психотерапии. Это направление в пси­хотерапии весьма неоднородно, что находит выражение даже в разнообра­зии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистен­циально-гуманистическое» или «опытное» направление. Это связано, преж­де всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые раз­нообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и един­ства человеческой личности рассматриваются как основная цель психотера­пии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, при­нятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтическо­го процесса. При этом далеко не всегда эти подходы имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Поэтому термин «гуманистическое направление» не совсем точно отражает содержание всех конкретных школ в рамках этого направления. По сути своей только одна ветвь этого направ­ления может быть названа гуманистической психотерапией. По-видимому, наиболее адекватным является термин «опытное направление», однако мы все же используем название «гуманистическое направление», учитывая сло­жившуюся у нас традицию и связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией.

Психологическая концепция. Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиориз­ма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. В основе гуманистической психологии лежит философия евро­пейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человечес­кого бытия и становлению человека, феноменологию — описательный под­ход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непо­средственного переживания («здесь и сейчас») как основному феномену в изучении и понимании человека. Здесь можно также найти и некоторое вли­яние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической пси­хологии является личность как уникальная целостная система, не являюща­яся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

Концепция личности. Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Один из виднейших пред­ставителей этого подхода Мэй писал, что «понимание человека как пучка ин­стинктов или собрания рефлекторных схем приводит к потере человеческой сущности». Низведение человеческой мотивации к уровню первичных и даже животных инстинктов, недостаточное внимание к сознательной сфере и пре­увеличение значимости бессознательных процессов, игнорирование особен­ностей функционирования здоровой личности, рассмотрение тревоги толь­ко как негативного фактора — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевио­ризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание только на внешнем поведении и лишая человека глубины и духовного, внут­реннего смысла, превращая его, тем самым, в машину, робот или лаборатор­ную крысу. Гуманистическая психология провозгласила свой собственный подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальное, целостное образование, понять которую за счет анализа отдельных проявле­ний и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к чело­веку как уникальной личности является одним их фундаментальных поло­жений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими си­лами и детерминантами личностного развития являются специфически че­ловеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих по­тенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, рас­крытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционирова­нию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации. Гу­манистическая психология не разделяет психоаналитических взглядов на тревогу как негативный фактор, на устранение которого направлено чело­веческое поведение. Тревога может существовать и как конструктивная фор­ма, способствующая личностному изменению и развитию. Для здоровой лич­ности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, которая рассматривается как «гуманоидная потребность, биологически при­сущая человеку как виду». Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера при­роды человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

Самоактуализация. Самоактуализация является одним из важнейших по­нятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации спо­собностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенци­ала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая чело­веческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта по­требность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности.

Один из основателей гуманистической психологии Маслоу разработал иерархическую модель потребностей:

1. й уровень — физиологические потребности (потребности в пище, сне, сексе и пр.).
2. й уровень — потребность в безопасности (потребности в обеспеченности, стабильности, порядке, защищенности, отсутствии страха и тревоги).
3. й уровень — потребность в любви и принадлежности (потребность в любви и чувстве общности, принадлежности к определенной общности, семья, дружба).
4. й уровень — потребность в самоуважении (потребность в самоуважении и уважении и признании другими людьми).
5. й уровень — потребность в самоактуализации ( потребность в развитии и реализации собственных способностей, возможностей и личностного потен­циала, личностного совершенствования).

Согласно этой концепции, высшие (вышележащие) потребности могут направлять поведение человека лишь в той степени, в какой удовлетворены более низшие. Продвижение к высшей цели — самоактуализации, психологи­ческому рост — не может осуществляться, пока индивид не удовлетворит бо­лее низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фикса­цией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что по­требность в безопасности может оказывать достаточно существенное негатив­ное влияние на самоактуализацию. Самоактуализация, психологический рост связаны с освоением нового, с расширением сфер функционирования че­ловека, с риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Все это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребно­сти в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

Роджерс также рассматривал в качестве главного мотивационного фак­тора стремление к самоактуализации, которую он понимал как процесс ре­ализации человеком своего потенциала с целью стать полноценно функци­онирующей личностью. Полное раскрытие личности, «полное функциониро­вание» (и психическое здоровье), с точки зрения Роджерса, характеризуется следующим: открытость по отношению к опыту, стремление в любой отдель­ный момент жить полной жизнью, способность прислушиваться в большей степени к собственной интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувство свободы, высокий уровень творчества. Жизненный опыт человека рассматривается им с точки зрения того, в какой мере он спо­собствует самоактуализации. Если этот опыт помогает актуализации, то че­ловек оценивает его как положительный, если нет — то как негативный, ко­торого следует избегать. Роджерс особо подчеркивал значение субъективно­го опыта (личного мира переживаний человека) и полагал, что другого че­ловека можно понять, только непосредственно обращаясь к его субъективно­му опыту.

Опыт. Понятие опыта занимает важное место как в концепции Роджерса, так и других представителей этого направления. Опыт понимается как лич­ный мир переживаний человека, как совокупность внутреннего и внешнего опыта, как то, что человек переживает и «проживает». Опыт — это совокуп­ность переживаний (феноменальное поле), он включает все, что потенциаль­но доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой дан­ный момент. Сознание рассматривается как символизация некоторого опыта переживаний. Феноменальное поле содержит как сознательные (символизиро­ванные) переживания, так и бессознательные (несимволизированные). Опыт прошлого также имеет значение, однако актуальное поведение обусловлено именно актуальным восприятием и интерпретацией событий (актуальным опытом).

Организм. Термин «организм» не несет в себе исключительно биологичес­кого содержания, организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний). Рождерс по это­му поводу пишет следующее: «Если мы сможем добавить к сенсорному и вис­церальному опыту, характерному для всего животного мира, дар свободно­го неискаженного осознания, которое во всей своей полноте свойственно лишь человеку, то у нас получится прекрасный, конструктивный, соответ­ствующий реальности, организм. В этом случае у нас будет организм, кото­рый осознает как требования культуры, так и свои собственные физиологи­ческие потребности и свои желания». Таким образом, это понятие включает не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но мо­жет быть осознано. В организме находит выражение целостность человека. Я-концепция — более или менее осознанная устойчивая система представле­ний индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, ког­нитивные, социальные и поведенческие характеристики, которая представ­ляет собой дифференцированную часть феноменального поля. Я-концеп- ция — это самовосприятие, концепция человека о том, что он собой представ­ляет, она включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя. Наряду с Я-реальным, Я-концепция со­держит также и Я-идеальное (представления о том, каким человек хотел бы стать). Для самоактуализации необходимым условием является наличие адекватной Я-концепции, полного и целостного представления человека о самом себе, включающего самые разнообразные собственные проявления, качества и стремления. Только такое полное знание о самом себе может стать основой для процесса самоактуализации.

Конгруэнтность. Конгруэнтность — неконгруэнтность также определяет возможности самореализации. Этот термин, во-первых, определяет соответ­ствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. Если в Я-концепции представлены переживания, достаточно точно отражающие «переживания организма» (организм в данном случае понимается как со­средоточение всего опыта переживаний), если человек допускает в созна­ние различные виды своего опыта, если осознает себя тем, кем он есть в опы­те, если он «открыт опыту», то его образ Я будет адекватным и целостным, поведение конструктивным, а сам человек — зрелым, адаптированным и спо­собным к «полному функционированию». Неконгруэнтность между Я-кон- цепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе вызывает ощущение угрозы и тревогу, вследствие чего опыт искажается по механизмам защиты, что, в свою очередь, приводит к ограничению возможностей человека. В этом смысле понятие «открытость опыту» противоположно понятию «защита». Во-вторых, термин конгруэнт­ность относится также к соответствию между субъективной реальностью че­ловека и внешней реальностью. И, наконец, в третьих, конгруэнтность или неконгруэнтность — это степень соответствия между Я-реальным и Я-иде- альным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образа­ми Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития чело­веческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству не­удовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и пло­хой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, в качестве детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возмож­ностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным услови­ем для успешной реализации этой потребности выступает наличие адекват­ного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания и потреб­ности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опы­та, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

Концепция невроза. Главной человеческой потребностью в рамках гума­нистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: «Патология есть человеческое уничижение, потеря или не­достижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Иде­ал полного здоровья — это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный». В своей кон­цепции мотивации Маслоу выделял два вида мотивации: дефицитарную мо­тивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первых состоит в удовлетворении дефицитарных состояний (голода, опасно­сти и пр.). Мотивы роста имеют отдаленные цели, связанные со стремлением к самоактуализации. Эти потребности Маслоу обозначил как метапотребно­сти. Метамотивация невозможна до тех пор, пока человек не удовлетворит дефицитарные потребности. Депривация метапотребностей, с точки зрения Маслоу, может вызвать психические заболевания.

Рождерс также рассматривает невозможность самоактуализации, блоки­рование этой потребности как источник возможных нарушений. Мотивация самоактуализации может быть реализована в случае, если человек имеет адекватный и целостный образ Я, формирующийся и постоянно развиваю­щийся на основе осознания всего опыта собственных переживаний. Другими словами, условием формирования адекватной Я-концепции является «откры­тость опыту». Однако человек часто сталкивается с такими собственными переживаниями, таким опытом, которые могут в большей или меньшей сте­пени расходиться с представлением о себе. Расхождение, несоответствие меж­ду Я-концепцией и переживанием представляет угрозу для его Я-концепции. Эмоциональной реакцией на ситуацию, воспринимаемую как угроза, явля­ется тревога. В качестве противодействия этому рассогласованию и вызван­ной им тревоге человек использует защиту. Роджерс, в частности, указывал два основных защитных механизма — искажение восприятия и отрицание. Искажение восприятия — это вид защиты, представляющий собой процесс трансформации угрожающих переживаний в такую форму, которая соответ­ствует или согласуется с Я-концепцией. Отрицание представляет собой про­цесс полного исключения из сознания угрожающих переживаний и неприят­ных аспектов действительности. Если переживания полностью не согласуют­ся с образом Я, тогда уровень внутреннего дискомфорта и тревоги слишком высок, чтобы человек мог с ним справиться. В таком случае развивается либо повышенная психологическая уязвимость, либо различные психические рас­стройства, в частности, невротические нарушения. В связи с этим возника­ет вопрос, почему у одних людей Я-концепция достаточно адекватна и чело­век способен переработать новый опыт и интегрировать его, а в других слу­чаях этот опыт представляет угрозу для Я? Я-концепция формируется в про­цессе воспитания и социализации и во многом, с точки зрения Роджерса, определяется потребностью в положительном принятии (внимании). В про­цессе воспитания и социализации родители и окружающие могут демонстри­ровать ребенку условное и безусловное принятие. Если они ведут себя таким образом, что ребенок чувствует, что они его принимают и любят вне зави­симости от того, как он себя сейчас ведет («я тебя люблю, но твое поведение сейчас мне не нравится» — безусловное принятие), то ребенок будет уверен в любви и принятии, и в дальнейшем будет менее уязвим по отношении к несогласующемуся с Я опыту. Если же родители ставят любовь и принятие в зависимость от конкретного поведения («я тебя не люблю, потому что ты плохо себя ведешь», что означает: «я буду тебя любить только в том случае, если ты будешь хорошо себя вести» — условное принятие), то ребенок не уве­рен в своей ценности и значимости для родителей. Он начинает ощущать, что в нем, в его поведении есть что-то такое, что лишает его родительской любви и принятия. Те проявления, которые не получают одобрения и вызы­вают негативные переживания, могут исключаться из Я-концепции, препят­ствуя ее развитию. Человек избегает ситуаций, которые потенциально могут вызвать неодобрение и негативную оценку. Он начинает руководствоваться в своем поведении и жизни чужими оценками и ценностями, чужими потреб­ностями и все дальше уходит от самого себя. В итоге личность не получает полного развития. Таким образом, отсутствие безусловного принятия фор­мирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. 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 манифеста­ции невротических расстройств.

Франкл, основатель «третьего венского направления психотерапии» (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный невроти­ческий пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценнности, а от экзистенциальной фрустрации, которая возникает в результате переживания человеком чувства бессмыс­ленности собственного существования. Одну из своих книг Франкл так и на­звал — «Страдание в жизни, лишенной смысла». Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, а невозможность удовлетворения этой потребности ведет к «ноогенному» (духовному) невро­зу.

Таким образом, в рамках гуманистического (экзистенциально-гуманисти­ческого), «опытного» подхода психические нарушения, в частности, невроти­ческие расстройства, являются результатом невозможности самоактуализа­ции, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

Рассматриваемое психотерапевтическое направление очень неоднородно. Оно включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опы­та, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но представления о том, каким путем, за счет чего человек в ходе психотерапии может полу­чить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей этого направления различаются. Обычно в «опытном» на­правлении выделяют три основных подхода или три разновидности. Осно­ванием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, является представление о том, за счет чего пациент приобретает новый опыт. Следует иметь в виду, что обо­значения этих подходов весьма условные.

Философский подход. Именно здесь в качестве теоретической основы вы­ступают экзистенциальные подходы и гуманистическая психология. Соб­ственно, все, что излагалось выше, относится именно к этой ветви опытного направления. В качестве основной цели психотерапии рассматривается по­мощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственного существования, в достижении аутентичного существования. Все это может быть осуществлено путем развития в процессе психотерапии адек­ватного образа Я, адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения меж­ду Я-концепцией и опытом рассматриваются как наиболее значимые факто­ры психотерапевтического процесса. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скорректировать от­ношение к самому себе и окружающим, освободить скрытый творческий по­тенциал и способность к саморазвитию. Таким образом, новый опыт, способ­ствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой. В чем же состоит уникальность этого общения с психотерапевтом? Наиболее точно на этот вопрос отвечает Роджерс.

Клиент-центрированная терапия Роджерса. Разработанная Роджерсом психотерапевтическая система получила широкое распространение и оказала значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса зада­ча психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою само­оценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке дру­гих. Эти задачи могут быть осуществлены, если общение с пациентом в про­цессе психотерапии строится определенным образом. Роджерс считает, что это возможно в том случае, если психотерапевт последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевти­ческого процесса. Первое — это эмпатия. Эмпатия понимается как способ­ность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внут­ренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Вто­рое — безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие. 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, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Третье — собственная конгруэнтность, или аутентичность психотерапевта. Она означает истинность поведения психотерапевта, пове­дение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Все эти три па­раметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непос­редственно вытекают из его взглядов на проблему личности и возникнове­ние расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические при­емы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изме­нений.

Разговорная психотерапия представляет собой подход, очень близкий к клиент-центрированной психотерапии Роджерса. Иногда даже указывают, что это просто немецкий термин, использующийся для обозначения клиент- центрированной психотерапии. Разговорную психотерапию ее авторы опре­деляют как планомерную, систематическую и селективную форму вербаль­ных и невербальных коммуникаций и социальных интеракций между двумя (пациентом и психотерапевтом) или более людьми (группа). Цель состоит в том, чтобы уменьшить переживаемые пациентом психические нарушения, а это может произойти вследствие новой ориентации пациента в своих пе­реживаниях и своем поведении за счет дифференциации образов Я и расши­рении пространства взаимодействия.

Согласно представлениям Тауша, создателя разговорной психотерапии, пациент способен самостоятельно понять и изменить те стороны своей лич­ности и своего поведения, которые препятствуют самоактуализации. Реали­зация этих способностей пациента становится возможной в том случае, если психотерапевт не навязывает пациенту своего видения, понимания, интер­претаций и гипотез, а старается понять его на основе вербализации его эмо­циональных состояний и переживаний. С помощью психотерапевта пациент сам может справиться с существующими проблемами, конфликтами и труд­ными ситуациями и те способы перестройки, изменений, которые он находит самостоятельно, являются более адекватными и конструктивными, приносят больше удовлетворения, повышают уверенность в себе, степень самоуваже­ния и самооценку, что в конечном счете и способствует становлению зрелой, самоактуализирующейся личности. Основными понятиями в этой системе являются самоэкплорация (степень ее определяет, в какой мере пациент включает в беседу свое собственное поведение и личные эмоциональные пе­реживания, раздумывает над ними или делает из них выводы для себя), вер­бализация (описание психотерапевтом эмоциональных переживаний паци­ента, вскрытие экстернального и интернального содержания его высказыва­ний), положительная оценка и эмоциональная теплота (признание пациен­та как личности, забота о нем как о самостоятельном человеке, готовность принять участие в его переживаниях), самоконгруэнтность (совпадение ар­гументации с внутренним состоянием психотерапевта), самовыражение (выс­казывания психотерапевта, в которых он передает свои собственные относя­щиеся к актуальной ситуации переживания). В качестве основных перемен­ных психотерапевтического процесса авторы выделяют принятие или безус­ловную положительную оценку, эмпатию или вербализацию содержания эмоциональных состояний, собственную конгруэнтность или истинность по­ведения психотерапевта.

Реализация этих основных терапевтических принципов означает: во-пер­вых, настоящее эмоциональное увлечение и вовлеченность психотерапевта в психотерапевтическую ситуацию, его понятность для пациента как челове­ка, как личности, во-вторых, создание безопасной атмосферы как предпосыл­ки к восприятию, принятию и изменению несовместимых ранее чувств, же­ланий и потребностей пациента, в-третьих, ориентацию всех действий психо­терапевта на внутренний мир пациента, на сообщаемое им содержание. Ос­новная цель разговорной психотерапии состоит в вербализации, отражении чувств и переживаний пациента, которые не должны выходить за рамки их содержания, при этом различные интепретации со стороны психотерапевта, построение гипотез рассматриваются как недопустимые.

Логотерапия Франкла. Как уже указывалось, Франкл считает, что каж­дое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотера­пию. Основная проблема современного человека — это экзистенциальная фрустрация, которая возникает в результате переживания чувства бессмыс­ленности собственного существования. Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, невозможность удовлетворе­ния которой ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу. Поэтому основная задача логотерапии — терапии духа — в обращении к специфически челове­ческим феноменам, к его «ноэтическому», духовному началу. Психотерапия должна быть направлена не на симптомы, а на личность пациента, на его ус­тановки, на развитие высших духовных ценностей, которые сделают его сво­бодным и естественным, способным принимать собственные решения. Реали­зация высших духовных ценностей избавляет человека от «экзистенциально­го вакуума», позволяет ему постигнуть истинный смысл собственного суще­ствования.

Таким образом, в рамках философского подхода новый опыт, спо­собствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет обще­ния с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической груп­пой.

Соматический подход. В рамках соматического подхода новый опыт, спо­собствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. В рамках этого подхода используются как вербальные, так и мно­гочисленные невербальные методы, применение которых способствует интег­рации Я за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных теле­сных стимулов и сенсорных ответов. Также здесь делается акцент на двига­тельных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

Духовный подход. В рамках духовного подхода новый опыт, способству­ющий личностный интеграции, пациент приобретает за счет приобщения к высшему началу. В центре внимания здесь находится утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта че­ловека до космического уровня, что в конечном счете, по мнению представи­телей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космо­сом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различ­ными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентифи­кации.

Таким образом, опытный подход объединяют представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности, что может быть достигнуто за счет пере­живания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Пациент может по­лучить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди (пси­хотерапевт, группа), непосредственное обращение к ранее закрытым аспек­там собственного Я (в частности, телесного) и соединение с высшим нача­лом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что преемственность между лич­ностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психоте­рапевтической работы является непременным условием научной обоснованно­сти психотерапевтической школы. Ниже приводится табл. 2 (по Карасу), ко­торая позволит еще раз сопоставить основные подходы в рамках трех психо­терапевтических направлений.

Характеристика трех основных направлений в психотерапии

*Таблица 2*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Динамическое | Поведенческое | Опытное |
| Основные | Вытеснение, первичные | Беспокойство, тревога, | Раздражение, |
| признаки | потребности и | страх | отчуждение |
|  | влечения, вытесненные |  |  |
|  | в бессознательное  (сексуальные  репрессии) |  |  |
| Концепция | Конфликт между | Неадаптивное | Невозможность |
| патологии | бессознательным и | поведение, которое | самореализации, |
|  | сознанием, между | возникло в результате | нарушение личностной |
|  | первичными | неправильного | целостности (отчаяние |
|  | потребностями и | научения | в существовании, |
|  | влечениями, | (приобретенные | потеря веры в |
|  | вытесненными в | привычки, подавление | человеческие |
|  | бессознательное, и | или излишнее | возможности, |
|  | моральными нормами, | проявление форм | фрагментарность |
|  | правилами, | поведения, | личности, потеря |
|  | ценностями, запретами | вынуждаемые | соотношения с опытом) |
|  | (инстинктивные конфликты, ранние сексуальные побуждения и желания, которые остались неосознанными) | окружающими) |  |
| Концепция | Осознание внутренних | Отсутствие симптома | Актуализация |
| здоровья | конфликтов (выявление | (борьба с симптомом, | потенциального: |
|  | внутренних | исчезновение | самораскрытие, |
|  | конфликтов, победа | симптома, отсутствие | самореализация, |
|  | Эго над Ид, сила Эго) | специфических | осознание собственной |
|  |  | симптомов, редукция беспокойства) | личности, спонтанность |
| Вид | Глубокое, внутреннее: | Прямое изучение: | Немедленный опыт: |
| изменений | понимание близкого | поведение в настоящем, | ощущения и чувства |
|  | прошлого, то есть | сегодняшнем, то есть | данного момента, то |
|  | интеллектуально- | действие или | есть спонтанное |
|  | эмоциональное знание | представление | выражение опыта |
| Временной | Исторический: | Неисторический: | Антиисторический: |
| подход и | относящийся к | объективное настоящее | момент явления |
| фокусиров­  ка | прошлому |  |  |
| Вид | Долгое и интенсивное | Короткое и | Короткое, но |
| лечения |  | неинтенсивное | интенсивное |

Окончание табл. 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Динамическое | Поведенческое | Опытное |
| Задача | Осознание | Выработать | Взаимодействовать в |
| психотера- | бессознательного | специфические | атмосфере взаимного |
| певта | (понять содержание подсознательных операций разума, их историческое и скрытое значение) | поведенческие ответы на стимулы, вызывающие беспокойство (запрограммировать, дать ответ, запретить, выработать специфические поведенческие ответы) | принятия с целью вызвать  самовыражение (от соматического к спиритуальному) |
| Основные | Интерпретация: | Научение: | Столкновение, встреча |
| приемы | свободные ассоциации, символические проявления бессознательного (сновидения, мечтания, фантазии, ошибочные действия), анализ сопротивления и переноса | классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение | (энкаунтер), диалоги, опыты, драматизация или проигрывание «вслух» чувств |
| Модель | Медицинская: врач- | Образовательная | Экзистенциальная: |
| лечения | пациент, или родитель (взрослый) - ребенок, то есть терапевтический союз | (воспитательная): учитель-ученик, или родитель-маленький ребенок, то есть обучающий союз | человек-человек, или взрослый-взрослый, то есть союз людей |
| Природа | Трансферентные | Реальные, но | Реальные и |
| отношений | (отношения переноса) и | второстепенные для | первостепенные для |
| при лечении | основные для лечения: нереальные отношения | лечения: нет отношений | лечения: реальные отношения |
| Роль и | Интерпретатор- | Советчик: прямой, | Руководитель, |
| позиция | отображатель: | решающий проблемы, | инициатор |
| психоте­  рапевта | непрямая, бесстрастная, ничего не решающая, часто фрустрирующая | практический | взаимодействия (фасилитатор): взаимно решающий и вознаграждающий |

**трольные вопросы**

1**.**



Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

О использование свободных ассоциаций;

© директивное отношение психотерапевта к пациенту; © работу с иррациональными установками личности; © изменение системы отношений пациента.

2**.**

Термин «опыт» имеет наибольшее значение для:

О психотерапии, основанной на теориях научения;

© динамически-ориентированной психотерапии;

© гуманистической психотерапии;

© психотерапии, основанной на когнитивных подходах.

3**.**

Термин «научение» имеет наибольшее значение для: О психоанализа;

© гештальт-терапии;

© психодрамы;

© когнитивной психотерапии.

4**.**

Метод систематической десенсибилизации основан на: О оперантном обусловливании;

© классическом обусловливании;

© научении по моделям;

© внушении.

МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Основные механизмы лечебного действия психотерапии целесообразно рассмотреть в соответствии с тремя важнейшими планами функциониро­вания человека: эмоциональным (корригирующий эмоциональный опыт), познавательным/когнитивным (конфронтация) и поведенческим (науче­ние).

В процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональ­ной сферой связаны также безусловное принятие, толерантность, интерес, сим­патия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсив­ных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность до­стижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механиз­ма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггес­тивных внушений, плацебо-терапии и некоторых других. Появление и ук­репление веры у пациента в успешность психотерапии неразрывно связа­но с верой психотерапевта в себя и в эффективность применяемого им ме­тода. Способность врача с первых встреч «заразить» больного увереннос­тью часто предопределяет успех последующих действий специалиста. Вера в выздоровление и возникновение положительной перспективы, появление надежды неотделимы друг от друга и обращены прежде всего к «здоровой» части личности. Информация о больных с хорошими результатами от про­веденного лечения усиливает действие этих факторов. Появление перспекти­вы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодо­левать трудности.

Преимущественно к когнитивной сфере относятся получение новой ин­формации, советы и рекомендации, интеллектуализация, обратная связь, са­моэксплорация, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности пред­ставлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых пережива­ний, которые послужили источником декомпенсации, обесцениванию их. Происходит расширение образа Я за счет включения в него прежде отвер­гаемых аспектов: представления о себе, своем поведении, целях, способах их реализации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плос­кости являются определяющими — в рациональной, когнитивной, рацио­нально-эмоциональной, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и др.

К поведенческой сфере могут быть отнесены имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми фор­мами поведения, приобретение навыков социализации. Научение в широ­ком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования по­ощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, неприя­тия).

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии. Вопрос о том, за счет чего достигается лечебный эффект групповой психотерапии, при­влекает широкое внимание исследователей. Одна из первых попыток изу­чения и анализа механизмов лечебного действия групповой психотерапии принадлежит Корзини и Розенбергу. Выделяют три основные пути ис­следования механизмов лечебного действия групповой психотерапии: оп­рос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; изучение теоре­тических представлений и опыта групповых психотерапевтов (опрос пси­хотерапевтов); проведение экспериментальных исследований, позволяю­щих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапев­тического процесса в группе (например, состав группы, применяемые техники, тактика психотерапевта и пр.) и эффективностью лечения. Под­робный анализ механизмов лечебного действия групповой психотерапии представлен в работах Ялома и Кратохвила. Ялом в качестве основных ме­ханизмов лечебного действия групповой психотерапии выделяет следую­щие.

1. Сообщение информации: получение пациентом в ходе групповой психо­терапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтов, нервно-психического здоровья и пр.; выяснение причин возникновения и развития нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информа­ционный обмен между участниками группы. Подобная информация поступа­ет не столько дидактически, сколько в процессе общения с другими и знаком­ства с их проблемами.
2. Внушение надежды: появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Успеш­ные, продвинутые в психотерапии пациенты служат остальным в качестве позитивной модели, открывая им оптимистические перспективы. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых психотерапевтических группах.
3. Универсальность страданий: переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфлик­ты, переживания, симптомы. Такое понимание способствует преодолению эго­центрической позиции и появлению чувства общности и солидарности с дру­гими, а также повышает самооценку.
4. Альтруизм: возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, пациент становится более уверенным в себе, он ощущает себя способным быть полезным и нуж­ным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Особен­но важны такие переживания для пациентов с низкой самооценкой.
5. Корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы: здесь речь идет о переработке проблематики, корни которой лежат в родительской семье пациента. Пациенты обнаруживают в группе проблемы и переживания, идущие из родительской семьи, чувства и способы поведения, характерные для семейных отношений и отношений с родителями в прошлом. При этом ис­ходят из того, что в группе пациент вступает в отношения, играет роли, зани­мает позиции, сходные с теми, которые были у него в родительской семье: его отношения с психотерапевтом в определенной степени повторяют или воспро­изводят его отношения с родителями, а отношения с другими участниками группы — отношения с другими членами семьи (братьями, сестрами и др.). Например, в детстве пациент испытывал недостаток внимания и любви со стороны родителей. Эта потребность являлась фрустрированной (и, как пра­вило, неосознаваемой) и в дальнейшем его поведение во многом может быть направлено на то, чтобы получить эту любовь и признание со стороны окру­жающих, даже в ущерб удовлетворению других, значимых, «взрослых» потреб­ностей личности. В группе такой пациент обычно ведет себя таким образом, чтобы привлечь внимание, добиться расположения, принятия и любви со сто­роны психотерапевта. Анализируя особенности его взаимодействия с психоте­рапевтом в группе, можно помочь пациенту увидеть и понять, когда ранее и к кому он испытывал такие же чувства и вел себя подобным образом. Выяв­ление, анализ и осознание прошлых эмоциональных отношений и поведенчес­ких стереотипов, проявляющихся в группе, дает возможность их терапевтичес­кой переработки и реконструкции.
6. Развитие техники межличностного общения: пациенты в группе имеют возможность за счет обратной связи и анализа собственных переживаний уви­деть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимно­го принятия изменить его, выработать и закрепить новые, более конструктив­ные способы поведения и общения.
7. Имитационное поведение: пациент может обучаться более конструк­тивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим успешным членам группы. Очевидно, что в большей степени образцом для подражания является психотерапевт, и это накладывает определенные огра­ничения на его поведение, предъявляет особые требования к его самоконт­ролю и саморегуляции. Ялом считает, что многие психотерапевты явно не­дооценивают роль этого фактора, «на самом же деле, у курящих трубку те­рапевтов получаются курящие трубку пациенты».
8. Интерперсональное влияние: этот фактор является важнейшим и наи­более специфичным для групповой психотерапии. Если все другие факто­ры в меньшей степени, но действуют и в индивидуальной психотерапии, то этот фактор характеризует основные механизмы лечебного действия имен­но групповой психотерапии. В этом факторе можно выделить три основных аспекта.

Первое — это получение новой информации о себе за счет обратной свя­зи, что приводит к изменению и расширению представления о себе, образа Я, то есть конфронтация. Второе — это возможность возникновения в груп­пе эмоционально значимых ситуаций, которые были у пациента ранее и с ко­торыми он в прошлом не мог справиться, их вычленение, анализ, осознание и переработка, то есть коррективный эмоциональный опыт. Третье — воз­можность увидеть в группе особенности своего поведения, его неэффектив­ность и неконструктивность, а также обучение новым формам поведения и закрепление их в процессе группового взаимодействия, то есть научение.

1. Групповая сплоченность: привлекательность группы для ее членов, же­лание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, приня­тие друг другом и группой как целым, чувство «Мы» группы. Групповая сплоченность рассматривается в групповой психотерапии как фактор, ана­логичный отношениям «психотерапевт-пациент» в индивидуальной психо­терапии.
2. Катарсис: отреагирование, эмоциональная разгрузка, «очищение», вы­ражение сильных чувств в группе.

Кратохвил в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии указывает следующие: участие в группе, эмоциональную под­держку, самоисследование и самоуправление, обратную связь или конфронта­цию, контроль, коррективный эмоциональный опыт, проверку и обучение но­вым способам поведения, получение информации и развитие социальных на­выков.

В качестве основных механизмов лечебного действия групповой психоте­рапии пациенты чаще указывают: осознание (самого себя и других людей), пе­реживание в группе положительных эмоций (в отношении самого себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций других членов груп­пы), приобретение новых способов поведения и эмоционального реагирования (прежде всего, межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях).

Если сгруппировать механизмы лечебного действия групповой психоте­рапии, описываемые различными авторами, а также учесть результаты оп­роса пациентов, то можно выделить три основных механизма. Это — кон­фронтация, корригирующее эмоциональное переживание (коррективный эмоциональный опыт) и научение, которые охватывают все три плоскости изменений — когнитивную, эмоциональную и поведенческую.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим ме­ханизмом лечебного действия групповой психотерапии. Конфронтация по­нимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими пробле­мами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и пове­денческими стереотипами и осуществляется за счет обратной связи меж­ду членами группы и группой как целым. Понятие обратной связи явля­ется очень важным для групповой психотерапии. Вообще феномен обратной связи проявляется в тех ситуациях, когда субъект восприятия имеет возмож­ность получить от партнера по общению информацию о том, как он воспри­нимается. Таким образом, обратная связь является источником информации для человека, но как источник информации отличается от интепретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влия­нием собственной проекции интерпретатора. В отличие от интерпретации, обратная связь в строгом ее понимании уже сама по себе «правильна», она является информацией о том, как реагируют другие на поведение человека. Вопрос о том, может ли обратная связь содержать элементы интерпретации, однозначного ответа не находит.

В психотерапевтической группе, благодаря наличию обратной связи, каждый из участников получает информацию о том, какие реакции у ок­ружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на других, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадек­ватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию окружающих, ка­ковы, с точки зрения других, цели и мотивы его поведения, насколько его ак­туальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональ­ные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением и т. д. Об­ратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить соб­ственную роль в типичных для него межличностных конфликтах и тем са­мым осознать собственные проблемы, соотнося прошлое и настоящее.

Обратная связь существует и в рамках индивидуальной психотерапии, однако здесь ее содержание весьма ограниченно. В групповой психотера­пии обратная связь многопланова, поскольку осуществляется между каж­дым из членов группы и группой как целым. Психотерапевтическая груп­па предоставляет пациенту не просто обратную связь — информацию о том, как он воспринимается другим человеком, но дифференцированную обрат­ную связь, обратную связь от всех участников группы, которые могут по- разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него ре­агировать. Таким образом, пациент видит себя во множестве «зеркал», по- разному отражающих различные стороны его личности. Дифференциро­ванная обратная связь дает не только разноплановую информацию для со­вершенствования самопонимания, но и помогает пациенту научиться раз­личать собственное поведение. Реакция самого пациента на информацию, содержащуюся в обратной связи, также представляет интерес как для дру­гих участников группы, так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты собственной личности и свои реакции на рассогласова­ние образа Я с восприятием окружающих. Переработка и интеграция со­держания обратной связи в процессе групповой психотерапии обеспечивает коррекцию неадекватных личностных образований и способствует форми­рованию более целостного и адекватного образа Я, представления о себе и самопонимания в целом. Расширение (или формирование) образа Я за счет интеграции содержания обратной связи является процессом, присущим не только психотерапии, но и процессу формирования и развития человечес­кой личности. Известно, что становление отношения к себе, самооценки, образа Я в целом происходит у ребенка только в условиях определенной группы (семьи, группы сверстников и пр.) под воздействием отраженных оценок окружающих. Групповая психотерапия использует обратную связь для коррекции неадекватного представления о себе и самопонимания в целом.

Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы об­ратной связи необходима определенная атмосфера, характеризующаяся, прежде всего, взаимным принятием, чувством психологической безопасно­сти, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличи­ем у пациентов мотивации к участию в работе психотерапевтической груп­пы и проявлением «размораживания», при котором участники группы гото­вы и могут быть искренними, открытыми и отказаться от привычных, сло­жившихся способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточ­ность и несовершенство. Обратная связь в группе более эффективна, если она не отсрочена, то есть если предоставляется пациенту непосредственно в момент наблюдения его поведения, а не через некоторое время, когда ситуа­ция перестает быть актуальной и значимой или когда уже вступили в дей­ствие механизмы психологической защиты. Эффективная обратная связь яв­ляется в большей степени описательной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интерпретации, оценки и кри­тику. Более эффективной будет также дифференцированная обратная связь, поступающая к пациенту от нескольких участников группы, поскольку она представляется ему более достоверной и может оказать на него большее вли­яние.

В самосознании или образе Я выделяют 4 области: открытую — то, что знает о себе сам человек и знают о нем другие; закрытую или неизвестную — то, что человек не знает о себе и не знают о нем другие; скрытую — то, что человек знает о себе сам, но не знают другие; слепую — то, что человек не знает о себе, но знают другие. Обратная связь несет информацию, позволя­ющую пациенту уменьшить именно последнюю, слепую область самосоз­нания и тем самым расширять и повышать адекватность собственного обра­за Я.

Корригирующее эмоциональное переживание, или коррективный эмоцио­нальный опыт включает несколько аспектов, и прежде всего — эмоциональ­ную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его группой, признание его человеческой ценности и значимости, уникально­сти его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из него самого, его собственных отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработ­ка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания пред­полагает принятие пациентом новой информации, которая часто не соответ­ствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально не­благоприятное отношение к себе затрудняют восприятие этой информации, обостряя действие психологических защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычай­но важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как спо­собствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддерж­ка оказывает положительное стабилизирующее воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и, таким образом, корригирует такой важ­нейший элемент системы отношений, как отношение к себе. Реконструкция от­ношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого от­ношения, которое обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддер­жки. Принятие пациента группой способствует развитию сотрудничест­ва, облегчает усвоение пациентом групповых психотерапевтических норм, по­вышает его активность, ответственность, создает условия для самораскры­тия.

Корригирующее эмоциональное переживание также связано с пережива­нием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) группового опы­та. Возникновение в группе различных эмоциональных ситуаций, которые были у пациента ранее в реальной жизни и с которыми он тогда не смог справиться, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать и переработать их, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичными по содер­жанию, в данном случае речь идет скорее о повторении эмоциональных со­стояний, совпадении сопровождающих их эмоций. Еще один аспект корри­гирующего эмоционального переживания связан с проекцией на групповую ситуацию эмоционального опыта, полученного в родительской семье. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психоте­рапевтической группе позволяет пациенту в значительной степени пере­работать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в дет­ство.

Научение в процессе групповой психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в котором он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и та­ким образом создает условия для исследования пациентом собственного меж­личностного взаимодействия, собственного поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворе­ние или вызывающие негативные переживания. Групповая ситуация являет­ся ситуацией иного, реального, эмоционального межличностного взаимодей­ствия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных стереоти­пов поведения и выработку навыков полноценного общения. Эти перемены подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к из­менениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспри­нимаются другими.

Механизмы лечебного действия семейной психотерапии. Под семейной пси­хотерапией принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и ме­тодов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Се­мейная психотерапия является разновидноотью групповой психотерапии, по­этому многие психотерапевтические техники, применяемые в работе с семья­ми, oтносятся к приемам групповой психотерапии.

Основными механизмами лечебного действия семейной психотерапии считаются эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь. Если эмо­циональное сплочение возникает через сопоставление индивидуальных це­лей членов семьи, обмен мнениями, надеждами, опасениями и устойчиво прослеживается на всех этапах семейной психотерапии, то обучение членов семьи обратной связи успешно после присоединения психотерапевта к семье как к целостной системе. Способность членов семьи давать и принимать не­искаженную обратную связь является свидетельством «созревания» семьи и перехода от присоединения и формулирования психотерапевтического зап­роса к этапу реконструкции семейных отношений.

В семейной психотерапии, так же как и в групповой, выделяют следу­ющие механизмы лечебного действия: 1) эмоциональное сплочение и под­держка; 2) отреагирование (приобретение навыков соответствующего адре­сования и проявления эмоций, особенно отрицательных); 3) получение об­ратной связи от участников психотерапии; 4) предоставление обратной связи; 5) универсальность; 6) коррективная рекапитуляция основной се­мейной группы; 7) научение (обмен опытом решения проблем); 8) иденти­фикация; 9) инсайт, осознание экзистенциальных аспектов бытия; 10) аль­труизм. Наиболее важными механизмами, которые формируются первыми и оказывают самое интенсивное влияние на коррекцию дисфункциональ­ных отношений в семьях, признаны первые четыре.

В качестве механизмов лечебного действия рассматривается и ряд дру­гих, специфичных для семейной психотерапии. В последнее десятилетие разработана технология присоединения психотерапевта к семье как системе и к отдельным ее членам, что существенно катализирует процесс семейной психотерапии: 1) установление конструктивной дистанции; 2) приемы миме­зиса и синхронизации дыхания психотерапевта и заявителя проблемы; 3) присоединение по просодическим характеристикам речи к заявителю про­блемы и использование в речи предикатов, отражающих доминирующую репрезентативную систему этого заявителя; 4) принятие психотерапевтом «семейного мифа» и сохранение семейного «статус-кво», то есть публичного защитного образа и той структуры семейных ролей, которые демонстриру­ет семья во время психотерапии. Эти действия психотерапевта способству­ют снижению уровня эмоционального напряжения и тревоги, которые есть у членов семьи, впервые решившихся на раскрытие семейных тайн объектив­ному наблюдателю.

Разработана технология формулирования психотерапевтического запро­са, создающая условия для резонанса целей, паттернов эмоционального ре­агирования у участников психотерапии, вследствие чего катализируется сам процесс семейной психотерапии. Использование парадигмы системного под­хода способствовало изменению роли семейного психотерапевта: из роли объективного, директивного, принимающего и отстраненного интерпретато­ра он перешел в роль директивного, эмпатичного и отстраненного, но вклю­ченного в контекст семейных отношений в качестве одного из элементов. Этот элемент имеет личностный и профессиональный ресурс и устанавли­вает связи между другими элементами семейной системы путем инициатив, инструкций, исходя из требований психотерапевтического запроса. Иници­ативы психотерапевта адресованы представителям разных подсистем семьи с целью активизации их деятельности и тем самым ослабления активности других подсистем. Психотерапевт также создает условия для того, чтобы чле­ны семьи устанавливали такие внешние и внутренние границы, при кото­рых был бы возможен свободный обмен энергией и информацией. Такие дей­ствия психотерапевта вызывают в семейной системе сильные флюктуации, в результате которых семейная система пробует усложнять и дифференци­ровать свой опыт приспособительного поведения.

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что резонанс це­лей, достигаемый в процессе психотерапии, проработка целеполагания («со­здание рамки психотерапевтических целей» на фоне трансовых изменений со­знания) также относятся к эффективным механизмам лечебного действия в се­мейной психотерапии и консультировании.

**:трольные вопросы**



1**.**

Специфическим механизмом лечебного действия индивидуальной психотера­пии является:

О универсальность страданий;

© интерперсональное влияние;

© самоэксплорация;

© эмоциональное сплочение и поддержка.

2**.**

Специфическим механизмом лечебного действия групповой психотерапии яв­ляется:

О забота;

© внушение;

© десенсибилизация;

© конфронтация.

3**.**

Специфическим механизмом лечебного действия семейной психотерапии явля­ется:

О альтруизм;

© косвенное внушение;

© имитационное поведение;

© установление конструктивной дистанции.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО В ПСИХОТЕРАПИИ

Вопросы взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии яв­ляются частью более широкой проблемы взаимоотношений врача и больного вообще, как раздела медицинской этики (науки о роли морально-нравствен­ных начал в деятельности врача и других медицинских работников) и меди­цинской деонтологии (составной части медицинской этики, изучающей пра­вила поведения медицинского персонала).

В многочисленных, в том числе монографических, исследованиях отече­ственных и зарубежных авторов подчеркивается зависимость основных принципов и содержания проблемы взаимоотношений врача и больного от общественного сознания и морально-этических норм общества.

Особое значение взаимоотношения врача и больного приобретают в об­ласти психотерапии, где они выступают в качестве одного из наиболее зна­чимых факторов лечения, от которого зависит успех его в целом (Консторум, Мясищев, Роджерс).

Из-за специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношение с пациентом своеобразие своей лич­ности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентаций и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости лично­стных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эф­фективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении психодинамической, поведенческой, клиент-центрированной, рационально­эмоциональной психотерапии.

Психоанализ с первых же своих шагов подчеркнул терапевтическую цен­ность непосредственного общения врача с больным в качестве основного средства глубокого проникновения в психику человека. В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями психоаналитической ситуации врач занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и ней­тралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличие, пассив­ность, он используется для описания общего отношения врача и включает в себя профессиональный кодекс, то есть уважение к индивидуальности паци­ента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в нее втор­гались или ее нарушали бы собственные предпочтения и потребности ана­литика. В ходе классического психоанализа поведение врача определяется ут­верждением Фрейда, что аналитик подобен экрану по отношению к пациен­ту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей, а также соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвра­тить возможность переносных эротических притязаний на него больного.

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, то есть проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источ­ники реакций переноса — значимые люди ранних лет жизни ребенка. Обыч­но это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и нака­зание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обуслов­ливаться более поздними отношениями с людьми, и даже современниками, но тогда анализ вскроет, что эти позднейшие источники вторичны и сами про­изошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции переноса в позднейшей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально при­надлежавшие родителям. Следовательно, возлюбленные, руководители, учи­теля, актеры, психотерапевты и знаменитости особенно активизируют пере­нос. Все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реак­ций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе в отношениях больного к врачу (это явление, в основном, бессоз­нательное). Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, не­подходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными ре­акциями.

Больной переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враж­дебностью чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые), перенос может быть позитивным или негативным. Появ­ление этих тенденций не вызывается какими-либо реальными отношения­ми и связано с давними, сделавшимися бессознательными фантазиями-жела­ниями. Ту часть своей жизни, которую больной не может вспомнить, он сно­ва переживает в своем отношении к врачу. Так, перенос на врача интенсивных нежных чувств не может быть объяснен ни поведением врача, ни сложивши­мися во время лечения взаимоотношениями. Перенос иногда проявляется в бурном требовании любви, иногда в более умеренных формах; вместо желания быть возлюбленной у молодой девушки может возникнуть желание стать лю­бимой дочерью старого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколь­ко иначе. Та же привязанность к врачу, та же переоценка его качеств, та же поглощенность его интересами, та же ревность по отношению ко всем, близ­ким ему, но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, перенос. Враждебность, так же как и нежность, означает чувственную привя­занность, подобно тому как упрямство — ту же зависимость, что и послуша­ние, хотя и с противоположным знаком.

Фрейд, впервые описавший явление переноса и сделавший его предме­том научного изучения, исключает подчинение подобным, исходящим из пе­реноса требованиям пациента. Перенос преодолевается указанием больному на то, что его чувства не вызваны данной ситуацией и относятся не к лич­ности врача, а повторяют то, что с ним уже было раньше. Таким образом повторение необходимо превратить в воспоминание. Тогда перенос (нежный или враждебный), казавшийся значительной помехой лечению, становится лучшим его орудием, открывающим самые сокровенные тайники душевной жизни. Перенос является носителем жизненно важной информации о про­шлом пациента, о его репрессированной истории.

Наряду с переносом существует явление контрпереноса, включающее соб­ственные чувства врача, его отношение к пациенту. Иными словами, контрпе­ренос — это реакция переноса у психоаналитика по отношению к пациенту, когда психоаналитик реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность в ранней истории своей жизни.

Контрперенос наиболее часто заводит психоаналитическое лечение в тупик, так как врач невольно препятствует полному развитию реакций пе­реноса больного. Например, чрезмерная теплота со стороны психоаналити­ка может мешать развитию враждебных реакций негативного переноса. Мо­жет быть неполной интерпретация некоторых аспектов реакций переноса; скука психоаналитика говорит о том, что его фантазии по отношению к па­циенту заблокированы реакцией контрпереноса. Он может привести к про­должительному неуместному поведению врача по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или поощрения, успокоения и разрешения.

Реакции контрпереноса необходимо выявлять и сдерживать. В таких слу­чаях психоаналитику следует проанализировать свое поведение контрпере­носа, то есть провести «психоаналитическое очищение». Фрейд сравнивал психоаналитика с зеркалом: «Врач не должен показывать пациентам ниче­го, кроме того, что показывают ему». Другими словами, необходимо соблюдать эмоциональную анонимность.

Однако подобная анонимность не тождественна молчанию и пассивнос­ти психоаналитика, что в отдельных ситуациях будет воспринято пациентом как отсутствие заботы и беспокойства о нем и явится препятствием на пути к терапевтическому успеху. Более того, пассивность психоаналитика может рассматриваться как следствие контрпереноса. В современном психоанали­зе проявление врачом собственных реакций и чувств допустимо и даже желательно, однако речь идет о реалистических чувствах, а не о чувствах контрпереноса.

В последнее время контрперенос изменил свое первоначальное значение и употребляется для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапев­та на пациента. Такие реакции могут быть источником лучшего понимания пациента. Отмечая собственные эмоциональные реакции и оценки, психотера­певт рассматривает их как отражение сигналов, идущих от больного, находя­щегося в состоянии внутреннего конфликта. Использование понимаемого та­ким образом контрпереноса (но не импульсивного отреагирования!) может стать действенным терапевтическим инструментом.

В аналитической психологии Юнга решающую роль в успехе психотера­пии играют не столько узкоспециальные знания психотерапевта, сколько сте­пень его развития как личности. По этой причине Юнг первым ввел обяза­тельный учебно-тренировочный анализ для всех желающих профессионально заниматься аналитической психологией. Он настаивал на необходимости ра­ционального, разумного контакта между аналитиком и пациентом. Врач, стре­мящийся к пониманию больного, приближается в процессе анализа к своему собственному бессознательному и сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя». Юнг был одним из первых, кто использовал контрпере­нос как терапевтический инструмент, он считал его важным источником ин­формации для психотерапевта. Аналитик способен настроиться на внутренний мир пациента в такой степени, что начнет чувствовать или вести себя в мане­ре, которую позднее может осознать как продолжение психических процессов, спроецированных на него.

Особенности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотера­пии диктуют психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преиму­щественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайнос­тей директивного и недирективного стилей.

Противоположным является поведение психотерапевта в ходе поведенчес­кой психотерапии. В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами психотерапевта являют­ся профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

В рамках гуманистического направления в психотерапии вопросы взаимо­отношения психотерапевта и пациента особенно хорошо разработаны в кли- ент-центрированной психотерапии Роджерса.

В известной триаде Роджерса психотерапевт во взаимоотношениях с па­циентом является аутентичным (от греч. аuthentikоs — подлинный). Аутен­тичность — понятие, разработанное в гуманистической психологии и психо­терапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик лич­ности. Границы понятия «аутентичность» нечетки, часто в качестве синони­мов этого термина используются такие определения, как «конгруэнтность», «полноценно функционирующая личность», «свобода», «самоактуализация», «самость», «целостная личность». Он стремится сохранить безусловную поло­жительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность, и быть эмпатичным (сопереживающим). Таковы условия успешного психотерапевтического процесса, которые в целом доста­точны, независимо от частных характеристик самого пациента.

1. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом.

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает необходи­мость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Под опытом понимаются как неосознаваемые события, так и феномены, представленные в сознании (все, что потенциально доступно сознанию) и относящиеся к определенному моменту, а не к некоторой совокупности про­шлого опыта. Открытость опыту означает, что каждый стимул, внутренний или из внешней среды, не искажается защитным механизмом (как относи­тельно эмоциональной окраски, так и относительно воспринимаемого зна­чения). Форма, цвет или звук из окружающей среды, или следы памяти из прошлого, или висцеральные ощущения, страх, наслаждение, отвращение и т. д. — все это вполне доступно для индивидуального сознания. Осозна­ние — это символическая репрезентация, не обязательно в виде вербальных символов, некоторой части опыта.

Когда Я-переживание (то есть информация о воздействии сенсорных или висцеральных событий в данный момент) символизируется правильно и включается в Я-концепцию (представление о себе самом), тогда возникает со­стояние конгруэнтности Я и опыта. У личности, открытой для опыта, Я-кон- цепция символизируется в сознании вполне конгруэнтно с опытом. Если пси­хотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях и психотерапия не будет полноценной. Не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он всегда был конгруэнтной личностью. Достаточно, чтобы каждый раз при непосредственных отношениях с определенным индивидом он целиком и полностью был бы самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента, правильно символизированными и интегрированными.

1. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по от­ношению к пациенту.

Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как сердечность, расположение, уважение, симпатия, принятие и др. Безусловно, положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно, незави­симо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех пережива­ний, которых боится иди стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот до­волен или удовлетворен.

1. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента.

Обладать эмпатией — означает воспринимать субъективный мир, охваты­вающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, дос­тупных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удоволь­ствие другого так, как чувствует это он сам, и относиться, как он, к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (если это условие утрачивается, то данное состояние становится со­стоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изме­нения личности.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состо­яния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основан­ной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции.

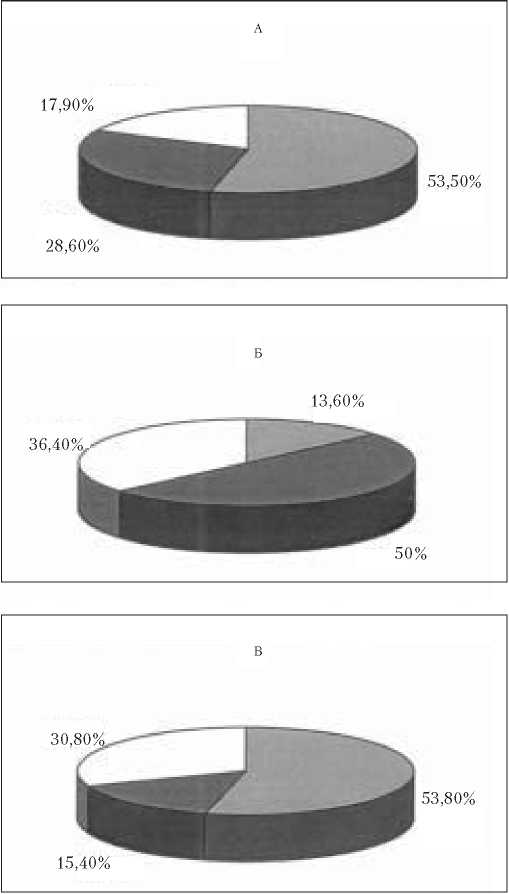
Врачи-психотерапевты с высоким уровнем эмпатии — это чаще молодые начинающие врачи с небольшим стажем работы, характеризующиеся сенси- тивностью, неуверенностью в себе, тревожностью, ответственностью. Доста­точно низкий уровень удовлетворенности настоящей жизненной ситуацией при более высоких показателях надежд на будущее свидетельствует об отно­сительно низкой социальной уверенности в своей профессиональной компе­тенции, что в общем характерно для молодых специалистов с небольшим про­фессиональным опытом. Для этой подгруппы типична общая тенденция эмо­циональной включенности в проблемы пациентов; сопереживая, они строят процесс общения за счет отдачи своего эмоционального потенциала. Таким образом, для врачей-психотерапевтов с высокой эмпатией характерен эмоци­ональный вид эмпатии.

Врачи-психотерапевты со средним уровнем эмпатии отличаются в целом адекватной самооценкой, уравновешенностью, социальной уверенностью, высоким личностным потенциалом и высокой степенью адаптации к жизнен­ным ситуациям, что подтверждается такими экспериментально-психологи­ческими показателями, как уровень удовлетворенности жизнью с адекватно­реалистическим взглядом на жизненные перспективы, современную жизнен­ную ситуацию и на прошлый опыт. Следовательно, психотерапевтов со сред­ним уровнем эмпатии можно охарактеризовать, как людей не только стре­мящихся к пониманию пациента и имеющих большой профессиональный опыт, но и обладающих прогностической способностью, а также высокой коммуникативной компетенцией. Из этого следует, что для врачей-психоте- рапевтов этой подгруппы характерна когнитивная и предикативная эмпатия, проявляющиеся в способности прогнозировать аффективные реакции паци­ента.

Для врачей-психотерапевтов с более низким уровнем эмпатии характер­ны усталость от жизненных невзгод, общая астенизация, погруженность в личностные невзгоды, сосредоточенность на собственном Я. Высокая оцен­ка уровня своих достижений и достаточно высокий уровень надежд на бу­дущее контрастирует с очень низкими показателями удовлетворенности на­стоящей жизненной ситуацией. Это свидетельствует о том, что у врачей-пси- хотерапевтов с низким уровнем эмпатии возможны различные ее виды с пре­обладанием эмоциональной эмпатии (диаграмма 1).

Представители гуманистической психотерапии полагают, что при от­сутствии триады (качеств психотерапевта) Роджерса психотерапевтичес­кий процесс не может быть полноценным. Каждый психотерапевт отвеча­ет этим условиям до некоторой определенной степени, и, как замечает Род­жерс, «одни несовершенные люди способны оказывать психотерапевтичес­кую помощь другим, также несовершенным людям»; однако чем более вы­ражены эти условия, тем более успешным будет психотерапевтический процесс и тем более значительной будет степень происходящей при этом интеграции личности.

Стиль работы психотерапевта в ходе рационально-эмоциональной психо­терапии определяется необходимостью активного сотрудничества пациента по типу партнерства на всех стадиях психотерапии. Установлению оптимального взаимодействия помогают такие характеристики психотерапевта, как способ­ность к эмпатии, дозируемая открытость, умение сосредоточиться на конкрет­ной проблеме и не уходить при необходимости от конфронтации. Взаимоот­ношения временами могут приобретать образовательный характер по типу учебного союза «учитель-ученик».



*Диаграмма 1. Соотношение различных видов эмпатии у врачей- психотерапевтов с высоким (А), средним (Б) и низким (В) уровнем*

*эмпатии (по Козиной). Объяснения в тексте.*

Ц — *эмоциональный вид эмпатии;*

□ *когнитивный вид эмпатии;*

■ — *предикативный вид эмпатии.*

Психотерапевту необходимо знать свои коммуникативные особенности, способы преодоления трудностей в жизни, свои проблемы. Нередко бессозна­тельная потребность врача в подчинении и одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к проти­водействию, негативным реакциям или агрессивности больного затрудняют установление надлежащего контакта. Отрицательно на ход психотерапии мо­жет влиять заниженная самооценка психотерапевта, неуверенность, пассив­ность, поиск признания. Кроме того, сам процесс психотерапии может быть источником психологического дискомфорта для специалиста. С одной сторо­ны, он не должен вовлекаться в переживания больного, чтобы объективно оце­нивать ситуацию, а с другой — следует быть открытым для его чувств, чтобы понять его. Врач обязан сохранять самообладание при отрицательных реак­циях пациента по отношению к нему.

Ниже в схематическом виде представлены ролевые стратегии, принимае­мые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом.

**Авторитарная**

**«Мать» «Отец»**

**Недирективный О Нейтральная О Директивный  
«Сестра» ^ «Брат»**

**Партнерская**

Ведущие параметры: авторитарность — партнерство в выборе целей и за­дач психотерапии и директивность — недирективность в их технической ре­ализации, являющаяся одновременно мерой разделения ответственности за результаты психотерапии и активности психотерапевта.

Предлагаемая схема, опирающаяся на оси авторитарности — партнерства и директивности — недирективности, позволяет разграничить метафорически описываемые «родительские и партнерские» позиции. Выбор позиции, с од­ной стороны, зависит от индивидуальных особенностей психотерапевта и ус­тановок пациента (высокая экстернальность коррелирует с предпочтением авторитарных и директивных психотерапевтов), а с другой — диктуется кон­цептуальной позицией («школой») психотерапевта и техническими особен­ностями используемых методов психотерапии. Авторитарная позиция «отца» характерна для реализации поведенческих и суггестивных методов, а «мате­ри» — для медитативных техник. Позиция «сестры» адекватна клиент-цент- рированной психотерапии, нейтральная позиция «зеркала» — психодинами­ческим методам и позиция «директивного брата» — позитивной психотера­пии. Показателем профессионализма психотерапевта является его способ­ность сознательно и пластично занимать различные позиции, исходя из ин­тересов пациента и требований используемых методов.

Авторитарная позиция «сверху» подразумевает отношение к пациенту как к «объекту» врачебных манипуляций, сопровождается пространственным ди­станцированием (гипнотизер, возвышающийся над своими пациентами) и подкрепляется имиджем «всезнающего мудреца». Более современный партнер­ский подход базируется на видении пациента в качестве равноправного «субъекта», на пространственном расположении «лицом к лицу» или «плечом к плечу в кругу», на демократичном образе психотерапевта («простого парня» или «затейника»).

На рис. 4 в схематическом виде представлено расположение психотера­певта и пациента в трех основных направлениях современной психотерапии.

Этико-деонтологические аспекты психотерапии. В современной медици­не, несмотря на все многообразие врачебного нравственного опыта, сосуще­ствуют 4 модели, опирающиеся на основополагающие принципы — «не на­вреди», «делай добро», «соблюдение долга» и «уважение прав и достоинства личности».

Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократа (460-377 гг. до н. э. ), изложенные им в «Клятве», а также в кни­гах «О законе», «О врачах» и др. Практическое отношение врача к больно­му и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотноше­ния врача и пациента с учетом социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать «моделью Гиппокра­та». Речь идет об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантии не причинения вреда. Основополагающим для модели Гиппок­рата является принцип «не навреди», который фокусирует в себе граждан­ское кредо врачебного сословия: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и искусстве и слава у всех людей на вечные вре­мена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное это­му» («Клятва»). Это исходная профессиональная гарантия, которая может рассматриваться как условие признания врача обществом и каждым чело­веком, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь.

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимо­отношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее осо­бенно четко удалось Парацельсу (1493-1541).

«Модель Парацельса» — это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая страте­гии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели за­воевывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацель- са» — это учет эмоционально-психических особенностей личности, призна­ние глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контак­тов в лечебный процесс. В границах «модели Парацельса» в полной мере

А



Б

В

*Рис. 4. В символическом виде представлено расположение врача и больного в ходе психотерапии:*

*А - психоаналитической;*

*Б - поведенческой;*

*В — гуманистической.*

развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента, для кото­рой характерны положительные психоэмоциональные привязанности и со­циально-моральная ответственность, «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Не удивительно, что основным моральным прин­ципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «де­лай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачева­ние — это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и осве­щаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь».

Следующей в историческом развитии медицинской этики кристаллизова­лась деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» ввел английс­кий философ Бентам (1748-1832), обозначая этим понятием науку о долге, мо­ральной обязанности нравственного совершенства и безупречности. Деонтоло­гия особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко ис­пользуются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимо­действия. В медицине это — соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Основой деонтологии является отношение к больно­му таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относи­лись к тебе. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает симво­лическое высказывание голландского врача XVII века Ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам».

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. «Соблюдать долг» — это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, ко­торый противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицин­ского сообщества, всего общества и его собственной воли и разума. Когда пра­вила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при ук­лонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то он соответствует избранной профес­сии, а если нет, то должен покинуть данное профессиональное сообщество.

В 60-70-х годах ХХ века формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Ван Ренселле- ром Поттером в 1969 г. был предложен термин «биоэтика» (этика жизни), который раскрывается как «систематические исследования поведения чело­века в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это по­ведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Ос­новным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется ре­шение основного вопроса медицинской этики — вопроса об отношениях вра­ча и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в ряде новых моделей взаимоотношения врача и больного. Информационная, сове­щательная, интерпретационная модели являются формой защиты прав и до­стоинства человека. С другой стороны, в современной медицине речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процес­сами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физически­ми и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человечес­кой популяции в целом.

Биоэтика — это современная форма традиционной профессиональной био­медицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчи­няется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование от­ношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня «этическое» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика как конкретная форма этического возникает из потребности природы защитить себя от мощи куль­туры в виде ее крайних претензий на преобразование и изменение «природ­но-биологического».

В 90-х годах ХХ века биоэтика принимает форму понятия, включающе­го всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика иг­рает важную роль в формировании у общества уважения к правам челове­ка.

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу. Современной формой медицинской этики является био­медицинская этика, функционирующая в виде всех четырех исторических мо­делей — модели Гиппократа и Парацельса, деонтологической модели и био­этики. Связь научно-практической деятельности и нравственности сегодня - одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобрета­ют столь существенного значения, как в психотерапии — и во время установ­ления контакта с больным, и в процессе проведения лечения, и при достиже­нии психотерапевтических результатов. Первый вопрос, возникающий при встрече психотерапевта с больным, касается согласия последнего на проведе­ние психотерапии, в особенности когда речь идет о его участии в занятиях психотерапевтической группы. Как замечают Хёк и Кёниг, лечение методами психотерапии не назначается — о нем договариваются.

Больной относительно редко готов признать психогенную природу сво­его заболевания; он принимает это скорее косвенно, самим фактом согласия пройти курс психотерапии. Однако и в случае, когда пациент не отрицает значения психотравмирующих влияний в развитии его болезни, признание им собственной роли в ее возникновении носит весьма ограниченный харак­тер. Сопротивление психотерапевтическому контакту и отрицание психичес­ких конфликтов связаны с формированием в сознании больного более пре­стижной в социальном плане биологической концепции болезни. Сами пси­хотравмы при этом выступают как одна из многих возможных и равноцен­ных экзогений, нарушающих гомеостаз. Более того, 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». Поэтому хотя и не следует, как это делается в некоторых школах с экзистенциальной ори­ентацией, приписывать больному с психогенным расстройством чувство вины или обязательства перед обществом, вполне уместно требовать от него посильного участия в лечебном процессе: лучшего понимания причинных связей между его болезнью, с одной стороны, и жизненными ситуациями — с другой, осознания собственной роли в генезе болезни.

Вторжение знахарства в пограничные с психотерапией области привле­кает в этико-деонтологическом плане внимание к ряду вопросов. В своем ста­новлении в качестве науки психотерапия должна решить сегодня важнейшую задачу — определить границы собственных возможностей и действовать в их пределах. Вместе с тем в реальных условиях своего развития она все еще способствует возникновению различного рода фантазий и нереалистических отношений, которые исчезают лишь по мере накопления знаний и опыта. Врачей, которые с удивительным легкомыслием направо и налево обещают больным легкое выздоровление, еще Мериме называл «торговцами надеж­дой». И это отнюдь не противоречит положению о том, что психотерапия в различных ее формах должна включаться в систему лечебно-реабилитаци­онных воздействий при различных заболеваниях, в том числе органической природы. Она необходима также пациентам с прогрессирующими и даже смертельными заболеваниями. В этическом плане речь идет лишь о поста­новке психотерапевтом клинически ясных целей не только для себя, но и в отношении пациента.

С учетом современного этапа развития психотерапии следует признать противоречащим медицинской этике использование таких методик, которые хотя и дают временный эффект, но являются псевдонаучными по своей при­роде или по своему обоснованию, поскольку в конечном счете это тормозит превращение психотерапии в подлинно научную дисциплину. Как не вспом­нить слова Кречмера о том, что «современному врачу отвратительна роль вол­шебника». Поддержание уровня своей подготовки в соответствии с требовани­ями психотерапевтической науки следует рассматривать как важнейший эти­ческий аспект деятельности психотерапевта.

Ряд этических вопросов связан с влиянием взаимоотношений врача и больного на диагностику, ход лечения, его завершение. Не отрицая роли объективных клинических проявлений, позволяющих дифференцировать, например, группу пограничных состояний, нужно подчеркнуть влияние на диагностику отношения врача к больному. Отрицательное отношение (спон­танное или под влиянием родственников) может «обеспечить» диагноз пси­хопатии, а сочувствие больному, эмоциональное принятие его ведет к поста­новке диагноза невроза.

С улучшением психотерапевтической помощи возрастает проблема зави­симости больного от психотерапевта. Психотерапия может приводить к этой зависимости в не меньшей степени, чем иные лекарственные средства. В ус­ловиях преимущественно оплачиваемой психотерапевтической помощи эта проблема обостряется. Тех, кто считает, что им нужна психотерапия, с тре­вогой пишет Шепард, легче всего эксплуатировать: это слабые, неуверенные, одинокие, нервные люди, чье отчаяние порой настолько велико, что они го­товы сделать и оплатить что угодно, лишь бы немного улучшить свое состо­яние. И далее автор пишет, что психотерапия — это ограниченная профес­сия тех специалистов, кто прошел соответствующую подготовку и желает придерживаться надлежащего этического кодекса.

В процессе лечения психотерапевт может оказаться в определенной не­осознанной зависимости от пациента, поскольку общение с ним может по­вышать его самооценку, способствовать самоутверждению. Одна из про­фессиональных болезней психотерапевта — его желание выступать в роли пророка и волшебника; он не всегда учитывает границы своих возможно­стей. На практике это приводит к инфантилизации больного, затягиванию лечения, формированию, в свою очередь, зависимости больного от врача. Стремление к сохранению и повышению своего личного и профессиональ­ного престижа «за счет больных» приводит также к тому, что психотера­певт может «пережать» болезненные аспекты личности больного и не уде­лить должного внимания здоровым, «сильным» ее сторонам, которые мо­гут явиться опорными точками на пути выздоровления пациента. Цель ле­чения не в предоставлении пациенту механических или психических «про­тезов», а в обеспечении его к моменту окончания психотерапии средствами для самостоятельной борьбы с трудностями, реализации своих жизненных целей.

Следует коснуться также границ и целесообразности раскрытия психо­терапевтом своей личности перед пациентом. Степень раскрытия может быть различной: от сообщения о себе отдельных демографических данных до полного самораскрытия, включая даже не связанные с процессом психотера­пии переживания и проблемы. Каждый поступок психотерапевта содержит в той или иной мере элемент самораскрытия. Важно эффективно использо­вать психотерапевтическое воздействие для реализации различных способов как преднамеренного, так и непроизвольного раскрытия. Вейнер приводит классификацию типов самораскрытия в зависимости от определяющего ас­пекта:

1. чувства — в данном контексте они означают эмоциональную реакцию «здесь и сейчас» на конкретного пациента или событие (например: «Вы мне нравитесь»);
2. аттитюды (к определенным явлениям) — повторяющиеся чувства в ана­логичных ситуациях («Мне нравятся блондинки»);
3. мнения — суждение о пациенте или явлении («Вы можете нравиться»);
4. формулировки — обоснование суждения о пациенте в связи с его биогра­фией («Вы нравитесь потому, что...»);
5. ассоциации — мысли, возникшие в связи с обсуждаемым моментом («Ваш поступок (или внешность) вызвал у меня воспоминание о...»);
6. фантазии — более сложные формы ассоциаций («Мысленно я представ­ляю Вас и его (ее) и то, как Вы встречаетесь после этой беседы и обсуждае­те...»);
7. пережитый опыт — реально обоснованная ассоциация, связанная с за­тронутой темой («Это напоминает мне то, что я пережил... » );
8. тело — мимика, жесты, телодвижения как невербальные типы саморас­крытия, сопутствующие словам или заменяющие их;
9. история («Я родом из Нью-Джерси»);
10. отношение к окружающим («Я реагирую так же, когда моя жена...»);
11. окружающие («Моя жена...»).

Управляемое самораскрытие имеет место, когда психотерапевт выступает в качестве модели поведения для пациента. Самораскрытие может быть по­лезным и в случае признания психотерапевтом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Однако чрезмер­ное увлечение самораскрытием может причинить ущерб процессу психотера­пии. Самораскрытие психотерапевта противопоказано, если оно несвоевре­менно, в частности если Я больного является недостаточно зрелым или если у больного негативное эмоциональное отношение к психотерапевту. В этих случаях пациент может использовать раскрытие врача для его дискредита­ции как сопротивление психотерапии.

Самораскрытие психотерапевта может быть применено с учетом соответ­ствующей потребности пациента в определенный момент и в условиях конт­ролируемой спонтанности. С помощью самораскрытия психотерапевт может успокоить и эмоционально поддержать, внушить и интерпретировать, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного пове­дения для идентификации.

В системе взаимоотношений врач-пациент используется относительно новое понятие в психотерапии, обозначаемое как «комплайенс» (от англ. сошрНапзе — согласие). Первично оно возникло как представление о согла­сии пациента принимать назначенные врачом-психиатром лекарства, но в дальнейшем распространилось на согласие выполнять любые терапев­тические рекомендации, и наконец превратилось в более сложное поня­тие в системе врач — метод лечения — пациент, которое привлекает внима­ние различных специалистов, прежде всего психологов, социологов и врачей.

Психотерапевтический контракт. В условиях платной медицинской по­мощи ожидания и требования пациента возрастают, а некоторые параметры указанных моделей взаимоотношений, в частности ответственность, дирек­тивность, эмпатичность, искренность психотерапевта, подвергаются опре­деленным испытаниям. Для оптимального решения этих проблем и инди­видуализации психотерапии возможно заключение так называемого пси­хотерапевтического контракта — «контрактная (договорная)» модель взаи­моотношения «психотерапевт-пациент». С одной стороны, психотерапев­тический контракт соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с дру­гой — он позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками. Понятия «контракт» и «искусство врачевания» ка­жутся малосовместимыми. Однако структура психотерапевтического кон­тракта может быть наполнена духовным, творческим, личностно-интимным содержанием.

Психотерапевт и пациент могут с большим удовлетворением и мотиваци­ей приступить к лечению на основе соглашения (контракта, договора) отно­сительно общего понимания болезни и стратегии лечения. Это соглашение оп­ределяется нередко уже в течение первой беседы, хотя, может быть, и не в пря­мой форме. При этом имеются в виду и вопросы структуры контракта: степень подчинения пациента психотерапевту и характер эмоциональной дистанции между ними. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии прогнозирует выраженность эмпатической коммуникации, а также определяет оптимальный уровень власти в отношении больного, то есть какой объем ответственности за ход и результаты лечения каждый из них будет нести. В условиях платного лечения пациент, выбирая психотерапевта, как бы «нанимает» его. Он полагает, что заключение контракта гарантирует ему квалифицированную помощь, удобство и доступность (четкое расписание посещений), право прервать курс лечения и найти другого психотерапевта, и ожидает, что психотерапевт будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Последний предъявляет пациенту требование сотрудничать в процессе терапии, выполнять соответствующие лечебные рекомендации и пра­вила, вести здоровый образ жизни.

При партнерском типе поведения психотерапевта от пациента ожидает­ся активное участие в психотерапии, ответственность, самостоятельность; при авторитарном руководстве участие пациента в планировании лечения ограничено. Между тем психотерапевтический контракт требует согласова­ния с пациентом лечебного плана, обсуждения и принятия общего понима­ния болезни, целей терапии, ее методов, частоты посещений, длительности и предполагаемых результатов лечения. Пациент имеет возможность совме­стить условия лечения, ожидаемые результаты и его стоимость, принять ре­шение о «заключении контракта». Психотерапевт, исходя из своих возмож­ностей и предпочтений, прогноза успешности терапии, приходит к решению о принятии пациента на лечение, он может предложить пациенту заключить контракт на 3-5 посещений, после чего при наличии взаимной удовлетво­ренности ходом лечения оно продолжается.

Психотерапевтический контракт может быть рассмотрен с позиций оцен­ки его психотерапевтической полезности. Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивацион­но-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту ин­формации, необходимой для сознательного и активного его участия в тера­пии. Одной из причин недостаточного доверия больного может быть игно­рирование психотерапевтом его концепции болезни, отсутствие согласован­ности в их представлениях о ней. При руководящем стиле психотерапевт за­дает много прямых вопросов, порой не дает пациенту возможности до конца высказаться, перебивает его; при психотерапевтическом контракте в случае партнерского разделения ответственности психотерапевт предоставляет па­циенту эти возможности. Что касается учета при психотерапевтическом кон­тракте лечебных механизмов в эмоциональней сфере, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и душевной опоре, но и в своеоб­разном дружеском отношении. Необходимо умение слушать пациента, что­бы понимать, о чем наиболее существенном он хотел бы говорить, что в дан­ный момент более всего его тревожит. Взаимопонимание между психотера­певтом и пациентом, важное для оптимального психотерапевтического кон­тракта, достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. Невербальное поведение психотерапевта (мимика, жесты, интонации голоса) обычно оказывают на пациента не меньшее вли­яние, чем его слова. Является ли истинной эмпатическая коммуникация при психотерапевтическом контракте? Объединение понятий контракта (дого­вор, соглашение, купля-продажа) и эмпатической коммуникации может выз­вать сомнение. Однако развитое систематической подготовкой и тренингом в области психотерапии такое ролевое поведение в практической деятельно­сти (и в условиях платной медицинской помощи) постепенно становится ча­стью личности психотерапевта. Лечебные механизмы психотерапевтическо­го контракта в мотивационно-поведенческой сфере заключаются в выясне­нии ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к ле­чению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациен­том задач психотерапии позволяет оптимизировать его мотивацию к лечению.

Психотерапевт может предложить три целевые стратегии психотерапии: 1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция не­адекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых, более зрелых и конструктивных способов вос­приятия, переживания и поведения; 2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования; 3) непосред­ственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренин­га. Если первая стратегия требует длительной, глубокой и трудной, но да­ющей кардинальные и стабильные результаты психотерапевтической рабо­ты, то третью можно осуществить за короткое время и достаточно эффек­тивно, но она часто приводит к временным и нестабильным результатам. При психотерапевтическом контракте пациент должен иметь право само­стоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью психотерапевта соответствующую стратегию психотерапии.

Врачу следует знать и контролировать свои коммуникативные особенно­сти, способы преодоления трудностей в жизни, потребности и проблемы. Неосознаваемая потребность психотерапевта в одобрении со стороны па­циента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям, критике и агрессивности со сто­роны больного затрудняют установление надлежащего контакта. В услови­ях платной медицинской помощи при психотерапевтическом контракте не­которые пациенты могут прямо или косвенно заявить психотерапевту о не­соответствии затраченных денежных средств результатам лечения. Врачи, имеющие выраженную потребность в признании собственного совершенства, «всемогущества» («Я должен любого вылечить»), не осознающие и не конт­ролирующие ее, могут испытывать хронический стресс, фрустрировать себя и пациентов.

Психотерапевтический контракт направлен на повышение эффективности лечения, творческий рост психотерапевта, большую свободу для пациента в выборе врача, повышение престижа здоровья. В условиях действия новых ме­ханизмов хозяйствования в здравоохранении в нашей стране необходим эф­фективный контроль стоимости и качества психотерапевтической помощи. Механизмы такого контроля могут действовать через больничные кассы.

Синдром эмоционального сгорания. В последние годы в англоязычной лите­ратуре исследовался так называемый «синдром эмоционального сгорания» (СЭС) как специфический вид профессиональной деформации лиц, работа­ющих в тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами при ока­зании профессиональной помощи.

Термин «burnout» («эмоциональное сгорание») был предложен амери­канским психиатром Фрейденбергом в 1974 г. При переводе английского термина «burnout» на русский язык отечественными авторами использова­лись три варианта перевода: «эмоциональное перегорание», «эмоциональное выгорание» и «эмоциональное сгорание».

Бойко указывает, что СЭС — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотрав­мирующие воздействия. Маслах, одна из ведущих специалистов по ис­следованию СЭС, детализирует проявления этого синдрома: 1) чувство эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде); 2) дегуманизация (тенденция к развитию негативного отношения к клиентам); 3) негативное самовоспитание в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастер­ства.

После того, как феномен стал общепризнанным, закономерно возник воп­рос о факторах, играющих существенную роль в СЭС — личностном, роле­вом и организационном.

Личностный фактор. Проведенные исследования показали, что такие пе­ременные, как пол, возраст, семейное положение, стаж данной работы в раз­ной мере связаны с уровнем СЭС. Так показано, что у женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин. Отсутствует связь мотивации и развития СЭС (удовлетворенность оплатой труда) при наличии корреляций со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом. Испытывающие недостаток автономности («сверхконтролируемые») более подвержены «сгоранию».

Фрейденберг описывает «сгорающих» как сочувствующих, гуманных, мяг­ких, увлекающихся, идеалистов, ориентированных на людей, и — од­новременно — неустойчивых, интровертированных, одержимых навязчивы­ми идеями (фанатичные), «пламенных» и легко солидаризирующихся. Махер пополняет этот список «авторитаризмом» и низким уровнем эмпатии. Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию СЭС: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (вос­приятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, сла­бая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, на­личие нравственных дефектов и дезориентация личности.

Ролевой фактор. В обследовании психотерапевтов получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и «сгоранием». Работа в ситуации распределенной ответственности ограничи­вает развитие СЭС, а при нечеткой или неравномерно распределенной от­ветственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возра­стает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют разви­тию СЭС те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор. Развитие СЭС связано с наличием хронической напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, под­крепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпре­тация получаемой информации и принятие решений. Другой фактор разви­тия СЭС — дестабилизирующая организация деятельности и неблагополуч­ная психологическая атмосфера. Это — нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических мо­ментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, конф­ликты как в системе «руководитель-подчиненный», так и между коллегами. Выделяют еще один фактор, обусловливающий СЭС — психологически труд­ный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения (тя­желые и умирающие больные, пациенты с тяжелыми психическими отклоне­ниями, эмоциогенный характер работы с детьми, страдающими различными заболеваниями).

Большинство исследователей акцентируют внимание на фазах СЭС, ко­торые рассматриваются с позиций стресса Селье.

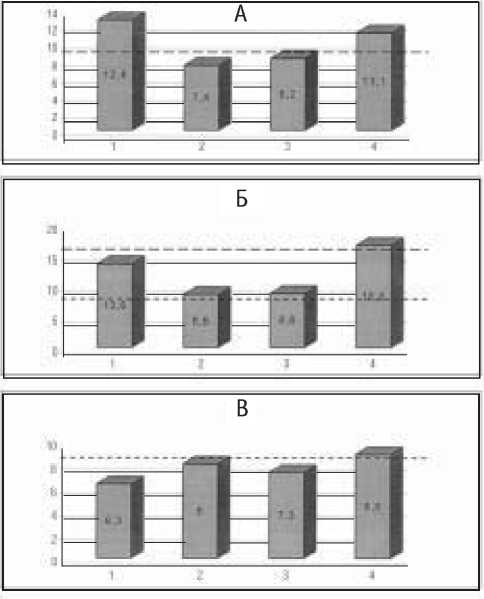
1. фаза — «напряжения». Полученные данные свидетельствуют, что нали­чие тревожного напряжения, которое служит предвестником и запускающим механизмом в формировании СЭС и сопровождается ощущением тревожно­сти, снижением настроения, было выявлено у 50% врачей-психотерапевтов. В качестве основных причин, провоцирующих развитие СЭС, у врачей-пси­хотерапевтов могут быть отмечены прежде всего профессиональные факто­ры: это трудноизмеримое содержание работы, наличие психоэмоциональных перегрузок, отсутствие четких обязанностей, свойственные для работы пси­хотерапевта. Наличие таких личностных факторов, как повышенная ответ­ственность, высокая степень эмоциональной вовлеченности в проблемы па­циентов, характерные для врачей-психотерапевтов, по-видимому, могут спо­собствовать увеличению напряжения, как «запускающего» механизма фор­мирования СЭС.

При рассмотрении отдельных симптомов этой фазы (диаграмма 2) наи­более высокими являются показатели по симптому «переживания психо­травмирующих обстоятельств» (Козина). Данный симптом проявляется в осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, невозможности что-либо изменить, накоплении раздражения и отчаяния. Второе место по степени выраженности занимает симптом «тревога, депрес­сия». Этот симптом обнаруживается в связи с профессиональной деятельнос­тью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному сгоранию, как средству психологической защиты.

1. фаза — «сопротивления». Действие этой фазы прослеживается с мо­мента появления напряжения, как только человек начинает осознавать его наличие, он стремится избежать действия эмоциональных факторов с помо­щью полного или частичного ограничения эмоционального реагирования в ответ на конкретные психотравмирующие воздействия.

Ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в процессе профессионального общения отмечали 81,2% врачей-психотерапевтов, причем 25% из них отмечали сформировавшуюся фазу сопротивления, то есть близ­кую к тотальной редукции эмоций. Степень ограничения эмоционального ре­агирования значительно превышала имеющееся напряжение, что свидетель­ствует как о высокой степени психологической защиты, так и о наличии не­адекватной «экономии эмоций», ограничении эмоциональной отдачи, упроще­нии и сокращении процесса общения между врачом-психотерапевтом и паци­ентом.

Одним из доминирующих симптомов этой фазы является симптом «не­адекватного избирательного реагирования». Для таких лиц характерен про­фессиональный навык экономии эмоций, ограничение эмоциональной отда­чи за счет выборочного, менее интенсивного реагирования в ходе рабочих контактов, что свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Вто­рой доминирующий симптом «редукции профессиональных обязанностей» также достаточно выражен у врачей-психотерапевтов, то есть для них харак­терно использование в профессиональной деятельности упрощения процесса



*Диаграмма 2. Соотношение симптомов в трех фазах «синдрома эмоцио­нального сгорания» у врачей-психотерапевтов (по методике Бойко). Объясне­ния в тексте.*

*А — фаза «Напряжения»:*

1. *Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств». 2. Симптом «неудовлетворенности собой». 3. Симптом «загнанности в клетку» (или «неразрешимости ситуации»). 4. Симптом «тревоги и депрессии».*

*Б — фаза «Сопротивления»:*

1. *Симптом «неадекватного эмоционального реагирования». 2. Симптом «эмо­ционально-нравственной дезориентации». 3. Симптом «расширения сферы экономии эмоций». 4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей».*

*В — фаза «Истощения»:*

1. *Симптом «эмоционального дефицита». 2. Симптом «эмоциональной отстра­ненности». 3. Симптом «личностной отстраненности». 4. Симптом* «*психосо­матических и психовегетативных нарушений».*

*Условные обозначения:*

*наличие симптома;*

*выраженное проявление симптома.*

общения, стремление облегчить, сократить обязанности, которые требуют эмо­циональных затрат.

1. фаза — «истощения». Характеризуется падением общего энергетичес­кого тонуса. Эмоциональная защита в форме СЭС становится неотъемлемым атрибутом личности. Наличие эмоционального истощения было отмечено у 18,7 % врачей-психотерапевтов, причем выраженная степень эмоционального истощения («эмоциональное сгорание») — у 6,2 % врачей-психотерапевтов. Доминирующих симптомов в этой фазе выявлено не было.

Для врачей-психотерапевтов характерно наличие высокого уровня эмоци­онального напряжения, но благодаря высокой способности к сопереживанию, сочувствию, а также использованию различных способов сопротивления, как методов психологической защиты, им удается избежать появления эмоцио­нального истощения.

В различных направлениях психотерапии для оптимизации процесса вза­имоотношения врача-психотерапевта и больного в последние десятилетия получили распространение разные виды тренинговых методов подготовки и совершенствования психотерапевтов: интерперсональный вариант тренинга, терапевтический тренинг, балинтовские группы, котерапевтическая и супер- визорская модели.

Тренинговые занятия способствуют выработке необходимых для успешной работы врачей-психотерапевтов личностных качеств и предотвращения их профессиональной деформации, в частности в виде «синдрома эмоционального сгорания».

**:трольные вопросы**



1**.**

Понятия «перенос» и «контрперенос» относятся к следующим направлениям психотерапии:

О когнитивной;

© позитивной;

© психодинамической;

© гуманистической.

2**.**

В «триаду Роджерса» входят все элементы, кроме:

О аутентичности;

© директивности;

© безусловной положительной оценки (принятия) пациента; © эмпатии.

3**.**

Вид эмпатии, являющийся возможной причиной быстрого развития «синдро­ма эмоционального сгорания»:

О предикативный;

© эмоциональный;

© когнитивный;

© все перечисленные.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Тенденция к интеграции психотерапии в общую медицину и превращения ее в общемедицинскую специальность делают важным вопрос об эффективно­сти психотерапии — предпосылках, критериях и методах ее оценки.

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности пси­хотерапии становится все более актуальным в связи с опережающим разви­тием методов, организационных форм психотерапии, увеличением числа спе- циалистов-психотерапевтов в системе здравоохранения. Организаторы пси­хотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полез­ности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья. Небезынтересно отме­тить, что эта проблема становится весьма значимой и за рубежом. Так, Хайн и сотр. в статье, посвященной проблемам эффективности психотерапии, ссы­лаются на решение финансовой комиссии конгресса США изменить поря­док финансирования психотерапевтического обслуживания населения путем поощрения только тех направлений психотерапии, которые базируются на научных оценках ее эффективности.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем ос­новные предпосылки для ее решения.

1. Для оценки эффективности психотерапии требуется прежде всего чет­ко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практичес­кой же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о груп­пе методов, различных их комбинациях — рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т. д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.
2. При квалифицированном использовании того или иного метода дол­жна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновремен­но требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод группо­вой психотерапии «в руках» психотерапевтов с различной степенью квалифи­кации, естественно, дадут различные результаты.
3. Число пациентов, леченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых си­стем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые под­вергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психоте­рапии.
4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материа­ле. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных паци­ентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы ле­чения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т. д.
5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психоте­рапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных заведомо превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.
6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем ли­цом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблю­датель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется вли­яние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что боль­ной будет более искренне оценивать эффективность лечения.
7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применяв­шемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т. д.
8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выражен­ности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности пси­хотерапии.
9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.
10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотера­пии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.
11. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отда­ленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированной (рекон­структивной) психотерапии.
12. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть реп­резентативным; таких больных должно быть не менее 90% от общего их чис­ла.
13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика (объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).
14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на резуль­тат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.).
15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.
16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стре­мился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

Перечень возможных предпосылок, требуемых для объективной оценки эффективности психотерапии, можно было бы продолжить. Например, при создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотера­пии, известности психотерапевтов и т. д.).

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затрудните­лен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении за­дач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного пси­хотерапевтического метода.

По мере все большего использования метода групповой психотерапии ка­залось, что уже сам по себе внешний, более «открытый» характер лечения в группе, предполагающий взаимодействие относительно большого количе­ства участников, в отличие от «камерности» диадного контакта «врач-боль­ной», предоставляет возможности наблюдения, последствия которого влия­ют на течение психотерапевтического процесса в гораздо меньшей степени, чем при индивидуальной психотерапии.

В то же время в плане оценки эффективности психотерапии отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона интерперсонального взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности конт­роля над изучаемыми переменными. Еще более важно то обстоятельство, что включение в этот процесс группы как социально-психологической целост­ности влечет за собой необходимость учета ряда качественно новых перемен­ных, имманентных группе как таковой и отсутствующих в диадном контак­те. Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотера­пия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оцен­ка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный харак­тер. Она неразрывно связана с клинической оценкой изменений, происходя­щих в человеке, и вследствие этого требует анализа трех аспектов — клини­ческого, индивидуально-психологического и социально-психологического.

Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследо­вания процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы послед­них лет, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопос­тавимы между собой. Причиной этого являются не только различия в тео­ретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и, в первую очередь, недостаточно четкое оп­ределение критериев эффективности, а следовательно, недостаточно обосно­ванный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что ис­следованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные ав­торами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, яв­ляющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, тера­певтическая значимость которых, однако, специально не изучается. В каче­стве простейшего примера можно указать на проблему численности и соста­ва психотерапевтической группы. Принято считать (в соответствии с данными социальной психологии малых групп), что оптимальным количеством являет­ся 10-12 человек и что группа должна быть гетерогенной во всех отношени­ях, кроме нозологического состава. Однако в литературе отсутствуют указа­ния, для всякого ли пациента такие условия являются оптимальными. То же самое можно сказать о тематике групповых дискуссий, типе активности, харак­тере интеракции и др.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психоте­рапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии.

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь кри­терий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъек­тивно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистри­руемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетель­ствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психотера­пии определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и соб­ственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следую­щим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плос­костей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической, 2) психо­логической и 3) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и вклю­чать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти кри­терии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Для оценки эффективности личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии при неврозах используются несколько критериев, ко­торые до некоторой степени рассматриваются и как показатели глубины ле­чения. При проведении психотерапии на первом этапе достигается опреде­ленная степень понимания больным связи между имеющейся симптомати­кой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами.

Ожидаемая степень понимания больным психологических механизмов его заболевания принята в качестве первого из дополнительных социально-пси­хологических критериев оценки эффективности лечения. На следующем эта­пе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования. Обычно эта перестройка захваты­вает сферу не только межличностных отношений, но и отношение больного к самому себе, приводя к уменьшению разрыва между идеальными и реальны­ми представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окру­жением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, то есть изменения в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях, рассматриваются в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опы­та, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к нормализации социального функционирования больного на работе, в обще­стве, в семье. В качестве третьего критерия используется субъективно и объек­тивно (в том числе катамнестически) определяемая степень нормализации со­циального функционирования в различных сферах деятельности.

Возрастает интерес к разработке критериев и методов оценки эффек­тивности психотерапии при ряде других заболеваний. Так, Гузиков предла­гает оценивать эффективность психотерапии (в частности, в групповой фор­ме) при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев: степень преодоления пациентом анозогнозии: это и неспособность признать себя больным алкоголизмом, и нежелание лечиться, и т. д.; степень объективнос­ти оценки больным своих личностных особенностей, способность к восста-

новлению самоуважения и др.; степень социально-психологической реадап­тации, которая определяется характером восстановления нарушенных се­мейных, производственных и иных отношений пациента; длительность ре­миссии. Автором подчеркивается большая надежность оценки эффективно­сти психотерапии при алкоголизме с учетом использования всех указанных критериев.

В исследованиях Воловика, Вида анализируются вопросы эффективности психотерапии в системе лечебно-реабилитационных воздействий у больных с малопрогредиентными формами шизофрении. В дополнение к клиническому здесь также выступают психологический и социальный критерии, содержа­тельные аспекты которых, естественно, определяются целями проводимой ин­дивидуальной и групповой психотерапии. Основными направлениями психо­терапевтического вмешательства здесь являются: 1) субъективная оценка бо­лезни и отношение к лечению; 2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания; 3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний; 4) недостаток инди­видуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадап­тирующих больного.

Значительно усложнилось понятие эффективности психотерапии при соматических заболеваниях. Среди критериев психотерапии и реабилитации этих больных выделяются: медицинский (включающий в себя физический), психологический, профессиональный и социально-экономический.

Для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболе­ваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и соци­ально-психологическим критериям может применяться широкий спектр мето­дик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, — клинические шкалы, психологические, социально-психологичес­кие, психофизиологические, физиологические методики и т. д.

Необходимо лишь подчеркнуть, что обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует применения при по­вторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявле­ния отличающихся, однако, от первоначальных, чтобы уменьшить (если не ис­ключить) искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении зада­ний.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для оценки эффективности психотерапии исходят из обычного для психодиагно­стики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а так­же из того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические по­казатели их приближаются к показателям нормы. Поэтому основное внима­ние акцентируется на разности средних показателей психологических мето­дик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. При продолжитель­ной (в течение месяцев, а иногда и лет) терапии динамически изучаются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы больных, не подвергавшиеся лечебному воздействию.

При оценке эффективности психотерапии больных неврозами, психичес­кими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы. Установлено, что улучшению состояния больного сопутствует нормализация (или тенденция к ней) пси­хофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отноше­ния к прежде патогенным условиям и воздействиям. Для определения эф­фективности преимущественно симптоматических психотерапевтических методов регистрируются изменения вегетативно-соматических, физиологи­ческих и психических функций.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, кри­териев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а в конечном счете — множества самых разнообразных перемен­ных) для оценки эффективности психотерапии создает почти непреодоли­мые трудности при решении этой проблемы. Определенный выход многие авторы видят в возможностях, открывающихся при использовании все бо­лее сложных программ многомерной статистики с применением современ­ной компьютерной техники. В то же время не прекращаются попытки тща­тельного анализа отдельных наблюдений, в том числе в процессе групповой психотерапии, разработки специальной методологии такого анализа, также с использованием сложных статистических методов.

При всей трудности оценки эффективности психотерапии дальнейшая разработка теоретических и практических аспектов этой проблемы всегда бу­дет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития болезни, используемых методов лечения и тех целей, которые стремятся ре­ализовать с их помощью.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Оценка эффективности психотерапии осуществляется с учетом следующих плоскостей терапевтической динамики:**

**О социальной;**

**© соматической;**

**© психологической;**

**© всех указанных выше.**

2**.**

**Наименьшее значение в качестве надежной оценки эффективности и устойчи­вости личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при не­врозах имеет:**

**О степень восстановления полноценности социального функционирования больного;**

**© осознание психологических механизмов невроза;**

**© перестройка нарушенных отношений личности, послуживших причиной невротического расстройства;**

**© симптоматическое улучшение.**

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Альтернативная психотерапия представляет собой одну из областей так называемой альтернативной медицины. Основным отличием последней яв­ляется использование альтернативными целителями «концепций врачева­ния», существенно расходящихся с теми, которые приняты научной (акаде­мической, ортодоксальной) медициной.

Понятие альтернативной медицины охватывает широкий спектр методов и практикующих целителей; чаще других к ней относят гомеопатию, акупун­ктуру, хиропрактику, деятельность хилеров, экстрасенсов и др.

Альтернативной психотерапией, как и альтернативной медициной в це­лом, занимаются врачи, имеющие высшее медицинское образование (пользу­ющиеся ее методами исключительно или частично), и лица, не имеющие ме­дицинского образования, но получающие разрешение на свою деятельность в некоторых странах (США, Германия и др.).

За рубежом, особенно в развитых странах, альтернативная психоте­рапия, как правило, не носит широкого характера, так как не оплачива­ется страховыми компаниями, а если и оплачивается, то в пределах весь­ма ограниченного времени работы. Взаимоотношения между врачами и альтернативными целителями обычно антагонистические, деятельность последних в ряде стран объявлена вне закона. Количество обращений к альтернативным целителям различно и во многом зависит от уровня раз­вития общества и системы здравоохранения в нем. Кризис, переживаемый в последний период нашей страной, снижение качества медицинского обслу­живания на фоне повышения «магического настроя» общества привели к взрыву альтернативного целительства. Мотивы обращения к целителям раз­личны. Чаще всего указываются два основных: отсутствие положительных результатов при лечении у врача и нескладывающиеся взаимоотношения между пациентом и врачом, неудовлетворенность этими отношениями.

Для более полного представления об альтернативной психотерапии суще­ственное значение приобретают характеристики альтернативных целителей, сравнение деятельности врача научной медицины и альтернативного целите­ля, особенности пациента последнего.

Альтернативные целители: 1) не склонны подвергать свои методы ис­следованиям в научной медицине, не участвуют в работе профессиональных научных обществ, не публикуют свои работы в профильных журналах; 2) в случае отрицательных результатов дают стандартные объяснения (не­гативное отношение к методу пациентов или других лиц, присутствующих на приеме, особенности биополя целителя или пациента и т. д.); 3) о результа­тах лечения судят обычно сами целители или пациенты, отсутствует при­нятая в современной психотерапии оценка эффективности метода независи­мым экспертом; 4) не ведется история болезни, обычно вообще нет записей встреч альтернативных целителей со своими пациентами, где бы отмечался характер их общения, динамика болезни, катамнез и т. д.; 5) альтернативный целитель чаще одиночка; как правило, у него нет учеников (обучение в последнее время носит чисто коммерческий характер); в тех случаях, когда уче-ники имеются, эффективность их деятельности не выше, чем у учите­ля, а увеличение числа практикующих учеников обычно снижает эффектив­ность метода; 6) для деятельности альтернативных целителей (особенно в «доперестроечный» период) была характерна рекламная поддержка сред­ствами массовой информации, партийно-административной и творческой «элитой»; 7) альтернативный целитель обычно недостаточно научно под­готовлен в своей области, поэтому к нему часто применяют термин «шар­латан». На позиции альтернативного целительства, за редким исключе­нием, не переходят высококвалифицированные специалисты научной меди­цины.

Существуют определенные различия в деятельности врача научной медицины и альтернативного целителя: 1) по данным голландских ис­следователей затрата времени на одного больного у врача общей практики составила 7 мин (средняя продолжительность одного контакта), в то время как в альтернативной медицине — 20 мин; 2) альтернативный целитель боль­ше ориентирован на пациента, больше внимания уделяет его тревогам, пе­реживаниям, потребностям; 3) он чаще дает пациенту удовлетворительные объяснения характера его заболевания, прогноза и лечения; 4) между альтер­нативным целителем и пациентом чаще возникает общение на равных; 5) от­мечается высокая степень принятия пациента альтернативным целителем, и пациент это чувствует; 6) альтернативный целитель формирует у пациента сильную веру в результаты лечения; 7) он с большим энтузиазмом относится к проведению своей терапии и доказательствам ее эффективности, принимая во внимание соображения самого пациента относительно лечения; 8) для па­циента именно альтернативный целитель часто приближается к образу иде­ального врача.

Для понимания случаев эффективности альтернативного целительства представляют интерес характеристики пациентов, которые обращаются за помощью к целителям: 1) пациент воспринимает альтернативного целителя с энтузиазмом, верой в исполнение своих ожиданий, чему в большой степе­ни способствует реклама; 2) прием сопровождается обычно высокой платой за лечение, поэтому пациент относится к нему серьезнее и уделяет ему боль­ше внимания; 3) обращаются к альтернативному целителю обычно после того, как не получили положительных результатов от традиционного лече­ния; 4) поскольку само обращение к альтернативному целителю часто интер­претируется как девиантное поведение, это приводит к преувеличенной вере пациента в систему альтернативного лечения и самого альтернативного це­лителя, что может носить достаточно выраженный агрессивный характер (высокая оплата, преувеличенная оценка возможностей, защитное поведение и т. д.).

Таким образом, альтернативная медицина часто выявляет недостатки на­учной медицины, не в полной мере учитывающей (а нередко и просто игно­рирующей) роль психосоциальных факторов в возникновении, компенсации, декомпенсации и лечении болезни. Альтернативный целитель приобретает психологическую ценность для пациента, удовлетворяя его эмоциональные потребности; его воздействие в большей степени направлено на пациента.

При положительном терапевтическом эффекте, который наблюдается у части пациентов под влиянием альтернативных технологий, следовало бы прежде всего указать на роль суггестивных воздействий (прямое, косвенное, вооруженное внушение), усиливаемых взаимной индукцией, под­ражанием и верой в неизвестный метод, формируемый не без участия средств массовой информации. При одновременных воздействиях на массы людей следовало бы иметь в виду и следующее. У части пациентов в момент воздействия отмечается «пик» выраженности заболевания, у других — ремиссия хронических расстройств. В течение времени альтерна­тивного воздействия, которое продолжается иногда дни и недели, естествен­но может наблюдаться уменьшение остроты заболевания у первой части па­циентов либо, напротив, его обострение — у второй части. Ни улучшение, ни ухудшение в состоянии пациента в этом случае не может быть полностью связано с альтернативным воздействием.

При альтернативном воздействии речь идет о симптоматическом психо­терапевтическом эффекте, обычно недолговечном и угасающем.

Широкая врачебная практика и специально проведенные исследования свидетельствуют о возможных негативных последствиях альтернативно­го целительства. Чаще всего указывается запоздалая диагностика, связанная со временем, потерянным на лечение у альтернативного целителя, что осо­бенно пагубно для пациентов с онкологической или прогрессирующей не­рвно-психической и соматической патологией. Отсутствие своевременно на­чатого лечения во многих случаях определяет неблагоприятный прогноз.

В ряде исследований последнего времени сообщается о лицах, объявив­ших себя экстрасенсами. По данным Иванова, независимо от наличия или отсутствия психической патологии, у экстрасенсов феномен экстрасенсорных способностей появляется под влиянием социальных действий как специфи­ческий адаптационный механизм, что позволяет им субъективно компенси­ровать личностную дезадаптацию. Автор изучил психопатологические аспек­ты экстрасенсорности у 67 лиц, объявивших себя экстрасенсами. У 5 из них он установил эндогенную (психическую) патологию, у 25 — личностную, у 37 — выраженные акцентуации характера. Гаврилюк в ходе обследования экстрасенсов (35 мужчин и 32 женщин в возрасте от 20 до 55 лет) выявил 3 основные закономерности в природе сверхценных идей у экстрасенсов: 1) сверхценные идеи имели определенную нозологическую специфичность, входя в структуру расстройств психики у лиц с психопатией и больных ши­зофренией с малопрогредиентной формой; 2) сверхценные проявления слу­жили своеобразной компенсацией патологических проявлений личности, сни­жая дезадаптацию в рамках акцентуации характера; 3) сверхценные идеи су­ществовали как следствие дидактогений, то есть были сформированы в ходе социальной индукции. В клинико-психопатологическом аспекте экстрасенсы достаточно неоднородны. Отношение их к своим экстрасенсорным способно­стям неодинаково и модулируется явной психической патологией или лич­ностными особенностями.

«Альтернативный взрыв» в нашей популяции не сопровождался, как это можно было бы ожидать, адекватными опасности мероприятиями государ­ства, медицины и здравоохранения. Более того, значительное распростране­ние получила точка зрения, что подобные явления наблюдались в истории разных стран в период кризисов и самопроизвольно исчезали при выходе из них. Существует и другая точка зрения. Современное западное общество смогло в основном удовлетворить некоторые важные потребности человека — в пище, одежде и др. Этого нельзя сказать об одной из самых важных че­ловеческих потребностей — в смысле жизни. И до тех пор пока она не бу­дет удовлетворена, у человека сохранится потребность в иррациональном, в чуде. К этому близки высказывания об обсуждаемых явлениях массового со­знания известного отечественного философа и социолога Мамардашвили: «Мне кажется, что все это сказки. Не в том уничижительном смысле, когда говорят, что все это ненаучно, но в глубинном, фундаментальном это прояв­ление неотъемлемой от человека духовной потребности в фольклоре, мифе, легенде».

Представляется также, что одной из возможных причин распространения альтернативной медицины является все более ощущаемый разрыв между до­стижениями в ряде научных областей (высадка человека на Луну, все боль­шее приближение к пониманию происхождения Вселенной и другие не ме­нее впечатляющие завоевания науки) и относительно более скромными ус­пехами медицинской науки и практики. Современному человеку с этим трудно смириться и кажется, что в медицине также возможны «скачки» к но­вому знанию, стоит только устранить на этом пути «помехи», создаваемые ортодоксальной наукой.

Своеобразие альтернативной медицины (альтернативной психотерапии) в России в данный момент заключается в том, что она все в большей мере становится частью парапсихологии (психической онтологии), включающей передачу образного и мысленного содержания на расстоянии, перемещение объектов без непосредственного к ним прикосновения, определение состоя­ния внутренних органов человека при поднесении к телу рук (паранормаль­ная диагностика).

Сторонников этих направлений объединяет отказ от трудного, длительно­го пути познания в пользу одномоментного, мгновенного «постижения» внеш­него мира с помощью озарения, откровения, прозрения и т. д. На этом пути отпадает необходимость в профессиональном обучении и поиске подлинно на­учных сведений с помощью все более совершенной техники, поскольку для по­знания разнообразных явлений природы и человеческого организма вполне достаточно установления «парапсихологического контакта».

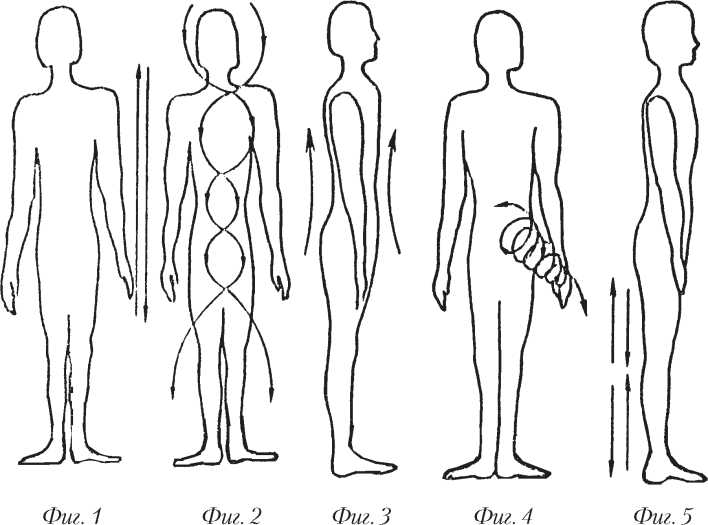
Известная устойчивость альтернативных идей в общественном сознании объясняется также снижением интереса и уважительного отношения к науке, истинно научному знанию в нашей стране, охваченной многосторонним кри­зисом веры.

В качестве иллюстрации альтернативного целительства приводим вы­писку из описания изобретения (к авторскому свидетельству) Государствен­ного Комитета по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР, полученно­го одним из наиболее известных в нашей стране экстрасенсов.

Изобретение имеет своей целью сокращение сроков лечения больных ги­пертонической болезнью и вегетососудистой дистонией.

Цель достигается в результате воздействия на пациента одновремен­но инфракрасным излучением 8-14 мкм, сверхвысокочастотным излучением в диапазоне 8-30 см и переменным электрическим полем с частотой до 10 Гц, при этом в качестве источника излучения используются кисти рук оператора. Способ прост и может быть использован в любых условиях, не вызывает по­бочных явлений и осложнений, сокращает сроки лечения.

На фигурах 1-5 показана схема осуществления воздействия.



Больной располагается перед оператором в положении стоя. Оператор производит определенное сочетание специально подобранных двигательных приемов кистями рук на расстоянии 5-10 см от больного, основными из ко­торых являются: движения рук снизу вверх (ладони обращены вниз) вдоль боковых сторон тела человека (фиг. 1); петлеобразные движения рук (ладони обращены к телу больного), начинающиеся над головой боль­ного, сопровождающиеся их опусканием до нижней части туловища (фиг. 2); движения рук снизу вверх вдоль туловища от пояса до головы, при этом ладони из положения вниз поворачиваются к телу больного, а паль­цы кисти направлены к телу (фиг. 3); кругообразные движения по часовой стрелке кисти руки в области воздействия с последующим переме­щением руки в сторону, при отведении руки в сторону кончики пальцев сближаются друг с другом (фиг. 4); движения ладоней рук, направлен­ные друг к другу, сопровождающиеся перемещением вдоль конечности (фиг. 5).

Приведено два примера леченных больных. Указывается положительный результат лечения, выразившийся в снижении артериального давления, уве­личении содержания гемоглобина в крови, урежении ритма сердца по данным ЭКГ. «В результате ежедневных двухминутных воздействий у одной из боль­ных наблюдалось значительное улучшение самочувствия, нормализовался сон, возросла работоспособность, исчезли головокружение и головная боль».

В соответствии с изложенным выше следует, что речь идет о многосто­роннем суггестивном психотерапевтическом эффекте, в данном случае несом­ненно усиленном широкой известностью экстрасенса. Нет никаких научных доказательств того, что лечебный эффект достигается инфракрасным, сверх­высокочастотным излучением и переменным электрическим полем, в каче­стве источника которого выступают кисти оператора.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Для альтернативного целителя характерны следующие особенности поведения и деятельности, кроме:**

**О высокой степени принятия пациента, что последний чувствует;**

**© формирования у пациента сильной веры в результаты лечения;**

**© проверки своих методов в научной медицине с приглашением независи­мых экспертов;**

**© энтузиазма к собственной терапии.**

2**.**

**Терапевтическая эффективность работы экстрасенсов определяется рядом фак­торов, кроме:**

**О различных видов суггестивных воздействий (прямое и косвенное внуше­ние и др.);**

**© веры пациента в неизвестный метод, формируемой с участием средств массовой информации;**

**© различного рода излучений от рук экстрасенса;**

**© плацебо-эффекта.**

Г л

**ОСНОВНЫЕ**

**НАПРАВЛЕНИЯ**

**I**

**ПСИХОТЕРАПИИ**

*Основные направления в психотерапии* ■ *Основные формы психотерапии* ■

*Другие направления в психотерапии* ■

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

***Динамическое направление в психотерапии***

Основой динамической психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессозна­тельного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на ин- сайт терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание 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 течение жизни и который таким образом влияет на его здо­ровье.

Динамическая психотерапия берет начало от классического психоанализа Фрейда. Согласно динамической психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В соответ­ствии с теорией конфликта инстинктов 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. Психоаналитический 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 и трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством ко­торого удается избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания; 2) вера, что такое подавление явля­ется, по существу, сексуальным, что причиной расстройства 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 родительского 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, по существу, мы 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 (Супер­Эго); 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 динамической психо­терапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означа­ет, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидинозного содер­жания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента пре­имущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления это­му, чего он добивается путем медленного, скрупулезного объяснения и раз­гадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закамуфлированные конфликты, лежащие в их осно­ве. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная 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». Цент­ральным в природе терапевтического взаимодействия в динамической пси­хотерапии является постоянное осторожное внимание к особым отношениям между психотерапевтом и пациентом, что касается как субъекта, так и объек­та анализа. Исторически были описаны две роли, или позиции, психотера­певта: первичная — с принятием во внимание явлений переноса, и более по­здняя, вторичная, — с осуществлением рабочего, или терапевтического, со­юза. Первичная позиция базируется на рекомендациях Фрейда: 1) аналитик подобен зеркалу по отношению к пациенту, отражая только то, что дает па­циент, и не внося собственные чувства (отношения, ценности, личную жизнь); 2) аналитик следует позиции отсутствующего, или роли воздержи­вающегося, то есть технические установки должны объединяться с этически­ми, для того чтобы предотвратить предложение психотерапевтом любви па­циенту, которой тот страстно желает. Сравнительно недавно возникшая кон­цепция рабочего, или терапевтического, союза отражает альтернативные, не­регрессивные, рациональные отношения между пациентом и психотерапев­том. В этом случае психотерапевт стремится к формированию реального и зрелого союза с сознательным, зрелым Эго пациента и поощряет его быть партнером в выявлении его трудностей.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербали­зации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапев­том реакций переноса и сопротивления. Анализ как задача психотерапевта об­легчается четырьмя специфическими процедурами: конфронтацией, проясне­нием (кларификацией), интерпретацией и прорабатыванием. Методика сво­бодных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодей­ствия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента. Она служит главной процедурой для выявления «сырого» материала, на котором базируется анализ. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному». Конфронтация об­ращена к распознаванию пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию; прояснение предполагает помещение явлений в «резкий фокус», чтобы отделить важные аспекты от незначительных; интер­претация следует за полученным материалом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события; прорабатывание обращено к повторению, постепенному и тщательно разработанному исследованию интер­претаций и сопротивлений до тех пор, пока представленный материал не ин­тегрируется в понимание пациента. Интерпретация является наиболее важ­ной процедурой, а прорабатывание — самой длительной частью психотерапии. Прорабатывание обязательно включает самостоятельную работу пациента вне психотерапевтических часов.

Динамическая психотерапия представлена многочисленными зарубеж­ными и реже — отечественными вариантами этого направления.

За рубежом прототипом психодинамического направления является клас­сический психоанализ, а варианты динамической психотерапии на практи­ке представлены явными и скрытыми модификациями теоретических кон­цепций и технических приемов Фрейда. Они включают попытки: частично­го или полного смещения биологического фокуса в межличностные, соци­альные, этические и культурные сферы (индивидуальная психология Адле­ра, характерологический анализ Хорни, интерперсональная психотерапия

Салливана, гуманистический психоанализ Фромма, интенсивная психотера­пия Фромм-Райхманн, биодинамическая концепция Массермана); расшире­ния или усиления Эго за счет более ранних или адаптивных свойств (Эго­анализ Кляйн); ориентировки во времени посредством сосредоточения вни­мания на первобытном прошлом человека (аналитическая психология Юнга), на его настоящем и/или будущем (индивидуальная психология Ад­лера, активная аналитическая терапия Штекеля); расширения лечебных про­цедур путем изменения диапазона и целей лечения (волевая терапия Ранка, Чикагская школа Александера, секторная терапия Дойча); развития принци­пов краткосрочной психотерапии с ее провоцирующими тревогу приемами (краткосрочная динамическая психотерапия Сифнеоса, Малана); пересмот­ра роли личности психотерапевта и отношения к пациенту за счет превра­щения психотерапевта в более непосредственного, гибкого и/или активного участника психотерапевтического процесса (Адлер, Салливан, Ранк, Ште- кель, Александер); восстановления психофизического баланса человека путем акцента на физической части психофизической организациии (биодинами­ческая концепция Массермана, психобиологическая терапия Майера) и/или замены традиционного вида лечения, ориентированного на характер инсай- та, на такой, который возвращает к катарсису раннего периода путем теле­сного освобождения от конфликтогенного напряжения (характерологический анализ Райха) и др.

Таким образом, основные категории динамической психотерапии (по Ка- расу) кратко могут быть сформулированы в следующем виде: концепция па­тологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, то есть бессознательны; здоровье достигается при разрешении таких конфликтов пу­тем победы Эго над Ид, то есть через усиление Эго; желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональные знания); временнoй подход является исто­рическим, фокусируется на субъективном прошлом; лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключает­ся в понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения; психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений; лечебная модель является медицинской и авторитар­ной: врач—пациент или родитель — ребенок (то есть терапевтический союз); психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и зани­мает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

Из отечественных видов психотерапии к динамическому направлению мо­гут быть отнесены патогенетическая психотерапия Мясищева и личностно­ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исури- ной, Ташлыкова.

Ниже будет раскрыто содержание основных концепций динамической пси­хотерапии.

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

В работе «Эго и Ид» Фрейд писал: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Эго достичь победы над Ид». Он считал, что в психоанализе ос­новные усилия направлены на то, чтобы «усилить Эго, сделать его более не­зависимым от Супер-Эго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию...». Цель психоанализа Фрейд видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным; он утверждал, что «дело анализа — обеспе­чить, насколько это возможно, хорошие условия для функционирования Эго».

Ключевыми, определяющими понятиями психоанализа являются: свобод­ные ассоциации, перенос и интер­претация.



*Зигмунд Фрейд*

Классическая аналитическая техника включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избе­гание всяческих советов, прописы­вания лекарств, воздержание от уп­равления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инструктирование по выполнению основного правила свободных ассо­циаций. Психоанализ можно оха­рактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию.

Техника свободного ассоцииро­вания основана на трех предполо­жениях: все мысли направлены к тому, что является значимым; по­требность пациента в психотера­пии и значение того, что его лечат, поведут его ассоциации в направ­лении значимого, за исключением того случая, когда действует сопро­тивление, сопротивление проявля­ет себя во время сеансов в невоз­можности свободно ассоциировать. В соответствии с инструкцией психоана­литика пациент должен выполнять «основное правило», то есть сообщать свои мысли безоговорочно и не делать попыток сосредоточиваться во время этого.

Вторым ключевым понятием анализа является перенос, процесс, посред­ством которого пациент перемещает на психоаналитика чувства, мысли, фан­тазии и пр., вызванные ранее действовавшими в жизни пациента фигурами. Благодаря переносу больной наделяет психоаналитика значимостью друго­го, обычно ранее существовавшего объекта. Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в работе об истерии. Перенос является пере­живанием чувств, побуждений, фантазий и защит по отношению к личнос­ти в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть по­вторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам ран­него детства. Основная важность реакций переноса вытекает из того факта, что пациент испытывает в ситуации лечения и в отношении к психоанали­тику все значимые человеческие чувства своего прошлого. Перенос — это осо­бый вид отношений, главной характеристикой которого является пережива­ние некоторых чувств, действительно обращенных к другой личности. На личность в настоящем пациент реагирует, как будто это личность из про­шлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отноше­ний. Это анахронизм, временнaя погрешность; имеет место перемещение: им­пульсы чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемеща­ются на личность в настоящем. Поскольку это бессознательное явление, че­ловек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает иска­жения. Определение переноса включает 4 основных утверждения: перенос является разновидностью объектных отношений; явления переноса повторя­ют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным феноменом.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакции переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть отцовским, материнс­ким, эдиповым, доэдиповым. Перенос может быть объектным или нарцисси- ческим в соответствии с тем, представляет ли пациент своего психоаналити­ка как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или не­навидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психо­аналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную.

В работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» Фрейд описал невроз переноса, когда во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая психоаналитика. Автор использо­вал это понятие, чтобы обозначить совокупность реакций переноса, в котором анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациен­та, а невротический конфликт больного вновь оживает в аналитической ситу­ации. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить мак­симальное развитие невроза переноса.

Контрперенос описан Фрейдом в работе «Рекомендации врачам, практи­кующим психоанализ», где подчеркивается необходимость для психоанали­тика «психоаналитического очищения». Для того чтобы разрешить перенос, психоаналитику необходимо соблюдать анонимность: «Врачу следует быть не­проницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». Автор видел в переносе суще­ственную часть терапевтического процесса: «В конечном счете каждый конф­ликт должен быть переведен в сферу переноса».

Следующим ключевым понятием психоанализа является интерпретация. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпре­тация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями паци­ента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания отно­сится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые ин­терпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, бе­зотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют интерпретируемый материал, формулируются таким образом и со­общаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента.

Интерпретация является наиболее важной аналитической процедурой. Процесс анализирования включает конфронтацию, когда явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический фе­номен в четкий фокус. Следующий шаг при анализировании — интерпрета­ция, которая в психоанализе является окончательным и решающим действи­ем. Интерпретировать — значит делать неосознанные феномены осознанны­ми. Функция интерпретации направлена на увеличение самосознания, способ­ствует интеграции благодаря осознаванию пациентом внутренних процессов. Последний шаг в анализировании — тщательная проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые наблюдаются после инсайта.

Классическим примером интерпретации служит толкование сновидений. Психоанализ основан на убеждении, что сновидения имеют психологическое значение, подойти к которому можно через интерпретацию. Фрейд считал, что сновидения имеют первоначальный текст, оглашение которого наталкивается на цензуру, так что сновидение приходится переписывать в форме, непонятной цензору. Первоначальный набросок — это скрытое содержание, его переписы­вание составляет работу сновидений, а конечный, оглашаемый вариант есть видимое содержание. Автор утверждал, что сновидения выражают желания как исполненные: «Мысль, выраженная в желательном наклонении, заместилась представлением в настоящем времени».

Важным понятием в психоанализе является сопротивление, которое оз­начает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных про­цессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет ин­терпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и про­цессам психоаналитической работы. Сопротивление является повторением тех защитных операций, которые пациент использовал в своей обычной про­шлой жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, но, вне зависимости от того, что служит его источ­ником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспек­ты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бес­сознательной. Фрейд писал: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении вклю­чают сопротивление и представляют собой компромисс между силами, ко­торые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому».

Открытие сопротивления относится к периоду написания работы об ис­терии. Автор впервые употребил термин «сопротивление» в описании слу­чая с Элизабет фон Р. Он пришел к заключению, что сила, сопротивляюща­яся лечению, это та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли па­циентки. Цель одна — защита. «Незнание истерического пациента есть фак­тически нежелание знать».

В «Толковании сновидений» Фрейд часто ссылался на концепцию сопро­тивления. По его мнению, концепции сопротивления и цензуры тесно свя­заны друг с другом: «Цензура для сновидения то же, что сопротивление для свободной ассоциации... То, что прерывает прогресс аналитической работы, есть сопротивление».

В психоаналитической ситуации механизмы защиты проявляются как сопротивление. Автор употреблял эти термины как синонимы в большинстве своих работ. В течение курса психоанализа силы сопротивления использу­ют все механизмы, формы, способы, методы и защиты, которые Эго приме­няет во внешней жизни пациента.

Анализ сопротивления включает несколько основных процедур. Психоана­литик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, про­яснить мотивы и форму сопротивления (какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какую конкретную форму и ме­тод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретиро­вать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением; занимать­ся историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать фор­му сопротивления, для чего заниматься анализом этой и сходных форм деятель­ности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тща­тельная проработка.

Тесно связано с сопротивлением понятие защиты — «общее название для всех специальных приемов, которые Эго использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты в том, чтобы не допустить осознания импульсов, воспоминаний, предохранить Эго. Механизмы защи­ты могут побуждаться тревогой, обусловленной увеличением инстинктивно­го напряжения, угрозами Супер-Эго или реальной опасностью. Поскольку психический фактор, приводящий в действие защиту, должен воспринять уг­рожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Фрейд заменил понятие «сознание» на Эго, так как Эго является частично бессоз­нательным и способно к автоматическим, бессознательным реакциям на из­менения внутреннего напряжения. По мнению автора, неврозы обусловле­ны нарушениями в работе механизмов защиты.

Техника психоанализа связана с разработанными Фрейдом теорией об­щего психического развития, включающей понятия психического аппарата и стадий развития детской сексуальности, и теорией психологического про­исхождения неврозов.

Психический аппарат — центральное понятие метапсихологии автора психоанализа: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция ап­парата, которому мы приписываем характеристики пространственной про­тяженности и составленности из нескольких частей, а именно Ид, Эго и Су­пер-Эго». Формулировки, в которых психическая деятельность помещается в ту или иную часть аппарата, называются топографическими; определения психической активности в терминах взаимодействия частей психического аппарата или изменений в его профиле называют структурными; формули­ровки, в которых постулируется движение энергии внутри психического ап­парата, являются экономическими, включают понятия инстинкта, энергии, либидо.

В соответствии с психоаналитической теорией психическая активность бывает двух видов: сознательной и бессознательной. Первый вид активнос­ти представляет собой «непосредственно данное», которое «невозможно бо­лее полно объяснить никаким описанием». Предсознательное означает мыс­ли, которые являются бессознательными в определенный момент времени, однако не подавлены и поэтому способны стать сознательными. Бессозна­тельное — это часть души, в которой психические процессы являются бессоз­нательными по функционированию, то есть воспоминания, фантазии, жела­ния и т. д., существование которых можно только подразумевать или кото­рые становятся сознательными только после преодоления сопротивления. В 20-х годах Фрейд переименовал бессознательное в Ид, сознательное — в Эго. Бессознательное — это структура со специфическими свойствами: «Ос­вобождение от взаимного противоречия, первичный процесс, вневременность и замещение внешней действительности психической — все это характерные черты, которые мы надеемся обнаружить у процессов, принадлежащих Сис­теме Бессознательного».

Исторически понятие Ид возникает из понятия бессознательного. В ходе развития Ид предшествует Эго, то есть психический аппарат начинает свое существование как недифференцированное Ид, часть которого затем разви­вается в структурированное Эго. Ид содержит в себе все, что имеется в на­личии с рождения, главным образом то, что заложено в конституции, следо­вательно, и инстинкты, которые порождаются соматической организацией и которые находят свое первое психическое выражение здесь, в Ид. По опре­делению Фрейда, «Ид — темная, недоступная часть нашей личности. Мы приближаемся к пониманию Ид при помощи сравнения, называя его хаосом, котлом, полным бурлящих побуждений. Мы представляем себе, что у своего предела Ид открыто соматическому, вбирая оттуда в себя инстинктивные по­требности, которые находят в нем свое психическое выражение. Благодаря влечениям Ид наполняется энергией, но не имеет организации...».

Эго — это структурное и топографическое понятие, относящееся к органи­зованным частям психического аппарата, противопоставляемое неорганизо­ванному Ид. «Эго — это часть Ид, которое было видоизменено под непосред­ственным влиянием внешнего мира... Эго репрезентирует то, что можно на­звать разумом или здравым смыслом в противоположность Ид, которое зак­лючает в себе страсти. В своем отношении к Ид Эго подобно всаднику, кото­рый должен сдерживать превосходящую силу лошади, с той разницей, что наездник старается сделать это при помощи своей собственной силы, тогда как Эго использует для этого позаимствованные силы». Развитие Эго подразуме­вает рост и приобретение функций, которые дают возможность индивиду все в большей степени подчинять себе свои импульсы, действовать независимо от родительских фигур и контролировать среду.

Супер-Эго — это та часть Эго, в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие рефлексивные деятельности, где локализуются роди­тельские интроекты. Супер-Эго включает бессознательные элементы, а ис­ходящие от него предписания и торможения берут начало в прошлом субъек­та и могут находиться в конфликте с его настоящими ценностями. «Супер­Эго ребенка строится собственно не по примеру родителей, а по родительс­кому Супер-Эго; оно наполняется тем же содержанием, становится носителем традиции, всех тех сохранившихся во времени ценностей, которые продол­жают существовать на этом пути через поколения».

Фрейд делает вывод, что «значительные части Эго и Супер-Эго могут ос­таваться бессознательными, обычно являются бессознательными. Это значит, что личность ничего не знает об их содержании и ей требуется усилие, чтобы сделать их для себя сознательными».

Фрейд выделял два типа психологического функционирования. Первич­ный процесс мышления является характеристикой бессознательной психи­ческой активности. Он проявляется в конденсации и смещении, то есть об­разы имеют тенденцию сплавляться друг с другом и могут легко замещать или символизировать друг друга, используя свободную энергию, игнорируя категории пространства и времени, и направляются принципом удоволь­ствия. Вторичный процесс мышления подчиняется законам грамматики и формальной логики, то есть уменьшает неудовольствие от инстинктивного напряжения посредством адаптивного поведения. Фрейд считал первичные процессы мышления онтогенетически и филогенетически более ранними, рас­сматривал их как врожденно-неадаптивные, а все развитие Эго — как вто­ричное, служащее для их подавления. Примером первичных процессов слу­жит сновидение, вторичных — мышление. Другими словами, в первичном процессе мышления, например в сновидении, идеи и образы относительно взаимозаменяемы, так что одна идея или образ легко символизирует другую идею или образ, тогда как во вторичном — сознательная, рациональная мысль, образ, представления и слова имеют относительно постоянную цен­ность и значение.

Фрейд пытался определить мышление в терминах перемещений энергии. В «Проекте научной психологии» он ввел понятие «катексисы», то есть кван­ты энергии, вложенные в отдельные умственные образы. В результате эти представления описываются как «заряженные». Связанная энергия относи­тельно неподвижна и характерна для структурированных частей психичес­кого аппарата, то есть для Эго и вторичных процессов, тогда как вложения свободной, или подвижной, энергии служат отличительным признаком не­структурированных частей психического аппарата, то есть Ид и первичных процессов.

В работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд дал определение понятию «либидо» как «меняющейся количественно силы, которой можно изме­рять все процессы и превращения в области сексуального возбуждения». Он счи­тал, что либидо имеет источник — тело, или Ид, существует в различных фор­мах, связанных со специфическими эрогенными зонами, и подразделяется на оральное, анальное, генитальное либидо; распределяется между различными структурами, или процессами, которые насыщают либидо.

Классический психоанализ утверждает, что взрослое поведение можно интерпретировать как совершенствование, или эволюцию, детского поведе­ния. Процесс развития в целом представляет собой результирующую двух факторов: эволюции врожденных процессов и воздействия на эти процессы опыта. Классическая психоаналитическая теория выделяет две параллельные формы развития: развитие Эго, заключающееся в приобретении Эго-функ­ций, которые увеличивают автономию, и сексуальное развитие, состоящее в преобразовании прегенитальных сексуальных и агрессивных побуждений во взрослую сексуальную и сублимированную деятельность.

Психоанализ постулирует ряд стадий развития детской сексуальности, че­рез которые индивид проходит от младенчества до достижения латентного пе­риода и которые синхронны с рядом стадий развития Эго: оральная, аналь­ная, фаллическая и эдипова стадии; три первые вместе составляют доэдипо­ву стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно яв­ляются на протяжении этих стадий главными источниками сексуального на­слаждения. В оральной стадии рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания, она начинается с момента рождения. Фиксированные на оральном уровне склонны сохранять рот в ка­честве главной эрогенной зоны и фиксироваться на матери (груди); для них характерны глубокие колебания настроения. В анальной стадии анус и дефе­кация являются главными источниками чувственного наслаждения. Овладе­ние своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов явля­ются главными занятиями младенца. Когда мальчики проходят через фалли­ческую стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеей по- тентности, половой зрелости, мужественности и силы. Эдипова стадия разви­тия сексуальности и Эго находится между 3 и 5 годами. Комплекс Эдипа — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, кон­центрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно Фрейду, комплекс Эдипа — это универсальный феномен, за­ложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. Разрешение комплекса Эдипа достигается обычно идентификацией с родите­лем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». Эди­пово соперничество с отцом является причиной страха кастрации. Фрейд впер­вые упоминает о комплексе Эдипа в письме к своему другу в 1897 г., это пред­ставление возникло из самоанализа, который автор провел после смерти отца. Первая публикация, где описывается комплекс Эдипа, — «Толкование снови­дений». Эдипов комплекс и комплекс кастрации являются единственными комплексами в классическом психоанализе.

Фрейд интерпретировал определенные черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и развития Эго или как аналоги симптомов, то есть защитные процедуры. Он использовал две системы классификации — генетическую и клиническую. Генетические типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, от которой определенные черты характера и получают свое название; это оральный, анальный, фаллический, генитальный характеры. Клинические типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или име­ют максимальное сходство; отсюда истерический, обсессивный, фобический, шизоидный, депрессивный, маниакальный характеры. Оральный характер проявляется у лиц с фиксацией на оральной стадии. Типичными чертами его являются оптимизм и пессимизм, щедрость, легкая смена настроений, болтли­вость, жадность и склонность заниматься желанными размышлениями. Тер­мин «анальный характер» используется для ссылки на реактивные образова­ния, на анальный эротизм, компульсивные упрямство, аккуратность, скупость, но может относиться и к противоположным им чертам. Индивид с фалличес­ким характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. Гени­тальный характер проявляется у личности, прошедшей полный анализ, кото­рая разрешила свой комплекс Эдипа, «пробила себе дорогу» через прегени­тальную амбивалентность и достигла генитального уровня психосексуально­го развития. Человек с генитальным характером полностью свободен от ин­фантильной зависимости.

В теорию развития сексуальности входит описание механизмов регрес­сии и сублимации. Регрессия — это защитный процесс, посредством которо­го субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии раз­вития сексуальности и Эго; стадия, в которой происходит регрессия, детер­минирована существованием точек фиксации. Теория регрессии предполага­ет, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Поскольку регрессия не является эф­фективным защитным механизмом, она обычно сопровождается дополни­тельными процессами, предназначенными для предохранения Эго от ее по­следствий. Фрейд писал: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего, это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он от­носит также невротические состояния. Сублимация — это связанный с раз­витием процесс, посредством которого инстинктивная энергия разряжается в неоинстинктивных формах поведения. Он включает перемещение энергии с объектов биологической значимости на объекты меньшей инстинктивной важности, освобождение деятельности от веления инстинктивного напряже­ния. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из низ­ших. Все сублимации зависят от символизации, а все развитие Эго зависит от сублимации.

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

1. Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошло­му и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов — истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпрети­ровать как конфликт между Эго и Ид.
2. Актуальный невроз обусловлен причинами, 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 — в этом случае 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.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротичес­ким конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждени­ем Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непос­редственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессозна­тельна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуще­ствление компромисса между подавляемым желанием и требованиями по­давляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизаци­ей, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из упот­ребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя ви­новатым даже за символическую и искаженную разрядку, которая прояв­ляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма бо­лезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в фор­мировании невротического симптома.

Фрейд Зигмунд родился в 1856 г. в Моравии. С 4-летнего возраста по­чти 30 лет прожил в Вене. В 1873 г. поступил на медицинский факультет Венского университета и через 8 лет получил медицинскую ученую сте­пень. С 1885 г. преподавал в Венском университете. При поддержке свое­го первого научного руководителя Брюкке прошел стажировку у Шарко во Франции. В сотрудничестве с Брейером описал катарсический метод ле­чения истерии. В 1886 г. впервые использовал термин «психоанализ» и с этого времени посвятил всю свою жизнь развитию этого учения. Его уче­никами были такие известные ученые, как Адлер, Юнг, Ференци, Ранк, Абрахам, Джонс и др. Фрейд явился отцом психоанализа, основателем психодинамической теории личности, его работы стали отправной точкой развития крупного направления — глубинной психологии.

Основные труды: «Толкование сновидений» (1900), «Психопатология обыденной жизни» (1901), «Общие вводные лекции по психоанализу» (1917), «Очерк психоанализа», издана посмертно в 1940 г.

Фрейд умер в Англии в 1939 г.

Аналитическая психология. Одно из направлений психоанализа, автором которого является швейцарский психолог, психиатр и культуролог, теоретик и практик глубинной психологии Юнг. Основные понятия и методы аналити­ческой психологии, сформулированы автором в тавистокских лекциях (Лон­дон, 1935). Структура психического бытия человека, по Юнгу, включает две фундаментальные сферы — сознание и психическое бессознательное. Психоло­гия — в первую очередь и по преимуществу наука о сознании. Она же и на­ука о содержании и механизмах бессознательного. Так как пока не представ­ляется возможным непосредственное изучение бессознательного, поскольку неизвестна его природа, то выражается оно сознанием и в терминах сознания. Сознание — в значительной мере продукт восприятия и ориентации во внеш­нем мире, однако, по словам Юнга, оно не состоит целиком из чувственных данных, как утверждали психологи прошлых столетий. Автор оспаривал так­же позицию Фрейда, выводящего бессознательное из сознания. Он ставил вопрос противоположным образом: все, что возникает в сознании, вначале с очевидностью не осознается, и осознание вытекает из неосознанного состоя­ния.

В сознании Юнг различал эктопсихические и эндопсихические функции ориентации. К эктопсихическим функциям сознания автор относил систему ориентации, имеющую дело с внешними факторами, получаемыми посред­ством органов чувств; к эндопсихическим — систему связей между содержани­ем сознания и процессами в бессознательном. В эктопсихические функции вхо­дят: 1) ощущения, 2) мышление, 3) чувства, 4) интуиция. Если ощущение го­ворит, что нечто есть, то мышление определяет, что есть эта вещь, то есть вво­дит понятие; чувство информирует о ценности этой вещи. Однако этими зна­ниями информация о вещи не исчерпывается, так как не учитывает категорию времени. Вещь имеет свое прошлое и будущее. Ориентация относительно этой категории и осуществляется интуицией, предчувствием. Там, где бессильны понятия и оценки, мы целиком зависим от дара интуиции. Перечисленные функции представлены в каждом индивиде с различной степенью выраженно­сти. Доминирующая функция определяет психологический тип. Юнг выводил закономерность соподчиненности эктопсихических функций: при доминиро­вании мыслительной функции подчиненной является функция чувства, при доминировании ощущения в подчинении оказывается интуиция, и наоборот. Доминирующие функции всегда дифференцированны, мы в них «цивилизо­ванны» и предположительно обладаем свободой выбора. Подчиненные функ­ции, напротив, ассоциируются с архаичностью в личности, бесконтрольнос­тью.

Эктопсихическими функциями не исчерпывается сознательная сфера пси­хического; ее эндопсихическая сторона включает: 1) память; 2) субъективные компоненты сознательных функций; 3) аффекты; 4) инвазии, или вторжения. Память позволяет репродуцировать бессознательное, осуществлять связи с тем, что стало подсознательным — подавленным или отброшенным. Субъек­тивные компоненты, аффекты, вторжения еще в большей степени играют роль, отведенную эндопсихическим функциям, — являются тем самым сред­ством, благодаря которому бессознательное содержание достигает поверхнос­ти сознания.

Центром сознания, по Юнгу, является Эго-комплекс психических факто­ров, сконструированный из информации о собственном теле, существовании и из определенных наборов (серий) памяти. Эго обладает огромной энергией притяжения — оно притягивает как содержание бессознательного, так и впе­чатления извне. Осознается только то, что входит в связь с Эго. Эго-комплекс проявляет себя в волевом усилии. Если эктопсихические функции сознания контролируются Эго-комплексом, то в эндопсихической системе лишь память, и то до определенной степени, контролируема волей. Еще в меньшей степени контролируются субъективные компоненты функций. Аффекты и вторжения и вовсе контролируются «одной лишь силой». Чем ближе к бессознательному, тем менее Эго-комплекс осуществляет контроль над психической функцией, другими словами, мы можем приблизиться к бессознательному только благо­даря свойству эндопсихических функций не контролироваться волей. То, что достигло эндопсихической сферы, становится осознанным, определяет наше представление о себе. Но человек не статичная структура, он постоянно изме­няется. Часть нашей личности, пребывающая в тени, пока неосознанная, на­ходится в стадии становления. Таким образом, потенциалы, заложенные в личности, содержатся в теневой, неосознанной стороне.

Бессознательная сфера психического, не поддающаяся прямому наблюде­нию, проявляется в своих продуктах, переходящих порог сознания, которые Юнг делит на 2 класса. Первый содержит познаваемый материал сугубо личностного происхождения. Этот класс содержаний Юнг назвал подсозна­тельным разумом, или личностным бессознательным, состоящим из элемен­тов, организующих человеческую личность как целое. Другой класс содержа­ний, не имеющих индивидуального происхождения, автор определил как кол­лективное бессознательное. Содержания эти принадлежат типу, воплощаю­щему свойства не отдельного психического бытия, а всего человечества как некоего общего целого, и, таким образом, являются коллективными по при­роде. Эти коллективные паттерны, или типы, или образцы, Юнг назвал ар­хетипами.

Архетип — определенное образование архаического характера, включаю­щее равно как по форме, так и по содержанию мифологические мотивы. Ми­фологические мотивы выражают психологический механизм интроверсии со­знательного разума в глубинные пласты бессознательной психики. Сфера ар­хетипического разума — ядро бессознательного. Содержания коллективного бессознательного не контролируются волей; они не только универсальны, но и автономны. Юнг предлагает 3 метода для достижения сферы бессознатель­ного: метод словесных ассоциаций, анализ сновидений и метод активного во­ображения. Тест словесных ассоциаций, принесший Юнгу широкую извест­ность, заключается в том, чтобы испытуемый как можно более быстро ответил на слово-стимул первым пришедшим ему в голову словом-ответом. Время каждой реакции фиксируется. Эксперимент после первого чтения повторяет­ся снова. Юнг описал 12 различных типов нарушения реакции: увеличение времени реакции; реакция более чем одним словом; реакция, выраженная не словесно, а мимикой; неправильное воспроизведение и т. д. Нарушенные ре­акции рассматриваются как «индикатор комплекса». Под комплексом понима­ется сочетание ассоциаций, нечто вроде слепка более или менее сложной пси­хологической природы — иногда травматического, иногда просто болезненно­го, аффектированного характера. Комплекс, связанный с физиологическими реакциями и обладающий собственной энергией, имеет тенденцию «образовы­вать как бы отдельную маленькую личность». Бессознательное, таким обра­зом, состоит из неопределенного (неизвестного) числа комплексов, или фраг­ментарных личностей, персонификация которых может стать патологическим условием. В том случае, когда цель исследователя не выявление комплексов, а выяснение, «что бессознательное делает с комплексами», автор применял ме­тод анализа сновидений.

Отдавая дань заслуге Фрейда, поставившего проблему сновидений в изу­чении бессознательного, Юнг в толковании снов занимал принципиально от­личную от него позицию. Если, по Фрейду, сон есть «искажение, которое мас­кирует оригинал» и преодоление которого ведет к комплексам, согласно Юнгу, сон ничего не скрывает, он сам по себе закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, являясь «естественной реакцией саморегуляции психической системы». Юнг видел в сновидении сигнал бессознательного о том, что индивид «отклонился от собственного пути». Задача исследователя — понять этот сигнал, опираясь на чувства сновидца по поводу тех или иных образов сновидения, так как сны всегда являются реакцией на сознательную установку и ключ к их пониманию поэтому находится у самого сновидца. По­явление в снах мифологических, архетипических образов свидетельствует о движении к целостности, индивидуальной завершенности. Другими словами, погружение в глубины бессознательного приносит исцеление. В связи с этим важное место в интерпретации сновидений Юнг отводил архетипическим, мифологическим образам. Процесс излечения является процессом идентифи­кации с целостной личностью, с «самостью» — ключевым архетипом в анали­тической психологии.

Важное место в психотерапии пациента — на пути к его целостности — Юнг отводил осознанию переноса. Психологический процесс переноса он рассматривал как частную форму более общего психологического механиз­ма проекции, возникающей между двумя людьми. Перенос, по Юнгу, в отли­чие от фрейдовского понимания, несет не только эротическое, но и все актив­ные содержания бессознательного. Эмоции спроектированных содержаний всегда образуют некое динамическое соотношение между субъектом и объек­том — это и есть перенос, который по своему характеру может быть положи­тельным и отрицательным. Перенос, возникающий в процессе анализа, ча­сто свидетельствует о трудностях установления эмоционального контакта между врачом и пациентом — дистанцию между ними бессознательное паци­ента пытается «покрыть» и возводит компенсаторный мост. Интенсивность переноса пропорциональна важности проецируемого содержания, значитель­ности его для пациента. Чем дольше проецируется содержание, тем больше аналитик заключает в себе эти «ценности» пациента. Задача психотерапев­та — «вернуть» их пациенту, иначе анализ не будет завершен. Для снятия пе­реноса необходимо добиться от пациента осознания субъективной ценности личностного и безличностного содержаний его переноса. Юнг выделял 4 ста­дии терапии переноса. На первой стадии пациент осознает факт проекции личностного бессознательного и вырабатывает субъективную оценку тех со­держаний, которые создают проблему. Он должен ассимилировать эти обра­зы со своим собственным психическим бытием, понять, что приписываемые объекту оценки являются его собственными качествами. Лечение невроза, оз­начающее требование стать целостной личностью, предполагает «узнавание и ответственность за свое целостное бытие, за его хорошие и плохие сторо­ны, возвышенные и низменные функции». Если снятие проекции личностных образов состоялось, но тем не менее перенос имеет место, наступает вторая стадия лечения — разделение личностных и безличностных содержаний. Проекция безличностных образов сама по себе носит опосредованный харак­тер, поэтому аннулировать здесь можно лишь сам акт проекции, но никак не ее содержание. На третьей стадии терапии переноса происходит отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов. Это суще­ственная часть процесса, понимаемого Юнгом как «путь к себе», или «само­реализация», целью которой является осознание пациентом некоего центра внутри его психического бытия (но не внутри его Эго), позволяющее ему не связывать более свое будущее счастье, а иногда и жизнь с некими внешними посредниками, будь то люди, идеи, обстоятельства.

Значительную известность в психологии получило выделение Юнгом экстравертированного и интровертированного типов личности. Экстраверты весь свой интерес направляют на окружающий мир; объект действует на них, по выражению Юнга, как магнит, и как бы отчуждает субъекта от самого себя. У интровертов же вся жизненная энергия направлена на себя, на свое пси­хическое бытие. В основе различий этих типов Юнг видит состояние аф­фективного напряжения. Высокое напряжение эмоций интроверта обусловли­вает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гасну­щую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обусловливает, согласно Юнгу, инфантильность и арха­ичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме и тщеславии. Обращенность вовне выражается и в стремлении экст­равертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической прак­тике.

Юнг Карл Густав родился в 1875 г. в Швейцарии. Закончил медицин­ский факультет Базельского университета. В 1900 г. стал ассистентом, в дальнейшем близким сотрудником известного психиатра Е. Блейлера. Ста­жировался у Жане в Париже. В 1905 г. познакомился с научными труда­ми Фрейда и начал активное сотрудничество с ним. Фрейд считал Юнга своим научным преемником. В 1914 г. из-за теоретических разногласий прервал взаимоотношения с Фрейдом. Работал над созданием собственной теории, получившей название «аналитическая психология».

Основные труды: «Метаморфозы и символы либидо» (1913), «Психо­логические типы» (1921), «Воспоминания, сны, размышления» (1961).

Юнг умер в 1961 г. в Цюрихе в возрасте 85 лет.

Индивидуальная психология. Созданная Адлером, индивидуальная пси­хология явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповтори­мости его уникального жизненного пути. Именно индивидуальная психология предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциа­лизма, гештальт-терапии и др.

Индивидуальная психология включает в себя такие понятия, как: жиз­ненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и связанная с ним потребность в социальной кооперации, самость. Адлер по­лагал, что жизненные цели, мотивирующие поведение человека в настоя­щем, ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживают­ся актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, от­ношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформи­ровались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознан­ными. Сам Адлер считал, что на его выбор профессии врача повлияли ча­стые болезни в детстве и связанный с ними страх смерти.

Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства бес­помощности, средством соединения совершенного и могущественного буду­щего с тревожным и неопределенным настоящим. При выраженности чув­ства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в пони­мании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереа­листический характер (автором открыты механизмы компенсации и гипер­компенсации), У больного неврозом часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фан­тазии на тему личного превосходства.

Стиль жизни — это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль при­способления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобраз­ное его выражение. Поэтому так актуальны сейчас слова Адлера: «Индиви­дуум как целостное существо не может быть изъят из своих связей с жиз­нью... По этой причине экспериментальные тесты, которые имеют дело в луч­шем случае с частными аспектами жизни индивидуума, мало что могут ска­зать нам о его характере...»

В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное пред­ставление о себе и мире, которое Адлер называл схемой апперцепции и ко­торое детерминирует его поведение. Схема апперцепции, как правило, облада­ет способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначаль­ное переживание человеком страха приведет его к тому, что окружающая ситу-

ация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Под чувством общественного Адлер понимал «чувство человеческой соли­дарности, связи человека с человеком... расширение ощущения товарищества в человеческом обществе». В определенном смысле все человеческое поведение социально, поскольку, говорил он, мы развиваемся в социальном окружении и наши личности формируются социально. Чувство общественного включает ощущение родства со всем человечеством и связанность с жизненным целым.

Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляет им шанс преодоления дей­ствительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

Афористично звучат слова Адлера: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

Понятие самости, как и многие категории психоанализа, автор не отно­сит к операциональным. Самость в его понимании тождественна творчес­кой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, при­дает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции — акты творчества. Самость руководит и управ­ляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности пси­хотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость — форма реализации этой уникальности, она активно фор­мирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно прини­мая другие.

В концепции психотерапии Адлер выделял 3 аспекта: понимание и при­нятие пациентом индивидуального стиля жизни; помощь пациенту в пони­мании себя; тренировка и усиление социального интереса, потребности в социальной кооперации.

Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуально­го стиля жизни пациента, то есть поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспомина­ния, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случай­ны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент са­мостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост, а именно — органическая неполноценность, эмоциональ­ное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на невербальные сообщения пациента — мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики нейролингвистического программирования).

Сама психотерапия представляет собой процедуру, отличную от психо­анализа Фрейда. В беседах с пациентом психотерапевт создает атмосферу бе­зопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает ма­териал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, кото­рые ускользали от его осознания. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными услови­ями психотерапии является установление визуального контакта и эмпати- ческого раппорта.

Следующий шаг в психотерапии Адлера — оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как сла­бость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой па­циент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если ког­нитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается го­товым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выпол­нение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. На­конец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психоте­рапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психо­терапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, по­нятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опы­ту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, ин­тересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном кон­тексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

Таким образом, схема развития психотерапевтического процесса в индиви­дуальной психологии выглядит следующим образом: 1) вхождение психотера­певта в контакт с пациентом с помощью эмпатии, доброты, поддержки; 2) фор­мирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовнос­ти его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспом­нить собственное прошлое); 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости; 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом; 5) проверка в реальности ново­го опыта.

Дальнейшее развитие психоанализа осуществлялось в рамках неопсихоана­лиза. Особую роль в нем сыграло направление, придающее большее, чем клас­сический психоанализ, значение социокультурным факторам в развитии невро­за, учитывающее влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Оно получило название культурного психоанализа. Наиболее вид­ными его представителями являются Хорни, Фромм, Райх, Салливан.

**Адлер Альфред родился в Австрии в пригороде Вены в 1870 г. В детстве перенес несколько тяжелых заболеваний и упорно боролся со своей физи­ческой слабостью. В 18 лет поступил в Венский университет и получил ме­дицинскую степень в 1895 г. С 1901 г. был активным участником дискусси­онной группы по психоанализу, куда вошел по приглашению Фрейда.**

**В 1911 г. из-за идейных разногласий прервал сотрудничество с Фрейдом и создал собственную теоретическую концепцию под названием «индивиду­альная психология». В 1935 г. переехал в США, где преподавал психологию и продолжал работать психиатром.**

**Основные труды: «Практика и теория индивидуальной психологии» (1927), «Наука жизни» (1929), «Образ жизни» (1930), «Смысл жизни» (1931).**

**Умер в 1937 г. в Арбердине (Шотландия) во время поездки с циклом лекций.**

Характерологический анализ Хорни. Будучи одним из наиболее ярких представителей неопсихоанализа, Хорни формировалась в традициях учения Фрейда. Как и Фрейд, она подчеркивала важную роль бессознательных кон­фликтов. Вместе с тем концепция Хорни отличалась от ортодоксального пси­хоанализа, который она нередко критиковала по нескольким направлениям, в частности в связи с обсуждением вопросов, касающихся женской сексуаль­ности. Одно из принципиальных отличий концепции Хорни заключалось в уменьшении значения либидо, другое — в отрицании представления о том, что люди мотивированы преимущественно врожденными и запретными инстин­ктами, которые в конечном итоге сводятся к инцесту и глобальной деструкции. От Фрейда Хорни отличает также акцент на социальные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности.

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личност­ным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволя­ет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Психопатологичес­кие расстройства возникают только в том случае, если силы, способствую­щие позитивному росту и развитию, блокируются внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испы­тывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к самоактуализации заме­щается всепоглощающим стремлением к безопасности — основной невроти­ческой потребности. Хорни особо подчеркивала важность выделения концеп­ции базисной тревоги. Это чувство тревоги, беззащитности ребенка, рожда­ющееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире. Базисную тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспита­ния. Тревога такого рода становится основой для возникновения более по­здних личностных нарушений. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспо­мощности, агрессивности и отгороженности. Если человек предпочтительно использует один из типов защиты, почти полностью игнорируя остальные, то формируется один из трех типов характера: ищущий любви, доверия, рас­положения других людей (движение к людям); агрессивный, враждебный (направление потребности — движение против людей); обособленный, неза­висимый (направление потребности — движение от людей).

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слиш­ком сильном стремлении к протекции, поддержке, защите и в преувеличен­ном, можно сказать, притворном стремлении соглашаться с желаниями дру­гих (ориентация взаимодействия в обществе — движение к людям). Невро­тический защитный механизм враждебности основан на убеждении, что в жиз­ни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчерки­вает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые, спонтанные отношения меж­ду людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе — дви­жение против людей). Защитный механизм ухода, отгораживания выражает­ся в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе — движение от людей), в то время как здоровый че­ловек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств, невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентаций на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уро­вень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориента­цией.

Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделя­емый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного Я. Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осозна­ют свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (пред­чувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный об­раз самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты пред­ставлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает до­минирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ са­мого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою оче­редь, усиливает недовольство собой, может вызвать даже презрение к себе, уве­личивая конфликт между реальным Я и мощным и грозным идеализирован­ным его образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулиру­ет стремление соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей.

Безжалостные внутренние требования, терзающие невротика, Хорни на­зывает «тиранией долга». Такой человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только лю­бящим, абсолютно неэгоистичным, должен иметь особую работу, необыкновен­ного партнера, самых лучших детей и т. д. Системы таких императивов на­столько доминируют в сознании невротика, что заслоняют или даже стирают настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он в действительности нуждается и что он просто должен делать в жиз­ни.

По мнению Хорни, только психоанализ, возможно в форме самоанализа, может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недо­стижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному невро­зом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым по­казав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемо­му результату. В процессе аналитической работы она стремится путем рас­крытия Идеализированного Я помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии и развертывании его тенденций к самореализации, к переориента­ции мыслей, чувств и жизненных планов. Осознание больным различных фак­торов своего существования должно быть действительным знанием, что дос­тигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет психосинтезом, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. Самореализация означает готовность к глу­бокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназна­чения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других лю­дей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. В целом психотерапия служит устранению разрыва между Реальным Я человека и его Идеализированным Я, образующимся в процессе невротичес­кого развития личности. Цель психотерапии по Хорни можно выразить, пе­рефразируя слова Фрейда: «Там, где было Идеализированное Я, должно быть Реальное Я».

**Хорни Карен родилась в Гамбурге в 1885 г. Училась на медицинском факультете Берлинского университета, который закончила в 1932 г.**

**С 1920 г. сотрудничала с Берлинским психоаналитическим институтом. Проходила анализ у Абрахама и Сакса, выдающихся психоаналитиков того времени. В 1932 г. по приглашению Александера переехала в США. Разочаровавшись в ортодоксальном психоанализе, основала «Ассоциацию за прогресс психоанализа» и в 1941 г. — Американский институт психо­анализа, который возглавляла всю свою жизнь. Разработала собственную психоаналитическую концепцию с акцентом на социальные факторы под названием «характерологический психоанализ».**

**Основные труды: «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Самоанализ» (1942), «Неврозы и развитие человека» (1950).**

**Хорни умерла в 1952 г. в возрасте 67 лет.**

Гуманистический психоанализ. Исследуя природу и общественную сущ­ность человека, характер «болезни» современного капиталистического обще­ства, идеал «здорового» общества и подлинной человеческой жизни, сочетая различные учения о человеке, главным образом психоанализ, экзистенциализм и философскую антропологию, Фромм стремился создать «диалектически- и гуманистически-ориентированный психоанализ», синтезирующий марксистс­кие и психоаналитические теории личности, общества и культуры. В основе гу­манистического психоанализа лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существо­вания. Цель данного вида психоанализа — познание человеком своей внутрен­ней природы, способствование раскрытию потребностей, смысла жизни и цен­ностных аспектов человеческого бытия.

В концепции сущности человека Фромма центральной проблемой явля­ется внутренне присущее человеческому существованию противоречие меж­ду бытием индивидуума в природе, бытием «брошенного в мир не по своей воле» и тем, что он выходит за пределы природы благодаря «способности осознания себя, других, прошлого и настоящего». Исторический процесс раз­вития цивилизации ведет к формированию двух основных тенденций чело­века — стремление к свободе и отчуждению. По мнению Фромма, свобода че­ловека объединяет негативную «свободу от» и позитивную «свободу для». Развитие человечества идет по пути увеличения «свободы от», что ведет к отчуждению, которое становится всеобъемлющим фактором человеческого существования, в результате он «утрачивает свою самость», обретает свобо­ду, но лишается социальной защищенности. Так возникает механизм «бег­ства от свободы». Автор концепции выделил три бессознательных психоло­гических механизма, регулирующих отношения человека и общества: 1 ) ма- зохистические и садистические тенденции, доминирование которых ведет к формированию авторитарного характера, проявляющегося в позиции: жизнь определяется силами, находящимися вне человека; 2) деструктивизм — стрем­ление человека разрушить мир, чтобы он не разрушил его самого; 3) авто­матический конформизм, который заключается в идентификации потребно­стей, норм индивидуума с социально одобряемыми ценностями. В результа­те противоречия между Я и миром исчезают, а вместе с тем и сознательный страх одиночества и бессилия. Однако цена, которую платит человек, вели­ка — это потеря самого себя.

Оторванному от природы и лишенному естественных связей человеку уг­рожает одиночество, поэтому он стремится восстановить единство с миром. Но в современном технократическом обществе преобладают «непродуктив­ные», неподлинные формы межличностных коммуникаций. Одна из них по­лучила название «симбиотическое отношение». Избежать одиночества чело­век может через подчинение себя группе, Богу, другому человеку. Индивиду­ум идентифицирует себя с целым, с той силой, которой он подчинен. В про­тивоположном случае он преодолевает одиночество на пути к господству, стремится к соединению с миром через завоевание власти, делая других ча­стью самого себя. Однако в обоих случаях теряется свобода и нарушается це­лостность человеческой личности. Этим позициям Фромм противопоставил любовь как «продуктивную ориентацию», когда человек соединяется с самим собой, другими людьми благодаря активности и творчеству.

Противоречивость человеческого существования автор раскрывал через две формы дихотомий — «экзистенциальную» и «историческую». Наиболее суще­ственной «экзистенциальной дихотомией» является дихотомия между жизнью и смертью. Из-за неспособности человека сделать выбор возникает тревога и беспокойство, что создает еще одну, «экзистенциальную дихотомию», посколь­ку «цена, которую человек платит за сознание, — неуверенность». Стремление личности к сохранению своей уникальности и установление отношений с дру­гими людьми, где человек идентифицирует себя с миром, также вызывает «эк­зистенциальную дихотомию». К «историческим дихотомиям» Фромм относил противоречия, создающиеся и разрешающиеся в процессе исторического раз­вития; он считал, что «человек может реагировать на исторические противо­речия, аннулируя их посредством своей собственной деятельности, но он не может аннулировать «экзистенциальные» дихотомии, несмотря на то что мо­жет реагировать на них различными способами». Устранение «исторических дихотомий», которые зависят от существующих социальных условий, может произойти при построении «гуманистического общества». Поскольку «экзис­тенциальные дихотомии» заложены в самой человеческой природе, они могут быть разрешены путем раскрытия готовности человека к любви, вере и раз­мышлению. Способом восстановления гармонии между человеком и обще­ством является гуманистический психоанализ, способствующий пробуждению критических элементов в сознании личности.

Фромм считал, что человек должен осознать неподлинность своего суще­ствования в современном обществе, чтобы затем реализовать заложенные в его существе возможности. «Хотя и имеются некоторые потребности, общие для всех людей, такие как голод, жажда, секс, но те потребности, которые со­здают различия в характере человека, — любовь и ненависть, вожделение власти и стремление подчиняться, наслаждение чувственными удовольстви­ями и страх перед ними — все это продукты социального процесса. Наибо­лее прекрасные и самые безобразные склонности человека представляют со­бой не компоненты фиксированной и биологически заданной человеческой природы, а результаты социального процесса, который творит людей». В книге «Революция надежды» автор изложил программу преобразования буржуазных социальных структур в направлении гуманизации человека и общества. Необходимо создание таких ценностей, при наличии которых че­ловек мог бы отказаться от социальной маски и обнажить свои подлинные потребности. Эти ценности должны способствовать его развитию. В поиске новых «психодуховных ориентаций» человека Фромм обратился к филосо­фии любви, которая способствует устранению оторванности людей друг от друга, преодолению дихотомий человеческого существования, восстановле­нию гармонии человека и общества. Любовь, по мнению автора, дает един­ственно верный и «удовлетворительный ответ на проблему человеческого существования» и является высшей гуманистической ценностью.

**Фромм Эрих родился в 1900 г. в Германии во Франкфурте-на-Май­не. Изучал пихологию, философию и социологию в Университете Гейдель­берга. С 1925 по 1930 гг. осваивал психоанализ в Мюнхене и Берлинском институте психоанализа. В 1930 г. организовал Южно-германский инсти­тут психоанализа во Франкфурте. В 1933 г. переехал в США, где препо­давал и занимался в Нью-Йорке частной практикой. Испытывал влияние трудов Маркса, Фрейда, Баховена, а также ортодоксального иудаизма. Разработал собственную теоретическую концепцию — гуманистический психоанализ.**

**Основные труды: «Бегство от свободы» (1941), «Человек для самого себя» (1947), «Психоанализ и религия» (1950), «Анатомия человеческой де­структивности» (1973), «Иметь или быть?» (1976).**

**В 1974 г. Фромм переехал в Швейцарию, где умер в 1980 г.**

Интерперсональная психотерапия Салливана. Психиатрический и психо­терапевтический подход, разработанный Салливаном, основан на представле­нии о ведущем значении межличностных отношений между людьми в норме и патологии.

Развитие концепции в известной мере определялось конфронтацией с пси­хоанализом. Суть интерперсональной психотерапии Салливана состоит в признании важности межличностного взаимодействия как основы формирова­ния нормы и патологии. Согласно Салливану, человека характеризуют две ве­дущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потреб­ность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребнос­ти — ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ве­дущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности лож­ными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет.

Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли тревоги в па­тологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения яв­ляются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу.

Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Важнейший период в этом смысле — детство. Причина, по которой именно в детстве происходит формирование наибольшего числа искаженных форм поведения, — неполно­ценный опыт. Неполноценность опыта на этом этапе развития обусловлена так называемой прототаксической — поверхностной, «до целенаправлен­ной» — формой его приобретения. Сам опыт проживается на этом этапе раз­вития в виде моментальных состояний, причем отсутствует понимание свя­зи между прошлым, настоящим и будущим. При таком опыте окружение отождествляется с собственными эмоциями ребенка. Например, материнская грудь воспринимается по-разному. Если молоко идет легко и в достаточном количестве, что приводит к удовлетворению биологической потребности, то сама грудь закрепляется в сознании как хорошая. Если молока мало, то грудь закрепляется в сознании как плохая.

Следующий период развития — паратаксический — характеризуется тем, что индивид осознает определенные связи между явлениями, но эти связи могут носить поверхностный, случайный и внешний характер. Например, при совпадении событий во времени. Паратаксический период развития име­ет важное значение в возникновении патологии, и искажение понятий и опы­та сходно с фрейдовским пониманием «переноса». У пациента происходит генерализация отрицательного опыта в межличностных отношениях, глав­ным образом с раннего детства и до отношений с психотерапевтом.

В процессе психотерапии регрессивный, паратаксический способ корриги­руется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межлично­стных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворе­ние от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безо­пасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людь­ми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представляв­шихся неразрешимыми.

По своему характеру метод Салливана приближается к современным ва­риантам краткосрочной психотерапии. В нем четко прослеживается, наряду с аналитической ориентацией, элемент поведенческой психотерапии.

**Салливан Гарри Стек родился в 1892 г. в США, в окрестностях Нори- ча, штат Нью-Йорк. Образование получил в Чикагском медицинском кол­ледже, который закончил в 1917 г. С 1922 г. начал работать психиатром и к 30 годам заслужил репутацию блестящего клинициста. Начиная с 1929 г. разрабатывал основные положения своей теории межличностных отношений, которая в конечном итоге получила название интерперсональ­ной теории. С 1936 г. занял пост директора Вашингтонской школы пси­хиатрии.**

**Единственным прижизненным опубликованным трудом явилась «Кон­цепция современной психиатрии» (1947). Лекции и рукописи Салливана были опубликованы во многих руководствах и сборниках.**

**Умер Салливан в 1949 г. в Париже по пути домой с собрания Исполни­тельного совета Всемирной федерации психического здоровья.**

Психоаналитическая психотерапия. Среди других направлений нео­психоанализа значительным влиянием пользуется Эго-психологическая те­ория психоаналитической психотерапии Гилла, Стоуна, Бибринга и кон­цепции объектных отношений Кляйн, Кернберга. Указанные авторы спо­собствовали созданию психоаналитической психотерапии («психодинами­ческой психотерапии», «инсайт-ориентированной психотерапии», «экспло­ративной психотерапии»).

Хотя некоторые психоаналитики, отмечает Куртис (1991), придержива­ются мнения, что психоанализ невозможно четко отграничить от психоана­литической психотерапии, кроме как по таким количественным факторам, как число сессий, регулярно проводимых по расписанию на протяжении ус­тановленного срока, и большая продолжительность, однако, сравнивая их по качеству процесса, можно установить существенные различия. Учитывая, что эти различия могут быть размыты на границе, где интенсивная психотера­пия способна приобрести некоторые описательные и качественные характе­ристики психоанализа, все же сохраняются различия в значении опыта па­циента и характера интеракции между пациентом и аналитиком, а также в технических вмешательствах, которые одновременно и вызывают, и являют­ся результатом этого опыта. Некоторые из различий могут быть связаны с соответствующими целями этих двух терапевтических вмешательств, в осо­бенности при переходе из пограничной зоны на участок, отведенный каждому из методов.

Сами названия указывают на один важный параметр: терапия, а не ана­лиз. Хотя совершенно очевидно, что эти две категории не являются взаи­моисключающими, кроме, быть может, того, что в крайних точках данно­го спектра целью терапии является акцент на смягчение, облегчение, адап­тацию и возобновление функционирования. Те же явления возникают и при анализе, но они не рассматриваются как конечные пункты и подвер­гаются дальнейшей эксплорации для определения их значения и функции, так как акцент перемещен на достижение другой цели — повышение само­познания и способности постоянно расширять осознание внутренней пси­хической жизни. Для того чтобы этот процесс начался, установился и со­хранялся, требуется специальное сочетание технических мер, создающих психоаналитическую ситуацию. Эти технические приемы включают: ис­пользование свободных ассоциаций, охватывающих всю психологическую сферу, а не целенаправленное обсуждение, положение лежа; регулярно на­значаемые приемы 4—5 раз в неделю; позицию аналитика, выражающую эмпатическую объективность, терпимость и нейтральность относительно реакций пациента; воздержание от участия во внеаналитической жизни пациента или в его поступках, выражающих перенос; реагирование на про­явления переноса разъяснением и интерпретацией. На разных этапах эти элементы могут варьироваться (сочетаться по-разному), но они формиру­ют относительно постоянную конфигурацию, приводящую к возникнове­нию ранее неосознаваемых или не вполне понимаемых мыслей, чувств и фантазий, которые становятся более доступными для инсайта, модифика­ции и интеграции в зрелую личность.

Всякое изменение или несоблюдение любого из элементов психоаналити­ческой ситуации может значительно повлиять на характер продуцируемого пациентом материала и на качество интеракции с аналитиком. Особенно это относится к влиянию на две центральные динамические силы — перенос и сопротивление, анализ которых может быть затруднен вследствие отклоне­ния от оптимального равновесия указанных основных технических характе­ристик. Выборочное изменение в этом сочетании поз и процедур может со­действовать либо плохому анализу, либо хорошей психотерапии, поэтому крайне полезно иметь четкое представление о человеческой психике и по­следствиях для пациента от конкретного подхода, а также о технических вме­шательствах, чтобы подобрать соответствующую форму психотерапии, кото­рая окажется наиболее эффективной в достижении целей пациента.

Главный вклад психоанализа не только в психотерапию и в область пси­хиатрии, но и в медицину в целом — это психодинамический способ мышле­ния. Он означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимо­действующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понима­ние природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответ­ствующее потребностям и возможностям пациента, и осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек. Такая широта охвата этого внутреннего мира порывов, чувств и фантазий с одновременной терпимостью и увлеченностью позволя­ют выслушивать, узнавать и, возможно, резонировать с другим человеком способами, которые сами по себе являются терапевтическими.

Проводя различие между психоанализом и психоаналитической психоте­рапией, следует подчеркнуть, что это делается с целью обеспечения научной и практической системы, в рамках которой может быть осуществлен инфор­мированный выбор оптимальной формы психотерапии. Действительно, с су­губо практической и терапевтической точек зрения необходимость разработ­ки увеличивающихся научных и утилитарных форм применения психотера­пии приобретает первостепенное значение. Роль психоанализа в этом поиске аналогична лабораторному исследованию в открытии принципов, которые могут послужить базой дальнейшего развития и практического использования психотерапии в широком масштабе. Поэтому надлежащим образом применен­ная психотерапия не должна считаться чем-то второсортным или всего лишь выходом, продиктованным пределами реальности. Практика показывает, что тщательно подобранная форма психотерапии может быть лучшим лечением при определенных формах психопатологии.

Концепции конфликта и компромисса являются отражением универсаль­ных психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение некоторого равновесия, удовлетворяющего желания и запро­сы всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, пере­нос — все это компромиссы различной степени сложности, выражающие эле­менты желания, защиты и наказания. При любой форме психотерапии, как и в любом человеческом общении, существует потенциал для изменения фор­мы компромисса в зависимости от некоторой трансформации относительной силы различных компонентов. Как в спонтанных, непреднамеренных соци­альных взаимоотношениях, так и при научной, планируемой психотерапии человек, болезненно, с трудом идущий на компромиссы, может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворенным, менее тре­вожным, в безопасности, освободившимся от вины или, наоборот, осуждае­мым, наказанным, обездоленным и т. д. В любом случае существовавшие ра­нее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивны­ми, могут исчезнуть или быть заменены. Фрейд имел в виду этот феномен, когда говорил, что больше пациентов исцелилось благодаря религии, чем будет когда-либо вылечено психоанализом. Если психотерапевт воспринима­ется как хороший родитель, оказывающий поддержку, приносящий утеше­ние, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегче­ния симптомов; или же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы или тенденции, в резуль­тате чего достигается новое и более адаптивное равновесие. При интенсив­ных, экспрессивных формах психотерапии, частых и продолжительных, лич­ное взаимодействие пациента и психотерапевта создает уникальную возмож­ность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы по­ведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в более безопасной и разрешающей атмосфере лечения, а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личност­ным изменениям.

Все вышеописанные перемены и модификации происходят также и в пси­хоанализе. Дополнительный фактор, обеспечиваемый анализом, заключает­ся в распространении осознания на глубинные сферы конфликта, при этом импульсы и защитные формы детского периода подвергаются неодно­кратным исследованиям и модификациям, прорабатываемым с помощью бо­лее зрелых, объективных и аффективных психических процессов. Отбор па­циентов для специфического психотерапевтического подхода зависит от оценки их потребности и способности инициировать различные процессы изменения. Одной из характеристик, благоприятных для психоанализа, яв­ляется осознанность страдания или неудовлетворенности наряду с желани­ем понять себя посредством самонаблюдения. Это обычно ассоциируется с толерантностью к фрустрации и хорошим контролем. В этом плане обнаде­живает способность к продуктивной работе и поддержанию отношений с ок­ружающими, а также наличие чувства юмора и метафоричности мышления. Как правило, острые кризисы в текущей жизненной ситуации не помогают широкому, последовательному саморефлективному методу анализа.

Руководствуясь этим набором характеристик как моделью, можно соста­вить портрет пациента, для которого лучшим вариантом будет психоанали­тическая психотерапия. Переворот и кризис являются показаниями к поддер­живающим, направленным на разрешение проблем мерам, по крайней мере до тех пор, пока не наступит состояние относительного контроля и спокой­ствия, позволяющее оценить возможности индивида. Трудности с контролем и фрустрационной толерантностью, нередко очевидные из проблем, возни­кающих в работе и взаимоотношениях, являются основанием для рекоменда­ции поддерживающей, образовательной терапии. Ограниченность способно­сти к рефлексии собственных мыслей, чувств и поведения часто проявляет­ся в отказе пациента от предложения заняться самонаблюдением. Это огра­ничение говорит в пользу поддерживающего и директивного типа психоте­рапии, а не направленного на инсайт и разрешение конфликта.

Решающую роль могут играть факторы времени, места и стоимости пси­хотерапии. Помимо этого, различные сочетания описанных качеств, при­сущих двум главным видам психотерапии, могут продиктовать промежу­точную форму психотерапии, объединяющую экспрессивные и поддержи­вающие черты.

Для иллюстрации этих принципов и того, как психотерапия может изби­рательно использовать некоторые аспекты психоаналитической теории и тех­ники, чтобы соответствовать в лечении специфическим потребностям паци­ента, известный американский психоаналитик Куртис описывает случай с применением психоанализа, а затем приводит пример психоаналитической психотерапии.

Первая пациентка — обладающая высоким интеллектом 25-летняя женщи­на, работник эстрады, — несмотря на рост успеха и признания, стала испыты­вать чувства депрессии, раздражительности и напряженности. Кроме того, за последнее время она усомнилась в своей очень активной сексуальной жизни, отмеченной частыми победами над мужчинами, которых встречала на своем ар­тистическом пути. Эти проблемы, по-видимому, совпали по времени с одной довольно бурной связью с человеком, которого она соблазнила и с которым у нее позже начались серьезные отношения. Ее сексуальные победы переживались как случайные и приносили удовлетворение скорее ощущением власти над мужчи­нами, чем в строго сексуальном аспекте. В то время как ее любовные отношения были средством, помогающим ее карьере, у нее не было такого чувства, что ее используют, скорее она полагала, что использует мужчин для своих целей.

Присущий ей здравый смысл говорил ей, что мужчина, с которым она свя­зана, обладает высокими качествами во всех смыслах и является достойным кандидатом для вступления в брак, что было ее конечной целью. И тем не ме­нее она никогда не чувствовала себя с ним вполне свободно и против собствен­ной воли насмехалась над ним и не доверяла ему. Поняв, что она в опасности и может потерять его, и, что особенно важно, ощущая какую-то извращенную потребность отталкивать его, она стала искать помощи в анализе.

В привычной ей манере она начала анализ энергично, как будто намере­валась побороть болезнь или одержать победу в сражении с психоаналити­ком. Такая установка приносила ей пользу в течение нескольких месяцев, пока она исследовала свою историю и поведение во всех подробностях. Хотя она и почувствовала, что может лучше контролировать себя и более широко взгля­нуть на себя, но понимала, что реальное осознание и изменение ее непонятного поведения все еще не доступно ей. Затем наступил период повышенного инте­реса к психоаналитику и его личной жизни, и она с удовольствием и вместе с тем с завистью приписывала ему разнообразные специальные знания и дос­тижения. Эти чувства вскоре приобрели эротическую окраску, и в ее пове­дении сперва скрыто, а затем явно стало проявляться желание обольстить врача.

Когда это желание стало преобладать, она часто теряла из виду цель своего анализа, и психоаналитик указал ей на сходство ее поступков в про­цессе лечения с характерным стремлением соблазнить и завоевать каждого значимого для нее мужчину. Затем он высказал предположение, что это вполне понятно, что у нее будет желание прибегнуть к испытанному спосо­бу преодоления тревоги, когда придется столкнуться с новыми, угрожающи­ми ситуациями во время анализа. Такое разъяснение, повторявшееся и раз­вивавшееся в течение нескольких недель, привело к заметному изменению ее поведения. Ей стали сниться беспокойные сны (за ней гонятся или на нее на­падают), потом она стала бояться посещать аналитические сессии и, входя в офис, испытывала тревогу и застенчивость. Она начала одеваться более консервативно, и поведение ее стало менее вызывающим. Заметив, что ста­ла часто краснеть, она сказала, что чувствует себя как испуганная девствен­ница.

Такая разительная перемена — от смелой обольстительницы до испуган­ной девственницы — была истолкована психоаналитиком как появление не­вроза переноса, то есть как регрессивное и дистоническое выражение аспек­тов отгоняемых фантазий детства, теперь сфокусированных на психоанали­тике в возрожденной и вместе с тем измененной форме. Это аффективное пе­реживание ни в коем случае не идентично с тем, что было в детстве, посколь­ку последнее подверглось развитию и трансформации и теперь происходит и запечатлевается в личности взрослого человека, являющегося партнером в подлинно терапевтических отношениях. Тем не менее следует особо отме­тить, что обе главные темы и специфические взаимоотношения в детстве мо­гут быть сближены и аффективно пережиты заново.

Степень и характер невроза переноса могут широко варьироваться «от пациента к пациенту». У некоторых это яркое, захватывающее пережива­ние, трудносдерживаемое в рамках анализа, приводящее к отреагированию или бегству. У других оно выражается как бледное, ослабленное — «то оно есть, то нет его» — переживание, сдерживаемое в безопасных пределах защитными механизмами личности, работающими слишком хорошо. Эти проявления точнее было бы называть феноменами переноса, чем невро­зом переноса, что предполагает более организованную, устойчивую психи­ческую структуру. Иногда узнавание невроза переноса может быть задер­жано или затемнено из-за сильного проявления защитного аспекта упрям­ства или апатии, а не более характерных качеств энергичного порыва и аффекта.

В других источниках информации, таких как сны, фантазии, воспоми­нания, или, что часто более важно, в эмпатических реакциях или контрпе­реносе психоаналитика эти состояния сопротивления могут рассматривать­ся как элемент невроза переноса, чем более выраженно проявляются эро­тическое или гневное состояния. Концептуально они представляют собой то, что А. Фрейд называла переносом защиты, поскольку они происходят от защитных механизмов, возникших в попытках ребенка установить рав­новесие и контроль в отношении угрожающих импульсов.

В случае с описываемой пациенткой тревожное состояние, при котором прерывается дыхание и человек краснеет, исследовалось не только с помо­щью сновидений и ассоциаций пациентки, но и с помощью эмпатических реакций психоаналитика. Образ «испуганной газели» и ощущение нетерпе­ния в реакции психоаналитика были ключевыми положениями, предпола­гающими, что пациентка борется с мазохистической фантазией, в которой врачу отводится роль нападающего садиста. Результатом нескольких различ­ных версий данной интерпретации стали все более четкие проявления этой фантазии в снах и осознаваемых образах.

С возникновением воспоминаний и элементов сновидения, связанных с конкретным домом, в котором пациентка жила в пятилетнем возрасте, можно было начать интерпретацию генетических связей и реконструировать более целостную картину развития ее невроза. Например, она признала, что пере­живаемое ею тревожное чувство во время аналитической сессии было иден­тично чувству страха в детстве, возникшему у нее вскоре после того, как она несколько раз была свидетельницей сексуального контакта родителей. Спер­ва это выражалось в том, что она начала бояться отца, стала убегать от него в тревоге и волнении, когда он возвращался домой, что заставляло его гнать­ся за ней. Это — хороший пример формирования компромисса в форме сим­птоматического действия: ее тревожное бегство провоцировало отца на пого­ню за ней. Интересно, что старания пациентки найти более удобное разреше­ние своего конфликта по поводу мазохистических ошибочных концепций о сексуальной роли женщины приняли не просто невротическую, но более суб­лимированную форму. Будучи ребенком и испытывая чувство страха и изоля­ции, она часто предавалась романтическим фантазиям и разыгрывала роль героини знакомых сказок и историй. В юношеском возрасте она поборола в себе застенчивость и тревожность и участвовала в школьных спектаклях, что привело ее на эстраду. Сценическая деятельность все более удовлетворяла и поглощала ее. Сперва она избавилась от тревожных чувств, а позже у нее вы­работалась защита от страха — переход, сделавший игру на сцене более пере­носимой. Однако одновременно с этими переменами у нее развилась контрфобическая сексуальная неразборчивость, что и привело ее к психоана­лизу.

Это сжатое изложение пятилетнего анализа может послужить парадигмой ряда дополнительных трансферентных тем, которые были разработаны и ис­следованы: соперничество со старшим братом; ненависть к отцу, недостаточ­но любившему ее; идентификация с матерью-жертвой, которая в ответ на му­чения могла садистски властвовать над мужчинами, — все это было прорабо­тано и соотнесено с ее потребностью соблазнять мужчин. Связи с мужчинами, углублявшие ее тревожную депрессию, не могли поддерживаться долго; и толь­ко на позднем этапе анализа, после достаточной проработки переноса, у нее начались отношения, которые в итоге привели к замужеству. Этот период был особенно плодотворным аналитически, поскольку требовалось тщательное изучение ее чувств в переносе в сопоставлении с растущей способностью по­нять и следовать до конца своим зрелым сексуальным целям, которые теперь обретали свободу.

Важным признаком этой краткой и сжатой истории болезни является выбор пациента с различимым интрапсихическим конфликтом в сочетании со структурой личности с хорошими адаптивными способностями, при усло­вии устойчивой, безопасной терапевтической обстановки, позволяющей ис­пользовать свободные ассоциации, чтобы добраться до психических смысло­вых эпизодов и процессов, от которых до этого пациентка отгораживалась. Обычно это связано с тревогой по поводу регрессии и потери контроля, что ведет к опоре на знакомые симптомы и защитные механизмы и закреплению на них как на первой линии обороны. Необходимо разъяснение, помогающее пациенту уяснить некоторые стереотипы и значения этих привычных форм поведения. По мере того как эти стереотипы становятся менее автоматичес­кими и более дискомфортными, более отчетливыми станут проявления пе­реноса. Это будут выражения ранее подавляемых чувств и фантазий детства.

Переживание, наблюдение и понимание этой смеси возрожденных и ре­активных способов проявления противоречивых стремлений теперь станут центром анализа, и подход к ним осуществляется с помощью интерпретации и реконструкции их происхождения.

В качестве противопоставления Куртис приводит пример психоаналити­ческой терапии с использованием отдельных аспектов психоанализа, но со значительными отличиями.

Некоторые пациенты по причинам, обусловленным реальной действитель­ностью и психопатологией, не соответствуют показаниям для психоанализа. Это может потребовать творческой комбинации техник, которая обеспечива­ла бы поддержку и какой-то новый интерперсональный опыт, благодаря чему могли бы быть повышены самооценка и инсайт. Не создавая доступа к бессоз­нательным динамическим и генетическим факторам, работа в течение длитель­ного времени с производными этих обусловливающих элементов способству­ет личностному росту и пониманию себя.

Одним из таких пациентов был 28-летний стажер университета, трудно­сти которого заключались в социальной тревоге, пренебрежительном отно­шении к учебе и приступах депрессии. Его работа над диссертацией задерживалась этими симптомами, и несколько раз он был на грани отчис­ления. У него были приятели-мужчины, разделявшие его интеллектуальные и музыкальные интересы; вел он довольно изолированный образ жизни. Его сексуальная жизнь ограничивалась связями с четырьмя или пятью женщи­нами, с которыми ему удавалось устанавливать не более чем удовлетвори­тельные сексуальные отношения, без настоящей близости. Он потерял надеж­ду найти женщину, которая захотела бы выйти за него замуж, так как созна­вал, что его тревога и недоверчивость могут вызывать отчуждение.

Как и следовало ожидать, ему стоило большого труда прийти на лечение. Его тревога, имевшая оттенок настороженности и недоверия, являлась непос­редственным препятствием для психотерапии, а также главной, давней пробле­мой. Иногда он мрачно шутил по ее поводу, и это убедило психоаналитика в том, что эта его черта не достигла степени параноидальных расстройств. Учи­тывая сенситивность и сдержанность пациента, психоаналитик пришел к вы­воду, что наибольшую пользу ему принесет интенсивная, долговременная пси­хотерапия, которая даст ему возможность понять и преодолеть свой страх, что его поймают в ловушку или унизят. Психоаналитик предложил, кроме того, испытательный срок, по истечении которого пациент, если увидит, что не до­веряет врачу, вправе прекратить лечение. Этот «запасной выход» создавал у пациента некоторое ощущение безопасности, тогда как рекомендация психо­аналитика относительно интенсивной психотерапии убедила его в том, что он нуждается в помощи.

Работа началась по расписанию. Два раза в неделю пациент и психоана­литик сидели лицом к лицу, исследуя как ежедневные переживания больно­го, так и его реакции на психоаналитика и психотерапию. Первые несколь­ко месяцев были явно испытательным периодом, в течение которого пациент искал, а иногда и находил подтверждение своим сомнениям относительно на­мерений психоаналитика или способности помочь ему; врач же особенно ста­рался следить за своими внутренними ощущениями и реакциями, сознавая чувствительность пациента. Ошибки психоаналитика и неверное понимание подвергались честному обсуждению не только для того, чтобы прояснить их, но и для того, чтобы понять их восприятие пациентом. Психоаналитик отвечал на вопросы пациента о своем отпуске, декоре офиса, автомобиле и т. д., но если считал вопросы слишком личными или если ответ на них мог бы помешать психотерапии, то говорил пациенту об этом. Тот обычно улы­бался и соглашался.

Эффект после первых шести месяцев такой работы выразился в постепен­ном ослаблении настороженности пациента. Он чувствовал большую уверен­ность в том, что психоаналитик не позволит себе выпадов против него, не по­пытается использовать его слова против него и доминировать над ним. Те­перь он мог раскрывать перед психоаналитиком некоторые свои секреты, фан­тазии и болезненные воспоминания детства. Возросшее доверие к психоанали­тику, основанное на опыте отношений с ним в процессе открытого исследования и понимания происходящих в рамках этого опыта событий, еще больше усилилось благодаря тому, что теперь пациент связывал свою недоверчивость с травмами и обидами, которые он вспомнил. Поскольку психотерапевтический подход не продуцировал материала, который выявил бы проекции и трансформации его травматических переживаний, психоана­литик довольствовался созданием связной картины его жизни вплоть до на­стоящего времени. Симптоматическое улучшение, возросшая уверенность в своих силах — все это дало возможность пациенту завершить диссертацию. Его отношения с женщинами стали свободнее и более близкими, и он, по всей видимости, намеревался жениться, когда психоаналитик говорил с ним в последний раз.

Эта терапия продолжалась три года и состояла из двух главных элемен­тов. Первый — это то, что Бибринг называл «эмпирической манипуляци­ей», при которой пациенту предоставляется возможность в рамках лечения и вне его получить новый опыт, способный оказать мутационный эффект. Это осуществимо при разрешающей, поощряющей атмосфере терапии и с помощью переноса. В данном случае перенос не анализировался, как при психоанализе, хотя опыт переноса обсуждался и использовался для того, чтобы прояснить способы, с помощью которых пациент может строить свои отношения с психотерапевтом и другими людьми.

Второй технически важный элемент — выяснение стереотипов поведения пациента и их происхождения от прошлых влияний, обусловленных разви­тием. Такая реконструкция отличается от проводимой при психоанализе тем, что в ней отсутствует параметр бессознательного конфликта и фантазии, явно интегрированной в этот конфликт. Тем не менее реконструкция может обеспечить ощущение постоянства и устойчивости и понимание себя, что ока­зывает стабилизирующий эффект.

На основании рассмотренных психоаналитических принципов и концеп­ций психического функционирования и представленных клинических приме­ров Куртис дал некоторые основополагающие технические рекомендации для психоаналитической психотерапии: 1) определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевти­ческих действий; 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого от­ношения к центральной проблеме; 3) фокусируй внимание на текущих вза­имоотношениях пациента и защитных механизмах личности; 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента; 5) создай устойчивую, восприимчи­вую атмосферу поддержки и уважения; 6) поощряй более адаптивные спосо­бы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

На этапе, когда пациент проявит стойкое улучшение, должен быть рас­смотрен вопрос об окончании лечения. Ограниченные цели психотерапии требуют, чтобы регрессия к зависимости от психотерапевта контролиро­валась с помощью поддержки и поощрения у пациента стремления к самостоятельному поведению. Доказательства возросшей способности независимо функционировать должны быть признаны в качестве достиже­ния, заслуживающего уважения, желание больного прекратить лечение обыч­но сопровождается тревогой, которая может быть снижена признанием и ве­рой психотерапевта в способность пациента сохранять достигнутое улучше­ние.

Из отечественных концепций психотерапии к динамическому направле­нию можно отнести систему патогенетической психотерапии Мясищева и ее развитие в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психоте­рапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

Патогенетическая психотерапия Мясищева. На становление психоте­рапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогене­тической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно­ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психо­логии отношений» Мясищева еще в 30-40-х годах прошлого столетия. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии Бехтерева и Ла- зурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработ­ка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности — к уче­нию о неврозах и психотерапии.

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, Мясищев отвечает на него так: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое об­разование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необ­ходимость разграничения понятий «условия личности» и «сама личность», я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».

Главная характеристика личности, по Мясищеву, — система ее отноше­ний, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в оп­ределенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную пси­хологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая вы­ражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характери­зуют степень интереса, интенсив­ность эмоций, желания и потреб­ности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выс­тупающим в качестве важнейшего структурообразующего компонен­та во взаимосвязи с другими пси­хическими явлениями — психи­ческими процессами, свойствами и состояниями — отношениям лич­ности присущи следующие осо­бенности: уровень активности, со­отношение рационального и ир­рационального, адекватного и не­адекватного, сознательного и бес­сознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоци­ональная обусловленность и др.



*В. Н. Мясищев*

Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в соци­альных отношениях и взаимоот­ношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др.

В структуре отношений особенноважным является отношение человека к самому себе. Значимость последне­го определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосоз­нания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее це­лостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую ус­тойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле пре­вращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицин­ской, психологии, отмечали Ананьев, Ломов и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и пато­логического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреж­дения.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлени­ям Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях лично­сти, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимаю­щие центральное место в системе ее отношений к действительности. Инди­видуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносли­вость в той или иной ситуации. Мясищевым были уточнены типичные чер­ты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; не­вроз навязчивых состояний возникает у личности, неспособной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

В соответствии с концепцией неврозов Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. Основной задачей системы патогенетичес­кой психотерапии Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адек­ватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха патогенетической психотерапии имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдовского переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная на­правленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать паци­ента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденци­ям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учрежде­ния.

Хотя в общении с врачом система жизненных отношений больного и на­ходит известное отражение, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. Патогенетическая психотерапии предполагает уточнение особенностей жизненного опыта боль­ного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, моти­вации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что об­разует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реаль­ными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним об­стоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею от­ношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложив­шуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в тера­пии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направ­лении больной становится менее напряженным, более откровенным, посте­пенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные по­зиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завер­шающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений боль­ного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Из­лечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установ­ки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведени­ем согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет Мясищев, — в той или иной из мно­гочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызываю­щих перенапряжение социальных условиях». И далее: «Именно в этом смыс­ле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ра­нее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения».

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и при­емы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симпто­матики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотера­певтические методы: внушение наяву и в гипнотическом состоянии, наркогип­нотерапия, аутогенная тренировка и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, отно­сительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способ­ствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное зна­чение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нор­мализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуа­ции.

Патогенетическая психотерапии Мясищева создавалась в трудные для на­шей страны 30-50-е годы прошлого века. В работах самого Мясищева и его учеников, посвященных патогенетическому пониманию неврозов и их психо­терапии, не могло не отразиться общественное сознание того времени с под­черкнутой идеологизацией психотерапии. Отсюда чрезмерно частые в этих ра­ботах ссылки на марксистско-ленинскую методологию и учение о высшей не­рвной деятельности и критика психоанализа.

На последней странице рукописи, подготовленной Мясищевым для 2-го издания монографии «Личность и неврозы», не вышедшего в свет по чисто техническим причинам, автор будущее социальное здоровье нашего общества рассматривал в качестве основного условия эффективной психотерапии не­врозов и их профилактики: «Тогда свершится программа формирования со­вершенной личности в совершенном обществе». Он не знал, сколь длителен, труден, а порой и трагичен будет путь достижения этой цели нашим наро­дом.

**Мясищев Владимир Николаевич родился в 1893 г. в семье мирового судьи. В 1919 г. закончил медицинский факультет Психоневрологическо­го института в Петрограде и до последнего дня жизни его деятельность была связана с этим учреждением. На научные взгляды Мясищева значи­тельное влияние оказали Бехтерев и Лазурский, учеником которых он яв­лялся. Мясищевым были разработаны психология отношений, клинико-па­тогенетическая концепция неврозов и патогенетическая психотерапия.**

**С 1945 г., не покидая пост директора Института им. В. М. Бехтерева, он стал профессором Ленинградского государственного университета, где в дальнейшем заведовал кафедрой психологии, принимал активное участие в создании Факультета психологии ЛГУ, открытого в 1966 г. Мясищев стал первым председателем Проблемной комиссии по медицинской психо­логии Академии медицинских наук СССР.**

**Основные труды: «Психические свойства человека», совместно с Кова­левым (1957, 1960), «Личность и неврозы» (1960), «Введение в медицин­скую психологию», совместно с Лебединским (1966).**

**Умер Мясищев в 1973 г., будучи научным консультантом Института им.**

**В. М. Бехтерева и профессором ЛГУ.**

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Кар- васарского, Исуриной, Ташлыкова. Психотерапевтическое направление, представляющее собой дальнейшее развитие учения Мясищева о неврозах и их психотерапии. По основным своим теоретическим положениям личност­но-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесе­на к психодинамическому направлению в психотерапии. Разрабатывается в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Становление личностно-ориентированной (реконструктив­ной) психотерапии как самостоятельного направления в психотерапии мо­жет быть отнесено к началу 70-х годов ХХ века и включает в себя: 1) кон­цепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках ко­торой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обус­ловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему лич­ностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основ­ной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Теория лично­стно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии содержит пред­ставления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия па­циента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Первоначально цели и задачи личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии формулировались следующим образом: 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, струк­туры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоци­онального реагирования, мотивации, потребностей; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохра­нению невротического состояния и симптоматики; 3) достижение у больно­го осознания и понимания причинно-следственных связей между особенно­стями его системы отношений и его заболеванием; 4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом; 5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуа­ции, изменении его объективного положения и отношения к нему окружаю­щих.

Дальнейшее развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которое во многом связано с широким использованием группо­вой психотерапии, позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформу­лировать основные теоретические положения этой психотерапевтической си­стемы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечеб­ного действия.

Сформулированные вначале задачи личностно-ориентированной (рекон­структивной) психотерапии по сути дела отражают поэтапный характер пси­хотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через осознание, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокуси­руют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспек­тах. Однако личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитив­ную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведен­ческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентиро­ванного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфи­ке личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и за­дачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осозна­ние). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

* связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
* какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негатив­ные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
* связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усиле­нием симптоматики;
* особенности своего поведения и эмоционального реагирования в раз­личных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктив­ности;
* как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;
* существующее рассогласование между собственным образом Я и воспри­ятием себя другими;
* собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
* характерные защитные психологические механизмы;
* внутренние психологические проблемы и конфликты;
* более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоцио­нального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;
* собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и со­хранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в личностно-ориентиро­ванной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осозна­ние связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) пла­на. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обо­значается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее со­здает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия па­циента в психотерапевтическом процессе.

1. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь паци­енту:

* получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддер­жкой и взаимопомощью;
* пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные си­туации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог спра­виться;
* пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
* научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
* стать более свободным в выражении собственных позитивных и нега­тивных эмоций;
* научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;
* раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зача­стую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
* модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
* произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психоте­рапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распоз­навание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; пережи­вание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего соб­ственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

1. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

* увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
* приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
* преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процес­се психотерапии, в том числе связанные с боязню субъективно сложных ситу­аций;
* развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответствен­ностью и самостоятельностью;
* закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут спо­собствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
* выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (ре­конструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере мо­жет быть сформулирована как задача формирования эффективной саморе­гуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоциональ­но благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания — на само­понимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть оп­ределена как формирование адекватного самосознания и расширение его сфе­ры.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмо­циональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим ме­ханизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личност­ные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установ­ками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осу­ществляется в основном за счет обратной связи между участниками психо­терапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии «инстру­ментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько при­вносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологи­ческой реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает раз­нообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, ка­кие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, на­сколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, ка­ковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение спо­собствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реали­стичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведе­нием видят другие и пр. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межлич­ностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в раз­личных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не со­гласующимся с существующим представлением о себе, способствует осозна­нию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной ин­формации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватно­сти. Однако материал осознания, хотя и относится прежде всего к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным понима­нием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также оп­ределенных общих аспектов функционирования человеческой психики, вза­имоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов, меж­личностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозна­чить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для та­кого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимо­действие, в котором во всей полноте раскрываются психологические осо­бенности каждого участника группы, и представляет более широкие возмож­ности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с от­ношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и по­вышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это, в свою очередь, ведет к улучшению межличностного взаимодействия, снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях.

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональ­ное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и акту­ального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональ­ную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная перера­ботка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоци­онально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию паци­ентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угро­зы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопо­нимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воз­действие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит кор­ригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент сис­темы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда не­адекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение от­ношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной под­держки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтичес­ких норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтичес­ком процессе, создает условия для самораскрытия. Аналогом принятия в ин­дивидуальной психотерапии является групповая сплоченность в групповом психотерапевтическом процессе, которая обеспечивает еще более высокий и многоплановый уровень эмоциональной поддержки. Корригирующее эмоци­ональное переживание связано также с переживанием пациентом своего про­шлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях выч­ленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыс­лить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмо­ционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) пси­хотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациен­та, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и со­здает условия для исследования пациентом собственного межличностного вза­имодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитив­но воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), ис­пользуя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности паци­ента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии. При первой встрече с пациентом он минимально ак­тивен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличи­вая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болез­ни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болез­ни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотера­певт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепен­но в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании па­циента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой кон­цепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-лич­ностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротичес­кий конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентиро­ванной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт снова увеличива­ет свою активность и даже директивность в испытании и закреплении паци­ентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведе­ния.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются 2 взаимосвязанных психологических про­цесса — осознание и реконструкция отношений личности. 1-й процесс — осоз­нание, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосозна­ния больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источ­ников собственных невротических расстройств; 2-й — реконструкция отно­шений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в кор-

рекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмо­циональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в про­цессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Пси­хотерапевт помогает больному осмыслить связи между способами реагиро­вания в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимы­ми для него отношениями и возникновением невроза.

Врач выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внут­реннего мира. На трудности этого пути указывал Павлов. «Надлежит, — пи­сал великий физиолог, — отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой резуль­тат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малей­шего внимания».

В условиях личностно-ориентированной (реконструктивной) психотера­пии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие не­вроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, ко­торые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолк­нуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точ­ки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психоте­рапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на ос­нове прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодей­ствия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными преж­де в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных пере­живаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, пони­мания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного на­бора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью челове­ка в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ори­ентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, что­бы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоя­тельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые по­требности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Кон­фликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим со- мато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим соот­ветствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и по­могает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку лич­ности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интел­лектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их при­чин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осоз­нания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. 1-й уровень может ка­саться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дез­адаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом. 2-й уровень отражает осмыс­ление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невроти­ческого поведения. На этом уровне осознания больной не только видит не­конструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. 3-й уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформиро­ванных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной исто­рии психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу усло­вий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отноше­ний. В процессе психотерапии не всегда удается достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными мо­гут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, пси­хологическая настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к само­раскрытию, достаточный уровень интеллекта. Психологическая настроен­ность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотера­пии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотера­певта, доверительность в контакте и катарсис, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситу­ации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вслед­ствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невро­тических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отли­чие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психоте­рапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция от­ношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к раз­витию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения паци­ента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят 2 про­цесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистич­ных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернали­зации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребно­сти больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения спе­цифических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осоз­нания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапев­тических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения паци­ента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, со­противлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациен­та. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного про­является в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в перево­де разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего за­болевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и со­гласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влия­нию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовмести­мости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преж­девременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровен­ности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т. д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестрой­кой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптив­ных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уров­ню интеграции внутреннего мира пациента.

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и учитывая преимущественно психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов вто­рого и третьего направлений современной психотерапии — гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляю­щий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции лич­ности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов. Следует лишь подчеркнуть, что, в то время как личностно-ориенти­рованная (реконструктивная) психотерапия направлена на достижение основ­ной стратегической цели — реконструкции и гармонизации нарушенной сис­темы отношений личности, послужившей главной причиной невротической де­компенсации, другие психотерапевтические приемы решают скорее тактичес­кие задачи, в целом повышая эффективность и экономичность психотерапев­тических воздействий.

**трольные вопросы**

1**.**



**В теории личности Фрейда значимым аспектом является:**

**О стремление к превосходству;**

**© чувство неполноценности;**

**© бессознательное;**

**© самоактуализация.**

2**.**

**Ассоциативный эксперимент как методика психотерапии и диагностики лично­сти разработана:**

**О Фрейдом;**

**© Юнгом;**

**© Брейером;**

**© Бернгеймом.**

3**.**

**Представителем «культурного психоанализа» не является:**

**О Салливан;**

**© Хорни;**

**© Фромм;**

**© Райх.**

4**.**

**Какую позицию занимает ортодоксальный психоаналитик по отношению к сво­ему пациенту?**

**О директивную и принимающую;**

**© недирективную и принимающую;**

**© принимающую и поддерживающую;**

**© директивную и дистанцированную.**

5**.**

**На приеме у динамического психотерапевта пациентка намеками демонстрирует симпатию к психотерапевту; последнему следует выбрать конструктивную так­тику:**

**О не замечать такого поведения, поскольку переживания пациентки — это ее личное дело;**

**© во время занятия не обращать внимания на такое поведение пациентки, а после окончания занятия вне основного времени обсудить с ней ее по­ведение;**

**© напрямую поговорить о поведении пациентки в начале занятия, чтобы можно было без помех продолжать работу;**

**© сделать обнаружившийся факт симпатии пациентки к себе содержанием занятия.**

6**.**

**Архетипы по Юнгу представляют собой «изначальные первообразы», имеющи­еся в каждом человеке, и составляют содержание:**

**О низшего бессознательного;**

**© индивидуального бессознательного;**

**© коллективного бессознательного;**

**© личного бессознательного.**

7**.**

**Согласно Адлеру, существенной характеристикой личности является:**

**О чувство общности;**

**© ориентация интересов на внешний (эктраверт) или внутренний (интро­верт) мир;**

**© организмический процесс оценки;**

**© защитный панцирь.**

8**.**

**Основной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотера­пии на начальном этапе является:**

**О выработка и закрепление желаемых форм поведения;**

**© установление контакта и определение дезадаптивных стереотипов в ког­нитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности;**

**© устранение симптома;**

**© бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию.**

9**.**

**К приемам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах относятся:**

**О диалог между частями собственной личности;**

**© моделирование;**

**© советы относительно способов решения трудной жизненной ситуации;**

**© осознание психологических механизмов невроза (причинно-следственных связей между конфликтами, дезадаптивными стереотипами системы от­ношений и симптоматикой).**

***Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии***

Поведенческая психотерапия относит различные виды научения (обус­ловливания) к краеугольным основам своей теории. Первый опыт примене­ния поведенческой терапии, описанный пионерами этого направления Пав­ловым и Скиннером, был связан с классическим и оперантным обусловлива­нием.

**Павлов Иван Петрович родился в 1849 г. в селе Кривополье Рязанс­кой губернии в семье священника. Окончив в 1864 г. духовное училище, поступил в Рязанскую духовную семинарию. Увлекшись работами Писа­рева, решил изучать естественные науки, оставил семинарию и в 1870 г. поступил на физико-математический факультет Петербургского универси­тета. Под влиянием трудов Сеченова начал специализироваться по физи­ологии. Окончил университет в 1875 г. и сразу поступил на 3-й курс Ме­дико-хирургической академии. Во время обучения руководил небольшой лабораторией в клинике Боткина. Научные труды Павлова стали осново­полагающими в физиологии высшей нервной деятельности, явились науч­ной базой бихевиоризма, в СССР легли в основу павловской психотера­пии. В 1904 г. ему была присуждена Нобелевская премия за исследования в области физиологии.**

**Основные труды: «Лекции о работе главных пищеварительных желез» (1897), «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной де­ятельности (поведения) животных» (1924), «Лекции о работе больших по­лушарий головного мозга» (1926 - 1927), «Павловские среды» (1949), из­данные в 3 томах (стенограммы заседаний коллектива сотрудников физи­ологических лабораторий, руководимых Павловым).**

**Умер Павлов в 1936 г. от пневмонии в возрасте 87 лет.**

**Скиннер Беррес Фредерик родился в 1904 г. в Саскеханне, штат Пен­сильвания в семье адвоката. Учиться начал в Колледже Гамильтона, полу­чил степень бакалавра по английской литературе, намеревался стать писа­телем. Вскоре прекратил литературные изыскания и изучал в Гарварде психологию. Во время учебы ему довелось общаться с такими выдающи­мися учеными, как Боринг, Пратт, Меррей, Крозье. На формирование его научных взглядов оказали влияние труды Павлова, Шеррингтона, Уотсо­на, Бриджмена, Рассела. Степень доктора получил в 1931 г. и 5 лет про­работал в Гарвардской медицинской школе в лаборатории Крозье. В 1936 г. начал преподавательскую деятельность в Миннесотском университете, где за 9 лет приобрел репутацию одного из ведущих экспериментальных психологов своего времени. Затем 3 года возглавлял кафедру психологии Университета штата Индиана, после чего возвратился в Гарвард, где с не­большими перерывами работал до самой смерти. Был удостоен многихпрестижных наград, таких как премия Американской психологической ас­социации «За выдающиеся научные заслуги», право чтения Джеймсовских лекций в Гарварде, президентская медаль за научные достижения.**

**Основные труды: «Поведение организмов» (1938), роман «Уолден 2» (1948), «Наука и человеческое поведение» (1953), «Техника обучения» (1968), «О бихевиоризме» (1974), «Размышления о бихевиоризме и обще­стве» (1978).**

**Умер Скиннер в 1990 г. в возрасте 86 лет, всего за день до смерти за­кончил редактировать последнюю статью.**

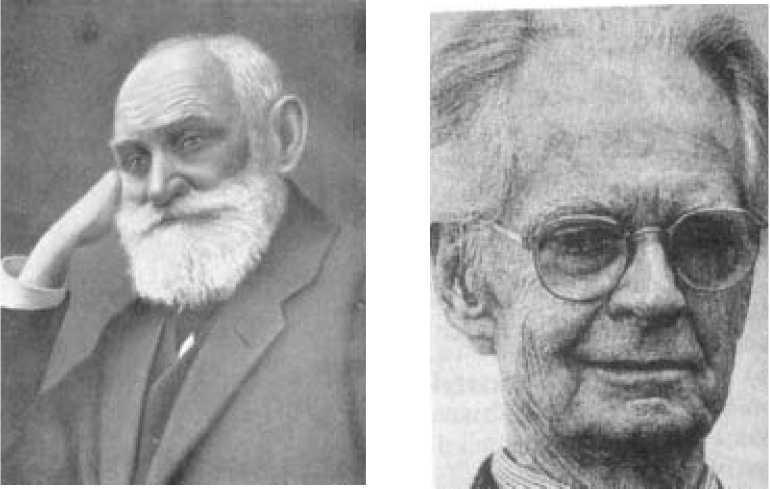
Классическое, или павловское, обусловливание показывало, что форми­рование условной реакции подчиняется важнейшему требованию: совпаде­нию во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Класси­ческое обусловливание заключено в формуле: «стимул-реакция».

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствия­ми. Поведение, которое приводит к достижению положительного результа­та, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему, ослабляется или угаса­ет (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того, как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее,

*И. П. Павлов*

*Б. Скиннер*



чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения личности. Интерес к самоконтролю и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии приблизил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется преж­де всего его внешним окружением) к реципрокному детерминизму (лич­ность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего разви­тия).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бан­дуры и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищу­щих более интегративных подходов. Бандура представил в них теоретичес­кие обобщения механизмов оперантного и классического научения и одно­временно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведе­ния.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу те­ории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевид­ной в реинтерпретации систематической десенсибилизации Вольпе как противообусловливающей техники с точки зрения таких когнитивных про­цессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к спе­цифическим направлениям терапии, таким как скрытое моделирование (Каутела), тренинг навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 направлений психотерапии, делающих акцент на когни­тивном научении и подчеркивающих значение того или иного когнитивно­го компонента (Бек, Эллис, Мейхенбаум). Приводим их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как прохо­дило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивиду­ализирован для каждого пациента и семьи.

Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в силь­ной степени переразвитые или недоразвитые поведенческие стратегии (на­пример, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффек­ты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные ус­тановки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксиру­ют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и бу­дущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфун­кциональной манере. У лиц с личностными расстройствами труднее фор­мируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

1. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Откло­нения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреп­лением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это тре­бует функционального анализа, то есть детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.
2. Нарушения поведения являются квази-удовлетворением базисных по­требностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.
3. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучаю­щий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотера­пия использует достижения, методы и техники классического (условно-реф­лекторного, павловского), оперантного, наблюдательного (моделирование поведения), когнитивного научения и саморегуляции поведения.
4. Когнитивный компонент является решающим в процессе научения. Считается, что поведение может быть изменено в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита или когнитивных искажений.
5. Лечение активно вовлекает пациента и семью, включает практику аль­тернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной сре­де, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную про­грамму подкреплений, ведение записей и дневников, то есть методика психо­терапии структурирована.
6. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах на­блюдаемого улучшения поведения.

Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение пациента по­зитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активацию ресурсов личности и ее окружения. Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (моделирование поведения) яв­ляется одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Моделирование поведения — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слово «пациент». Он стимулирует к само­стоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с погранич­ными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы когнитивно-поведенческой психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным ме­тодам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоци­ональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когни- ций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется пото­му, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «ког- ниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогно­зирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интер­претировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, придти к непра­вильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-пове­денческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует ло­гические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-поведенческая психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Тревога может быть нормальным и адаптивным ответом на множество си­туаций. Способность распознавать и избегать угрожающих событий являет­ся необходимым компонентом поведения. Некоторые страхи исчезают без вся­кого вмешательства, но длительно существующие фобии могут оцениваться как патологический ответ.

Тревожные и депрессивные расстройства нередко связаны с псевдовоспри­ятием окружающего мира и требованиями среды, а также жесткими установ­ками по отношению к себе. Депрессивные пациенты считает себя менее способ­ными, чем здоровые лица в связи с такими когнитивными ошибками, как «се­лективная выборка», «сверхобобщение», «принцип все или ничего», миними­зация позитивных событий.

Поведенческая психотерапия всегда служила средством выбора при обсес- сивно-фобических расстройствах. Она базируется на принципах когнитивно­поведенческой психотерапии и по необходимости дополняется фармакотера­пией транквилизаторами, антидепрессантами, бета-блокаторами.

Следующие поведенческие лечебные цели осуществляются у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами:

* полная элиминация или редукция навязчивой симптоматики (мысли, опасения, действия); перевод ее в социально приемлемые формы;
* устранение индивидуальных факторов (чувство малоценности, недоста­ток уверенности), а также нарушений контактов по горизонтали или верти­кали, потребности в контроле со стороны значимого микросоциального окру­жения и т. д.;

— устранение вторичных проявлений болезни, таких как социальная изо­ляция, школьная дезадаптация и т. д.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при нервной анорексии пре­следует следующие кратко- и долгосрочные лечебные цели.

Краткосрочные цели: восстановление преморбидного веса тела как не­обходимого условия для психотерапевтической работы, а также восстанов­ление нормального пищевого поведения. Долгосрочные цели: создание по­зитивных установок или развитие альтернативных интересов (других, чем соблюдение диеты), обновление поведенческого репертуара, постепенно за­меняющего анорексическое поведение; лечение фобии или страха потери контроля за массой тела, нарушений схемы тела, заключающегося в спо­собности и потребности распознавать собственное тело; устранение неуверен­ности и беспомощности в контактах, в отношении полоролевой идентично­сти, а также проблем отделения от родительского дома и принятие роли взрослого. Это ключевые задачи психотерапии, которые приводят не толь­ко к изменениям веса (симптомо-ориентированный уровень), но и к разре­шению психологических проблем (личностно-ориентированный уровень). Распространен следующий алгоритм психотерапевтических мероприятий: когнитивно-ориентированная поведенческая психотерапия, вначале в инди­видуальной форме. Она состоит из приемов самоконтроля, шкалирования целей, тренинга уверенного поведения, тренинга решения проблем, подписа­ния контрактов по восстановлению массы тела, метода прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону. Затем для снятия уникальности сим­птоматики и налаживания контактов пациента включают в групповую пси­хотерапию. Практикуется интенсивная поддерживающая психотерапия, и па­раллельно с этим проводится системная семейная психотерапия.

Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (по­ложительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное под­крепление). При проведении психотерапии определяется распределение обо­их видов подкреплений при оценке психического статуса пациента. Позитив­ное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного веще­ства, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных сим­птомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условную приятность роли больного. Негативные последствия аддиктивного поведения — более ча­стая причина обращения к специалисту. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций и т. д. Для включения такого пациента в ле­чебную программу необходимо найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Объем пси­хотерапевтических вмешательств зависит от развития социальных навыков, степени выраженности когнитивных искажений и когнитивного дефицита.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следую­щим образом: 1) проведение функционального поведенческого анализа; 2) из­менение представлений о себе; 3) коррекция дизадаптивных форм поведения и иррациональных установок; 4) развитие компетентности в социальном фун­кционировании.

Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса. Пове­денческий и проблемный анализ считается наиболее важной диагностичес­кой процедурой в поведенческой психотерапии. Информация должна от­ражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчаю­щие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиоло­гические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные по­следствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитив­ные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывает наблюдение за поведением в есте­ственных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топогра­фическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование терапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существует не­сколько схем. Первая и наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это чересчур глобальные описания. Необходима более тонкая дифференцировка.
2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установ­ки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в на­стоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом се­ансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.
3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.
4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие при­знаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало при­менимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и коли­чественное описание признаков.
5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

В качестве задач клинического интервью можно назвать и такие, как де­монстрация пациенту его способа избирательной фиксации негативной ин­формации и получения ложных выводов; подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии; установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладания со стрессора­ми; выяснение «условной приятности» симптома; получение информации о мотивации пациента к изменениям; подробный анализ влияния микросоци­ального окружения; психопатологическое исследование, поиск ресурсов лично­сти.

Поиск ресурсов может быть ориентирован в прошлое, настоящее и бу­дущее. На самой проблеме психотерапевт не фиксируется, но активно под­крепляет любую находку пациента относительно возможности ее разреше­ния. Варианты вопросов: «Что раньше помогало преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы решали ваши родственники, знакомые? Когда последний раз Вы постояли за себя? Когда Вы последний раз полу­чали удовольствие без чьей-либо поддержки? Делали ли Вы что-нибудь при­ятное для братьев и сестер? В чем Вы достигли большего, чем Ваши дру­зья?» Поиск ресурсов основан и на признании компетентности пациента. Пациентам нередко известно решение их проблемы, хотя они об этом с тру­дом догадываются. Образец вопроса: «Предположим, что Ваш друг с подоб­ной проблемой пришел за советом. Что бы Вы ему сказали?».

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать пациен­та активным участником процесса, установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент со­глашаются вместе работать над устранением симптомов или поведения пос­леднего.

Такая совместная деятельность преследует по меньшей мере 3 цели: во- первых, она отражает уверенность, что оба имеют достижимые цели на каж­дом этапе лечения; во-вторых, взаимопонимание уменьшает сопротивление пациента, возникающее нередко как следствие восприятия психотерапевта агрессором или идентификация его с родителем, если он пытается контро­лировать пациента; в-третьих, договор помогает предупредить непонимание между двумя партнерами. Недоучет мотивов поведения пациента может за­ставить психотерапевта двигаться вслепую или привести первого к ложным выводам по поводу тактики психотерапии и ее срыву.

Так как когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосрочный метод, необходимо тщательно использовать это ограничен­ное время. Центральная проблема «психотерапевтического обучения» — оп­ределение мотивации пациента. Для усиления мотивации к лечению руко­водствуются следующими принципами:

— совместное определение целей и задач психотерапии, важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»;

* составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;
* проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его про­блеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;
* усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует «повестка дня» занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе пси­хотерапии.

При подписании психотерапевтического контракта рекомендуется запи­сать план или повторить его, используя приемы положительного подкрепле­ния, сообщая, что это хороший план, который будет способствовать осуществ­лению желаний и выздоровлению.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями при­нимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря ко­торой удается последовательно прорабатывать психотерапевтические «мише­ни». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента с последнего занятия. Она включает «обратную связь» психотерапевта по по­воду домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над ка­кими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повест­ку дня».

По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важ­ные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер само­стоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии. Домашняя работа вытекает из матери­ала последнего.

Приводим наиболее типичные варианты домашних заданий.

1. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей с рациональным от­ветом. Это задание одновременно является и когнитивно-поведенческой тех­никой, интегрирующей много приемов.
2. Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.
3. Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.
4. Прослушивание кассеты с записью занятия.
5. Написание автобиографического отрывка.
6. Практика приемов совладания, релаксации.
7. Графики изменений настроения в течение дня.
8. Чтение книги или статьи, относящихся к специфической проблеме.
9. Заполнение опросников.
10. Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспро­изведение новых способов поведения in vivo.

Приводим отрывок из домашнего сочинения, которое отражало ананкас- тную структуру личности пациента, давало возможность психотерапевту на­метить основные направления работы с юношей, облегчило планирование дальнейшей психотерапевтической тактики.

Кирилл П.,19 лет, обратился с жалобами на страх удушья после того, как однократно покурил анашу. Сочинение на тему «Страх» было написано в пе­риод индивидуальной подготовки к работе в психотерапевтической группе, проводившейся по когнитивно-поведенческой схеме.

«Я постоянно боюсь умереть. Этот страх появляется внезапно. Я как-то ста­раюсь отвлекаться, но это кольцо на шее мешает мне. Оно давит, сдавливает, возникает такое ощущение, что я задыхаюсь. Иногда из-за этого кольца боюсь есть, нет аппетита, а потом появляется. И иногда я поем, это бывает не очень часто, у меня такое состояние или можно сказать опять ощущение, что будет рвота. Когда на шее шарф, то я как-то не очень беспокоюсь за это кольцо, а когда его нет — у меня снова появляется страх удушья. К примеру: в пятницу я при­шел в университет, вроде все складывалось хорошо. На первом же занятии я чувствую, что мне нехорошо, появилось кольцо на шее, но оно и раньше было, а теперь оно давило на шею. И как я ни отвлекался, всегда ощущал его. Мне в этот день с каждым часом становилось хуже. И после пятой пары я не выдер­жал, взял в раздевалке куртку и пошел домой. На улице был ветерок и мне стало лучше. В этот день я пытался не принимать таблетки. Временами становилось настолько хорошо, что я готов был прыгать от счастья, а временами так плохо, что я уже не вижу смысла в жизни. Сразу охватывают страшные мысли о том, что я могу в данный день, минуту, секунду умереть.

Моя мнительность заключается в том, что я всегда искал в себе болезни. Меня бросает даже в жар, если где-то кольнет или стрельнет. Я не могу вы­пить рюмку водки, потому что думаю, что отравлюсь. Если болит живот, сразу мысли, а не аппендицит ли у меня».

После определения «мишеней» психотерапии подбираются наиболее под­ходящие когнитивно-поведенческие приемы для работы с пациентом. Пове­денческие техники используются по следующим показаниям.

1. Для уменьшения или увеличения поведенческих проявлений (уменьше­ние агрессии, приобретение навыков уверенного поведения).
2. Восполнение дефицита умений у пациентов, совладание с ситуационны­ми или межличностными проблемами. Поведенческий избыток (типа агрес­сии) может быть связан с поведенческим дефицитом, то есть у пациента отсут­ствуют определенные умения, и единственный путь получить подкрепление — девиантные действия.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и дей­ствия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие про­цедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.

Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на вне­шние события, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией.

Кроме того, одна из принципиальных задач каждой поведенческой техни­ки — изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале тера­пии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения поведен­ческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то одна из задач вы­полнена. Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитив­ных изменений.

Поведенческие приемы включаются в курс психотерапии и психопрофи­лактики. Их можно разделить на методы редукции поведения и методы, уси­ливающие поведение (табл. 3 и 4).

Методы редукции поведения

*ТаблицаЗ*

Название метода

Описание

Угашение

Смена стимула

Наказание

Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут)

Сверхкоррекция

Дифференцированное

положительное

подкрепление

Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация)

Скрытое моделирование, реципрокная ингибиция

Моделирование Ролевая игра

Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением

Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула)

Предоставление мягкого аверсивного стимула (averse — отвращение), следующего после неадекватного поведения

Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения

Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату

Подкрепляется поведение, несовместимое с демонстрируемым

Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации

Предоставление в воображении избегаемого объекта и противоположного по вызываемой эмоции

Демонстрация поведения для копирования

Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами

Методы, усиливающие поведение

*Таблица4*

|  |  |
| --- | --- |
| Название метода | Описание |
| Позитивное подкрепление | Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением |
| Негативное подкрепление | Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением |
| Планируемое игнорирование | Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения |
| Жетонная система | Подкрепляется только желаемое поведение, нежелаемое штрафуется |
| Моделирование | Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли in vivo |
| Тренинг уверенного поведения | Уверенность обладает противообусловливающим характером пассивному поведению |
| Когнитивные методы | Обучение рациональным, альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем |

Остановимся подробнее на наиболее широко распространенных поведен­ческих и когнитивных приемах.

«Постановка цели». Вначале необходимо переформулировать проблему в цель. Например, «я раздражителен» — проблема, «хочу быть спокойным, кон­тролировать себя» — цель; «я очень внушаемый» — проблема, «хочу быть кри­тичным, иметь свою точку зрения» — цель.

Модель «целеполагания» предназначена для более точной и четкой про­работки цели и последовательности шагов для ее достижения. Перед каждым человеком, подростком особенно, встают конкретные жизненные задачи, ко­торые необходимо разрешать самому. Выполнение решения возможно лишь при правильно сформулированной цели. Критериями этого могут быть сле­дующие характеристики:

* формулирование цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу);
* точное знание достигнутного результата на уровне сенсорных ощуще­ний (как я узнаю, что достиг цели? Что увижу, услышу, почувствую в этот момент?);
* ориентация на свои возможности (не ставится цель для окружающих, только для себя);
* улучшение или сохранение положительного опыта нынешнего состо­яния (достижение цели не должно ухудшать сегодняшнее состояние);
* обусловленность цели настоящим контекстом (в каких условиях цель желанна, а в каких — нет);
* экологическая чистота (реализация цели не должна наносить вред ок­ружающим или самому человеку).

Кроме того, цель должна быть: возможной (достижимой) для субъекта; практичной (глобальные цели следует разбивать на конкретно выполнимые шаги); стоящей, то есть необходимой субъекту как таковая и в ее последстви­ях.

Следующие вопросы помогают идентифицировать цель:

Чего я хочу добиться? — Результат.

Как я узнаю, что достиг цели? Свидетельства достижения на сенсорном уровне (что увижу, услышу, почувствую?) — Признаки.

Когда мне это необходимо (нежелательно)? — Условия.

Чего мне недостает, чтобы достичь цели? — Средства.

Что мешало мне достичь цели раньше? — Ограничения.

Что произойдет, если я достигну (не достигну) цели? — Последствия.

Стоит ли цель моих усилий? — Ценность.

Кибернетическая модель ТОТЕ (от англ. test-operate-test-exit — пробую- действую-пробую-выхожу) состоит из четырех конкретных шагов.

Первый шаг: проработка цели — необходимо ясно, четко представить себе результат во всех трех модальностях (вижу, слышу, чувствую).

Второй шаг: четко и ясно осознать свидетельства достижения, признаки того, что цель достигнута. Признаки могут быть внешними или внутренними.

Третий шаг: отслеживание движения к цели (признаки, указывающие, двигаюсь ли я к цели или сбился с пути?).

Четвертый шаг: коррекция (если сбился с пути к достижению к цели, не­обходимо скорректировать действия).

Техника «Шаги прогресса». Каждый участник рисует лестницу, под сту­пенями подписывают определенные периоды времени, первая ступень — «завтра», вторая ступень — «через неделю», далее — «через месяц», следу­ющая — «через год», наконец, «через три года».

Работая с лестницей прогресса, необходимо ответить на следующие воп­росы:

Как Вы узнаете завтра, что уже достигаете цели? Какой будет знак зав­тра, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос повторяется по всем перио­дам, через неделю и т. д.).

Как узнают другие завтра, что Вы достигаете цели? Какой будет знак зав­тра для других, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос также повторя­ется по всем периодам и т. д.).

Запланированные поощрения: Как я награжу себя за то, что достиг опре­деленного прогресса?

Когда кто-либо готов к выполнению изменений, тренер должен оказать конкретную помощь в планировании успеха, как выполнить желаемые из­менения.

Четкий план действий — очень полезен для человека, выполняющего из­менения, потому что:

* возможные проблемы и трудности могут быть определены заранее и мо­гут быть нейтрализованы;
* четкий план поможет обеспечить должную мотивацию, мобилизовать усилия для изменений;

Хороший план действий имеет следующие характеристики.

1. Четкость задач.

План должен быть четким — например, сокращение сигарет до опреде­ленного количества, или изменение привычек в еде строго определенным об­разом.

1. Измеримость результатов.

Результаты должны быть таковыми, чтобы их можно было проконтроли­ровать и измерить. Это поможет осознать прогресс и значительно повысить мотивацию, обеспечив ощутимое поощрение.

1. Соглашение между людьми, которые работают над этими изменениями.

Только сам человек может заставить свой план работать. Однако есть

помощники, которые могут оказывать реальную поддержку человеку в его изменениях. Важно, чтобы план самого человека направлял его к целям тем путем, который подходит его образу жизни, культуре, привычкам и устрем­лениям.

1. Реализм.
2. Врементая шкала.

Четкая шкала для подготовки к изменениям, на каждой ступени измене­ний отслеживание прогресса, — все это необходимо и самому человеку, и специалисту, помогающему ему реально оценивать процесс и знать проис­ходит ли он.

Реципрокная ингибиция. Ее механизм заключается в том, что ответ ослаб­ляется в присутствии сильного, несовместимого сигнала. Например, пациент не может быть тревожен и расслаблен одновременно. Два ответа несовмес­тимы, они не могут возникать одновременно и один уступит дорогу друго­му. К такому методу относится систематическая десенсибилизация Вольпе, а также другие приемы, использующие последовательное применение двух несовместимых сигналов.

Исторически метод десенсибилизации, предложенный Вольпе, был вторым методом, с которого началось широкое распространение поведенческой психо­терапии. Автор исходил из следующих положений. Невротическое поведение чаще всего определяется тревогой. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям человека в реальности. Воображение в состо­янии релаксации не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если в одно и то же время действуют противополож­ные стимулы, например гнев или релаксация. Происходит противообусловли­вание, угасает патологический рефлекс.

Эмоционально-стрессовыми методами работы с фобиями являются сле­дующие поведенческие техники: наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева. В настоящее время они употребляют­ся редко, в основном в практике детских психотерапевтов. При использова­нии этих приемов имеются отработанные алгоритмы. Так, например, при использовании техники наводнения существует следующая последо­вательность шагов: установление контакта и цели терапии, обоснование ее принципов, ознакомление со скрытыми уходами при тренинге, погружение в реальную ситуацию, повторные погружения в реальную ситуацию в со­ответствии с программой, закрепление позитивных стереотипов поведения.

Метод «Стоп-кран», или триада самоконтроля (применяется как сред­ство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в оста­новке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования.

Пациента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую от­рицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мыс­ли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сиг­нал психотерапевт произносит «Стоп!». Пациент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «стоп», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления слу­жит представление приятной сцены, выбранной заранее из репертуара па­циента. Когда пациент способен «видеть» и «чувствовать» положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз:

1. пациент представляет мысль, которую нужно «удалить», субвокально кри­чит «Стоп», представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) представляет приятную картину. Дома рекомендуются тренировки дваж­ды в день.

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессиру­ющая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как условие для про­ведения поведенческой психотерапии.

*Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону (короткий вариант).* Вводная инструкция. Эмоциональные переживания сопровожда­ются различной степенью напряжения мышц. При страхе, тревоге, гневе мышцы сильно напряжены. При положительных эмоциях мышцы расслаб­лены.

Занятие проводится сидя. Голова прислонена к стене, руки лежат на под­локотниках.

Вначале пациент вызывает у себя напряжение последовательно во всех группах мышц, при этом упражнения выполняются на вдохе. Пациент внуша­ет себе ощущение тепла.

Расслабление сопровождается быстрым и резким выдохом. Время макси­мального напряжения мышц 5-7 с, расслабления 30-45 с. Расслабление ирра- диирует по всему телу.

Каждое упражнение выполняется 2 раза.

1. Кисти. Максимально сжать кулаки. Представьте себе, что Вы выдавли­ваете из сжимаемой сосульки воду.
2. Мышцы рук. Руки вытянуты вперед, пальцы растопырены. Необходи­мо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.
3. Плечи. Дотянуться плечами до мочек ушей.
4. Грудь-спина. Перекрестить лопатки.
5. Стопы. Дотянуться пальцами ног до середины голени.
6. Голени, бедра. Пальцы ног фиксированы, пятки поднимаются.
7. Верхняя треть лица. Удивленное лицо, наморщить лоб.
8. Средняя треть лица. Скосить глаза, наморщить нос.
9. Нижняя треть лица. «Буратино» — отвести уголки рта «до ушей».
10. Нижняя треть лица. «Поцелуй» — губы хоботком, звук «у-тю-тю». Первые три занятия проводятся со всеми десятью группами. Потом объединя­ются 1-2, 3-4, 5-6, 7-10 группы.

Применение метода редукции поведения (систематической десенсибили­зации) в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии иллюстрирует сле­дующее наблюдение.

Миша К.,13 лет. Обратилась мать с жалобами на перепады настроения у сына, страх посещения школы, «пачкание штанишек».

Наследственность отягощена алкоголизмом по линии матери, психопа­тическими чертами характера по линии отца (дедушка умер от пневмонии, когда мальчику было 11 лет); бабушка и отец мальчика заикались, отец до 22 лет состоял на учете в психоневрологическом диспансере в связи с эпи­лепсией; требовательный, аккуратный, тревожный, контролирующий; ра­ботает часовщиком.

Родители с обеих сторон были против брака. Сначала молодожены жили со свекровью, которая работала воспитателем в детском саду. Хотела толь­ко внука («если не мальчик — выгоню из дома»).

Беременность 1-я, масса тела при рождении 4100 г, до 1 мес ребенка кор­мили из рожка, мать лечилась в больнице по поводу сепсиса. По возвращении матери сразу взял грудь. Рос спокойным. Свекровь следила, чтобы мать не да­вала ему плакать. В 11 мес показывал, что необходим горшок. Освоил навы­ки туалета к 3 годам. Речь с запозданием, на 2-м году — слова. В 1 год 7 мес воз­ник стеноз гортани, существовала угроза смерти. После выписки из больни­цы сразу заговорил и повторял стихи. В 2 года возникла трещина заднего про­хода, из-за чего стал бояться горшка. С 3 лет в течение нескольких месяцев молчал, заикался. Заикание прошло к 5 годам после занятий аутогенной тре­нировкой. Мать работала, с ребенком сидела свекровь, которая опекала его от столкновений с реальной обстановкой — «не ходи, упадешь, разобьешься». Гу­лял отдельно от детей. Основное слово у бабушки — «должен». Был послуш­ным. В течение 1 мес перед школой посещал группу общего развития, свекровь считала мальчика «недоразвитым» и боялась, что он попадет в спецшколу. К 6 годам мальчик знал много стихов, читал, считал. В школу пошел вовремя и несколько последующих дней плакал, затем «долженствование» победило. Трудности возникали в общении с детьми, особенно на переменах. До 6-го класса учился хорошо. В это время семья переехала в квартиру родителей ма­тери.

С 6-7-го класса стал больше уставать, не хотел идти в школу, впервые появились «испачканные штаны». Любил быть один, вырезал из журналов картинки, танцевал в одиночестве под старые пластинки, собирал их на по­мойке, искал их в других местах. В классе — одиночка, но его не обижали. Не любил мыть лицо. В ванной мылся только сам. Протестовал против но­вых вещей, новых мест и новых людей. В классе некоторые считали его ум­ным, но он старался избегать деятельности, связанной с коллективной ра­ботой (например, совместный доклад). В этом был схож с отцом, с ним про­водил воскресенья.

Характеристика из школы. «Мальчик очень тихий, самостоятельно ини­циативу не проявляет. Постоянно находится в состоянии тихой паники, что его могут вызвать, спросить, дать какое-либо задание. Год-два назад мог дой­ти до истерики, если ему не удавался ответ на заданный вопрос. Не смотрит собеседнику прямо в глаза, слегка отвернувшись смотрит вбок, плечи при­подняты, голова втянута. Общается с немногими одноклассниками, на пере­менах стоит около класса. На уроках физкультуры часто бывают сложнос­ти при выполнении упражнений. В этом году значительно снизилась успе­ваемость. По словам учителей-предметников, Миша успевает за счет систем­ности имеющихся знаний, но запас сейчас почти не пополняется, учиться стало труднее».

Объективно. В контакт вступает настороженно. Очень тревожен, зажат. Боится неизвестности, неопределенности. Пугается мысли, что его отрица­тельно оценят. Исполнительный. Педантичный. Интеллект соответствует воз­расту, образованию.

Результаты психологического обследования. Мальчик во время исследо­вания собственной инициативы не проявляет, не уверен в себе, чувствителен к реакции взрослого: реагирует повышением интеллектуальной продуктив­ности на элементарную поддержку, поощрение. При обследовании на пер­вый план выступает значительное снижение функциональной активности внимания: время сосредоточения в процессе конкретной деятельности сокра­щено, выявляются выраженные трудности концентрации внимания (в кор­ректурной пробе 95 ошибок при норме — до 20), обнаруживается истощае- мость психических процессов гипостенического типа. Отмечается также ос­лабление памяти (кривая запоминания — 5, 7, 7, 8, 9 слов из 10; отсроченное воспроизведение — 5 слов через 1 час).

Общий уровень интеллектуальных функций соответствует средней норме (109). Мальчику легче даются практические действия (невербальная оцен­ка — 112), в то время как при выполнении вербальных заданий испытуемый менее успешен, структура интеллекта неравномерна. Причина этого кроется в суженном словарном запасе, заниженном объеме внимания и памяти.

Цветовой тест отношений. Имеет место блокировка потребности в актив­ных действиях и агрессии (отвержение красного цвета в раскладке), отноше­ние к себе — 12 баллов, мать — 11 баллов, дедушка — 26 баллов, бабушка — 6 баллов, отец — 7 баллов, школа — 22 балла, друг — 10 баллов, семья — 7 баллов. При исследовании самооценки методом рангов себя в восьмицветной раскладке поставил на 6-е место.

Данные ЭЭГ. Регистрируются общие изменения электрической активно­сти головного мозга, указывающие на снижение функционального состояния коры и подкорково-стволовых структур. Локальные изменения по типу ос­лабления функции в подкорковых отделах правого полушария. Раздражение ствола мозга с преимущественным вовлечением центрально-теменных и ви­сочных отведений обоих полушарий. Под действием гипервентиляции эти изменения приближаются к пароксизмальным (с большей выраженностью компонентов раздражения слева). Характер выявленных изменений не ис­ключает их органическую природу (с более давним и глубоким захватом правого полушария).

Проведена когнитивно-поведенческая психотерапия. На первом занятии начато овладение методикой мышечной релаксации, упражнения рекомен­довано закрепить дома. На втором занятии пациент составил иерархию сво­их страхов.

1. Подходить к телефону, когда он звонит.
2. Разговаривать с незнакомыми людьми по телефону.
3. Звонить малознакомым людям по телефону, даже многим одноклассни­кам.
4. Спрашивать у продавца ту или иную вещь.
5. Играть с одноклассниками, кроме Павлика.
6. Разговаривать с незнакомыми людьми.
7. Поехать куда-нибудь одному на транспорте.
8. Встречаться с хулиганами, задирами.
9. Купаться в канале, плавать в бассейне.

Каждое занятие содержало в себя проработку одного из страхов в рам­ках систематической десенсибилизации по Вольпе с проверкой in vivo, рас­смотрение домашних заданий и работу с ними, стимуляцию совместной де­ятельности отца и сына, самостоятельную стирку трусов и носков, произво­дился поиск ресурсов и присоединение к будущему.

Домашние задания включали в себя следующие темы: «Как распознать, что я хочу», «Что такое удовольствие», «Моя семья». Давались совместные задания сыну и матери, например, «Как я узнаю о своих чувствах, что про­исходит в моем теле» — через ведение дневника и взаимные беседы с мате­рью. Предлагалось завести дома грушу или поролоновую подушку для от­реагирования агрессивных эмоций, которые мальчик не умел выражать.

Приводим пример домашнего сочинения мальчика.

«Живем мы в Санкт-Петербурге все вместе: я, папа, мама и бабушка с де­душкой. Мама с папой живут в одной комнате, я тоже в одной, и бабушка с дедушкой в одной. Когда я ухожу в школу, а папа с мамой на работу, бабушка закрывает за нами дверь. А потом опять идет спать. Когда я рад, у нас в се­мье все тоже радуются, когда все радуются, я тоже радуюсь. Вечером я при­хожу к маме с папой в комнату, и мы втроем смотрим телевизор. Один раз по телевизору показывали интересное кино, оно мне очень понравилось. У нас дедушка курит в туалете, и нам никому это не нравится, приходится устранять освежителем. Когда я не справляюсь с уроками, то зову маму, что­бы мне помогла. Папа приходит домой поздно вечером, усталый, раздра­жительный. И постоянно на всех злится, а потом идет смотреть телевизор до­поздна. Бабушка, когда ее обидят, промолчит, а когда дедушка на нее на­чинает кричать, то она тоже кричит, и это превращается в скандал. Один раз бабушка забыла у себя на столе свои очки, а потом спрашивает, где мои очки, а дедушка говорит: не знаю, а бабушка говорит, нет знаешь, а он гово­рит, нет, не знаю, и они начинают кричать друг на друга, а потом они ссо­рятся. Кричат и кричат, пока кто-нибудь их не успокоит. Делает это обыч­но мама, или они сами успокаиваются. Один раз это хотел сделать я, а они говорят — отстань от нас — мы сами справимся без тебя. В конце концов они успокаиваются до новой ссоры, а ссоры у них бывают частые и продол­жительные. Мне это не нравится. И поэтому я ухожу от них. Вот такая наша семья, неспокойная, но и не буйная, а средняя. Но я хотел бы жить вме­сте с мамой, папой, но не с бабушкой и дедушкой. Лучше, если бы они уеха­ли от нас в однокомнатную квартиру, а мы остались в этой квартире втро­ем».

В результате занятий энкопрез прекратился. Мальчик стал общительнее в школе, с удовольствием ходит в магазин, повысилась самостоятельность. Всего проведено 12 занятий с периодичностью 2-3 раза в месяц.

Тренинг уверенного поведения. Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с пограничными психи­ческими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя по­стоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнако­мой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое пове­дение.

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих методов: дискриминаци­онного тренинга, состоящего в обучении пациентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение (табл. 5); моделирования различных сложных ситуаций; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых являет­ся уверенное поведение; расширения признаков уверенного поведения в ре­альных жизненных обстоятельствах; знания собственных прав и прав дру­гого.

Выбор пациентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфичес­кие ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораск­рытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негатив­ный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной под­готовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6-9 занятий, про­водимых 1-2 раза в неделю по 1,5 ч.

1. е занятие включает короткую (не более 10 мин) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор 9 занятий, описывающий смысл игр и упраж­нений в общей системе когнитивной реконструкции и поведенческого моде­лирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожида­ния, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в груп­пе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

*Таблица 5*

Различие неуверенного, агрессивного и уверенного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поведение | Действие | Невербальное поведение |
| Неуверенное | Не показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. Выполнять желания каждого. Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся | Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами |
| Агрессивное | Игнорировать права других. Заставлять других чувствовать себя напряженно. Перекладывать на других ответственность. Громко говорить | Демонстрировать напряженную позу. Выдвигаться вперед. Таращить глаза. Трясти кулаками или топать ногами. Интонации голоса злые или саркастические |
| Уверенное | Заявлять свои права. Говорить четко, голос уверенный и спокойный. Уважать права других. Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите | Поза прямая. Хороший контакт глазами. Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно |

1. е занятие посвящается способам уметь говорить «нет».
2. е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрацион- ной толерантности.
3. е — обучению способам совладания со стрессом.
4. е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитив­ному мышлению.
5. е — принципам ведения спора, дискуссии.
6. 9-е — решению индивидуальных проблем.

Считается необходимым поиск альтернатив для агрессивного и пассив­ного поведения: спрашивать разрешения, делиться с другими, помогать дру­гим, вести переговоры, развивать самоконтроль, отстаивать свои права, от­казывать; обучать различным способам реакции на шутки, умению выйти из конфликта и т. д.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведе­ния, которое желательно увидеть у пациентов (положительная динамика), доступно наблюдению. В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого пациент пришел на занятия, увеличилось. Этому способствует при­менение приемов шкалирования, пространственной и графической социо­метрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показа­телей, способных отразить изменения, а также опрашивать пациентов, что удалось им приобрести в результата тренинга, а что не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те пациенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе слу­жит лишь этапом комплексной психотерапевтической программы.

Методы самоконтроля. Методы самоконтроля базируются на оперант- ном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенчес­ких приемов. Если психотерапевту удается использовать принципы теории научения для изменения поведения пациента, то можно полагать, что и сам пациент в состоянии это сделать. Таким образом, тренинг состоит из раз­личных видов поведенческой модификации, который планируется и про­водится пациентом под руководством психотерапевта. Изменения поведе­ния пациента возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятии ответственности за результат. Пациент развивает но­вые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие в его по­веденческом репертуаре. Методы самоконтроля помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повы­шать уверенность в себе, и в конечном итоге — регулировать самооценку. Методы самоконтроля условно можно разделить на методы самонаблюде­ния, самооценки (самоописания), самоподкрепления.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследо­вать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Само­наблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собствен­ные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. На­пример, мужчина, который часто агрессивен по отношению к своим близ­ким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддер­живать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент дума­ет, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить жену, а кричать на нее). В дальнейшем вместе с пси­хотерапевтом у пациента появляется возможность научиться более адап­тивным способам поведения. Самооценочный аспект тренинга способст­вует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернатив­ных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не аг­рессивно), выяснить, что другие могли чувствовать по поводу его поведе­ния, осуществлять постановку других целей. Заключительный этап тренинга самоконтроля состоит в установлении системы самоподкрепления, напри­мер, награждать себя каждый раз, когда у пациента что-то получилось хоро­шо.

Прием «шкалирования» позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у пациента иногда спонтанно воз­никает снижение тревоги. Для тех пациентов, которые воспринимают вещи как «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирова­ние чувств позволяет увеличить у пациентов дистанцию или расширить пер­спективу. Пациенты замеряют чувства или установки, используя десятичную (1-10) или стобалльную (1-100) систему измерения. Пациентам предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шка­лирования дает возможность определить установки в их жизненном контек­сте.

Так как пациенты нередко находятся на крайних позициях, любое дви­жение к средней точке имеет лечебный эффект. В когнитивной психотера­пии она нашла применение в комплексной работе с дисфункциональными мыслями, иррациональными установками (табл. 6). Проработка когнитив­ной цепочки таким образом снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональ­ных мыслей может осуществляться как на занятии с психотерапевтом, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценива­ется также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, на каком месте по уверенности Вы себя поставите), проведя замеры в начале и в конце цикла занятий.

*Таблица 6*

Ежедневная запись дисфункциональных мыслей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата Описание | Эмоции | Автоматиче­ские мысли | Рациональ­ный ответ | Исход |
| 1. Актуальное | 1. Печаль, | 1. Записать | 1. Записать | 1. Пересчи- |
| событие, | гнев, тревога | автоматиче- | рациональный | тать убежден- |
| приводящее к | и др. | скую мысль, | ответ на | ность в |
| отрицатель- | 2. Степень | предшест- | автоматиче- | автоматиче- |
| ным эмоциям | проявления | вующую | скую мысль | ской мысли |
| 2. Поток | эмоции | эмоции | 2. Шкалиро- | (0-100) |
| мыслей, | вбаллах | 2. Убежден- | вание ответа | 2. Определить |
| фантазий | (1-100) | ность в | (0-100) | и подсчитать |
|  |  | автоматиче- |  | последующую |
|  |  | ской мысли |  | эмоцию |
|  |  | (0-100) |  | (0-100) |

Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот при­ем, также называемый «что если», включает помощь пациентам в оценке пре­увеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограни­чения мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если ими опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катаст­роф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальнос­ти. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использо­вался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя выс­меянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтер­натив.

Баланс решения. Клиенту предлагается обдумать ту часть поведения, которую он собирается изменить (проблемное поведение). После чего напи­сать баланс решения, выделив все «за» и «против» нынешнего поведения для него.

«За» — причины для продолжения нынешнего образа жизни.

«Против» — причины для изменения нынешнего образа жизни.

Как известно, процесс принятия решения изменить поведение — это взве­шивание всех «за» и «против». Мотивация очень редко бывает односторонней, всегда существуют «за» и «против» нынешнего образа жизни и «за» и «про­тив» его изменения. Они могут меняться или принимать на себя приоритеты с течением времени. Увеличение количества, удельного веса «против» — клю­чевой фактор в продвижении к стадии действий и выполнения изменений.

Баланс решения действителен только в том виде, как его видит сам че­ловек. Это субъективный процесс. Другие могут иметь свою, отличную точку зрения на «за» и «против» образа этого человека. Психологу необходимо ис­пользовать метод активного слушания, чтобы убедиться, что он не навязы­вает свой баланс решения.

Ресурсные приемы. Техника «Прошлые успехи». Для выполнения этого шага необходимо нарисовать солнышко с множеством лучей (7 и более). На каждом луче солнца необходимо написать событие, связанное с прошлым ус­пехом. (Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов). Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Сначала человек ищет ус­пехи в прошлой жизни в решении подобной проблемы, проблема может быть по структуре схожей. Например, есть проблема взаимоотношения с взрослы­ми. Были ли в прошлом сходные проблемы, решались ли они тогда? Если «да», то именно эти события вписываются в солнышко в первую очередь. Во вторую очередь вписываются просто успехи, которые человек испытывал в прошлом. Вспоминание этих успехов пробуждает ресурсы, укрепляет само­оценку.

Техника «Ресурсы для достижения». Карта ресурсов выполняется по тому же шаблону. Необходимо снова нарисовать солнышко и на лучах его пропи­сать ресурсы для достижения своей цели. Ресурсы — это запас энергии, не­обходимый для осуществления цели. Ресурсом может быть источник, наполня­ющий силой, энергией, дающий уверенность, убежденность. Это могут быть определенные люди: мама, друзья и др., могут быть увлечения, хобби, приро­да. К ресурсам могут относится личные качества человека, например, упор­ство, настойчивость и др.

Техника «День независимости». «Праздник независимости» — это не ме­тафора, праздник независимости наступает тогда, когда человек избавился от проблемы, освободился от ее тягот и стал независимым от нее. Снова исполь­зуется рисунок солнца, на лучах которого необходимо написать тех людей, кто, как Вы предполагаете, оказывает Вам помощь в решении проблем. Здесь ис­пользуется прием: как если бы... Как если бы Вы уже решили проблему, кого бы Вы пригласили за праздничный стол? Именно этих людей необходимо отме­тить на лучах солнца.

Домашнее задание: «Если в лесу упало дерево, но никто об этом не зна­ет — упало ли оно?».

Дома необходимо отправить открытки всем тем, кого прописали на лу­чах солнышка. Открытка должна быть анонимной, содержать только благо­дарственную надпись : «Я благодарю Вас за то, что Вы оказали мне помощь в решении моей проблемы!».

Психотерапевтическая работа с когнитивной схемой. Превращению планов в действия отчетливо препятствуют зафиксированные правила, ир­рациональные установки, ошибки в когнитивных выводах, а также отсут­ствие правил или когнитивный дефицит (незнание своих прав, последствий своего поведения, неумение использовать альтернативы). Предложенная когнитивными психотерапевтами базовая формула (АВС) проста. Гораздо сложнее побудить пациентов приложить ее к своей жизни. Самым затруд­нительным для них является правильно определить В.

Чтобы правильно определить В, для начала пациентам важно осознать, что В обозначает множество видов внутренних процессов. Перечислим не­которые из них.

Внутренний разговор с собой.

Самоэффективность.

Восприятие.

Избирательное внимание.

Избирательное невнимание.

Атрибуции.

Ярлыки (слова и фразы).

Объяснения.

Иррациональные установки.

Когнитивные карты.

Требования к себе.

Жизненные ориентиры.

Мысленные ассоциации.

Я-концепция.

Образы.

Избирательная память.

Гештальт-паттерны.

Темы и рассказы.

Предрассудки, воображение, оценки.

Умозаключения и выводы.

Самоинструкции.

Предположения.

Внутренние сценарии.

Идеализированные когнитивные модели.

Персонализированные мифы.

Обработка информации.

Когнитивные схемы.

Гештальты.

Ведущий образ действий.

Психотерапевт может помочь пациентам понять этот длинный список терминов, пояснив, что все эти В происходят в разное время. Как в домино, каждый из этих умственных процессов запускает последующий, пока они все вместе не образуют силу, достаточную для того, чтобы вызвать определен­ную эмоцию или действие.

А — активирующее событие, или стимулы.

Вп — когниции и убеждения разных видов.

Се — эмоциональная реакция — то, что мы чувствуем.

СЬ — поведенческая реакция — то, что мы делаем.

Когнитивные искажения проявляются чаще всего в виде:

* когнитивных пробелов: «Этого я еще не пробовал!»;
* абстрактности, глобальности, сверхраспространенности: «Мир или чер­ный, или белый», «Все, что я делаю — плохо»;
* правил должествования (интроектов): «Мать должна меня содержать до 18 лет», «Я должен получить высшее образование, чтобы достигнуть по­ложения»;
* правил избегания и уклонения, указывающих на скрытые мотивы пове­дения: «В группе я не буду раскрываться»;
* правил, связанных с эмоционально-аффективным опытом: «Уже при воспоминании об экзамене у меня возникает дрожь».

Иррациональные установки нередко выполняют роль психологической защиты и препятствуют изменениям. В беседе с пациентом необходимо вникнуть в систему правил проблемного поведения, придерживаясь принци­пов позитивной трактовки симптома и поведения. Нарушения поведения (симптомы) возникают в результате собственных гипотез, нередко не имею­щих аргументов для их подтверждения. На одном из занятий необходимо вы­яснить, кто и для чего это правило создал и нет ли конфликта между прави­лами.

Самоинструкции. Мы все говорим что-либо себе. Мы даем себе приказы, указания, инструкции или информацию для решения проблем. Мейхенбаум разработал экстенсивную модель для тренировки механизмов совладания («прививка против стресса»). Согласно этой модели, человек движется от от­крытой вербализации инструкций к субвокализации и далее — к внутренне­му диалогу.

Пациент может начать с прямой вербализации, которая со временем ста­нет частью поведенческого репертуара. Пациентов обучают прямым инструк­циям, которые в ряде случаев переходят в «контринструкции» (страх, агрес­сия и другие нарушения поведения). Самоинструкции применяются с при­мерными формулами по следующим этапам.

1. Подготовка к столкновению со стрессором.

«Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим».

«Это легко сделать. Помни о чувстве юмора».

1. Реагирование во время провокации.

«Пока я сохраняю спокойствие, я контролирую ситуацию».

«Беспокойство не поможет мне в этой ситуации. Я спокоен».

1. Отражение опыта.

а) Когда конфликт неразрешим: «Забудь о трудностях. Думать об этом — только разрушать себя».

б) Когда конфликт разрешен или удалось справиться с ситуацией: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоин­струкций, методов релаксации одновременно. В этом интегрированном вари­анте пациенту предлагается на фоне релаксации в безопасной обстановке психотерапевтического кабинета использовать воображение и перенестись в ситуацию, вызывающую проблемы и сопровождающие их неприятные ощу­щения. В отличие от методики систематической десенсибилизации пациент самостоятельно последовательно преодолевает барьеры, используя релакса­цию, тренинг самоинструкций, положительное подкрепление, анализируя дисфункциональные мысли. В прямой вербализации отрицательных эмоций пациенты часто обнаруживали иррациональность собственных идей. Если фантастические последствия подтверждаются аргументами, психотерапевт работает по реалистичной оценке опасности, а пациент приобретает навы­ки совладания. Этот метод используется и у пациентов, имеющих негатив­ное отношение к гипнозу.

Проиллюстрируем вышесказанное следующим наблюдением.

Максим, 20 лет, основная проблема — страх публичного выступления. Тре­тье занятие индивидуальной психотерапии. На предыдущих встречах освоил прогрессивную мышечную релаксацию и тренинг самоинструкций. Приводим фрагмент записи диалога с психотерапевтом. Занятие проводится в состоянии релаксации с закрытыми глазами.

Психотерапевт: «Теперь представь себе, что ты идешь в аудиторию и хо­чешь сделать сообщение».

Максим: «Я это сделаю. Я еще совершенно спокоен. Нет, это не совсем вер­но».

Психотерапевт: «Опиши же это...»

Максим: «Я замечаю, что у меня начинает выступать пот... Но я хочу это выдержать. Немного страха я ведь могу выдержать».

Психотерапевт : «Хм...»

Максим: «Собственно говоря, это же ерунда так волноваться, когда я еще не вошел в институт!»

Психотерапевт: «Да, соберись спокойно с духом! Скажи же громко: важно не отступать при любом легком страхе!»

Максим: «Да...»

Психотерапевт: «Скажи это спокойно!»

Максим откашливается ...

Психотерапевт: «Ну...?!»

Максим: «Важно не увиливать сразу же. Я так или иначе должен это вы­держать. Я же хочу этого. Я ведь хочу снова говорить перед группой!». (Мак­сим открывает глаза и смотрит на психотерапевта).

Максим: «Знаете, я уже часто так говорил себе. Но всегда я оказывался слишком трусливым. В большинстве случаев я только предполагал это сде­лать...»

Психотерапевт: «Теперь ты хочешь, наконец, выдержать?!»

Максим: «Да.» (Он снова закрывает глаза. Пауза).

Максим: «Итак, я встаю с места и просто иду к доске...Странно, что я это могу сделать?!»

(Максим повторил тренировку дома, а на следующий день сделал сообще­ние на семинаре. Страх публичного выступления значительно уменьшился).

Когнитивные искажения у пациента являются ключами в работе со схе­мой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить различные дисфункци­ональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько на­правлений работы. Первое из них — это замена схемы. Если сравнить со сло­манным велосипедом, у которого колесо вышло из строя, то это замена его на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную рабо­ту. Проиллюстрируем это следующим клиническим случаем.

Иван Г., 18 лет, обратился с жалобами на неуверенность в себе, страх от­рицательной оценки, трудности установления контактов с ровесниками, тре­мор рук при волнении. Наследственность нервно-психическими расстрой­ствами не отягощена. Старший ребенок в семье. Ранний анамнез неизвестен из-за отсутствия родителей на приеме и нежелания юноши информировать их о своем обращении к специалистам. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, ревнивая, старалась всех членов семьи подчинять своей воле. Отец мягкий, самоутверждается на работе, дома следует ди­рективам супруги. В детстве уделял внимание мальчику, затем от воспита­ния устранился. Младшая сестра конкурирует с братом за внимание роди­телей.

Пациент пошел в школу с 7 лет, учился удовлетворительно. В 5-м классе подвергался насмешкам, пытался установить «границы Я», дрался с одно­классниками. Замечал, что на высоте эмоционального напряжения появлялось онемение дистальных отделов верхних конечностей («не чувствовал удара ку­лака»). К 9-му классу нарастала неуверенность в своих силах, страх оценки, в 10-м классе появилось дрожание рук при волнении.

Впервые обратился к психотерапевту по поводу вышеописанных жалоб в 17 лет. Получил 10 сеансов гипнотерапии без существенного улучшения. Хотел поступить в медицинский институт, но из-за мнения репетитора («Слабо знаешь химию — не поступишь!») отказался от этой идеи и выдер­жал конкурс в технологический институт. В связи с ухудшением состояния вновь обратился к психотерапевту.

Неврологический статус: определяется легкий мелкоразмашистый тре­мор верхних конечностей, стойкий красный дермографизм.

Психический статус: сразу же согласился на встречу с клиническими орди­наторами. Подробно и с удовольствием отвечает на вопросы, детализирован- но излагает факты анамнеза. Фон настроения не снижен. Несмотря на неболь­шое смущение, внимание к себе ценит. Мышление по темпу не изменено, зас­тревает на деталях. Предъявляет множество усвоенных без критики правил, норм жизни, обижен на родителей. Самооценка неустойчивая. Втайне мечта­ет о власти над людьми, критика к своему состоянию имеется. Мотивирован на проведение групповой психотерапии. Уровень мотивации высокий. Свою цель сформулировал как желание разобраться в себе.

С помощью методики IBT (тест иррациональных установок) выявлены следующие искажения в когнитивной сфере: высокий уровень ожиданий от себя, тревожная сверхозабоченность в отношении будущих событий, должен­ствование. Вырисовывается невротический конфликт типа «хочу и не имею права», который поддерживает симптом. Пациенту было предложено пройти групповую психотерапию.

Динамическое наблюдение в процессе групповой психотерапии. Страх от­рицательной оценки в основном со стороны старших по возрасту. Играет роль жертвы, при этом испытывает удовольствие («могу перетерпеть боль, унижение»), помогающая ему утвердиться в роли стоика. Застревает на вы­водах, которые сам делает в отношении себя («Наверное, меня в группе не поймут»). На одном занятии был растерян, затем активно включился в ра­боту группы, уменьшилась фиксация только на своих проблемах, стал по­могать другим участникам. В процессе психотерапии была подвергнута кри­тике старая система установок («разрушили мою крепость»), начато по­строение новой схемы в последующей индивидуальной когнитивно-поведен­ческой психотерапии. Процесс психотерапии занял в общей сложности 36 часов.

Катамнез через 1 год. Тремор рук отсутствует, фон настроения ровный. Забрал документы из технологического института и поступил в универси­тет.

Другая возможность — модификация схемы. Она включает небольшие из­менения в поведенческом репертуаре. Если сравнить это вновь со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему.

И, наконец, третье направление — реинтерпретация схемы. Она включа­ет помощь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психо­терапевт совместно с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружа­ющим миром, в том числе помогает в выборе профессии. Например, если у па­циента имеется потребность в ограничении контактов с людьми, а предшеству­ющая психотерапевтическая работа дала незначительные результаты, можно посоветовать ему выбор профессии, где его потребность будет удовлетворена. В реинтерпретации схемы могут оказать помощь многие описанные выше ког­нитивные приемы, включая парадоксальные методы.

В процессе психотерапевтической работы старые (иррациональные) пра­вила вычеркиваются и заменяются другими — позитивными (рациональны­ми).

Суммируя все вышеуказанное, необходимо еще раз отметить, что совре­менная поведенческая психотерапия, подчеркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими, обогащает­ся приемами других направлений, таких как экспериментальная, социальная и возрастная психология. Важность «случайных событий», промежуточных переменных, расположенных между стимулом и реакцией, когнитивной со­ставляющей поведения признается всеми исследователями. В последние годы это направление психотерапии абсорбирует также положения теории пере­работки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники поведенческой пси­хотерапии и сегодня точнее было бы говорить о когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивная психотерапия. Основные положения когнитивной психоте­рапии были сформулированы Беком независимо от Эллиса, который в 50-е годы разработал метод рационально-эмоциональной психотерапии. Как самостоятельный метод когнитивная психотерапия сформировалась уже по­зднее — в 60-е годы Этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуаль­ными когнитивными навыками, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когни- ция).

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 человека, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схе­ма взаимодействия окружения и индивида представляется в виде S — 0 — R (стимул — реакция с промежуточной переменной О, включающей прежде всего когнитивную переработку воспринятого). Когнитивная психотерапия исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под аберрацией мышления Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпрета­ция), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когни- ции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следова­тельно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому целью метода явля­ется исправление неадекватных когниций. Считается весьма желательным максимальное использование опыта пациента в позитивном решении жиз­ненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Бек сравнивал работу, которую проводит когнитивный психотерапевт, с коррекцией двигательного стереотипа при игре на музыкальном инструмен­те. Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными — таковы главные задачи.

Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Она предполагает взаимное со­трудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близ­ких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале дос­тичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, под­лежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительнос­ти лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем принять базисное положение метода о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызвавшие их идеи». Ус­тановление контакта может начаться с принятия психотерапевтом некото­рых представлений пациента о болезни с постепенным переводом его на по­зиции когнитивной психотерапии. Слепое следование за психотерапевтом и повышенный скептицизм — два полюса негативного отношения к предстоя­щему лечению. Поэтому приведение подобных позиций к центру — залог ус­пешности психотерапии.

Важная задача начального этапа — сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмоциональным проблемам. При этом достигается укрупнение мише­ней психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения про­блем является идентификация первого звена в цепи симптомов, который и запускает всю цепь, что иногда приводит к выходу на перцептивный уро­вень.

Следующий этап — осознание, вербализация неадаптивных когниций, ис­кажающих восприятие реальности. Для этого может быть использовано не­сколько приемов, например экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях когнитивной психотерапии с обращением особого внимания на необходимость проведения различий между объективной (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Уровень субъективного восприятия зависит от ког­нитивных процессов и связан с интерпретацией — обработкой сигналов пер­вого уровня. На этом уровне могут быть значительные искажения из-за сбо­ев, ошибок когнитивных процессов, из-за автоматически включающихся оце­ночных когниций - неадаптивных правил. Экспериментальный метод пред­полагает погружение пациента в значимые ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь», в присутствии психотерапевта. Обращение внимания паци­ента на параллельно текущий поток мыслей в такой ситуации, вербализация этих мыслей обучают пациента методике последовательного анализа своего восприятия объекта или события. Распознавание неадаптивных когниций может быть облегчено с помощью приема коллекционирования автоматичес­ких мыслей. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющей реше­ние какой-либо проблемы. Пациенту предлагается сосредоточиваться на мыс­лях или образах, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации или сход­ных с ней. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автомати­ческих мыслей». Они возникают без какого-либо предварительного рассужде­ния, рефлекторно, и для пациента всегда имеют характер правдоподобных, вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Сфокусировав­шись на них, пациент может распознать их и зафиксировать. Обычно в зна­чимой, проблемной ситуации эти мысли осознаются с трудом, например у лиц, страдающих фобиями. Опознание их облегчается при реальном приближении к такой ситуации. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, осуществить «коллекционирование» их, а впос­ледствии вместо сокращенного, как в телеграмме, варианта, представить его в более развернутом виде.

Метод «заполнения пустот» используется, когда уровень испытываемых эмоций или симптомов носит умеренный характер и когниции, сопровожда­ющие их, недостаточно оформлены, нечетки. В этом случае используется схе­ма анализа, предложенная Эллисом, и названная им схемой А, В, С. Паци­ент обучается наблюдать за последовательностью внешних событий (А) и реакцией на них (С). Последовательность становится ясной, если пациент за­полняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном меж­ду А и С, то есть обозначит В. Это мысли или образы, возникавшие в этот промежуток и делающие понятной связь между А и С. Следует вновь подчер­кнуть, что в когнитивной психотерапии признается существование неадап­тивных когниций как в образной, так и в вербальной форме.

После этапа обучения пациента умению идентифицировать свои неадап­тивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением.

Больной рассматривает свои неадаптивные когниции, как обособленные от реальности психологические явления. Отдаление повышает способность пациента проводить разграничение между мнением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), развивает умение осу­ществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. Прием обоснования, доказательства реальности своих автоматических мыслей больным психотерапевту облегчает дистанцирование от них пациен­та, формирует у него навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе отдаления пациенту становится более ясным путь искажения восприятия со­бытия.

Следующий этап условно получил название этапа изменения правил ре­гуляции поведения. Согласно когнитивной психотерапии люди для регуля­ции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обо­значение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходи­мо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, менее персо­нифицированными, более гибкими, больше учитывающими реальность. Со­держание правил регуляции поведения центрируется вокруг двух основных параметров: опасности — безопасности и боли — удовольствия. Ось опасно­сти — безопасности включает события, связанные с физическим, психологи­ческим или психосоциальным риском. Хорошо адаптированный человек об­ладает достаточно гибким набором точных правил, позволяющим соотносить их с ситуацией, интерпретировать и оценивать имеющуюся степень риска. В ситуациях физического риска показатели последнего могут быть достаточ­но верифицированы по одному или нескольким характеристикам. В ситуа­циях психологической или психосоциальной угрозы верификация таких по­казателей затруднена. Например, человек, руководствующийся правилом «Будет ужасно, если я окажусь не на высоте», испытывает трудности в об­щении из-за неясного определения понятия «быть на высоте», и с этой же неопределенностью связана его оценка эффективности своих взаимодействий с партнером. Свои предположения о неудаче пациент проецирует на воспри­ятие его другими. Все приемы изменения правил, имеющих отношение к оси опасности — безопасности, сводятся к восстановлению у пациента контакта с избегаемой ситуацией. Такой контакт может быть восстановлен при погру­жении в ситуацию в воображении, на уровне реального действия с четкой вербализацией новых правил регуляции, позволяющих испытывать умерен­ный уровень эмоций.

Правила, центрированные вокруг оси боли — удовольствия, приводят к ги­пертрофированному преследованию определенных целей в ущерб другим. На­пример, человек, следующий правилу «Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменитым», обрекает себя на игнорирование других сфер своих от­ношений в угоду рабскому следованию этому правилу. После выявления та­ких позиций врач-психотерапевт помогает пациенту осознать ущербность по­добных правил, их саморазрушающий характер, объясняет, что больной был бы счастливее и меньше страдал, если бы руководствовался более реалисти­ческими правилами. Задача психотерапевта — помочь пациенту самому их найти. С ними тесно связаны правила, относящиеся к долженствованию (име­ющие характер «тирании необходимости», по Хорни). Понимание общей стра­тегии помогает избежать ненужных шагов при работе с пациентом. Этап са­монаблюдения больного должен носить достаточный, но не избыточный ха­рактер и иметь своей целью обнаружение искажений, самозапретов, самопо­рицаний, установление всего диапазона правил, объясняющих появление со­ответствующей симптоматики, вызвавшей обращение пациента.

Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение видеть в мыс­лях гипотезы, а не факты, проверка их истинности, замена их новыми, более гибкими правилами — следующие этапы когнитивной психотерапии. Внача­ле желательно использовать навыки продуктивного решения проблем паци­ентом в других сферах, а затем уже генерализовать эти навыки в проблемную сферу. Выделение этапов работы с пациентом допускает применение несколь­ких приемов, в том числе из других систем психотерапии, если они направле­ны на достижение той же цели.

**Бек Аарон родился в 1921 г. в Провиденсе, штат Родайленд, США, в се­мье украинских эмигрантов. В школе проявлял незаурядные способности к академическим наукам. Окончил университет Брауна и Йельскую медицин­скую школу. Изначально его привлекала неврология, но во время резиден­туры он перешел в психиатрию. Исследуя психоаналитическую теорию деп­рессий и будучи неудовлетворенным теорией Фрейда, начал разработку собственного подхода к депрессиям и их лечению. Вместо поиска бессозна­тельной мотивации объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости. При депрессии когниции (мысли и образы) имеют склонность становиться негативными. Индивид видит себя неудачником, мир карающим, а будущее бледным и даже безнадежным. Так зародилась когнитивная модель депрессии, а терапия, сфокусированная на этих когни­тивных процессах, зарекомендовала себя как высокоэффективный психоте­рапевтический метод.**

**Основные труды: «Депрессия: клинические, экспериментальные и тео­ретические аспекты» (1967), «Краткосрочная психотерапия» (1974), «Ког­нитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976), «Когнитивная те­рапия депрессий» (с соавт.) (1981), «Когнитивная терапия и личностные расстройства» (1990).**

Рационально-эмоциональная психотерапия. Один из двух основных методов когнитивной психотерапии, разработанных Эллисом в 50-е годы. В этом методе выделяется 3 ведущих психологических аспекта психического функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивал необходимость дифференцировать 2 типа когниций. Дескрип­тивные когниции содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реаль­ности. Оценочные когниции отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин belief — убеждение, вера (В). Пред­полагается, что дескриптивные когниции соединены с оценочными когниция- ми связями разной степени жесткости. Не объективные события сами по себе вызывают позитивные или негативные эмоции, а оценка, наше внутреннее восприятие их. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого. Рас­стройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов яв­ляются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких как сверхгене­рализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когни­тивной сфере Эллис назвал иррациональными установками (IB).

С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными 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 его целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниций (RB), которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система но­сит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение оп­ределенного развития события, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захваты­вают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препят­ствуют достижению целей.

Возникновение психологических проблем у пациента связано с функцио­нированием иррациональных установок. Однако рационально-эмоциональная психотерапия сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем.

Работа психотерапевта, придерживающегося этого метода, сводится снача­ла к опознанию иррациональных установок, затем к конфронтации с ними и пересмотру их, закреплению функционирования рациональных (гибких) ус­тановок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризу­ется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсив­ности и длительности негативных его проявлений.

Данный метод показан прежде всего пациентам, способным к интроспек­ции, анализу своих мыслей. Предполагается активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального диском­форта).

Начало работы включает информирование пациента о «философии» ме­тода (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком: Ао — Ас — В (включающая как RB, так и IB) — С, где Ао — объективное событие (описан­ное группой наблюдателей), Ас — субъективно воспринятое событие (описан­ное пациентом), В — система оценки пациента, предопределяющая, какие па­раметры объективного события будут восприняты и будут значимы, С — эмо­циональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

Цель этого метода — перевод пациента в проблемной ситуации с ирраци­ональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С. Первый этап — кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вы-звавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личнос­тная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотера­пии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изме­нение его самого (например, переход на новую работу при наличии неразре­шимого конфликта с начальником), а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае паци­ент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

Следующий этап — идентификация следствий (С), прежде всего аффек­тивных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмо­ции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и не­которых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и верба­лизация испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у дру­гих — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенчес­ких стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может ис­казить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов.

Наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе па­циента о событии и предоставление обратной связи психотерапевтом, гово­рящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала гештальт-терапии (усиление отдельных экспрессивно­моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вер­бализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с собы­тием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с про­екцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др.

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. 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. Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархичес­кой зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию инди­вида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также не­обходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, кото­рая в последующем может быть расширена.

Следующий этап — реконструкция иррациональных установок. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может про­текать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия. Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимос­ти сохранения ее в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода до­казательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия со­хранения данной установки. Использование приемов вспомогательного мо­делирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они име­ли бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые ра­циональные установки. При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых ус­тановок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффек­тивно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном вооб­ражении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно ок­рашенной эмоцией. Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на ког­нитивном уровне и в воображении. Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает систе­матическую десенсибилизацию (постепенное приближение к реальной ситу­ации опасности с осознанием включения иррациональной установки, тормо­жение ее реализации в поведении, использование для описания ситуации других рациональных установок).

Важным элементом данного варианта психотерапии являются домашние задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

Нейролингвистическое программирование. Модель человеческих комму­никаций и поведения, которая может быть эффективно использована для орга­низации или описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менедж­менте с целью их оптимизации. В психотерапии считается современным на­правлением постэриксоновской психотерапии (эриксоновский гипноз, пози­тивная психотерапия), разрабатываемой с начала 70-х годов американцами Гриндером и Бендлером (лингвистом и математиком по базисному образова­нию) и их последователями.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) базируется на ряде ис­точников: 1) на изучении и анализе практики М. Эриксона, Сатир, Перлса и других представителей американской психотерапии; 2) на современных данных о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информа­ции правым и левым полушариями; работах Бейтсона, посвященных одно­му из вариантов эпистемологии — «экологии разума»; 3) на трансформаци­онной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, пра­вила организации и трансформации сообщения; 4) на исследованиях кибер­нетики 50—60-х годов, стирающих границы между искусственным и есте­ственным интеллектом; на теории логических типов Рассела. Таким образом,

НЛП является психотерапевтической концепцией необихевиористской ори­ентации.

Базисные постулаты НЛП можно сформулировать следующим образом.

1. Человеческий организм, мозг подобны компьютеру, использующему для управления поведением специфические программы — закономерности в опи­сании и воспроизводстве опыта. Помимо генетического программирования, формирование «программ» — стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления опыта проживания различных жизненных ситуаций, взаимодействия с другими людьми, самопрограммиро­вания и преодоления стрессовых ситуаций и переживаний. В формировании программ большое значение имеют трансовые состояния сознания, которые понимаются просто как другие состояния сознания по сравнению с обычны­ми.
2. Усвоение опыта и самопрограммирование осуществляется специальным способом с помощью различных по модальности образов (модальности связа­ны с различными органами и системами чувств и в соответствии с этим опыт может быть записан и воспроизведен в виде визуальных средств — визуаль­ные образы, аудиальных — образы звуков, кинестетических — различные те­лесные чувства и ощущения).
3. Большая часть «программы» не осознается, но предъявляется в речи, поскольку отражена в глубинных речевых структурах, а также в невербаль­ных проявлениях - в невербальном языке. Важную информацию «програм­мы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправлен­но сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формаль­ные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в от­вете человека.
4. Все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, веро­ятно, имеют и в настоящем адаптивные функции. В этом смысле все чело­веческие проявления рассматриваются с позиции «утилизации», то есть все они отражают успешность каких-либо действий. Для устранения симптомов возможно «перепрограммирование» (точнее — самоперепрограммирование) человека на новые, более адаптивные, в смысле более желательные для него стереотипы на основе учета особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента.
5. НЛП акцентирует внимание на «подстройке» к пациенту и эффектив­ных технологиях взаимодействия с ним (а не на концептуальных основани­ях или эмпатических взаимоотношениях с пациентом, что характерно для психодинамического или гуманистического направления). Такая «техноло­гическая» ориентация сочетается с бережным вниманием к самоценности че­ловека и соблюдением принципов внутренней (все изменения не должны вступать в противоречия с другим внутренним опытом) и внешней (все из­менения не должны вредить человеку при взаимодействии с другими людьми) экологии.

В НЛП разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения метамодели, ведущие реп­резентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да — нет», «конгруэнтность — ин- конгруэнтность», «проблема — ресурс» и поверхностных коррелятов глубин­ных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму присоединения к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и калибровки поведенческих стереотипов, в том числе глазодвигательных сигналов.

При калибровке невербальных проявлений особое значение уделяется ин­дивидуальному языку конкретного человека. Психотерапевт, руководствуясь общими правилами наблюдения (учитываются типичные незначительные ми­мические реакции, ритмы дыхания, речи, пантомимика, цвет кожных покро­вов), составляет представление о том, как, например. в невербальном языке проявляются воспоминания о проблемной ситуации.

При анализе глазодвигательных сигналов считается важным направление движения глаз во время коммуникации и считается, что у большинства людей (правое направление — будущее, левое — прошлое) направление глаз вверх оз­начает генерирование визуальных образов, среднее положение — аудиальных, а нижнее — кинестетических образов. У каждого человека значение глазодви­гательных реакций уточняется специально.

Представленная схема отражает пространственную проекцию репрезента­тивных систем на поле зрения человека. Так, быстрые нистагмоидные движе­ния глазных яблок влево—вверх указывают на репрезентацию визуальных воспоминаний. Можно предположить, что подобная проекция глазодвигатель­ных сигналов отражает и мозговую архитектонику. Помимо приведенной ти­пичной пространственной структуры, могут встречаться и индивидуальные от­личия. В любом случае в работе с пациентом рекомендуется калибровка инди­видуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки ин­формации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим от­слеживанием поведенческих и глазодвигательных реакций. Тест-вопрос, адресованный визуальной памяти, может быть сформулирован так: «Какого цвета были...?»; при уточнении аудиальной модальности вопрос формулирует­ся так: «Как звучал ...?»; на выявление проекции внутреннего диалога: «Что вы себе обычно говорите, когда довольны собой?»; при уточнении кинестетических явлений: «Какие ощущения были, когда.?» и т. п.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в при­еме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполага­ющие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Паци­ент может говорить или молчать, в любом случае внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный психотерапевт, владеющий НЛП (НЛП-программист, НЛП-коммуникатор), вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и считывает до 3 десятков стандартных телесных ответов «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подергивание щеки или стопы и др.). Аналогичным образом калиброваться могут многие семан­тические структуры, преимущественно дихотомического характера («мужчи­на — женщина», «толстый — тонкий»), что позволяет целенаправленно вме­шиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербаль­ные сигналы. Привлечение в диагностику невербальных компонентов семан­тики позволяет с помощью НЛП в некоторых случаях проводить вмешатель­ство, не интересуясь содержанием переживаний.

Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на следую­щем алгоритме: 1. Присоединение и создание особого взаимодействия меж­ду пациентом и психотерапевтом — «раппорта». 2. Выявление («идентифи­кация») проблемного состояния, то есть такого опыта. который повторяет­ся и воспринимается пациентом как проблема. 3. Выявление («идентифика­ция») ресурса — такого опыта самого пациента, который желателен в этой ситуации или этой группе ситуаций. 4. «Интеграция» проблема-ресурс, смысл которого не замена одного опыта другим, а создание дополнительно­го выбора поведения в проблемной ситуации и возможности пациента при желании поступать, вести и проявлять себя по-иному. В терапии часто ис­пользуются трансовые техники.

При планировании терапевтических изменений обязательно учитывается «уровень нарушений» — «уровень проблемы». Выделяется несколько уров­ней от более простого — типичная проблема в типичной ситуации, до наи­более сложного — нарушение «самости». Каждому уровню нарушений соот- вествует уровень сложности терапевтических техник.

Применяются и описаны простые методики способа интеграции ресур­са и проблемы, якорные техники, методики «взмаха»; более сложными яв­ляются различные виды рефреминга, сложные техники, перестраивающие поведенческие паттерны с использованием аудиально-кинестетической и ви­зуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории, измене­ния критерия значимости, работа с линиями времени и др.

Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман. Этот метод представляет собой краткосрочный вариант психотерапии (10-12 занятий 1-2 раза в неделю), был разработан Клерманом и Вейссман в конце 60-х го­дов для лечения больных депрессией и с самого начала ориентирован на ре­шение проблем, возникающих именно у этой категории пациентов. Целью ав­торов было не создание той или иной теоретической концепции лечения, а раз­работка максимально эффективного практического метода психотерапии деп­рессивных больных.

Отправной точкой создания и совершенствования интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман явилась констатация того факта, что депрессии чаще всего возникают вследствие неблагоприятных изменений в межличностной сфере и ближайшем окружении пациентов, например при утрате близкого родственника или в результате конфликта с окружающи­ми. Психотерапия направлена главным образом на изменение межличнос­тного контекста депрессивной симптоматики. Авторы признают важную роль личности больного в возникновении депрессии, однако считают улуч­шение социального статуса пациента и опосредованное влияние на клини­ку заболевания более перспективным, чем изменение достаточно устойчи­вых и мало поддающихся трансформации личностных характеристик боль­ного. Особое внимание к межличностному окружению больного депресси­ей появилось после создания А. Майером в 1957 г. психобиологической кон­цепции психических расстройств, согласно которой межличностное окружение является весьма значимой стороной жизни любого человека, а психическое расстройство рассматривается как патологический способ при­способления индивида к требованиям конкретных окружающих. Эта кон­цепция перекликается с идеей Салливана об исключительном значении межличностных отношений как важнейшей составной части психотерапии. Но прямой связи с учением Салливана интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман не имеет и принципиально отличается от психоди­намической психотерапии.

В интерперсональной психотерапии исследуется не прошлое пациента, а его актуальные межличностные контакты, связи и их характер. Прошлое также изучается и учитывается, но лишь постольку, поскольку оно помога­ет понять актуальные образцы взаимоотношений больного с другими людь­ми. Психотерапия направлена не на осознание своих ошибок в прошлом, а на их преодоление в настоящем, не на исследование интрапсихических явле­ний (природа конфликтов, защитные механизмы), а на анализ конкретного межличностного настоящего больного, характер протекания межличностных отношений в период проявления депрессивной симптоматики. Взаимоотно­шения между психотерапевтом и пациентом не фокусируются на переносе. Психотерапевт выступает не в роли нейтрального наблюдателя, а в роли за­щитника и адвоката больного. Он активно ведет пациента, руководит им, ободряет и поддерживает его. Отношения «психотерапевт-пациент» учиты­вают реальную ситуацию и служат решению конкретных проблем. При этом больной не должен слишком зависеть от психотерапевта или заметно усту­пать ему в интеллектуальном и волевом аспектах. Только в тех случаях, ког­да поведение пациента по отношению к психотерапевту начинает отрица­тельно влиять на ход лечения, об этом следует поговорить с ним.

Психотерапия с помощью данного метода ограничена известным периодом времени и четко структурирована по своему содержанию. На начальной ста­дии проводится точная диагностика и выясняется природа депрессивной сим­птоматики в связи с нарушением межличностных отношений пациента. На этом этапе больной получает подробные сведения о симптоматике, клиничес­ком течении и прогнозе депрессий. Психотерапевт разъясняет ему смысл по­нятий, относящихся к обсуждаемой проблематике, формулирует цели и опре­деляет сроки лечения, частоту курсов и при необходимости применяет сопут­ствующую медикаментозную терапию. Эта стадия носит ярко выраженный обучающий характер. Основная, вторая, стадия концентрируется на одном или нескольких направлениях, относящихся к 4 наиболее важным проблемам, стоящим перед больным:

1. «реакция утраты» (пациенты с реакциями на потерю близких, родных, любимых людей);
2. «межличностные конфликты» (разногласия между супругами, с люби­мым человеком, детьми, родителями, членами семьи близкого человека, друзь­ями, сотрудниками и т. д.);
3. «смена социальной роли» (новая работа, развод, уход из семьи, смена школы, поступление в институт, переезд в новый дом, экономические или дру­гие перемены в семье и другие варианты смены социальной роли);
4. «межличностный дефицит» — проблемная зона одиноких и социально изолированных людей («социальное одиночество»).

Эти проблемные зоны могут существовать и часто существуют одновре­менно. На этой стадии, за счет длительного изучения психологических особен­ностей каждой проблемной зоны, разрабатывается структурированный план психотерапевтических мероприятий. В третьей, заключительной фазе лечения обсуждается завершение терапевтических отношений с признанием того, что завершение — это «время огорчения», ценности и убеждения генерализуются на поведенческий опыт пациента, на уровень его взаимодействия с внешним окружением.

Психотерапия направлена на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми, для чего психотерапевт пользуется все­ми подходящими для этого способами. К ним относятся: построение (вместе с больным) лучшей, скорректированной с учетом требований окружающих мо­дели коммуникативного поведения; разработка новых стратегий решения про­блем, возникающих у больного, и выработка умений более успешно преодоле­вать стрессовые ситуации в межличностном общении; преодоление устаревших схем и стереотипов во взаимоотношениях, не соответствующих изменившим­ся требованиям окружающих и возможностям пациента; активный отказ от этих устаревших схем в пользу новых и усвоение более адаптивных способов взаимоотношений с окружающими и т. п.

В последнее время отмечаются попытки применения данного метода пси­хотерапии (после соответствующей модификации) при лечении других забо­леваний, помимо депрессии. Метод уже используется при расстройствах личности и анорексии. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейс- сман применяется также в межличностной программе консультаций паци­ентов в общемедицинской практике и в оказании консультативной пси­хотерапевтической помощи пациентам, жалующимся на симптомы страха и тревоги либо обращающимся к психотерапевту по поводу обычных жизнен­ных ситуаций и неурядиц. Речь идет об очень непродолжительном вмеша­тельстве (не более 6 получасовых консультаций), которое задумано так, что эти консультации могут проводить врачи общей практики после соответ­ствующей подготовки.

Прагматическая направленность интерперсональной психотерапии Клер- мана и Вейссман проявляется также в непривычном для психотерапевтов не­предвзятом отношении к медикаментозной терапии. При ее проведении ста­ло скорее правилом, чем исключением, применение антидепрессантов наряду и параллельно с психотерапией. Эта комбинированная терапия базируется на результатах исследований, определивших условия, при которых показано и даже необходимо проводить параллельное медикаментозное лечение.

В то же время, несмотря на то, что традиционно приоритет в лечении по­граничных заболеваний отдается психотерапевтическим методам и подчерки­вается второстепенное значение медикаментозной коррекции психогенных расстройств, проблема адекватной и краткосрочной психотерапии примени­тельно к отдельным категориям психически больных остается актуальной. Со­ответственно, важным является вопрос внедрения в нашей стране новых ме­тодов, хорошо зарекомендовавших себя в мировой психотерапевтической практике.

Ниже в качестве иллюстрации приведена техника работы с больными с пролонгированной депрессивной реакцией вследствие потери близкого чело­века (реакция утраты, по Маковенко).

После диагностики главная задача психотерапии — помочь пациенту по­нять и принять то, что произошло, оценить реалистично значимость и важ­ность потери с целью освобождения от зависимости и «преданности» к поте­рянному человеку.

Только после этого пациент может стать свободным и развивать новые отношения в реальной жизни. С момента начала рассказа о значимой поте­ре начинает действовать принцип «настоящего времени» — все описывается в настоящем времени и от себя лично, что помогает пациенту осуществить воспоминания о потере и проявить эмоции, которые относятся к отношениям пациента с потерянным человеком. Неадекватные реакции печали часто свя­заны с утратой социальной поддержки как в момент потери, так и в после­дующие месяцы. Пациент либо просто был «лишен» возможности выразить свои чувства по поводу потери искренне, либо степень его близости с окру­жением «не позволяла» ему это сделать в момент потери и после нее, что в значительной степени замедлило естественный ход реакции печали. Во вре­мя психотерапии пациент еще раз «проживает» то время, но пользуется со­циальной поддержкой, принятием, пониманием психотерапевта.

Ухудшение состояния на этой стадии связано с отреагированием и осозна­нием смешанных, неприятных и нередко агрессивных чувств, сама мысль о ко­торых очень часто вызывает протест и даже гнев. Кроме того, осознание со­провождается ослаблением психологической защиты, которая «скрывает» бо­лезненные переживания.

Типична структура переживаний, которые наблюдаются у пациентов:

1. страх перед повторением событий даже в мыслях;
2. стыд за свою беспомощность отложить или предотвратить событие;
3. ярость, гнев, направленные на человека, который является «причиной» события (на потерянного человека);
4. чувство вины или стыда за агрессивные побуждения или пагубные фан­тазии;
5. чувство вины «за то, что остался жив; умер близкий человек, а ты нет»;
6. чувство отождествления и соединения с жертвой;
7. печаль в отношении потери.

Часто пациенты демонстрируют желание выразить злость или враждеб­ность по отношению к умершему, которые возникают благодаря чувству «брошенности». В этих случаях психотерапевт «подталкивает» больных к выражению своих чувств, поощряя их. С другой стороны, слишком быст­рое проявление этих чувств усиливает ощущение вины. Поэтому выраже­ние их возможно при устойчивом психотерапевтическом союзе в средин­ной фазе лечения, иначе у больного может возникнуть желание не продол­жать психотерапию.

В связи с тем, что заполнению «пустого места», оставшегося после поте­ри значимого человека, в концепции интерперсональной психотерапии Клер- мана и Вейссман придается большое значение, усилия врачей после прохож­дения вышеописанных этапов сосредоточиваются на поведении человека. Па­циенты, у которых круг общения до потери значимого человека был доста­точно велик, как правило, активно включаются в социальную жизнь — в ра­боту, начинают посещать старых друзей и заводить новые знакомства. В от­ношении других психотерапевт должен занимать активную позицию, помо­гая найти наиболее приемлемые альтернативные пути (свидания, клубы по интересам, курсы, работа), которые «втягивают» человека в среду общения с другими людьми. Тщательно оговаривается время завершения лечения (уже с 5-7-й встречи), подчеркивается достигнутое.

Особенности взаимодействия пациент-психотерапевт при пролонгиро­ванных депрессивных реакциях в интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман. Ряд трудностей, которые возникают в ходе работы с пациента­ми основной группы, объясняются влиянием социальных, культурных, се­мейных паттернов межличностного взаимодействия, особенностями лич­ности пациента и психотерапевта, их представлениями о характере этих отношений. Часто от успешного преодоления этих трудностей зависит ре­зультат лечебного взаимодействия и сам факт продолжения психотера­пии.

1. Попытки пациента сделать фигуру психотерапевта более близкой, чем друзья, члены семьи. Подобная ситуация наиболее часто возникает у пациен­тов с плохой социальной поддержкой семьи, друзей, коллег по работе и др. Прояснение того факта, что жизнь пациента находится за пределами психо­терапевтических отношений, зачастую болезненно, но необходимо. Нахожде­ние способов открытого, близкого и доверительного общения с людьми из ближайшего окружения пациента, преодоление страхов перед таким общени­ем становится одной из задач лечения.
2. Пациент рассматривает лечение как поражение, как признак своей несо­стоятельности. Влияние менталитета, культурных и социальных стереотипов достаточно сильно — самыми значимыми страхами являются боязнь огласки, мнимый факт ущербности. Без преодоления этих убеждений спектр трудно­стей психотерапии простирается от идей вины до «соревновательного доказа­тельства своей нормальности», что часто выражается в усугублении попыток нормализовать свое состояние привычными способами — алкоголь, еда, раз­влечения, избегание ситуаций в форме «отдыха» в другом месте и т. д. Осоз­нание этого, наряду с представлением о том, что поиск лечения — самое муд­рое решение в таких обстоятельствах, направленное на взятие проблемы «под контроль», поиск активного решения, а не бегства, как было до сих пор, явля­ются важными вехами в преодолении этих трудностей.
3. Трудности, возникающие во взаимодействии с пациентами, у которых стрессовый фактор носит хронический характер. У части пациентов имеют­ся объективные трудности по преодолению дезадаптирующей, стрессовой си­туации — реальные проблемы со сменой социальной роли (поиск новой рабо­ты, получение образования, нерешенность жилищного вопроса, низкий уро­вень финансовых и социальных возможностей). Это приводит к хронизации стрессовых влияний и к трудностям их преодоления. Необходимость принятия ответственности за решение этих вопросов с последующей переработкой име­ющихся трудностей, урегулирование внутренних конфликтов — таковы этапы работы с этими трудностями.
4. Пациент рассматривает текущее состояние как неизлечимое. Уменьше­ние социальной продуктивности, плохое самочувствие, отсутствие улучшения после первых встреч иногда рассматривается как признак неизлечимости. Подробное объяснение закономерностей состояния, синдромов и симптомов болезни, тревоги, их влияния на социальную продуктивность наряду с предо­ставлением «роли больного», объяснение психодинамики этих состояний с коррекцией стереотипа «мгновенного, чудесного избавления» способствуют разрешению данных трудностей.
5. Пациент боится оставаться один. В случае усиления симптомов, когда пациент остается один, полезно исследовать вместе с ним «чрезвы­чайные» меры и длительные стратегии для сокращения социальной изоля­ции.
6. Пациент боится потерять контроль. У некоторой части пациентов, преимущественно с тревожным компонентом состояния, возникают страхи и опасения потерять контроль над собственным состоянием. Только для этой группы пациентов полезны более частые встречи в начальной фазе лечения, возможность в любое время позвонить психотерапевту. Это позволяет создать необходимый «запас прочности» для успешного продолжения психотера­пии.
7. Пациент недостаточно адекватно относится к своим желаниям, из­бегает положительного опыта. Иногда при проработке целей лечебного вза­имодействия выясняется, что пациент испытывает трудности в формирова­нии своих желаний. Они могут казаться ему чем-то нереальным, невозмож­ным, даже осуждаемым и пугающим. Для преодоления этих сомнений, стра­хов и видимости нереальности «образа достижения» необходимо осознать тот факт, что плохое состояние во многом связано именно с тем, что паци­ент реально и не претендует и даже опасается чего-то другого, что только собственные запреты останавливают его на пути к осуществлению своих желаний.
8. Пациент пропускает встречи или опаздывает. В этих случаях необхо­димо изучение причин подобного поведения — от реально обоснованных за­держек (транспорт, непредвиденные ситуации) до проявления сопротивле­ния ходу терапии и лечебному взаимодействию. Если такое поведение повто­ряется даже после разъяснения ответственности за соблюдение контракта, необходимо начать изучение межличностного аспекта этого поведения, того, что пациент хочет им выразить и поощрить его к более прямому выражению своих чувств.
9. «Молчаливый» пациент. Повторяющееся и затягивающееся молчание па­циента часто свидетельствует либо об избегании раскрытия противоречивых мыслей и чувств по поводу ситуации, либо он хочет рассказать о чем-то, но обеспокоен возможной реакцией психотерапевта, испытывает страхи, связан­ные с открытием мыслей и чувств другим людям. Иногда молчание может вы­ступать в качестве терапевтического приема, как обычный вид поведения, за­мещающий «громкие» жалобы.
10. Пациент меняет тему обсуждения или избегает ее. Часто пациенты самостоятельно определяют глубину работы с проблемной зоной и избега­ют только определенных тем. Такое поведение может стать темой для об­суждения с осознаванием принимаемой ответственности, с необходимостью проработки эмоционального «заряда», который часто несут с собой избе­гаемые темы. Автономия, как и ответственность пациента, признаются пол­ностью.
11. Приглашение значимого для пациента человека на встречи. Хотя мо­дель терапии предполагает индивидуальный характер встреч, иногда при­глашение значимого для пациента человека оказывается эффективным, особенно в межличностных конфликтах, таких как супружеские разногласия.

В этом случае преследуются следующие цели:

1. приобретение дополнительной информации;
2. приобретение и возобновление навыков сотрудничества со значимым человеком;
3. облегчение решения межличностных проблем, улучшение взаимодей­ствия.

На этих встречах возможно объяснение природы болезненных проявлений, их динамики и межличностных проявлений.

1. Пациент желает завершить психотерапию преждевременно. Отказ от преодоления любого вида трудностей в психотерапии, испуг перед глу­биной проработки проблем, неразделенные ролевые ожидания и многое другое может стать причиной прекращения лечения. Важно, если это воз­можно, тщательно проработать проблемы, повторявшиеся в жизни пациен­та, и подчеркнуть, что возобновление терапии через любой промежуток времени — это не унижение и не признание своей слабости. Часто паци­енты возобновляют психотерапию после определенного перерыва.
2. У пациента проблемы с выражением чувств. Создание безопасной ат­мосферы, принятие и поощрение проявления своих истинных чувств, само­раскрытие определяется мерой доверия к психотерапевту. Проработка этой темы дает пациенту важный опыт открытого реагирования, помогает осво­бодиться от эмоциональных «зарядов», обиды, злости, ярости, гнева и пр. Ес­тественное, открытое и искреннее поведение психотерапевта приобретает в преодолении этих проблем важное значение.
3. Пациент ищет дополнительное альтернативное лечение. Достаточно ред­ко, но все же возможен поиск дополнительных путей выздоровления. Открытая позиция психотерапевта, предоставление максимума информации по поводу тех или иных способов лечения обычно исключают игровое развитие ситуации.
4. Психотерапевт проявляет сильные чувства по отношению к пациенту. Те случаи, когда возникают подобные чувства, признаются особенно ценны­ми для профессионального и личностного роста психотерапевта и становятся предметом для анализа отношений, которые возникли в ответ на провока­цию пациента или в продолжение стиля общения психотерапевта. Постепен­но урежающиеся случаи подобных контрпереносов становятся ценнейшим материалом для развития личности самого психотерапевта.

Вышеописанные трудности психотерапии, как и многие другие особенно­сти взаимодействия пациент-психотерапевт, являются зеркальным отраже­нием стиля межличностного общения пациента и особенно ценным матери­алом для психотерапевтической проработки. Именно они часто являются «краеугольными камнями» проблемных зон, их преодоление вносит значи­тельные изменения в межличностные отношения пациента и, как следствие, обеспечивает положительную динамику состояния.

Авторы интерперсональной психотерапии, при наличии такой возмож­ности, призывают минимизировать работу с интрапсихическим конфликтом.

Как правило, на поведенческом уровне, без погружения в актуальную ин- трапсихическую проблематику, удается остаться с хорошо адаптированными, социально успешными, высокообразованными пациентами. Это может объяс­няться наличием у них высокоструктурированной системы адаптивного ко- пинг-поведения, которое по какой-то причине не было использовано. Задачей психотерапевта в этих случаях может стать помощь в предоставлении паци­енту полной картины происходящего, поведенческий тренинг новых навыков и умений, которые принимаются без внутреннего сопротивления и способству­ют нормализации состояния.

В целом, указанные особенности взаимодействия пациент-психотера­певт наблюдаются в работе со всеми ключевыми зонами, но некоторые про­блемы значительно чаще встречаются в отдельных группах больных.

Так, в группе больных с «реакцией утраты» наиболее характерными яв­ляются трудности выражения своих чувств, особенно вытесняемых - оби­ды, гнева, злости, агрессии в адрес умершего, игнорирование своих жела­ний, избегание нового положительного опыта общения с другими людьми. У пациентов группы с ключевой проблемной зоной «межличностные конф­ликты» чаще встречаются попытки сделать фигуру психотерапевта более близкой и значимой, чем члены семьи, друзья. Хронизация стрессового воз­действия наблюдается как в этой группе, так и в группе пациентов со сменой социальной роли. Для последней характерна высокая частота избегания по­ложительного опыта, недостаточный учет своих желаний. В группе с ключе­вой проблемной зоной «социальное одиночество», наряду с игнорированием собственных желаний и возможностей нового положительного опыта обще­ния из-за разнообразных запретов и страхов, особенно часто встречаются трудности с выражением своих чувств, пропуск психотерапевтических встреч, молчание, смена темы обсуждения и желание прекратить психотера­пию преждевременно.

Частота и степень выраженности указанных трудностей связаны с дина­микой и этапом психотерапии. Максимальная их выраженность и представ­ленность наблюдаются в периоде активного приближения к значимой инт- рапсихической проблематике и ко времени принятия «новых решений». Трудность и ответственность этого момента подтверждаются симптоматичес­ким ухудшением состояния пациентов. Вопрос о целесобразности работы с актуальным интрапсихическим конфликтом в рамках краткосрочной психо­динамической модели интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман в каждом случае требует отдельного решения.

Авторами была разработана также программа тренировки психотерапев­тов, позволяющая специалистам с разным уровнем подготовки в сжатые сро­ки овладеть данным методом и приступить к проведению психотерапии.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Создателем метода классического обусловливания был: О Скиннер;**

**© Вольпе;**

**© Павлов;**

**© Бехтерев.**

2**.**

**Поведенческая психотерапия в своей теории опирается прежде всего на понятие: О вытеснения;**

**© сопротивления; © научения;**

**© фигуры и фона.**

3**.**

**Поведенческая психотерапия, направленная на желательное изменение поведе­ния пациента с помощью поощрения или наказания, называется методикой:**

**О оперантного обусловливания;**

**© парадоксальной интенции;**

**© имплозии;**

**© систематической десенсибилизации.**

4**.**

**Чаще всего в основе иррациональных установок лежат:**

**О установки долженствования;**

**© установки на максимально возможный результат в любой сфере деятель­ности;**

**© установки на обязательное избегание неприятностей;**

**© установки на обязательный успех во всех сферах деятельности одновре­менно.**

5**.**

**Понятие и теория поведенческого направления в психотерапии связаны со сле­дующими именами, кроме:**

**О Павлова;**

**© Вольпе;**

**© Перлса;**

**© Скиннера.**

6**.**

**Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман показана прежде все­го пациентам с:**

**О соматическими заболеваниями;**

**© шизотипическими расстройствами;**

**© депрессией;**

**© алкоголизмом.**

***Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии***

Одно из трех основных направлений современной психотерапии, к ко­торым причисляют также динамическое и поведенческое (Парлофф, Кара- су). К нему относят прежде всего экзистенциальную психотерапию, дазайн- анализ, логотерапию, клиент-центрированную психотерапию, гештальт-те­рапию.

При рассмотрении природы человека и его болезней представители это­го направления подвергают критике классический психоаналитический под­ход и его отношение к этике человека — его желаниям, выбору и отношению к другим Через психоаналитическую практику и придание особого значения техническим приемам человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, а потому униженным. Гумани­стическая концепция возвеличивает человека с целью нивелировки его от­чуждения, поощряет максимально полное исследование уникальности и уни­версальности его природы. В этом ее трансцендентальная сущность. Говоря словами Франкла, «человек по своей сути стремится найти цель и осуще­ствить свое предназначение в жизни». Такой подход включает как транспер­сональное, так и интраперсональное измерение. Согласно Арендсен-Хейн «интраперсональное относится к уровню Я ... где главным является раскры­тие человеческой индивидуальности, эмоционального состояния и их пред­ставительства в физическом теле; трансперсонально ориентировано на мак­симальную реальность. единство человека, универсальный или космический план, в котором человек переживает переход границ его Я в универсальное сознание». Представители гуманистического направления в психотерапии склонны видеть человека существом прирожденно активным, борющимся, са­моутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта направ­лены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Тера­певтической целью является достижение максимальной осведомленности или более высокого состояния сознания, при котором, согласно Мэю, «быть ос­ведомленным о своем предназначении в мире в то же самое время означает быть предназначенным для этого». Представители этого направления ис­пользуют такие широкие понятия, как самоопределение, творчество, подлин­ность и методологию, стремящуюся к максимальной интеграции ума, тела и души человека при отсутствии или нарушении его целостности. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как резуль­тат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соот­ветствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз — как основной, универсальный, при­водящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего об­щества (или мира). По Маслоу, патология — это ослабление человека, поте­ря или пока еще неосуществленность человеческих возможностей. Таким об­разом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здо­ровье располагаются на континууме: кем человек стремится быть — кем он может стать.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) ин­теллектуальные знания и инсайт заменяются эмоциями и переживаниями, ак­цент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносится на «здесь и сейчас» непосредственного настоящего. Переживание (как приобретение опыта) явля­ется скорее чувственным, чем познавательным или вербальным процессом, происходящим в непосредственном настоящем, являющимся субъективным и незаметным (для окружающих), а также безоговорочно значимым (хотя по­зднее необязательно остается таковым) и служащим средством для концепту­ализации. Согласно Гендлину, «терапевтические изменения являются резуль­татом процесса, в котором несомненно значение осведомленности, интенсив­ного чувствования, точно направленного и измененного, даже без словесного выражения». Терапевтические изменения через переживания обычно происхо­дят с помощью реальных, конгруэнтных межличностных взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. Например, основу клиент-центрирован- ной психотерапии Роджерса составляет позитивная вера в то, что каждый организм имеет врожденную тенденцию к развитию своих оптимальных спо­собностей так длительно, сколько он находится в оптимальной среде. 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.

Хотя в понимании природы терапевтических взаимоотношений могут быть различия, реальный «здесь и сейчас» терапевтический диалог или вза­имные встречи психотерапевта и пациента являются обязательным условием для многих школ этого направления. 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 психотерапии), а представляет отношения одного человеческого существа к другому. Роджерс писал: «Я вступаю во взаимоотношения не как ученый, не как врач, который может точно определить диагноз и лечение, но как лич­ность, вступающая в личные взаимоотношения». Представители этого на­правления, в особенности экзистенциально-ориентированные, касаясь вопро­са о методах и технических приемах психотерапии, считают, что для этого ее вида важнее не то, что психотерапевт делает, а скорее смысл (контекст) пси­хотерапии, а также не то, что психотерапевт говорит, а то, что он из себя представляет (кем он является). В связи с этим их нередко критикуют за не­достаточную определенность самих методов психотерапии. Цель всех техни­ческих приемов может быть сформулирована как стремление к проникнове­нию в феноменологический мир пациента. В отличие от психотерапевта ди­намического направления, психотерапевт не касается здесь прошлого паци­ента, диагноза, не стремится к инсайту, интерпретации, не рассматривает че­редование переноса и контрпереноса, не указывает целей, не является дирек­тивным или конфронтирующим, навязывающим свое мнение пациенту в форме наставлений или решающих проблему предпочтений. Психотерапев­ты школы Роджерса и классического экзистенциализма имеют, по сути, вер­бальные взаимоотношения с пациентом. Другие школы в гуманистическом направлении в психотерапии часто невербальны в своем подходе. Они (на­пример, гештальт-терапия) видят сверхинтеллектуализацию как часть про­блемы пациента, то есть проявление защиты против переживаний и чувств, и не принимают ее в качестве терапевтического приема. Психотерапевты пы­таются сосредоточить активность на рефлексии, предпочитают действие сло­ву или, как минимум, комбинируют действие с интроспекцией. Их цель зак­лючается в развитии осведомленности пациента о телесных ощущениях, по­зах, напряжении и движениях с акцентом на соматических процессах. Основ­ной упор делается на усилении, побуждении пациента. Приемами, выража­ющими самопереживания в таких школах, является сочетание прямой конфронтации с драматизацией, то есть разыгрывание ролей, переживание фантазий в терапевтической обстановке.

В основе экзистенциальной психотерапии лежит феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдеггер, Hraepc, Сартр), центральное понятие учения — экзистенция (от позднелатинского ехistentia — существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть — человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстре­мальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистен­цию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное поня­тие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, ее уникальность, осозна­ние ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциально­го анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл, в США выделилось экзистен­циально-гуманистическое направление, известными представителями которо­го являются Мэй, Бьюдженталь, Ялом.

Экзистенциальная психология и психотерапия, наиболее непосредствен­но отождествляемая с экзистенциализмом, описана в работах швейцарских психиатров Бинсвангера, Босса. Они признавали психоанализ как ценный психотерапевтический инструмент и основные их возражения были направ­лены не против техники психоанализа, а выражали глубокие сомнения в адекватности психоаналитической теории человека. Ими разработан психо­терапевтический метод — экзистенциальный анализ, или дазайнанализ (Daseinsаnalyse). Он основан на концепциях Хайдеггера и Гуссерля и в пер­вую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена суще­ствования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассмат­риваются: способность к самосознанию, к принятию решений, к ответствен­ности за последствия этих решений; понимание возможности своего несуще­ствования (смерти). Особенно важным положением как указанных философ­ских учений, так и основывающихся на них психотерапевтических направлений, является постулат о личностной необходимости развития. Са­моразвитие личности является не только возможностью, но и необходимос­тью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек по­стоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих но­вых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обусловливает различного рода личностные, в том числе и психические, на­рушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках дазайнанализа — основной диагноз при самых различных нарушениях.

Цель дазайнанализа — содействовать индивиду в познании своих возмож­ностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он стол­кнулся. Психотерапевтами данного направления отвергается любое понима­ние сущности психического здоровья личности, исходящее из необходимости соответствовать требованиям, условиям определенного общества. Саморазви­тие и психотерапевтическая помощь в его осуществлении необходимы даже тогда, когда это ведет к обострению противоречий между индивидом и соци­альным окружением. Выздоровление понимается лишь как восстановление способности к саморазвитию.

Следующий важный постулат дазайнанализа — это положение об инди­видуальной неповторимости личности. Оно доведено здесь до отрицания лю­бых диагностических схем и классификаций, а также любых психологичес­ких теорий личности и ее психологических нарушений. По убеждению пси­хотерапевтов этого направления, для каждого человека необходимо разраба­тывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотера­певтическая практика — это прежде всего ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафори­ческим описанием психической эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию.

Экзистенциальный аналитик, подобно психиатру или психоаналитику, изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации пациента и реконструирует его биографию. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа. После­дний, согласно представителям этого направления, достигает психотерапев­тического эффекта благодаря тому, что он ведет пациента к пониманию струк­туры человеческого существования и помогает ему найти свой путь из мира невротического или психотического, «потерянного», «ошибочного», «искажен­ного» способа существования в мир «свободной экзистенции», который позво­ляет субъекту реализовать собственные возможности для существования.

Холл, Линдсей приводят одно из самых коротких экзистенциальных опи­саний случаев, сделанных Бинсвангером, «помешательство как жизненно-ис­торический феномен и как психическое заболевание: случай Илзе». Илзе, за­мужняя женщина, которой за тридцать, стала в санатории пациенткой Бин- свангера в связи с различными типами бреда. Ее бредовое поведение появи­лось несколько месяцев спустя после совершения очень драматического и бо­лезненного акта. Она опустила правую руку в горячие печные угли, затем протянула страшно обожженную руку отцу и сказала: «Посмотри, это что­бы показать тебе, как я тебя люблю». По внешней видимости Илзе обожгла себя в отчаянной попытке изменить грубость и тиранию отца в обращении с матерью. Поведение отца на несколько месяцев изменилось, но затем все вернулось в обычное русло. Илзе отреагировала на это, впав в безумие, от которого лечилась впоследствии. Жизненная история Илзе содержала лишь одну ключевую тему — тему отца, вокруг которой вращалось ее существова­ние. Гнет этой темы стал в конце концов невыносим, и она попыталась ос­вободиться от него, пойдя на крайний поступок. Это, однако, не сработало, вследствие чего существование Илзе стало еще больше испытывать домини­рование отцовского «комплекса».

Относительно специфической природы жертвы — сжигание руки — Бин- свангер отмечает, что она для Илзе означает различные вещи. На поверхно­стном уровне это сделано на благо матери. Но это был также акт очищения (огонь очищает) и искупления за ее «горячую» любовь к отцу. Она пытает­ся выжечь из себя грозящий сжечь ее внутренний огонь. Огонь сражается с огнем. Но это также означает попытку растопить «лед» отцовского сердца в огне своей любви к нему. Жертва была напрасной. Она не только не изме­нила отца, но и не очистила Илзе. Жертва, чтобы быть успешной, должна за­вершиться союзом между приносящим жертву и тем, во имя кого она совер­шается. Илзе хотела очистить себя и Отца, чтобы между ними мог возник­нуть новый союз, «... вследствие неудачи союза, единство с отцом на уровне чистого Мы, самоочищение стало бeccмыcлeнным» (Бинсвангер, цит. пo Хол­лу и Линдснею). Следствием этой неудачи явилось то, что Илзе «размножи­ла» тему отца на всех мужчин; отсюда ее бред любви и преследования. Муж­чины привлекают и отталкивают ее, чему сопутствует чувство вины и нена­висть, являющиеся следствием такого конфликта. Бинсвангер указывает на то, что не следует, как это делают психоаналитики, видеть в этой истории лишь историю либидо, его фиксации на отце, вынужденный отрыв от отца и его конечный перенос на окружающий мир.

В экзистенциальной психотерапии особо выделяется созданный Франклом вариант экзистенциального анализа, который представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности. Франкл определяет этот метод также как экзистенциально-аналитическая логотерапия (от древнегр. logos — смысл).

Логотерапия, как ее называют некоторые авторы, Третья венская школа психотерапии, занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Первые две школы — это психоанализ Фрейда и индивидуаль­ная психология Адлера. Фрейд сосредоточился на бессознательном, и прежде всего, на сексуальном инстинкте, Адлер выделил в качестве наиболее значи­мых факторов волю к власти, стремление к статусу или «социальному инте­ресу». 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 принципу удовольствия (иначе — «стремление 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 фруст- рировано; «экзистенциальная фрустрация», хотя сама но себе не патогенна, может привести к неврозу, коренящемуся не в психической, а духовной сфере существования человека. Эти ноогенные 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. Поэтому логотерапия показана в случае не только ноогенных, но и психогенных неврозов.

Логотерапия не является лечением, конкурирующим с остальными ме­тодами, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнитель­ному фактору, который она включает. Как одно из направлений современ­ной психотерапии логотерапия занимает в ней особое место, противостоя, с одной стороны, психоанализу, а с другой — поведенческой психотерапии. Она отлична от всех остальных систем психотерапии не на уровне неврозов, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологичес­ких характеристиках человеческого существования: о его самотрансценден-

ции и способности к самоотстранению. На этих двух онтологических харак­теристиках человека основывается механизм действия методов парадоксаль­ной интенции Франкла, которая применяется при лечении фобий и обсессий и дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Метод парадоксальной интенции, по мнению Франкла, действует на бо­лее глубоком уровне, чем это может показаться на первый взгляд. Активи­зация юмора этим методом у пациента основывается на восстановлении ба­зовой веры в бытие. Достигается нечто, существенно большее, чем изменение поведенческого паттерна, а именно экзистенциальная реориентация. Имен­но в этом отношении парадоксальная интенция представляет собой ис­тинно — «лого» — терапевтическую процедуру в подлинном смысле этого слова. Ее использование основывается на том, что в логотерапевтических терминах определяется как психоноэтический антагонизм, понимаемый как специфически человеческая способность дистанцироваться не только от мира, но также и от самого себя. Парадоксальная интенция мобилизует эту основную человеческую способность для терапевтических целей преодоления невроза.

Примеры Франкла по применению метода парадоксальной интенции. Первый пример: студентка-медик применила этот метод успешно по отноше­нию к самой себе. Во время занятий в Институте анатомии она испытыва­ла страх тремора в присутствии инструктора. Она стала говорить себе, ког­да тот входил в помещение: «О, вот инструктор. Сейчас я покажу ему, какая я великолепная «дрожательница». «Я действительно покажу ему, как здорово я могу дрожать». Но всякий раз, когда она намеренно пыталась дрожать, у нее ничего из этого не выходило. Второй пример: пациентка в течение 11 лет страдала и лечилась разными методами по поводу приступов сердцебиений, сопровождавшихся тревогой и страхом смерти. Всякий раз, когда появлял­ся страх, вслед за ним начиналось сердцебиение. По совету психотерапевта она начала говорить самой себе в такие моменты: «Мое сердце будет биться еще сильнее. Я как раз хотела бы умереть прямо здесь на тротуаре». Кроме того, пациентке посоветовали намеренно искать такие места, которые она пе­реживала как неприятные, вместо того чтобы избегать их. Две недели спус­тя пациентка сообщила: «У меня все хорошо, и я не испытываю никаких сер­дцебиений. Страх исчез совершенно».

Существует специфическая и неспецифическая сферы применения лого­терапии. Психотерапия разного рода заболеваний — это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожден­ные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократов­ского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль играет при этом личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

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; другими словами, человек не изобретает его, а нахо­дит в объективной действительности. Правильно ставить вопрос не о смыс­ле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент.

Вопрос о том, как человек находит смысл своей жизни, является ключевым для практики логотерапии. Сам процесс нахождения смысла сводится к обще­психологическим закономерностям человеческого познания (в частности, вы­деления фигуры из фона). Однако смысловая реальность не сводится к изме­рениям биологического и психологического существования человека и не мо­жет изучаться их традиционными методами.

Положение об уникальности смысла не мешает Франклу дать содержа­тельную характеристику возможных позитивных смыслов. Ценности — смысловые универсалии, являющиеся результатом обобщения типичных си­туаций в истории общества. Выделяются 3 группы ценностей: ценности твор­чества, ценности переживания и ценности отношения. Приоритет принадле­жит ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд. Из числа ценностей переживания Франкл подробно останавливается на любви, обладающей богатым смысловым потенциалом.

Основной пафос и новизна логотерапии связаны с ценностями отношения. При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию по отношению к этим обстоятельствам и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказать­ся бессмысленной. Практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными. Однако обращение к ним оп­равданно, когда все остальные возможности повлиять на собственную судьбу исчерпаны.

С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности — узловая проблема логотерапии: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникаль­ного смысла; от индивида требуется принятие решения, желает ли он или нет осуществлять смысл в данной ситуации.

Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне. Свобода воз­вышается над любой необходимостью. Человек свободен по отношению к сво­им влечениям, к наследственности и факторам внешней среды. Он, в опреде­ленных пределах, самодетерминирующееся существо. Он свободен реализо­вать смысл жизни.

Известными представителями экзистенциально-гуманистической психо­терапии являются американские психотерапевты Мэй и Бьюдженталь. В 1950 г. выходит одна из первых книг Мэя «Смысл тревоги», где он прово­дит дифференциацию тревоги как клинического симптома и экзистенциаль­ной тревоги как важнейшей конструктивной силы в человеческой жизни, как «переживания встречи бытия с небытием», «переживание парадокса свободы и конечности человеческого существования». В своей книге «Искусство психо­логического консультирования» Мэй описывает основные характеристики личности в экзистенциальном понимании и с этих позиций — задачи психо­терапевта. Свобода — первая составляющая понятия личности и первый прин­цип психологического консультирования. Задача консультанта — подвести клиента к принятию ответственности за свои поступки и за конечный итог своей жизни. Надо объяснить ему сложный механизм принятия решений с уче­том прошлого жизненного опыта и влияния подсознания, что позволяет паци­енту осознать и научиться использовать предоставляемые ему свободой воз­можности. Второй составляющей личности является индивидуальность. Прежде чем быть «самим собой», клиент должен отыскать свое настоящее Я, а консультант должен помочь ему соединить сознательное Я с различными уровнями подсознания и обрести свое истинное Я, найти в себе мужество стать этим Я. Социальная интегрированность является третьей составляющей ус­тойчивой личности. Невозможно понять личность вне ее социального окруже­ния. Для личности огромное значение имеет умение приспосабливаться к об­ществу, ибо человек вынужден жить в мире, состоящем из других индивидуу­мов. Задача психотерапевта — помочь клиенту с готовностью принять на себя социальную ответственность, вдохнуть в него мужество, которое поможет ему освободиться от неотступного чувства неполноценности, и направить его стремления в социально полезное русло. Духовная напряженность является четвертой составляющей личности. Задача консультанта — помочь клиенту освободиться от патологического чувства вины и в то же время научить его достойно принять и сделать устойчивым то духовное напряжение, которое присуще природе человека.

Другой известный психотерапевт экзистенциально-гуманистической ори­ентации Бьюдженталь подчеркивает важность «шестого чувства» или внут­реннего осознания, утраченного во многом человеком в процессе социализа­ции, чувства своего внутреннего бытия, которое позволяет постоянно осоз­навать, насколько внешний опыт соответствует уникальной внутренней при­роде индивидуума. Важно помочь пациенту открыть для себя свое внутрен­нее осознание; обратить его внимание на его собственные желания, страхи, надежды, намерения, фантазии. Функционально внутреннее осознание по­хоже на процесс слушания, отсюда понятие «слушающий глаз», объединяю­щее внутреннее зрение и внутренний слух. Внутреннее осознание — это пе­реживание своего Я. Наиболее важными последствиями настройки на внут­реннее чувство являются следующие: бoльшая интеграция различиях аспек­тов своего бытия, возрастание ощущения жизни, бoльшая готовность к дей­ствию, более осознанный выбор и бoльшая искренность в отношениях с людьми.

Бьюдженталь так описывает основные аспекты психотерапии экзистен­циально-гуманистической ориентации: 1) установление психотерапевти­ческих отношений, развитие терапевтического альянса, эволюция переноса;

1. прояснение выявляющихся основных паттернов сопротивления, необхо­димые конфронтации и процесс проработки; 3) столкновение с некоторыми проблемами управления, вопросы планирования последовательностей, труд­ности принятия решений; 4) субъективное участие терапевта в лечебном про­цессе, проблемы контрпереноса, вовлечения и непривязанности; 5) основные экзистенциальные смыслы, которые психотерапевт находит в своей работе. Психотерапия такого рода — это пробуждение или вызывание жизни, спрятан­ной внутри патента, внутренней чувствительности, которую научили его по­давлять, возможностей бытия, которые слишком редко осуществлялись.

Гуманистическая психология легла в основу таких широко распростра­ненных в лечебной практике психотерапевтических методов гуманистичес­кой направленности, как клиент-центрированная психотерапия Роджерса и гештальт-терапия Перлса. Одним из основателей гуманистической психо­логии общепризнано является Маслоу. Он считает, что теория личности должна касаться не только глубин, но и высот, которых каждый индивиду­ум способен достичь. Сильное влияние на Маслоу оказал Вертхаймер, один из основателей гештальт-психологии, а также Гольдштейн, подчеркиваю­щий, что организм — это единое целое, и то, что происходит в его любой ча­сти, затрагивает весь организм. Он признавал также значительное влияние на него психоаналитической теории. Развитие концепции самоактуализации Маслоу было вдохновлено Гольдштейном, который первым использовал этот термин.

Маслоу начал исследовать самоактуализацию, изучая жизнь, ценности и отношения людей, которые казались ему наиболее душевно здоровыми и творческими, тех, кто казался в высшей степени самоактуализированным, то есть достиг более оптимального эффективного и здорового уровня фун­кционирования, чем средние люди. Он полагал, что изучая лучших из лю­дей, можно исследовать границы человеческих возможностей.

Маслоу называл следующие характеристики самоактуализирующихся людей: 1) более аффективное восприятие реальности и более комфортабель­ные отношения с ней; 2) принятие себя, других, природы; 3) спонтанность, простота, естественность; 4) центрированность на задаче в отличие от цент­рированности на себе; 5) некоторая отъединенность и потребность в уедине­нии; 6) автономия, независимость от культуры и среды; 7) постоянная све­жесть оценки; 8) мистичность и опыт высших состояний; 9) чувства сопри­частности, единения с другими; 10) более глубокие межличностные отноше­ния; 11) демократическая структура характера; 12) различение средств и целей, добра и зла; 13) философское, невраждебное чувство юмора; 14) само­актуализирующееся творчество; 15) сопротивление аккультурации, трансцен- дирование любой частной культуры.

В книге «Дальние достижения человеческой природы» (1997) Маслоу описывает восемь типов поведения, ведущих к самоактуализации: 1) мо­менты повышеного сознания и интенсивного интереса; 2) в каждом жизнен­ном выборе решать в пользу роста, то есть открывать себя к новому, неожи­данному опыту; 3) научение сонастраиваться со своей собственной внутрен­ней природой, то есть решать для себя, нравится ли тебе самому что-либо, независимо от мнений других; 4) честность и принятие ответственности за свои действия; 5) научение верить своим суждениям и инстинктам и действо­вать в соответствии с ними; 6) постоянный процесс развития своих способ­ностей, потенциальностей; 7) «пик-переживания», в которых мы более цело­стны и интегрированы; 8) обнаружение своих «защит» и работа отказа от них. Неврозы и психологическую неприспособленность он определяет как «болезни лишения», то есть считает, что они вызываются лишением удовлет­ворения определенных фундаментальных потребностей и перечисляет в иерархии следующие основные потребности: 1) физиологические потребно­сти (пища, вода и т. п.); 2) потребность в безопасности (стабильность, поря­док); 3) потребность в любви и принадлежности (семья, дружба); 4) потреб­ность в уважении (самоуважение, признание); 5) потребность в самоактуа­лизации. Психологический рост рассматривается как последовательное удов­летворение все более «высоких» потребностей. Ранняя фрустрация потреб­ности может зафиксировать индивидуума на определенном уровне функционирования. Наиболее значительные достижения Маслоу как психо­лога состоят в подчеркивании позитивных измерений человеческого опыта; он был духовным учителем многих гуманистических психологов и психоте­рапевтов.

Клиент-центрированная психотерапия как вариант гуманистической психотерапии разработана Роджерсом. Использование автором понятия «клиент», наряду с «пациент», подчеркивает признание потенциала самосто­ятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с по­становки задачи. Суть метода заключается в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт.

Согласно Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руковод­ствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организ- мический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном буду­щем; поведение направлено в сторону приближения к положительно оцени­ваемым опытным данным и избеганию данных, получивших отрицательную оценку.

По мере осознания Я у индивида развивается потребность в положитель­ной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фру­страция положительной оценки начинает переживаться независимо от вза­имодействия с социумом и обозначается как самооценка. Так как Я-пережи- вания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (то есть Я-переживания приобрета­ют условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой из­бирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки, он может быть искажен и неосознаваем. Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция Я включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со сторо­ны Я, то теми аспектами опыта, которые не включены в Я, что сопровожда­ется напряженным и неадекватным функционированием. Это главное отчуж­дение в человеке. Изменяется природное, организмическое оценивание, кото­рое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и восприни­мать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой некон­груэнтности (несоответствия) между Я и опытом возникает неконгруэнт­ность в поведении и процесс защиты. Однако если степень неконгруэнтнос­ти велика, то защита не срабатывает, и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида.

Теория психотерапии состоит из множества «если... то». Если существуют определенные условия, то будет происходить процесс, включающий определен­ные характерные элементы. Если данный процесс происходит, то по-следуют определенные изменения личности и поведения.

1. Условия психотерапевтического процесса:
2. два индивида состоят в контакте;
3. пациент находится в состоянии неконгруэнтности, являясь ранимым или тревожным;
4. психотерапевт является конгруэнтным в отношениях;
5. психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по от­ношению к пациенту;
6. психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней систе­мы координат пациента;
7. пациент переживает, хотя бы в минимальной степени, условия 4-е и 5-е, то есть безусловную положительную оценку и эмпатическое понимание его психотерапевтом.

Коммуникации психотерапевта могут иметь как вербальную, так и невер­бальную природу, важно лишь, чтобы, как это указано в условии 6, коммуни­кация была воспринята, была эффективной. Технические средства являются дополнением позиции психотерапевта и сами по себе не обеспечивают психо­терапевтического продвижения. Наиболее используемыми приемами явля­ются:

* вербализация — высказывание другими словами того, что сообщил па­циент, избегая истолкования, привнесения своего материала. Это перефра­зирование, имеющее целью выделить наиболее существенное и обратить внимание больного на «острые углы», а также показать, что его не только слушают, но и слышат;
* умелое использование молчания, молчаливое принятие;
* отражение эмоций — повторяются те слова пациента, в которых непос­редственно выражаются эмоции.

Роджерс подчеркивал, что вопрос должен стоять не о том, как вести себя психоаналитику, а о том, каким ему быть. Он является яростным противни­ком нозологии, любых классификаций, так как они представляют собой ре­зультат интеллектуальных усилий психотерапевта, при наличии которых непосредственно воспринимаемая ситуация пациента искажается опытом врача. В клиент-центрированной психотерапии считаются приемлемыми одни и те же условия, независимо от частных характеристик самого пациен­та. Со ссылкой на опыт автор метода указывает, что нет ни необходимости, ни пользы в том, чтобы строить определенные отношения в зависимости от типа пациента.

Доминанта этой части концепции — пункт 3, конгруэнтность, или под­линность, психотерапевта в отношениях, то есть психотерапевту следует правильно символизировать собственный опыт. Общая тенденция на­правлена на выражение или сообщение пациенту своих устойчивых чувств.

Однако не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он был вполне кон­груэнтной личностью в каждый конкретный момент. Вышеприведенные усло­вия — это условия идеальные, то есть должны соблюдаться до определенной степени. Но чем более они выражены, тем с большей вероятностью будет идти процесс психотерапии и тем значительнее степень происходящей при этом ре­организации личности.

1. Процесс психотерапии. Когда созданы указанные выше условия, осуще­ствляется психотерапевтический процесс, для которого характерно следующее:
2. пациент все более свободен в выражении своих чувств, которое осуще­ствляется по вербальным и моторным каналам;
3. его выраженные чувства имеют все большее отношение к Я и все реже остаются безликими;
4. все чаще он дифференцирует и распознает объекты своих чувств и вос­приятия, включающие среду, окружающих лиц, собственное Я, переживания и взаимоотношения между ними;
5. его выраженные чувства все больше относятся к несоответствию меж­ду каким-то из его переживаний и его концепцией Я;
6. пациент начинает осознавать угрозу такого несоответствия;
7. он осознает переживание чувств, в отношении которых в прошлом от­мечались отказы или искажения;
8. концепция Я реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить эти, ранее искажаемые и подавляемые, переживания;
9. по мере реорганизации концепция Я включает такие переживания, ко­торые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться, иными слова­ми, ослабляются механизмы защиты;
10. пациент развивает способность переживать безусловное положительное отношение со стороны психотерапевта без какого бы то ни было чувства уг­розы;
11. он все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку;
12. источником представления о себе все в большей степени являются соб­ственные ощущения;
13. пациент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значи­мым окружением; чаще как удовлетворительные расцениваются те стимулы или поведенческие акты, которые сохраняют и усложняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем.

Такая последовательность наблюдается на практике, и, когда возникает вопрос «почему?», Роджерс подчеркивал, что при любых теоретических объяс­нениях возможна ошибка, но это не влияет на зависимость «если... то».

1. Исход психотерапии относительно личности и поведения.

Между процессом и исходом не существует четкой границы. Традиционно исход понимается как относительно постоянные изменения. К их числу отно­сятся следующие:

1. пациент становится более конгруэнтен, более открыт для опыта, менее защищен;
2. вследствие этого он более реалистичен, объективен, экстенционален в восприятии;
3. он эффективнее решает свои проблемы;
4. психологическая приспособляемость улучшается, приближаясь к опти­мальной;
5. уменьшается ранимость;
6. восприятие своего идеального Я более реалистично и доступно;
7. вследствие увеличения конгруэнтности уменьшается напряжение всех типов — физиологическое, психологическое, а также особый тип психологичес­кого напряжения, определяемый как тревожность;
8. повышается степень положительной самооценки;
9. пациент воспринимает место оценки и место выбора локализованными внутри самого себя, доверяет себе;
10. он более реалистичен, правильнее воспринимает окружающих;
11. он сильнее переживает принятие в отношении других людей вслед­ствие меньшего искажения их в своем восприятии;
12. происходят различные изменения в поведении, поскольку увеличива­ется доля опыта, ассимилированного в Я-структуру, и, следовательно, уве­личивается доля поведения, которое может быть «присвоено» как принадле­жащее Я;
13. окружающие воспринимают поведение пациента как более социализи­рованное, более зрелое;
14. поведение пациента более креативно и адаптивно по отношению к каждой новой ситуации и к каждой вновь возникающей проблеме и, кроме того, представляет более полное проявление экспрессии его собственных на­мерений и оценок.

Развивая теорию клиент-центрированной психотерапии, автор неодно­кратно модифицировал свое понимание роли психотерапевта. Если в первый период недирективной психотерапии акцентировалось внимание на созда­нии климата невмешательства, то во второй — задачей психотерапевта явля­ется отражение эмоций пациента (роль «зеркала») и избегание угрозы в от­ношениях с ним. Третий период связан с осмыслением процессов и опыта пси­хотерапевтических групп. Подчеркивается роль выражения чувств самим пси­хотерапевтом, более полного их выражения, что способствует более быстрому психотерапевтическому эффекту. Развитие клиент-центрированной психоте­рапии шло в направлении увеличения личностной включенности психотера­певта.

**Роджерс Карл Рэнсом родился в 1902 г. в Оук-парке, штат Иллинойс. Учился в университете Висконсина, затем в Теологической семинарии в Нью-Йорке и далее изучал психологию в Колумбийском университете; сте­пень доктора ему была присвоена в 1931 г. Свою практическую деятельность Роджерс начал в Институте детского воспитания в Нью-Йорке в 1927 г. Че­рез год поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк, где у него сформировалась собственная система психотерапии. С 1940 г. — профессор психологии в университете штата Огайо, где приобрел большую популяр­ность среди студентов. С 1945 г. был исполнительным секретарем в консуль­тационном центре Чикагского университета. Затем возвратился в свою alma mater — университет Висконсина. В 50-х годах он стал известен и популя­рен и за пределами психотерапии. Занимал пост президента Национально­го исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. рабо­тал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.**

**Основные труды: «Клинический уход за проблемным ребенком» (1939), «Консультирование и психотерапия» (1942), «Клиент-центрированная пси­хотерапия» (1951), «Становление человека» (1961).**

**Последние 10 лет жизни Роджерс распространял свои идеи на полити­ческие ситуации, проводил симпозиумы по урегулированию конфликтов и по гражданской дипломатии.**

**Умер Роджерс в 1987 г. в возра­сте 85 лет. В день его смерти при­шло письмо о том, что он выдвинут кандидатом на Нобелевскую пре­мию.**



Широко известным в лечебной практике методом гуманистической психотерапии является гештальт-те­рапия, созданная Перлсом под вли­янием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории Райха о физио­логических проявлениях вытеснен­ного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, под­черкивающего необходимость осоз­нания пациентом настоящего и важ­ность непосредственного эмоцио-

*К. Роджерс*

нального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феномено­логический подход гештальт-терапии противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у 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, наклон­ности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потреб­ностей, отказывающийся от реализации своего Я, направляющий все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для него другими людьми, прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное Я. Отказ от собственных потребностей и следование ценнос­тям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции opгaнизма.

В гештальт-терапии различают 5 механизмов нарушения процесса само­регуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлюэнция. 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 ею личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные убеж­дения. 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-кон- цепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интро- ектами. 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 внутриличностный 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 характерна дефлексия, избегает непосред­ственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлек­сия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ри­туальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т. п. Конфлюэнция, 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 психотерапии 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 результате действия перечисленных ме­ханизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагмен­тированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или ча­стями, чаще выступают дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность, эгоис­тичность — бескорыстие. Большое значение придается в гештальт-терапии описанному Перлсом конфликту между «нападающим» (top-dog) и «защища­ющимся» (under-dog). «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии трансактного анализа). «Защищающийся» — зависимая, неуве­ренная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, прово­лочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь» («Ребенок» в трансактном анализе). Основная цель гештальт-терапии состоит в интегра­ции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной инди­видуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называ­ет уровнями невроза.

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. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: “Я Авра­ам Линкольн”, а больной неврозом: “Я хочу быть Авраамом Линкольном”, здоровый человек говорит: “Я — это я, а ты — это ты”». 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 вести себя искренно, 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 готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внут­реннюю точку опоры. В результате человек придерживается статуса кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного ко­личества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничто­жить.

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

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеж­дение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациен­та готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возника­ет в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в си­туации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функци­онировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препят­ствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для из­бегания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рацио­нализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сто­рону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование лич­ности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невер­бальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальт-терапии: и те и другие связаны с настоящим. Основными принци­пами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».
2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредствен­ному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапев­тической группы направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сто­рону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить пря­мо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосред­ственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкрет­ным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.
3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими ас­пектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заме­нять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъек- тивизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.
4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех техничес­ких процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод под­ведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализа­ций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальт-терапии. Па­циент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что про­исходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и на­блюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ори­ентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению пси­хотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют воз­можность экспериментирования с самим собой и другими участниками груп­пы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в раз­ные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами.

Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуаль­ного прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осоз­нание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда че­ловек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что- нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрыва­ется» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоцио­нального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами геш­тальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже изве­стные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблю­дается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: про­вести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными ча­стями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для па­циента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.
2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обра­титься к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чув­ства по отношению к членам группы.
3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незакончен­ное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводит­ся к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало не­улаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому со­беседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевти­ческой группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт- психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»
4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет не­кое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испыты­ваю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. По­степенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти ин­теграция прежде отвергаемых сторон личности.
5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребнос­тей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он де­монстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предла­гается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других жен­щины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.
6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и по­могают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заб­рошенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, за­тем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, мож­но заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рас­смотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обна­руженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предме­том и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, по­чему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя Фрейда, Перлс говорит, что «сон — это королевс­кая дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальт­терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции лично­сти. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, сно­ва признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей лично­сти и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффек­тивной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников груп­пы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незакон­ченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-эксперимен­тов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить дос­таточно длительно и осторожно.

Резюмируя, можно сослаться на Карасу, который, рассматривая экзистен­циально-гуманистическое направление в психотерапии, характеризует его сле­дующими основными категориями:

* концепция патологии (основывается на признании существования экзи­стенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, рас­щепления Я, рассогласования с собственными знаниями);
* здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием Я, достижением подлинности, непосредственности);
* желательные изменения (непосредственность переживаний, восприя­тие и выражение ощущений или чувств в данный момент);
* временнoй подход (внеисторический, фокусируется на феноменологичес­ком моменте);
* лечение (кратковременное и интенсивное);
* задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаим­ного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до ду­ховного);
* основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным учас­тием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгры­вание» чувств);
* лечебная модель (экзистенциальна: диада равных людей или «Взрос­лый — Взрослый», то есть человеческий союз);
* характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отли­чие, например, от признания существования переноса в динамическом направ­лении, и представляет первостепенную важность);
* позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он вы­ступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

**трольные вопросы**

1**.**



**К какому направлению психотерапии относится клиент-центрированная психо­терапия Роджерса?**

**О Психодинамическому.**

**© Бихевиористскому.**

**© Экзистенциально-гуманистическому.**

**© Позитивному.**

2**.**

**В концепции клиент-центрированной психотерапии Роджерса основным аспек­том учения о личности является следующая гипотеза:**

**О индивид обладает врожденной тенденцией к актуализации;**

**© индивид стремится найти и реализовать смысл жизни;**

**© развитие личности определяется наличием постоянного конфликта меж­ду чувством неполноценности и порождаемым им стремлением к само­утверждению;**

**© индивид обладает врожденной способностью достигать оптимального рав­новесия внутри себя и между собой и средой.**

3**.**

**В клиент-центрированной психотерапии Роджерса психотерапевт в контакте с пациентом проявляет следующее качество:**

**О манипулирует процессом взаимодействия;**

**© безусловно положительно принимает пациента;**

**© комментирует поведение больного;**

**© интерпретирует скрытый смысл в поведении больного.**

4**.**

**К понятиям гештальт-терапии не относится:**

**О вытеснение;**

**© фигура и фон;**

**© незавершенный гештальт;**

**© осознание.**

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

***Индивидуальная психотерапия***

Индивидуальная психотерапия является такой ее организационной фор­мой, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия вы­ступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач—пациент. В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы групповой (где инструментом ле­чебного воздействия выступает и психотерапевтическая группа), коллектив­ной и семейной психотерапии. Используется в рамках практически всех кон­цептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и опре­деляют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, спосо­бы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной пси­хотерапии.

Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, ред­ко двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. Часто яв­ляется элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией. Выделяют также ком­бинированную терапию, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и сочетан­ную терапию, при которой пациент проходит индивидуальную психотера­пию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

Методологически индивидуальная психотерапия наиболее близка психоте­рапии в группе пациентов, использующей механизмы «заражения» и взаимо­обучения пациентов в индивидуальных целях (аутогенная тренировка, геш­тальт-терапия и др.). Сочетание с групповой психотерапией, центрированной на групповой динамике, или семейной психотерапией, фокусирующейся на се­мейной микрогруппе как целостном субъекте системного психотерапевтичес­кого вмешательства, может предлагаться пациенту только после тщательной проработки психотерапевтических целей, учитывающей как лечебный потен­циал разных форм психотерапии, так и их возможный антагонистический эф­фект.

История становления и развития индивидуальной психотерапии предше­ствует возникновению других организационных форм психотерапии, напри­мер, групповой или семейной, независимо от их направления и связана с об­щей историей психотерапии.

Структура целей различных современных форм психотерапии примени­тельно к индивидуальной психотерапии представлена на основании разра­боток Орлински и Ховарда в табл. 7.

Выделение общих факторов лечебного действия индивидуальной психо­терапии в значительной степени определяется теоретическими взглядами ис­следователей. Так, Мармор при наблюдении за психотерапевтами различ­ных направлений (психоанализ, терапия поведения, гештальт-терапия и др.)

Цели современных форм психотерапии

*Таблица 7*

Примеры

Тип цели

Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса): конкретно и краткосрочно

Микрорезультаты (после сеанса): конкретно и краткосрочно

Макрорезультаты (после сеанса): глобально и долгосрочно

Углубление самоэксплорации

Уменьшение страха при обсуждении запретной

темы

Соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта

Прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались

Улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации

Позитивная самохарактеристика Соответствующая сила Я Адекватное ожидание собственной эффективности

Улучшение способности к коммуникации Стабильная и генерализованная ситуационная компетентность

отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится пси­хотерапия; 2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способ­ности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется полу­чить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом; 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта; 6) убеж­дение и внушение — явное или скрытое; 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со сторо­ны психотерапевта.

Важной общей характеристикой индивидуального психотерапевтического процесса является последовательность его фаз (Кэнфер, Гримм), с которы­ми связаны конкретные цели и средства их достижения (табл. 8).

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профес­сиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и пси­хотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера и др., характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на объективные: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная ос­нова, терапевтический стиль, психотерапевтические техники, и субъектив­ные: личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапев­тические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, фи­лософская терапевтическая ориентация.

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на краткосрочную и долговременную. Граница обычно определя­ется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства ис­следователей психотерапия длительностью до 20 (реже до 40) занятий от­носится к краткосрочной. Современной тенденцией почти всех концепту­альных и методических направлений является стремление к краткосрочно­сти, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности пси­хотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Фазы психотерапевтического процесса

*Таблица8*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фаза | Цели | Средства |
| Определение | Диагностическое обследование | Беседа/анамнез |
| показаний | Выбор терапевтического метода | Личностные и клинические тесты  Медицинское обследование |
| Построение | Ролевое структурирование | Реализация уважения и эмпатии |
| терапевтических | (объяснение и облегчение | Разъяснение правил |
| отношений | принятия пациентом его роли как пациента)  Формирование позитивных ожиданий при изменениях Построение терапевтического союза  Передача знаний об общей концепции этиологии | психотерапии Терапевтический контракт |
| Проведение | Систематическое построение | Применение специальных |
| терапевтического | компетентности (поведенческая | психотерапевтических техник |
| обучения | терапия)  Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ) Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия) | Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса |
| Оценка | Психодиагностическое | Беседа |
| результата | выяснение степени достижения | Диагностические методы |
| терапии | терапевтической цели Обеспечение генерализации результатов терапии Формальное завершение терапевтических отношений | При определенных условиях - редуцирование терапевтических контактов  Договоренность о завершении терапии по взаимному соглашению |

Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее харак­терны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапев­тических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработа­ны в ходе лечебного процесса (краткосрочная психодинамическая психотера­пия фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутри­личностные бессознательные конфликты, формируется понимание механиз­мов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения. Урсано, Зонненберг, Лазар выделяют следующие критерии окончания тера­пии. Пациент: 1) чувствует ослабление симптомов, которые воспринимают­ся как чуждые; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) спо­собен принять и признать типичные для себя реакции переноса; 4) продол­жает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфлик­тов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поста­вить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается зара­нее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Долговременная индивидуальная психотерапия используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии слож­ной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80-120 занятий в попытках достижения желаемого эффек­та. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистен­циально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациен­там.

При проведении длительной психотерапии необходимо иметь в виду за­висимость скорости улучшения состояния пациентов от числа психотера­певтических занятий. Как показали современные, выполненные на боль­шом материале исследования Ховарда, в общем, скорость такого улучше­ния быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимос­ти последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

По мнению Перре, показателями научной обоснованности того или иного метода психотерапии являются прежде всего: 1) доказательства эффектив­ности; 2) обоснование предположениями, которые не противоречат совре­менным научным данным.

При выборе методов психотерапии целесообразно учитывать данные Граве и соавт. Применительно к индивидуальной психотерапии, метаана­лиз эффективности различных видов психотерапии показал, что многие методы не исследовались научно приемлемым образом, а эффективность других существенно различается. Отсутствие современной научной оцен­ки результативности касается аналитической психологии Юнга, логотера­пии, нейролингвистического программирования, трансцендентальной меди­тации, индивидуальной психологии Адлера, трансактного анализа, которые в настоящее время находят применение в нашей стране, а также многих дру­гих, более редко встречающихся методов индивидуальной психотерапии. Ав­торами не рекомендуется применять гипноз как монотерапию, а дается со­вет использовать его с основной психотерапией. Немногочисленные исследо­вания гештальт-терапии свидетельствуют о ее эффективном действии на широкий спектр нарушений. Терапевтические эффекты раскрывающей, дол­говременной психотерапии оказались намного хуже, чем были предсказаны психотерапевтами. Долговременным психоанализом хорошие результаты до­стигались лишь у 40% пациентов и умеренное улучшение — у 20%. Однако хорошие результаты были получены другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Краткосрочный психоанализ обычно уменьшал симптоматику у пациентов со слабовыраженными невротически­ми и личностными расстройствами. Отношения с окружающими улучша­лись, но в результате групповой, а не индивидуальной психотерапии. Пло­хо поддавались психоаналитической психотерапии пациенты с фобиями и психосоматическими расстройствами. Достаточно убедительными были ре­зультаты интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман у пациен­тов с депрессией и нервной булимией. Клиент-центрированная психотера­пия Роджерса эффективна при невротических расстройствах, а также пока­зана для лечения алкоголизма и даже шизофрении, при этом часто в комби­нации с методами поведенческой психотерапии. Высокую эффективность, но при ограниченном спектре патологии, показали методы когнитивно-поведен­ческого направления. Специфические фобии хорошо поддаются лечению си­стематической десенсибилизацией. При полиморфных фобиях, включавших и панические атаки, наиболее эффективными оказались методики конфрон­тации с ситуациями, которых боялись пациенты. Когнитивная психотерапия Бека была успешной при лечении депрессий, а также страхов и личностных расстройств.

Из числа отечественных, наиболее научно обоснованной и подтвердив­шей свою широкую клиническую эффективность индивидуальной формой психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на теории отношений Мясищева, представленная Карвасарским и его сотрудниками.

По современным данным Бергина и Гарфилда в мире используется бо­лее 400 психотерапевтических техник для взрослых пациентов и более 200 для детей и подростков. Большинство из них применяется в индивидуаль­ной психотерапии. Лишь в многотомных энциклопедических изданиях воз­можно краткое знакомство с ними. Общие особенности психотерапевтичес­кой техники и ведущие механизмы лечебного действия представлены в гла­вах, посвященных описанию основных психотерапевтических направлений. Главные различия между отдельными психотерапевтическими направления­ми можно получить при описании психотерапевтического контакта, посколь­ку при индивидуальной психотерапии такой контакт создает оптимальные ус­ловия лечения и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении пациента.

Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компо­ненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (с отреа­гированием или «вентиляцией» эмоционального напряжения), эмоцио­нальная поддержка, обратная связь, при раскрытии своих мыслей, пережи­ваний и поведения. Психотерапевтический контакт формируется на основе развития взаимопонимания, коммуникации между психотерапевтом и па­циентом. Важнейшей задачей врача при этом является создание устойчи­вых, доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет ува­жение к пациенту, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь.

Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального психотерапевтического контакта, достигается обоюдны­ми вербальными и невербальными средствами общения. Невербальное по­ведение врача (поза, мимика, жесты, интонация) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его высказывания. Для понимания невер­бального поведения важен учет таких его признаков, как дистанция меж­ду собеседниками, направленность корпуса тела, степень контакта взгля­дом и др. Теплое, эмпатическое отношение психотерапевта выражается короткой дистанцией, прямым взглядом, улыбкой, обращенностью к паци­енту позы, свободным и непринужденным положением рук, доброжела­тельными и уверенными интонациями голоса и т. п. Сдержанное, эмоцио­нально нейтральное, а иногда и «холодное» отношение психотерапевта к пациенту проявляется в направленности взгляда и корпуса в сторону, в небрежности или скованности позы, наличии преграды (например, стола) между ними, отсутствии улыбки, в невыразительных или официальных ин­тонациях голоса и др. Аналогичные признаки невербального поведения от­мечаются у пациента при его положительном или отрицательном отноше­нии к психотерапевту. При хорошем психотерапевтическом контакте паци­ент вербально и невербально стремится к синхронности с поведением пси­хотерапевта. Невербальный аккомпанемент открытого словесного выраже­ния эмоционального отношения друг к другу может нейтрализовать его, подчеркивать или производить противоположное воздействие.

После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводит к созданию определенных взаимоотношений,которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее эта­пах. Ташлыков выделяет два основных типа ролевого взаимодействия в пси­хотерапевтическом контакте: руководство и партнерство. Руководство как вы­ражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицин­скую модель отношений «врач—пациент», при которой врач доминирует, за­нимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно ма­лоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделя­ется магическими качествами и больные особенно восприимчивы к его сугге­стивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. Партнерство как модель неавто­ритарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственнос­ти и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными реше­ниями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных пережива­ниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирова­ния терапевтического союза.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Основным инструментом лечебного воздействия при индивидуальной психо­терапии выступает:**

**О психотерапевтическая группа;**

**© окружающая пациента среда;**

**© метод психотерапии;**

**© психотерапевт.**

2**.**

**Ведущим показателем научной обоснованности методов индивидуальной пси­хотерапии является:**

**О оценка психотерапевта с учетом его опыта;**

**© оценка коллег и пациентов;**

**© доказательство их эффективности и обоснование современными научны­ми данными;**

**О сравнение их эффективности с современными психотропными сред­ствами.**

3**.**

**Ведущим инструментом психологического влияния на пациента при проведении**

**индивидуальной психотерапии служит:**

**О психотерапевтический контакт;**

**© психотерапевтический контракт;**

**© директивность психотерапевта;**

**О эмоционально-нейтральное отношение психотерапевта.**

***Семейная психотерапия***

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными методами семейной пси­хотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия вобрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для пси­хотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и за­дач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенчес­кого подхода. В основе нарративного (повествовательного) подхода в семей­ной психотерапии лежит работа с жизненными историями пациентов (ана­лиз проблемных историй и создание альтернативных повествований, от­крывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для системных и психодинамических гипо­тез.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, спо­собности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов чле­нов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному под­ходу; модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различ­ных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на повер­хность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучше­ние коммуникативного стиля между членами семьи.

Основные положения системного подхода.

Семья — открытая, развивающаяся система, в которой равновесие под­держивается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса). Семейная система представ­ляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с дру­гом и с окружающими системами (школа, производство). Семья — постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы мо­гут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, в свою очередь последняя воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Эта система имеет следующие характеристики: 1) система как целое боль­ше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или измене­ние в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ри­гидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из сре­ды. Обратная связь, следовательно, может быть обозначена как системный от­вет на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказа­ми от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В та­ких семьях при возможности притяжение между родителями, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспе­чивает безопасность для вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Отдельные признаки гармоничной семьи. 1. Все члены общаются между со­бой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья — это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций. 2. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами. 3. Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (коман­дировка, болезнь). 4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную само­оценку, доверяет другим. 5. Учат уважать других людей, их различия во вку­сах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка. 6. Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права. 7. Существуют семей­ные традиции, дети знают своих предков, свои корни. 8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления лич­ностно-социальных границ. 9. Ценится чувство юмора, воспитывается пози­тивное отношение к жизни. 10. Уделяется внимание духовной жизни. 11. Уде­ляется время развлечениям. 12. Поощряется совместный прием пищи. 13. По­ощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы). 14. Ее члены создают условия для своего личностного роста. 15. Ее члены не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные сис­темы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные по­требности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возника­ет какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становит­ся «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложивши­еся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение по­является в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой» (шифром по­требностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое об­суждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматрива­ется как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируе­мой. С системной точки зрения изменение является не единственным решени­ем единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципи­альный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносит­ся с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызыва­ет и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в резуль­тате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи час­то пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта сти­мулировать изменения.

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах. «Норма­тивные временные сдвиги» или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включа­ют начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препят­ствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жиз­ненного цикла семьи.

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутрен­нем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцировать­ся транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную ста­дию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в слу­чае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг начнет эмоци­онально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» — непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодей­ствия из поколения в поколение (патологизирующее семейное наследование) относится к вертикальным стрессорам.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис): 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликви­дация семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий. Важ­но помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяет­ся конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психо­терапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимо­действия (поведения) в семье.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функциони­рование?
2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?
3. Почему семья обратилась сейчас?
4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хро­нический характер? Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и сек­ретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.
5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отра­жал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме).
6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

«Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может воз­никнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохожде­ния какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруэнтная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в ре­зультате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, свя­занных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защи­ты нарушается естественный обмен энергетики в семье.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей се­мьи.

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

— члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказывают­ся разделять ответственность за симптом;

* закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают вза­имодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ре­сурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие са­мой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами стимули­руют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;
* блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармо­ничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» не­произвольно «оттягивает» энергию на себя;
* «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомео­стаз, ребенок — «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) — поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, ког­да совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки;

* нередко кризис, создаваемый подростком — единственный способ испы­тать эмоции в семье.

1. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с вне­шним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выс­лушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг дру­гом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник.

При исследовании коммуникаций в семье мы рекомендуем сосредоточить свое внимание на наблюдении за картинами отделения и связи по рассадке членов семьи на первом сеансе. Часто их способ взаимного размещения отра­жает и стиль коммуникации.

Так в случае семьи Андрея Х.,16 лет, обратившейся по поводу употреб­ления психоактивных веществ подростком («идентифицированный паци­ент»), двое разведенных родителей сели на одной линии за два рядом сто­ящих стола, отчим и мачеха впереди столов, а Андрей между двумя столами. Возникла гипотеза об отсутствии четких границ в семейных подсистемах. Кроме того, семейная ситуация соответствовала русской пословице: «Семь нянек, и дитя без глаза». В ходе интервью выяснилось, что как только мать, с которой чаще проживал Андрей, не справлялась с какой-либо сложной си­туацией, она звонила разведенному супругу, а тот порой отправлял подро­стка к своей матери. В ходе второго занятия у юноши возникла идея — по­жить в общежитии колледжа. Подхватив его мысль, психотерапевт предло­жил Андрею и отцу, проживавшему в общежитии, подписать контракт на

месячное совместное проживание с соблюдением всех правил общежития (об­щение «Взрослый — Взрослый»).

1. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций меж­ду родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.
2. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрес­сом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наибо­лее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установ­ки).
3. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания).
4. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью? Получение информации о текущем поведении «идентифицированного пациента» помогает определить повторяю­щиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает по­местить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные ги­потезы.
5. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жест­кие).

Границы — воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую, использу­ют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окруже­нием, а также различными подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит. Грани­цы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы рассмат­риваются как здоровые и функциональные. При ригидных границах инфор­мация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоци­ональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети на «молодежных тусовках», мать занима­ется дачей). Диффузные границы допускают легкое проникновение информа­ции между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисе­мейных отношениях.

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определя­ются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсис­тема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, дет­ская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам.

Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семей­ными правилами. Природа отношений подсистем — центральный пункт сбо­ра анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями — кто кого слу­шает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информа­ции от другого. Границы могут быть значительно нарушены, например, из­лишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или при­своение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, интерперсональной и экологической), где семья является составной частью.

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают край­ние варианты. Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если грани­цы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой.

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам помо­гает адекватно в сборе анамнеза. Центростремительная картина вытекает из «ригидной системы» Минухина, где «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще всего возникает внутри системы, чем снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности. При цен­тробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняет­ся из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения и члены семьи находят положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить та­кие картины рано, так как это будет способствовать предупреждению болез­ней.

1. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение.
2. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессо­вые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотреагирован- ных потерь и дисстрессов, а также — семейных секретов (табу).

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственни­ка, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значе­ние секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Оп­ределенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение дру­гого, спровоцировать на неблаговидный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета — стабилизировать или защищать семейную систему. Это не простая вещь — хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное ко­личество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанны­ми. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием де­талей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логи­ческие скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила се­мьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаруже­ния.

В семье Ивана К., 19 лет, существовал секрет о смерти матери, умершей от интоксикации алкоголем, когда мальчику было 6 лет. Ему не дали про­ститься с матерью, о ее смерти сообщили через месяц в грубой форме. Лечение опийной наркомании, проведенной в стационаре, а также инди­видуальная психотерапия не дали эффекта. Проработка этой проблемы в рамках семейной психотерапии с отцом и сыном, последующее включе­ние юноши в групповую психотерапию, где психотравмирующая ситуация детства воспроизведена в психодраме, дала позитивные результаты в катам- незе.

Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее за­конов, системы правил семьи.

1. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к изменениям? Пос­ле того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему не­обходимо составить терапевтический контракт с семьей, сформулировав усло­вия курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симп­томом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом использу­ется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повто­ряющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать сим­птом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.
2. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапев­том, а кто будет сопротивляться изменениям.
3. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесни­ков, семей родственников).
4. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологи­ческих) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на Ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверь­те систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, мож­но вовлечь пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой соб­ственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонан­сом системы на подобное вмешательство.

Реконструкция семейных отношений. Хотя трудно отделить диагностичес­кую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в сис­темной семейной психотерапии условно выделяют следующие ее этапы: объе­динение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Суще­ствует 3 типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении се­мейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора об­ращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку втор­жения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вов­леченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о пробле­ме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в ми­нимизации комментариев на прямые и непрямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхожде­ния проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых се­мьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили сле­дующие варианты...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуни­кации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, под­держивающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствую­щих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт ис­пользует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может вос­произвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированно­му отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR — UR — ZR , где X — уровень манипулятивного запроса, U — уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z — уровень осознавания своей некомпетентности как супругов, R — ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На эта­пе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят дос­тичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункци- ональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеос­таза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная за­дача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуще­ствлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семей­ной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использу­ет множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

Вызов семейной структуре. Эта техника направлена на изменение иерар­хических отношений членов семьи через изменение существующего распреде­ления влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психо­терапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, терапевт может утверждать: «Я вижу не­что иное, происходящее в семье, что опровергает Ваше мнение о том, где кро­ется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У Вашей семьи проблема в том, как Вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внима­ния семьи отвлекает ее от иных проблем, например, длительного супружес­кого конфликта.
2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает от­ветственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ве­дешь себя так, будто тебе 4 года» — и, повернувшись к родителям, спраши­вает: «Как Вам удалось сохранить его столь юным?». Психотерапевт одно­временно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. При этом «иден­тифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответствен­ность за такое поведение возложена на родителей.
3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъяв­ляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временнyю перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида. Пси­хотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется пра­вилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. На­пример, в семье с запутанными границами субсистем ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здо­ровы, смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в Вашей семье люди помогают друг другу».

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установ­ление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, за-ключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количе­ственный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики ус­ловий для каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контрак­ты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип малень­ких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на за­нятии, например, можно предложить двум членам семьи общаться только че­рез психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психотерапевт при­соединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В резуль­тате использования этого приема предполагаются изменения семейного го­меостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомео­стаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит от­каз от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить пси­хотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезно­вения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

Выявление семейных трансактных картин взаимодействия. Пациенты ча­сто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотера­певтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и дей­ствие.

Социометрические приемы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не об­щаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя при­емы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следу­ющем:

1. Они дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».
2. Они помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и сей­час».
3. Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.
4. Они представляют собой своеобразную форму метакоммуникации. Па­циенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.
5. Они дают возможность психотерапевту прямого вмешательства в семей­ную систему.

Это видно из следующего наблюдения.

«Идентифицированный пациент», Лена, 18 лет. Диагноз: нервная ано­рексия. На одном из занятий, используя социометрический прием «семейная скульптура», расположила членов своей семьи в пространстве как бы стоящих к ней спиной, когда она здорова, и повернувшихся к ней лицом и протянувших руки, когда больна. Благодаря этой технике удалось быстро выяснить семей­ное правило дисфункциональной семьи: «Мы объединяемся только в болезни и горе» — и перейти к реконструкции семейных отношений.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки наруше­ния границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигна­лом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема дол­жна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что от­вечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность. Проиллюстрируем это следующим примером.

Надя К., 22 года, обратилась с жалобами на неумение справляться с про­блемами, суицидные мысли, отсутствие аппетита и насыщения от еды.

Наследственность психопатологически не отягощена. Старшая сестра ма­тери страдала болезнями желудочно-кишечного тракта, у матери хроничес­кий панкреатит.

Между супругами с 5-го дня их знакомства возникли ссоры. Когда мать за­беременела, то ребенок был желанным для родителей, но мать сомневалась, женится ли на ней отец будущего ребенка. Отец при рождении дочери дал ей свою фамилию, а брак зарегистрировал только спустя год. Мать считала, что женился он на ней не по любви, а только по физическому влечению. Полага­ла, что муж требовал от нее соответствия придуманному им имиджу. Упреки мужа касались чаще всего неумения жены планировать хозяйство, неэконом­ной траты денег. Жене не нравилось, когда муж сравнивал ее с другими жен­щинами, воспринимая это как «Я — плохая». Отец — морской офицер, привык к распорядку дня как на корабле. Трудно переключаем. Испытывал дефицит общения, считал, что с ним обсуждалась только тема денег, еды. С подругами, с его слов, жена зато могла говорить часами на разные темы, к ним он супру­гу иногда ревновал. Когда жены нет дома, с дочерью также сложно было об­щаться, так как та занята уроками. В течение многих лет нарушены интимные отношения между супругами, из-за якобы периодически обостряющегося пан­креатита и ночных болей у жены. Через 10 лет супружества отец Нади часто спал на раскладушке в проходной комнате. Еще через 5 лет у отца появилась любовница, по поводу которой жена устраивала ему сцены. Через несколько лет они оформили официальный развод, и, по требованию дочери, отец был переселен в отдельную квартиру, так как часто не ночевал дома.

Несмотря на развод, мать тесно поддерживала контакт со свекровью. Сама она рано осталась без родителей, а в семье мужа приняла правило «мать оби­жать нельзя».

Сложности беременности начались с 12-й недели: первая госпитализация была обусловлена низким АД, затем — повторная госпитализация перед ро­дами в связи с гипертонусом матки. Роды длительные в срок. Закричала сра­зу. При рождении обнаружена гематома на лбу, которая в настоящее время становится заметной при волнении. Сразу приложили к груди, сосала моло­ко хорошо. В 4,5 мес у матери исчезло молоко — ребенок переведен на искус­ственное вскармливание. Девочка рано начала ходить и говорить.

Когда переехали в город С. в возрасте 1 год и 7 мес, сильно реагировала на световой день, вскоре перестала спать днем. При попытке определить ее в ясли заболела коньюктивитом, затем ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Проведена пенициллинотерапия в стационаре.

В 2 года 8 мес пошла в детский сад. Первое время плакала, затем адаптиро­валась и ходила туда с удовольствием. Росла активным, жизнерадостным ребен­ком. Охотно контактировала с детьми, рано начала читать. Проживая в комму­нальной квартире, поддерживала теплые отношения с соседями.

В старшей группе детского сада возникла следующая проблема: пожилой воспитательнице чем-то не понравилась мама, и она вымещала отрицатель­ные эмоции на ее дочери: игнорировала при распределении ролей на ут­ренники, порвала новогоднюю открытку от отца, приславшего ее из морского похода. Отец, возвращаясь из рейса, привозил шоколадки. Девочка их ела редко, чаще раздавала другим детям.

В школу пошла подготовленной с 7 лет, со 2-го класса совмещала обуче­ние в музыкальной школе. Все задания выполняла тщательно. До 7-го класса были подруги, затем в связи с очередным переездом растеряла их. В 14 лет у многих девочек уже были месячные, и мать хотела подготовить дочь к этому событию, но она отвергала ее «уроки». Месячные начались с 14,5 лет.

После окончания 9-го класса начала обучение в музыкальном училище. Поступать туда не хотела, но своего мнения не было, поэтому положилась на волю родителей. Учиться было трудно, долго сидела за инструментом. Меньше стала общаться с подругами.

На III курсе семья переехала на новую квартиру, девушка совсем отка­залась гулять. Возник конфликт с педагогом, самолюбивой дамой, требо­вавшей много работы от учеников. Однажды в присутствии других ребят учительница бросила реплику девочке, что в ней нет яркости и души. Один раз ударила ученицу по рукам. Надя очень переживала эти инциденты, за­являла, что бросит училище. С трудом его закончила с твердым убеждени­ем не быть педагогом.

Устроилась на работу ассистентом звукорежиссера на телевидении в го­роде М. (родители в очередной раз переехали). Ей там нравилось, но была скована при общении. Дружившие с ней девочки уговорили посещать шей­пинг. Охотно согласилась, желая ликвидировать «толстые ноги». На шей­пинге тренер сказала, что у нее лишние 8 кг. Начала соблюдать различные диеты, питалась по Брегу. Отец пытался протестовать, считая, что в 17 лет развивающейся девушке необходимо есть мясо. В этот же период во время родов умирает двоюродная сестра. Была на похоронах, там ей стало плохо, вызывали скорую помощь. Врач после осмотра сообщил матери, что у девоч­ки уже два месяца отсутствуют месячные и ее необходимо показать гинеко­логу. Диагностирована анемия и гиперфункция щитовидной железы. Прини­мала йодистые таблетки, прошла курс инъекций прогестерона — месячные не появились. Одновременно на УЗИ обнаружена зарубцевавшаяся язва желуд­ка (со слов матери). Летом того же года была госпитализирована в клини­ку. Осталась впервые без родителей на 2 мес. После лечения месячные один раз появились, затем вновь исчезли. Продолжила работать на студии в го­роде М. Есть не хотелось совсем. «Съедаю немного пищи, а ощущение, что съела много, в желудке какой-то ужас, и пища царапает его стенки». Хоте­лось попробовать сладкого, пыталась съесть, но тут же возникала рвота. Од­нажды днем, когда осталась одна дома, разбила из-за сильного напряжения стеклянную дверь.

Обратились к психотерапевту. Он сообщил, что ничего не находит у де­вочки, но предложил обследоваться в дневном стационаре. Девушка вела записки о рвотах и потере массы тела. В этот период она составляла 48 кг при рос-те 172 см. Впервые после осмотра психиатра прозвучал диагноз: «нервная анорексия». Для девушки это не оказалось новостью, она уже чита­ла об этой болезни. В городе М. не смогли предложить адекватного лечения, поэтому родители договариваются о госпитализации в клинику неврозов. На­ходясь в стационаре, принимала антелепсин, трифтазин. Состояние было уг­нетенное. Возможности вызвать рвоту не было, хотя все время думала об этом. После выписки из клиники через 1 мес совершила попытку самоубийства, при­няв 2 упаковки транквилизатора. Мотивы суицида объяснила проблемами еды и ссорами из-за нее родителей. Суициду предшествовал очередной скан­дал между родителями. Отцу звонили любовницы, мать упрекала его за это, а тот «опускался до уровня грузчика». После суицида была направлена в городскую психиатрическую больницу. При поступлении заявляла, что не любит отца, затем об этом пожалела, и при встрече его обняла. Сообщила, что когда выпишется, расспросит про морские походы. В больнице с удоволь­ствием ухаживала за больными, помогала персоналу. Проблемы с едой со­хранялись. Психолог, проводивший исследование в плане профориентации, рекомендовал ей выбрать специальность библиотекаря или медицинской сестры.

Так как после переезда в другой город она осталась безработной, то пред­ложение в центре занятости пойти на годичные курсы медицинской сестры восприняла положительно. Одновременно обратились к психотерапевту.

Психический статус: при первой встрече напряжена, затем охотно отвеча­ет на все вопросы. По характеру педантичная, склонная к перфекционизму.

Свои потребности считает минимальными. Из отрицательных качеств харак­тера указала жадность. Зависима от мнения матери. Бредово-галлюцинатор­ной продукции не обнаружено. Сообщила, что после смерти сестры полагала, что никогда не будет иметь собственных детей, но была на практике в роддо­ме и сказала отцу, что ей «это» понравилось. В момент осмотра суицидные мысли отрицает.

При планировании объема психотерапевтических вмешательств мы исхо­дили из того, что симптом существует уже несколько лет, имеют место нару­шения личностного развития и микросоциального окружения —это потребу­ет сочетания индивидуальной и семейной психотерапии. Родители на данном этапе к семейной психотерапии не были готовы, фиксированы на проблемах «носителя симптома».

Индивидуальная психотерапия по своей структуре была когнитивно-по­веденческой, в ней предусматривалась серия домашних заданий. Приводим отрывки из домашнего сочинения пациентки: «Жила-была девочка. Очень она любила размышлять. Думала она, думала и надумала однажды, что жить ей незачем. Решила пойти к реке и утопиться. Собралась и пошла. До­рога была длинной, и, чтобы скоротать время, стала она размышлять, как же дошла до такого решения. И вот о чем она думала дорогой к реке. Хотелось ей быть хорошей, доброй, веселой, но не получалось. Нет, иногда получалось, но в такие минуты она вдруг задумывалась: «Что-то уж слишком хорошо по­лучается, так долго не продлится; наверное, все испортится». Даже страшно становилось. И мысли ее подтверждались: настроение вдруг портилось, глаза тускнели. «Ну вот, так я и думала». А зачем тогда жить, если не по­лучается так, как хочется. Проще тихонечко исчезнуть, и все будет просто. Вернее, ничего не будет. Не будет и страха, который очень часто посещал де­вочку».

В ходе индивидуальной психотерапии была создана мотивация для учас­тия в психотерапевтической группе, которая для нее служила и этапом семей­ной психотерапии, задачей которой было расчерчивание границ между подси­стемами (вначале был категорический отказ).

В психотерапевтической группе на первом занятии заявила о своей цели — стать более независимой от чужого мнения. На втором занятии была выбра­на в качестве «вспомогательного эго» другой пациенткой с нервной анорекси­ей по имени Маша, 18 лет.

Надя была очень взволнована, на следующем занятии работала над сво­ей проблемой взаимоотношений с родителями. Становилось ясно, что даль­нейшее ведение пациентки без подключения к индивидуальной работе се­мейной психотерапии бессмысленно. На первый сеанс пришел отец Нади, причем сам попросил его принять отдельно. С собой принес наброски не­которых воспоминаний, которые посчитал полезными психотерапевту.

Из воспоминаний отца Нади. «С начала семейной жизни частые ссоры в присутствии дочери. Во всех ссорах звучала только оценка своего положения («я», «мне плохо»), ни про ребенка, ни тем более о том, что мне тоже может быть плохо, речи не велось. Я всегда просил не выяснять отношения в при­сутствии дочери. Реакция нулевая. В этих поступках я видел преднамерен­ное желание отдалить от меня ребенка. Наталья в первые годы брака в моем присутствии молчалива, а с подругами и в гостях не умолкает, ведет себя подчеркнуто независимо. Меня это бесило, вызывало взрывы грубости с моей стороны. Очевидно, Наталья Александровна избегала меня (я ее чем- то подавлял, на все замечания — реакция неадекватная). Жена была (на Се­вере отмечала частые головные боли) со мной и ребенком суха, сдержанна, мало эмоциональна. Только отрицательные установки — все плохо. В наших отношениях никогда не было теплых, доверительных, искренних отношений. Не было воспоминаний о чем-то хорошем, задушевных разговоров, обсужде­ния прочитанного, увиденного. В доме царила гнетущая, мрачная атмосфе­ра. Меня тяготило молчание, раздражительность и вечное недовольство. Дом не стал местом общения и теплоты. Я срывался, выпивал, несколько раз про­водил беседы о наших отношениях (в том числе, интимных), влиянии их на ребенка, пытался выработать взаимную позицию. Не смогли. Возникла дли­тельная конфликтная ситуация.

Дочь росла пуританкой: с мамой о созревании отказалась говорить, ее воз­мущали разговоры о женщинах, мои ласки отвергала. В противовес мамино­му болезненному отношению к чистоте проявляла неряшливость, меня избе­гала, разговаривала лаконично: да — нет — не знаю (имитация маминого сте­реотипа). Я сяду к телевизору — она уходит. Когда она лежала в больнице, ей поставили диагноз «тормозное развитие личности».

Что меня волнует?

* поведенческие стереотипы (имитация моего и маминого поведения);
* страх повзросления, полового созревания, хотя хочет иметь детей;
* «Если любовь неудачная?»;
* неуверенность, доминанта с едой;
* боязливые черты характера;
* Надин распорядок;
* контроль с нашей стороны».

На следующий сеанс пришли оба родителя, участвуют двое психотера­певтов Светлана и Сергей.

Приводим отрывок из сеанса семейной психотерапии, проведенного че­рез неделю после занятий Нади в психотерапевтической группе.

С.: Какие изменения произошли за этот период?

Н.: Только вчера рассказала о работе в группе маме. Неожиданно столк­нулась с проблемой позднего возвращения. Тетушка сказала, что не пустила бы домой и высказала это маме.

М.: Отношения тесно связаны в нашей семье.

С.: Не связаны ли проблемы контроля в семье с контролем за едой?

М.: Всю жизнь так было. Принято заставлять есть. Если я проголода­лась — выпью чашку кофе, и порядок, а в моей семье и семье мужа правило завтрак-обед-ужин — это традиция.

С.: Сможете перечислить правила семьи?

Все члены семьи перечисляют правила: необходимо питаться 3 раза в день; в выходные обед есть дома всем вместе; обязательно чистить обувь; пос­ле еды вымыть посуду; ложиться спать в 23 часа; прежде выполнить все дела, а затем отдыхать; громко не включать телевизор; не приводить гостей, если не­чем угощать; поздравлять родственников с праздниками; наносить визиты родственникам; днем поесть хорошо (отец); не расстраивать бабушку пробле­мами; о неприятностях другим не говорить (мама). Сергей еще раз зачитывает правила. Мать добавляет: «Слушаться старших, ежедневно звонить родствен­никам».

С.: Надя, чтобы бы ты для себя хотела?

Н.: Самостоятельно выбирать друзей и хоть раз сходить на ночную дис­котеку. Еще не хочу ездить на день рождения к бабушке, так как слышу уп­реки матери о моем воспитании, не хочу отчитываться перед родственника­ми о проведенном дне, хочу одеваться как мне нравится.

Св.: Что тебе мешает это осуществить?

Н.: Когда я вижу, что человек нравится, я думаю, как на это посмотрит мама.

С.: Почему Надя смотрит глазами матери?

О.: После окончания военно-морского училища я отошел от семьи и же­стко придерживался только одного правила: в Новый год поздравить мать и быть у нее дома. Наташа (жена) после переезда в другой город более тес­но стала общаться с моей матерью и сестрами и сама приняла их правила.

С.: Не получается ли, что Надя грубит бабушке, отстаивая свою терри­торию, а когда не ест — наказывает мать за что-то?

Н.: У нас семья «Тайны мадридского двора». Я хочу честности и искрен­ности в отношениях. Находить решение проблемы, а не управлять чувства­ми другого. Мне надоел диктат: «Ты должна взять себя в руки».

Родители молчат. Идет работа с семьей по реконструкции и модифика­ции некоторых правил. Например, съездить поздравить бабушку, но долго не сидеть за столом, сославшись на необходимость подготовки к зачетам (приближается сдача экзаменов на курсах).

Св.: В группе ты себя не воспринимала женщиной?

О.: У нас табу на вопросы пола в семье.

Св.: Об этих вопросах мы поговорим на следующем занятии. Чем ты мо­жешь поддержать папу?

Н.: У нас с ним нормальные отношения.

Св.: А чем папа тебе может помочь?

Н.: Встретить с ночной дискотеки.

Отец улыбается. Мать сообщает, что ей в голову никогда не приходи­ло, что может быть связь между правилами семьи и болезнью Нади. Окон­чание сеанса.

В данной дисфункциональной семье симптом удерживался несколькими факторами: многообразными семейными правилами и запретами, контролем со стороны старших женщин за девочкой, нарушенной коммуникацией внут­ри семьи (нарушены границы между подсистемами, перепутаны роли в се­мье, длительный супружеский конфликт разрешался через дочь). Игнори­рование «семейного диагноза» лечившими прежде девушку специалистами привело к хронизации заболевания, сочетанию нервной анорексии с лично­стным расстройством и потребовало в итоге около 20 сеансов индивидуаль­ной, групповой и семейной психотерапии. Катамнез: работает медсестрой в военном госпитале, ремиссия основного заболевания.

Предоставление заданий. Задания могут даваться во время психотерапев­тического занятия или в виде домашних заданий. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помол­чать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет со­здания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно ре­комендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, пред­ложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не про­водившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу — сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный экспе­римент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с сим­птомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у «иден­тифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом мо­жет быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осозна­ния семьей его необходимости. Так в случае алкоголизма у мужа, жене, ко­торая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поез­дку).

Психотерапевтическая работа с одной подсистемой. Заслуги стратегичес­кой семейной психотерапии, специфика которой характеризуется активны­ми попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за дру­га, формированием терапевтических альянсов, более частыми по сравнению с другими подходами встречами с членами семьи по отдельности, иногда при­водят к возможности работы с «идентифицированным пациентом» заочно. Такая ситуация нередко возникает в случае прихода одного из значимых чле­нов семьи и отказа на встречу с психотерапевтом другого члена семьи. Исхо­дя из принципов системной семейной терапии ставится следующая цель: при изменении поведения одного члена семейной системы, — у другого есть шанс тоже измениться.

Семейная психотерапия пациентов с алкоголизмом и наркоманией (аддик- тивным поведением). Можно выделить общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия в комплексной реабилитации подростков- наркоманов: 1) определить наркоманию как семейную проблему; 2) выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление психоактивными ве­ществами подростком; 3) уменьшить сопротивление семьи к лечению; 4) пре­рвать повторяющиеся конфликты между членами семьи; 6) восстановить влияние родителей на подростка(семейную иерархию); 7) найти ресурсы семьи и подростка, способные усилить сопротивляемость стрессу; 8) подо­брать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семей­ных отношений; 9) разрешить личностные проблемы родителей, поддержи­вающие симптом (зависимость от психоактивных веществ).

Каждое направление семейной психотерапии выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками, злоупотребляющими пси­хоактивными веществами. Обобщая лучший зарубежный опыт психопро­филактики наркоманий, отечественные психологи постепенно приобрета­ют собственный, учитывающий особенности российских семей (Кулаков, Ваисов). Средовые (социальные) факторы наиболее сильные предикторы аддиктивного поведения. Наибольшее значение приобретают нарушения семейного контекста. При сборе семейного анамнеза следует обратить вни­мание на детальное описание семейного функционирования, включая пра- родитель-скую историю потребления психоактивных веществ, наличие текущего семейного кризиса, ранние детско-родительские конфликты. На­личие дисфункции семьи и тщательный анализ ее составляющих важен не только для лечения и психопрофилактики аддиктивного поведения, но так­же и прогноза результатов лечения.

Семейная психотерапия аддиктивного поведения начинается с выдвиже­ния гипотезы о том, что прием психоактивных веществ возник в результате дисфункции семьи. Это проблема не только семьи, но и микросоциального окружения, с которым пациент взаимодействует. Хотя бы раз следует собрать всю семью для проведения интервью и составления семейного диагноза — «карты семьи». С началом интервью гипотеза проверяется реальной семей­ной ситуацией. Если семейная ситуация не изменится, у пациента возможен рецидив нарушения поведения, несмотря на предпринимаемые меры. Рабо­та с семьей начинается с присоединения как к семейной системе, так и к каж­дому ее члену. Акцентируется внимание на вербальном и невербальном по­ведении участников встречи и «картине» их взаимодействия. Нейтральная позиция и сохранение статуса «эксперта» — важная задача психотерапевта. Если последний отступает от этого правила и присоединяется к проблемно­му пациенту — нередко происходит «срыв» психотерапии.

В ходе диагностических сеансов полезным приемом может оказаться при­менение циркулярного метода опроса, заключающегося в том, что психоте­рапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последу­ющих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними. В от­личие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая тех­ника дает более существенную информацию как психотерапевту, так и семье. Интервью рекомендуется начинать с инициатора обращения, так как он не­сет большую ответственность за семью. Реакции одного члена семьи прово­цируют то или иное поведение другого, что в свою очередь закрепляет по­ведение первого. Ярким примером подкрепляющего поведения является сверхвнимание, получаемое «носителем симптома» от других членов семьи. Попытка психотерапевта изменить сложившиеся стереотипы приводит к со­противлению членов семьи, а также к усилению или хронизации симптома­тического поведения.

Гипотеза подтверждается, когда обнаружена связь между появлением сим­птома у его «носителя» и взаимоотношением в семейной системе. Во время консультирования психотерапевт создает условия для разделения ответствен­ности за проблему между всеми членами семьи — выход на «один уровень». Например, если семья приходит с установкой, где все обвиняют пациента в «плохом поведении», то вопросы типа: «Кто еще ведет себя подобным обра­зом?» или «Почему брат ведет себя хорошо?» — будут стимулировать приня­тие ответственности за создавшуюся ситуацию всеми членами семьи. Можно использовать гипотетические вопросы, начинающиеся с «если». Они помога­ют психотерапевту уменьшить сопротивление и раскрыть истинность обраще­ния.

Конфликты между другими членами семьи игнорируются и минимизиру­ются, пока «идентифицированный пациент» не придет к «норме». Прекращая злоупотреблять психоактивными веществами, «носитель проблемного поведе­ния» усиливает нестабильность семьи. Родители имеют шанс развестись или заболеть. Увеличение приема психоактивных веществ — частая картина ста­билизации семьи. Если психотерапевт объединяется с родителями против проблемы пациента, они становятся его союзниками, и пациенту нет необхо­димости их «спасать».

Рекомендуется избегать обвинения родителей и искать подкрепляющие ме­тоды для последующего решения проблем. Следует стимулировать родителей говорить о своем проблемном родственнике в положительном ключе, искать его ресурсы. Исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что на данный момент семья находится в кризисе, и «носитель симптома» отражает его. Например, можно сообщить семье, что Таня злоупотребляет алкоголем для поддержания внимания к ней родителей, или Иван делает такие вещи, которые жена считает неприличными, но дела­ет это для сохранения брака.

Наличие множества собственных «нерешенных» проблем в «родитель­ской подсистеме», проецируемых на «детскую подсистему» (особенно в слу­чаях нарушения границ между подсистемами по типу «запутанного клубка» по Минухину), служат причиной рецидивов аддиктивного поведения. Следует ре­комендовать таким родителям включиться в тренинг родительской компетен­тности, посещать группу поддержки родственников, имеющих в семье больно­го алкоголизмом или наркоманией, или получить любую другую доступную в данном регионе форму психологической помощи. Недоучет этих положений приводит к срыву психотерапии и рецидиву девиантного поведения, как пока­зано в следующем наблюдении.

Ростислав, 16 лет. Обратился с жалобами на эпизодическое (в течение последних полгода) злоупотребление наркотиками (героин). Перед посеще­нием психотерапевта не принимал их уже 3 недели, хотя тяга сохранялась.

Генеалогический и семейный анамнез. Бабка, 62 года, хорошо организо­ванная, властная, стремящаяся всех держать под контролем, решать все про­блемы за других, даже если в ее советах не нуждаются. Все дела пытается сделать на «отлично». Профессионально не реализовалась, что является бо­лью ее жизни. На госэкзамене в педагогическом институте получила двойку и осталась без диплома. С тех пор хочет реализовать себя в детях. Больна сахарным диабетом, гипертонической болезнью, перенесла инсульт.

Дед, 63 года, мир видит в черных красках, так как ему тяжело дышать из-за бронхиальной астмы с 30 лет. Требует к себе повышенного внимания. У него сформировалась установка: если его не обслуживают, значит обижают. К Рос­тиславу особенно придирчив, упрекает за мелочи, прогнозирует судьбу песси­мистически, постоянно говоря, что он закончит жизнь в тюрьме.

Мать, 41 год, всегда была послушной девочкой, отказывая себе в удо­вольствиях. Родители постоянно манипулировали ею и добивались свое­го, до сих пор идет им на уступки, спрашивает совета в ответственных си­туациях у своей матери. Когда у нее был инсульт, мать чувствовала себя потерянным ребенком.

Отец, 40 лет, эгоцентричен, безответствен, ревнив, жесток. В подростковом возрасте участвовал в драках. Мать познакомилась с будущим мужем на ку­рорте. Дважды сидел в тюрьме за спекуляцию и грабеж. Было конфисковано все имущество матери и ее родителей, им пришлось торговать клюквой, что­бы обеспечить свое существование. Родители развелись, когда сыну было 3 года. Окончательно отец исчез из поля зрения семьи, когда мальчику было 7 лет. В семье имеется табу на криминальное прошлое отца.

Анамнез жизни. Беременность была незапланированной, но ребенок был желанным для матери. Протекала беременность с токсикозом, патологичес­кой прибавкой массы тела. Кроме того, вынашивать ребенка пришлось на фоне бессонных ночей в связи с окончанием вуза и постоянной ревностью мужа (он ревновал как к женщинам, так и к мужчинам). Роды в срок. До 3 мес Ростислав был очень беспокойным, плохо спал, особенно было нарушено засы­пание, просыпался всегда с плачем. На первом месяце жизни срыгивал и зап­рокидывал голову. С засыпанием проблема остается до сих пор. Боялся темно­ты, разговаривал во сне, просыпался от кошмарных снов, которые утром не мог вспомнить. Развивался по возрасту. Говорить начал с 1,5 лет. В 2,5 года знал все буквы, читать начал в 4,5 года. Всегда отличался хорошей памятью. С 5 лет стал посещать музыкальную школу, в 6 лет — класс скрипки. Справлялся с програм­мой хорошо, но ходил на занятия без желания. Когда мальчику было 7 лет, вновь «объявился» отец, и мать «водила сына за руку», оберегая его от осуществления угрозы отца похитить ребенка.

Во время учебы в младших классах мать и бабушка организовывали его время, чтобы мальчик везде успевал, иногда помогали делать уроки. На про­гулки времени не оставалось. Он всегда завидовал ребятам, которые мог­ли гулять. Постепенно в семье сложилась традиция: мальчик свое время сам никогда не распределяет, уроки делает, когда скажут (а если не сказали — он их не делал). Оценки его не волновали, тем не менее с программой шко­лы справлялся. В 8-м классе закончил музыкальную школу.

До 13 лет был полным, но по этому поводу не «комплексовал», а когда похудел, — долго не мог привыкнуть к новому состоянию. В подростковом возрасте стал очень привлекательным, обаятельным, пользовался внимани­ем девочек. Конфликтов не любил. В 14 лет стал увлекаться музыкой груп­пы «Кино», появилось много знакомых «неформалов», стал посещать ту­совки в «трубе» и проводил там много свободного времени. Сочинял сти­хи и музыку, любил петь. Бывал на рок-концертах, попробовал там поку­рить «травку», затем стал курить ее чаще, а летом курил постоянно. Резко ухудшилась память. Мать ничего этого не замечала, кроме появившейся раскованности, развязности. Телефон стал работать как «горячая линия», участились контакты с ровесниками, которые были быстротечными. До это­го времени никогда не был лидером, но в 14 лет к его мнению стали при­слушиваться. Мать пыталась его контролировать (старые стереотипы ком­муникации), встречала с дискотек, ходила за ним в школу, отслеживала его звонки. Он внешне стойко сносил ее опеку, но пытался врать, прятаться, не приходить домой вовремя. О любви, доверии, близости в семье не было при­нято говорить.

Мать поддерживала у мальчика уверенность, что отец любит его, выис­кивала хорошие светлые воспоминания, рассматривала с ним его фотогра­фии. Иногда отец звонил, но с юношей разговаривать не хотел. Алиментов не платил. Когда Ростиславу исполнилось 16 лет, позвонил отец, сообщив, что он в Петербурге и хочет прийти к ним. Подросток долго готовился мо­рально к этой встрече, плохо спал. Встреча состоялась. Отец говорил о сво­ей новой семье и детях, а Ростислава ни о чем не спросил. Уходя сообщил матери, что раз она выписала его без проблем из квартиры 9 лет назад, она должна купить ему комнату в Петербурге, иначе он будет мстить ей через сына (сделает его наркоманом). Юноша переживал свое разочарование в отце (его угрозы от него вновь скрыли). У мальчика резко снизилась самооценка, пове­денческие реакции в значительной степени усугубились, перестал ночевать дома, время проводил на тусовках, пробовал «грибы», «колеса», пока не оста­новился на героине, который он вдыхал вначале через нос, но несколько раз вводил внутривенно. Регулярно 1,5 мес потреблял героин, затем решил «завя­зать» в связи с появлением болей в кишечнике, жидкого стула и резкого сни­жения настроения. Перестал ходить в школу, лежал в постели, отвернувшись к стене.

Сопутствующие заболевания и симптомы: беспокоят периодические миг­ренеподобные головные боли, усиливающиеся при утомлении. В 14 лет об­наружена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Инфекционный ге­патит отрицает.

Так как подросток обратился в период начала работы группы, ему было предложено пройти групповую психотерапию. Приводим выписку из прото­колов групповой психотерапии.

На первое занятие опоздал. Вел себя манерно, сидел в нарочито расслаб­ленной позе, хотя лицо было напряжено. Изменил позу, когда стали гово­рить о нем, беспокойно задвигался. Представил себя как творческого че­ловека, сообщив, что знаком с наркотиками, периодически появляется тяга к ним, хочет разобраться в причине этого, а во время рассказа следил за ре­акцией окружающих. Истории ребят слушал с видимым интересом. В игре «3-й лишний» сначала ходил не спеша, затем взял на себя роль ведущего и остался в числе выигравших. В дальнейшем сидел, покачиваясь на стуле, в новом упражнении быть первым отказался. В игре «Магазин старых игру­шек» выбрал игрушку-обезьянку, назвав ее Мартиханом. В рассказе от име­ни мартышки прослеживалось 2 героя: отрицательный — девочка Балбесиха и положительный — 18-летний мальчик «сильный духовно». Ростислав от­метил, что владелец игрушки должен быть «ищущим, не обывателем, не серым, выдающимся», добавил, что можно всех веселить, даже в ущерб себе. В конце дня сообщил, что начал себя жалеть, что «трудно раскрываться».

Второй день начал с разговора о потерях. Рассказал про друга-нарко- мана: «Ярчайший пример, когда наркотик съел всю сущность человека, ос­талась только оболочка. Он для меня потерян». С большим интересом слу­шал рассказы других, при этом щипал руками губы. В игре на ассоциации назвал себя «адаптером». Другим ребятам задавал только закрытые вопро­сы со множеством перечислений, часто используя жаргонные слова. В кон­це дня сказал: «Я замыкался в себе, только сейчас это понял. Хочется выта­щить пробку, чтобы все это рассосалось. Сначала не верил в полезность группы. Боюсь остаться с самим собой, чувствую себя зависимым от этой об­становки. Сейчас мистическое ощущение, что обстоятельства сложились в мою пользу».

В течение 3-го дня уже явно прослеживалась лидерская позиция. Ребята обращались к нему за советом, ласково называя Ростиком. Последнее слово в группе оставалось за ним. По сравнению с первым днем выглядел гораздо ме­нее напряженным, исчезла манерность в поведении. Был расстроен отсутстви­ем Леши (другой лидер в группе). Сообщил, что закрылся, хотелось побыть одному. На приход Леши реагировал очень эмоционально, улыбался, много говорил. Во время игры в сказочное животное сначала выбрал роль подсозна­ния животного, но потом стал его желудком. После игры жаловался, что ему не дали пищи, подчеркнул, что это напоминает его жизненную ситуацию. Пос­ле обсуждения Димы был явно расстроен, нашел аналогию с собой: «Это по­хоже на меня, я тоже хотел плыть по течению. Не думал, что могу сам для себя что-то сделать. Мне стало обидно и я почувствовал в себе силы перейти на другую сторону». После того как одна из участниц группы отдалилась от него, сообщил: «Наверное, я боюсь затронуть то, о чем нельзя говорить». Очень четко помог сформулировать проблему другого участника группы, под­держивал его в постановке психодрамы.

Следующий день Ростислав начал с рассказа о потере друга, который «сел на героин». «У нас был культ героина — это порошок, имеющий силу небес, но сейчас мой друг принимает большие дозы, уплывает и не понимает, что мо­жет задохнуться». Согласился с психотерапевтом, что может помочь другу только, если сам разберется со своими проблемами. Сообщил, что он понял сегодня, что жизнь продолжается, ему стало легче. Согласился работать над своей проблемой. В качестве разогрева психотерапевт использовал метафо­рическое изображение его проблемы: шприц, вложенный в пластмассовую бутылку. Один из участников сказал, что это внутренняя проблема Рости­слава. Была разыграна сцена, в которой психотерапевт играл роль джина- шприца, выпущенного из бутылки. Вначале Ростиславу было трудно вклю­читься, говорил, что привык уходить от ответственности, страшно смотреть проблеме в глаза, жалел себя, чувствовал себя подавленным. Признался, что вчера «сорвался с травой». Обращаясь к шприцу, заметил: «Ты можешь уне­сти меня от всех проблем, я не могу жить этой серой жизнью... ты унесешь меня в страну, где нет забот, где я лучше всех... с тобой я вдыхаю безответствен­ность... Ты сильный, опытный, ты меня поддерживаешь. Если ты уйдешь, ос­тается серость... Для чего я живу?! Чтобы быть как все... Я не хочу уйти бесслед­но, на меня давит реальность». Психотерапевт (в роли шприца), доводя ситу­ацию до абсурда, рисовал красоты своего сказочного мира, подчеркнул, что в награду за это он сделает его своим рабом. Ростислав напрягся, пытался от­толкнуть «джина», сопротивлялся призывам «джина-шприца» унести юношу в его царство. В качестве альтернативы второй психотерапевт предложил ис­следовать будущее подростка через 5 лет. Было предложено пройти несколь­кими дорогами: 1-я с наркотиками (Ростислав идет медленно, погружен в себя). «Через 3 года умрет душа, а через 5 лет и тело». 2-й путь без наркоти­ков (подросток идет по нему вяло, с грустным лицом, ссутулившись). «Даль­ше все отлично, как все. Без широты души...В 40 лет достигну чего-то, будут мысли о самоубийстве»...На вопрос о детях, лицо просветлело, плечи несколь­ко выпрямились. Психотерапевт показал Ростиславу со стороны, что он мо­жет дать сыну другую жизнь, чем была у него. Ростислав не реагировал: «Я отключен, приду домой и буду видеть все тот же канал...». Ему предложили пройти еще по 3-му пути, но уже ближайшего будущего, предлагая альтерна­тивы и выбор. Здесь подросток шел охотнее, легче, лицо ожило, появился ин­терес, плечи распрямились. Пройдя увереннее этой дорогой, он подобрал шприц и выбросил его в открытую форточку (в группе — аплодисменты). Во время обсуждения сидел молча, ни на кого не глядя.

На следующий день выглядел менее подавленным, сообщил, что ему по­нравилось, когда его не жалели. Но было обидно за себя, так как осталось ощущение, что «из него все вынули, а обратно не положили». Испытывал беспомощность, бессилие. Сомневался в выбранном пути. Это напомнило ему ситуацию, когда в семье за него решали проблемы и навязывали свое мне­ние. Психотерапевт предложил ему самому выбрать путь. Ростислав пари­ровал, что он не готов, не понял свою проблему и роль в ней наркотиков. Участники группы рекомендовали ему начать составлять маршрутную кар­ту своих дорог после окончания занятий, так как на это необходимо время. В процессе дальнейших ролевых игр юноша становился оживленнее, с удо­вольствием принимал в них участие, много и быстро говорил, находился в постоянном движении.

В последний день опоздал на 40 мин, ребята встретили его радостными возгласами. Испытал удовольствие от встречи, улыбался, сидел в расслаб­ленной позе. В конце занятий сообщил: «Теперь вижу свет в конце туннеля, правда без оттенков, слабый, но я его вижу! Вам огромное спасибо».

После окончания занятий была продолжена индивидуальная и семейная психотерапия. Мать, вначале скрывшая данные семейного анамнеза (особен­но криминальное прошлое отца), рассказала сыну всю правду. Ей было пред­ложено также посещать группу «родители против наркотиков», но побывав там несколько раз, прекратила эти визиты (установку на передачу ответствен­ности сыну она так и не приняла). У юноши вскоре наступил рецидив при­ема психоактивных веществ.

Тренинг родительской компетентности. Разработка данного варианта се­мейной психотерапии, направленного на реконструкцию одной родительской подсистемы, очень важна, так как он используется в комплексной реабилитации родителей наркоманов. Родственники обычно эмоционально вовлечены в про­цесс наркотизации своего ребенка или супруга и находятся в психологической и социальной зависимости от него, ориентируясь на удовлетворение потребно­стей «носителя симптома», подавляя при этом собственные желания. Возника­ющее психологическое напряжение у здорового члена семьи приводит к появ­лению различных расстройств, превращая его таким образом во второго «но­сителя симптома» в семье.

Симптом (наркомания) — показатель наличия проблемы у всей семьи.

Подросток с отклоняющимся поведением выполняет определенную функ­цию в семье («козла отпущения»).

Реакция членов семьи (недоверие) может мешать борьбе подростка с зави­симостью от психоактивных веществ.

Родители составляют значительную часть микросоциального окружения подростка, поэтому изменения в поведении и образе жизни родителей оказыва­ют влияние на его опыт и поведение. Кроме того, семья играет роль защитни­ка психического развития ребенка, и эту ее способность оказывать поддержку можно использовать в психотерапевтических целях.

Термин «тренинг родительской компетентности» соотносится с понятия­ми «семья как котерапевт» и «руководство родителями». Основы концепции родительского тренинга проистекают из когнитивно-поведенческой психоте­рапии. Позднее в его методическое обеспечение были включены элементы те­ории коммуникации, теории деятельности, разговорной терапии, семейной те­рапии, клинических ролевых игр. Родительский тренинг — это особая систе­матическая форма работы с родителями.

Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосре­дованным подходом к психотерапии детей и подростков и опирается на прин­ципы системной терапии. Это означает, что психотерапия с родителями мо­жет проходить даже без непосредственного присутствия детей. При этом ис­ходят не из «психотерапевтической одаренности» родителей, а просто учиты­вают тот факт, что и незначительные воздействия со стороны всей семьи в под­держку специальных психотерапевтических мероприятий по отношению к подростку существенно повышают эффективность психотерапии.

Между тем, концепции родительского тренинга могут иметь более слож­ные целевые установки: совместная работа с родителями направлена на изме­нение систем ценностей, способности к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Они служат задаче психического оздоровления под­ростка и способствуют процессу его развития путем достижения взаимопони­мания между ними, выработке адекватных форм воспитательного взаимодей­ствия, снятия напряженности, улучшения настроения и обеспечения больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга служит признание воспитатель­ной компетентности родителей и их способности совместно влиять на приоб­ретение подростком социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении трудных проблем.

В соответствии с их индивидуальными возможностями родители включа­ются в процесс психотерапии подростка как «помощники». Роль психотерапев­та — это роль тренера, который стремится содействовать выработке у роди­телей способности помогать развитию своего ребенка, имеющего психические отклонения

Родителям, которые ищут помощь в связи с наркоманией у их ребенка, тре­буется консультация психотерапевта, имеющего специализацию по семейной психотерапии. Они благодарны, если с самого начала чувствуют уважитель­ное отношение к себе со стороны специалиста. Компетентность родителей в вопросах воспитания часто недостаточна, но они не должны уйти с первого приема с усилившимся чувством вины. Многие их них в состоянии научить­ся психотерапевтическим и педагогическим приемам и эффективно применять их на благо собственного ребенка. Взаимоотношения между психотерапевтом и родителями должны быть тактичными, уважительными и поддерживающи­ми. Поддержка, оказываемая им, должна включать следующие аспекты: инте­рес к имеющимся в семье ресурсам, психодиагностика семейной системы, сни­жение эмоционального напряжения, уменьшение иррациональных установок. Семья должна быть включена в терапевтический процесс, а семейные ресур­сы самопомощи с самого начала служат составной частью реабилитации. Форма и содержание работы с родителями и временные рамки сотрудниче­ства должны соответствовать временным и собственным возможностям, спо­собностям, потребностям, ценностным установкам и целям как семьи, так и психотерапевта. Присоединение психотерапевта к родителям означает объе­динение возможностей помощи со стороны семьи с компетентностью специа­листов (кумулятивный эффект). При работе с семьей выделяется время для обсуждения индивидуальных целей каждого родителя. При этом анализиру­ются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания каждого члена се­мьи.

Родителей приглашают для участия в занятиях за две-три недели до их начала. Им излагают целевую установку тренинга, план и его методику. Вы­ясняется наличие возможных препятствий для совместной работы, напри­мер, профессиональная деятельность (занятость) матери или отца, необхо­димость заботиться о других детях.

Задача семейной диагностики состоит в изучении семейных и психосоциальных условий, имеющих значение для возникновения, поддержания или преодоления семейных конфликтов или психических нарушений. Подросток становится «но­сителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоот­ношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в резуль­тате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, по­вторяющихся поведенческих циклов, нарушенной коммуникации. Если семья рас­сматривается как саморегулирующаяся система, а наркотик — как механизм регуля­ции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой.

Основные проблемы родителей подростков, зависимых от психоактивных ве­ществ (Кулаков): стремление выполнять большинство задач за детей с малых лет и требование самостоятельности в подростковом возрасте; страх передачи ответственности подростку, желание контролировать каждый его шаг; наруше­ние границ между «Я—Другой»; требование уважения к себе и проявления не­уважения к подростку; отрицательное программирование («Ты закончишь жизнь в тюрьме! Твоя сестра конченная наркоманка»); запрет на выражение ряда положительных и отрицательных эмоций; собственный эталон «взросло­го поведения», навязываемый подросткам; проекция на него собственных неже­лаемых качеств, сравнение его развития со своим жизненным путем; страх пе­ред неизвестным; незнание основных прав личности, способствующих уверен­ности в себе, подкрепление агрессивного или пассивного способа поведения у подростка; стереотипное общение с подростком по типу «родитель—ребенок» с частыми фразеологизмами типа «должен», «почему», стремление реализовать на подростке собственные недостигнутые цели; отсутствие системы правил в се­мье, приводящее к полной дезориентировке в выборе жизненного пути; созда­ние чувства вины за принесенные жертвы подростку или обвинение его в болез­ни родственника.

Выбирая родителей на тренинг, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на за­нятия могут приходить оба партнера: это помогает следить за особенностя­ми семейной динамики. В количественном отношении группа состоит из 6- 8 родителей. Тематическая группа способствует обмену опытом между семь­ями, помогает снять напряжение у родителей, сплачивает их. На занятиях используются такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры.

Тренингом обычно руководят совместно два психотерапевта. Вначале следует решить, кто из них будет осуществлять введение в тренинг, кто — об­служивать видеоаппаратуру, давать инструкции, руководить ролевыми иг­рами, проводить оценку наблюдаемого и анализировать происходящие про­цессы.

Предметом родительского тренинга является изменение взаимодействий в процессе воспитания. Анализ интеракций (стереотипов поведенческих вза­имодействий) — важнейший принцип родительского тренинга. Особое вни­мание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации.

Совместная работа начинается с представления участников друг другу. Задача психотерапевта — быстро избавить родителей от страхов и создать доверие в группе, члены которой имеют общую проблему. Сообщаются правила совместной работы в процессе тренинга: каждому родителю будет предоставлена возможность «показать» свою проблему; в тренинге делается акцент на проигрывании ситуации, а не дискуссии по ее поводу; каждый может в любое время прервать ролевую игру; каждый может сказать, ког­да он хочет сделать паузу; каждый отвечает за выполнение правил и сохра­нение конфиденциальности.

С самого начала необходимы четкие договоренности относительно по­мещения, времени, необходимости выполнения домашних заданий (роди­тели нередко демонстрируют те же стереотипы, что и их дети!). Тренинг родительской компетентности состоит из шести обязательных и двух до­полнительных занятий, проводимых с частотой два раза в неделю. Каждое занятие — тематическое, и его название отражает наиболее часто задавае­мые родителями наркозависимых подростков вопросы. Рассмотрим крат­кое содержание каждого занятия.

Первое занятие носит название «Что это такое?». На нем родители ин­формируются о природе возникновения наркомании. При этом внимание их акцентируется на биопсихосоциальной этиологии возникновения болезни. Родители получают практические навыки диагностики состояния интокси­кации психоактивными веществами.

Второе занятие называется «Что делать?» и направлено на формирова­ние стратегии поведения родителей относительно своих «девиантных» детей. Основная задача — разделение родительской и детской подсистем (при нали­чии симбиотической связи между родителем и ребенком), передача ответствен­ности ребенку за те действия, которые направлены на удовлетворение его соб­ственных потребностей. Главное в занятии: «Не делай за ребенка то, что он может сделать сам».

Третье занятие посвящено правилам коммуникации в семье и называется «Как реагировать ?». Родители обучаются адекватному выражению собствен­ных эмоциональных переживаний через технику «Я-послание». Еще одной важной темой является заключение семейного договора. Главное: «Не обещай ребенку то, что не сможешь сделать».

Четвертое занятие является продолжением третьего и посвящено возника­ющим в семье спорным и конфликтным ситуациям. Поэтому оно называется «Когдареагировать?». На занятии особое внимание уделяется выбору места и времени для ведения семейных споров и дается техника ведения конструктив­ного спора по Кратохвилу.

Пятое занятие посвящено непосредственно семье как системе. Поэтому оно называется «Где это происходит?». Семья рассматривается как целост­ный организм. Основное внимание уделяется таким аспектам «модели Мак- Мастерса», как контроль поведения, семейные роли и права. Родители зна­комятся с признаками гармоничной семьи и наиболее часто встречающими­ся нарушениями в семьях подростков, страдающих наркоманией.

Шестое занятие посвящено подведению итогов тренинга и называется «Для чего это было нужно?». Основное внимание уделяется таким аспектам, как создание в семье условий, стимулирующих изменение ребенка, а также пе­реориентации родителей от стремления к удовлетворению потребностей ре­бенка к реализации собственных потребностей (что наиболее актуально при наличии «симбиотической связи» между родителем и ребенком).

Дополнительная программа: выработка возможных действий (два заня­тия). Она может осуществляться как в группе после обязательного проведе­ния шести занятий, так и с отдельно взятой семьей после окончания курса.

Для решения проблем продумываются и прорабатываются в упражнени­ях альтернативные воспитательные подходы.

Накопление идей путем совместных размышлений («мозговой штурм»). С мотивированным родителем вначале определяется цель воспитательных усилий (например, устранение поведения, связанного с воровством денег). За­тем группа родителей продумывает предложения возможных ситуативных из­менений или изменений поведения.

Накопление идей методом проб и ошибок (ролевая игра и видеонаблюде­ние). Предложение, которое родителю-участнику кажется удачным, проигры­вается в ролевой игре. В процессе ролевой игры появляются новые возмож­ности решения проблемы с помощью проб и ошибок, собственного опыта и видеонаблюдения. Решающий принцип состоит в том, что обсуждаются не ошибочные или неудачные попытки, а лишь те действия, которые позволи­ли выявить персональные воспитательные способности или ситуативные возможности родителей, представляющиеся значимыми для преодоления проблемы.

Родительский тренинг — возможное и доступное психотерапевтическое средство во всех случаях, когда родители в состоянии использовать особен­ности ситуации и собственные воспитательные способности с целью стиму­лировать развитие своего ребенка.

Следует учитывать нежелательные побочные эффекты. Изменение вос­питательных подходов ведет в переходной фазе к неуверенности воспитате­ля. Это может привести к временному усилению симптоматики у подрост­ка после родительского тренинга. Поэтому в некоторых случаях улучшение проявляется после определенной латентной фазы. Важно, чтобы родители были осведомлены о возможных критических периодах после проведенной психотерапии и чтобы в эти периоды с родителями и подростком проводи­лись поддерживающие беседы.

Перегрузка в результате семейной терапии в отдельных случаях приво­дит к возникновению чувства вины у родителей и прерыванию терапии. Со­трудничество продлевают психотерапевтические мероприятия:

* постоянная поддержка родителей;
* тщательная подготовка совместной психотерапевтической работы, что­бы влияние ошибочных решений было по возможности минимальным и меро­приятия отвечали потребностям и возможностям семьи;
* учет интересов ребенка, потребностей родителей, жизненных условий и возможностей для совместной работы;
* соблюдение деонтологических принципов в отношении родителей (при сообщении им диагностических и терапевтических специальных знаний следу­ет избегать излишнего теоретизирования и абстрактно-научного языка);
* обучение путем приобретения собственного опыта на основе действий, наблюдения, групповых бесед и ролевых игр;
* минимизация денежных и временных затрат на лечение;
* финансовая и социальная поддержка малоимущим семьям.

Семьи подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, не осознают своей вины и ответственности за возникающую проблему и перекла­дывают ее на внешние системы и организации.

Древняя мудрость гласит: кто хорошо диагностирует, тот хорошо и ле­чит. Успешное осуществление реабилитации зависит от правильной поста­новки «семейного диагноза» и реалистических, достижимых целей каждой се­мьи.

Таким образом, наркотизация подростка рассматривается как отражение существования в семье какого-либо серьезного нарушения. Поэтому одним из основных показателей эффективности реабилитации подростков, зависимых от психоактивных веществ, является установление благоприятного и спо­койного климата в семье. Следует стремиться к гармонизации семейных от­ношений, а не ограничиваться работой только с подростком. Основная зада­ча — определить, какие нарушения жизнедеятельности семьи могут быть ус­транены. Психотерапия с родителями включает и помощь семье в тех случа­ях, когда специалисты не в состоянии вылечить ребенка или изменить течение заболевания, а также когда подросток отказывается от лечения.

Наиболее трудной задачей является разрушение родительского мифа о наркомании как этапе возрастного развития или о влиянии на ее появление микросоциального окружения и отказ принимать равную ответственность за проблему наркозависимого. Результат тренинга считается положительным, если достигается контроль над подростком хотя бы в одной области его соци­ального функционирования. С ответственными и заинтересованными в росте и развитии семьи родителями может продолжаться семейная или индивиду­альная психотерапия.

В семьях с родителями, злоупотребляющими наркотиками или алкого­лем, с физическим или сексуальным насилием, где имеет место неприятие проблемы как семейной, отсутствует родительская поддержка, — возмож­ность использования семейных подходов в лечении наркомании у подростка уменьшается.

Результативность психотерапии определяется появлением позитивных из­менений в поведении пациента. Задачей психотерапии служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к проблемному пациенту. Если се­мья желает работать глубже, создаются условия для нового психотерапевти­ческого контракта.

Семейная психотерапия представляет собой наиболее сложный вид про­фессиональной деятельности, требующей от специалиста знаний и умений в области индивидуальной и групповой психотерапии, холистического миро­восприятия. Усилия классиков семейной терапии были направлены на раз­витие личности в семейном окружении. Семейная психотерапия изменила область практической психологической помощи, противопоставляя образ психотерапевта образу гуру. Психотерапевт не может дать семье больше, чем члены семьи могут сделать друг для друга, он лишь открывает ресурсы се­мьи для помощи ее членам. Семейная психотерапия есть искусство и наука по реализации этого потенциала.

Сам же семейный психотерапевт избежит «сгорания», если будет всерьез принимать во внимание свои собственные потребности, обладать высоким са­моуважением. Техники и приемы, используемые психотерапевтом — это пси­хотерапевтическое вмешательство (интервенция). Поэтому нельзя забывать старую истину, что действие рождает противодействие, то есть всегда суще­ствует реальность разрушительного влияния семейной системы на психотера­певта.

В психотерапии как ни в одной другой области медицины, велика роль про­фессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на ба- линтовских группах, супервизия сеансов семейной психотерапии, поддержка коллег позволяет психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное дол­голетие.

**трольные вопросы**



1**.**

**Дайте определение нормально функционирующей семьи:**

**О все потребности семьи удовлетворены;**

**© выполняет социальные предписания;**

**© баланс действия законов сохранения/отклонения гомеостаза; © динамическая семья.**

2**.**

**Дайте определение семейного мифа:**

**О механизм психологической защиты;**

**© согласованное ригидное избирательное представление о семье как о це­лостности;**

**© категория семейной психодинамической психотерапии;**

**© демонстрируемое семьей поведение в социуме.**

3**.**

**Цель постановки «семейного диагноза»:**

**О служит клинической основой для построения семейной психотерапии; © раскрывает дисфункцию пациента;**

**© определяет факторы внутри семьи, обуславливающие симптом «иденти­фицированного пациента»;**

**О выясняет психологические защиты и копинг-механизмы.**

4**.**

**В семейной терапии отдельный член семьи, имеющий нарушения, называется: О «идентифицированный пациент»;**

**© эмоциональный центр;**

**© «козел отпущения»;**

**О генеральная цель.**

5**.**

**Определите объект семейной психотерапии:**

**О дисгармоничная семья;**

**© семья, испытывающая определенные трудности, связанные с внешними обстоятельствами;**

**© семья, в которой член семьи страдает алкоголизмом;**

**О семья, в которой ее член страдает нервно-психическим заболеванием.**

6**.**

**В идеале семейный психотерапевт встречается на сессии с: О «идентифицированным пациентом»;**

**© инициатором обращения за помощью;**

**© заинтересованными членами семьи;**

**О всей семьей.**

7**.**

**Выберите правильное определение семейной психотерапии: О психотерапевтические беседы с членами семьи;**

**© вариант групповой психотерапии;**

**© психотерапия пациента в семье и при помощи семьи; О серия сеансов для разных членов семьи.**

8**.**

**В кабинет психотерапевта вошла вначале мать мальчика 4 лет, затем отец. На предложение психотерапевта взять стулья и садиться семья отреагировала сле­дующим образом: мать жестом приказала ребенку садиться рядом с психотера­певтом, сама села за спиной мальчика на расстоянии 3 метров, а отец сел еще дальше, на расстоянии 2 метров от жены. Образовался своеобразный семейный треугольник. О чем может свидетельствовать такое размещение?**

**О Привыкли жить в большой квартире.**

**© Родители верят в самостоятельность ребенка.**

**© Эмоциональное отвержение.**

**О Психологическая безопасность в кабинете.**

***Групповая психотерапия***

Групповая и индивидуальная психотерапия представляют собой две основ­ные формы психотерапии. Специфика групповой психотерапии как лечебно­го метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевти­ческих целях групповой динамики (то есть всей совокупности взаимоотноше­ний и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта), в лечебных целях.

Групповая психотерапия не является использованием любого психотера­певтического метода в группе больных. Она отличается от групповой тера­пии, коллективной терапии и психотерапии в группе. Понимание этих четы­рех терминов практически как синонимов вполне объяснимо с формальной точки зрения: индивидуальная психотерапия — это врач и пациент, группо­вая — это врач и несколько пациентов, то есть группа больных. Однако тер­мины групповая терапия, коллективная психотерапия и психотерапия в группе означают лишь использование какого-либо психотерапевтического метода в группе больных. Психотерапевт, проводя гипноз, аутогенную тре­нировку в группе больных, или используя техники гештальт-терапии (рабо­тая при этом с одним пациентом и привлекая других лишь к обсуждению, как фон, на котором протекает, по сути, индивидуальная психотерапия) мо­жет назвать это групповой психотерапией. Однако принципиально это не верно. В этом случае психотерапевт воздействует психологическими сред­ствами на большое количество пациентов одновременно, однако не исполь­зует систематически в лечебных целях ситуации в группе и взаимоотноше­ния между пациентами. О собственно групповой психотерапии мы можем говорить только тогда, когда психотерапевтом используется терапевтический потенциал группы как таковой. Что это означает? В любой группе людей, которые общаются непосредственно и достаточно продолжительное время, возникают определенные групповые феномены, такие как нормы, распреде­ление ролей, выделение лидеров и другие. Например, в студенческой груп­пе тоже довольно быстро определяется лидер, формируются нормы (то есть что можно и что нельзя, какое поведение одобряется, какое нет). Группа кон­тролирует сохранение этих норм, поддерживая и одобряя определенное по­ведение и не одобряя или даже осуждая другое. Эти нормы далеко не всегда осознаются, но они всегда формируются и определяют поведение людей. Именно эти групповые процессы могут использоваться для определенных целей, в том числе, и для психотерапевтических. Помогая пациенту понять, какую роль в группе он стремится играть или играет на самом деле, мы мо­жем помочь ему осознать, к какому положению он стремится, какие потреб­ности хочет удовлетворить, насколько успешным является это его поведение, приносит ли это ему удовлетворение и пр. Таким образом, анализируя по­ведение пациента в рамках группового взаимодействия, мы расширяем сфе­ру его самопонимания.

Групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим на­правлением в психотерапии, а представляет собой специфическую форму или метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной, где таким инст­рументом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапев­тическими методами групповая психотерапия (точно так же как и индиви­дуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориента­ций, где анализ группового взаимодействия используется для решения раз­личных, специфичных для этого направления психотерапевтических задач. Именно теоретическая ориентация и определяет своеобразие и специфику групповой психотерапии: конкретные цели и задачи, содержание и интен­сивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор конкретных методических приемов и техник и пр. Все эти переменные также связаны с нозологической принадлежностью контингента больных, принимающих участие в работе психотерапевтической группы. В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психотерапия выступает лишь в том смысле, что более прицельно рассматривает пациен­та в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, раздвигая тем самым границы психоте­рапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внут­риличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, с окружающим ми­ром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его типичные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни: в ней пациент про­являет те же отношения, установки и ценности, те же способы эмоциональ­ного реагирования и поведенческие реакции. Использование групповой ди­намики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность про­явить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, уви­деть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодей­ствии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного приня­тия.

История развития групповой психотерапии есть движение от групповой терапии к групповой психотерапии, то есть к пониманию и использованию в терапевтических целях групповых эффектов. С начала существования ме­дицины для оказания помощи больным целители применяли методы психо­логического воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. Проявля-

ющиеся в группе ожидания, ориентации, эмоции, чувство надежды, вера в компетентность целителя и эффективность применяемых им процедур уве­личивали состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствовали податливости пациентов к его воздействию и влиянию. Воздействие заключалось, прежде всего, во внушении, которое обращено к эмоциональной сфере больного и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывало полезное влия­ние на его самочувствие и психофизиологическое состояние, и, как следствие, на социальное функционирование. Примером оказания группой положитель­ного влияния на психическое здоровье могут служить опыты австрийского психиатра Месмера, которого иногда называют «творцом теории и практи­ки психотерапии, в том числе, и групповой». В дальнейшем многие выдаю­щиеся ученые и врачи, среди них русский ученый Бехтерев, использовали различные психотерапевтические методы в группе больных, обосновывая це­лесообразность и эффективность такого подхода. Первым, кто обратил вни­мание на терапевтические возможности применения группового взаимодей­ствия, был американский врач Пратт, который в 1905 г. впервые организо­вал психотерапевтические группы для больных туберкулезом. Первоначаль­но Пратт рассматривал группу как экономически более удачный способ ин­формирования пациентов о здоровье и болезни, об образе жизни и отношениях, способствующих выздоровлению, и не вычленял ее собственно терапевтические возможности. В дальнейшем он пришел к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой зак­лючается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникаю­щих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих пре­одолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические направления ХХ века так или иначе использовали групповые формы и внесли определенный вклад в раз­витие групповой психотерапии. Особое место в этом ряду принадлежит психоаналитическому и гуманистическому направлениям. Так, Адлер обра­тил внимание на значение социального окружения в проявлении нарушений у пациентов. Он считал, что группа представляет собой соответствующий контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Пола­гая, что источник конфликтов и трудностей пациента в неправильной сис­теме их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только может формировать взгляды и суждения, но и помогает их модифицировать. Работая с группой пациентов, Адлер стремился добиться понимания паци­ентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции. Разви­тию психоаналитически-ориентированной групповой психотерапии способ­ствовали своими работами Славсон, Шильдер, Вольф и др. Существенный вклад в развитие групповой психотерапии внес основатель психодрамы Мо­рено, которому приписывают и введение самого термина «групповая психо­терапия».

Среди представителей гуманистического направления особое место зани­мает Роджерс. Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказа­ли работы Левина в области групповой динамики, который полагал, что большинство эффективных изменений происходит в групповом, а не в ин­дивидуальном контексте. Левин и его последователи рассматривали лично­стные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением. Они видели в группе инструмент коррекции нарушенных взаимодействий, поскольку такая коррекция происхо­дит в процессе социального обучения. Этот процесс облегчается и ускоряется, в частности, благодаря раннему выявлению в групповом контексте типично­го для отдельных участников неадаптивного межличностного поведения. Глав­ным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимо­действия, сопоставление поведения в актуальной ситуации «здесь и сейчас» с его характером и последствиями в прошлом. Благодаря тактичному участию психотерапевта, который поощряет и направляет дискуссию, способствуя по­явлению атмосферы доброжелательности и сотрудничества, такая аналитичес­кая работа облегчает переживание коррективного эмоционального опыта, не­обходимого для протекания процесса обучения.

Необходимо также указать таких видных теоретиков и практиков в об­ласти групповой психотерапии, как Хек, Ледер, Кратохвил, которые, работая в Восточной Европе, оказали большое влияние на развитие групповой психо­терапии в России.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимо­сти от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает разные пози­ции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внут­риличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоцио­нальную и поведенческую), задачи групповой психотерапии могут быть сформулированы следующим образом: 1) в интеллектуальной сфере — осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерпер­сонального плана собственной личности и осознание генетического (исто­рического) плана; 2) в эмоциональной сфере — получение эмоциональной поддержки и формирование более эмоционально благоприятного отноше­ния к себе; непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе; 3) в поведенческой сфере — формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благо­приятного отношения к себе.

Задачи групповой психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: на самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что по­зволяет определить общую цель групповой психотерапии как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Групповая динамика — чрезвычайно важное понятие. Именно исполь­зование групповой динамики в лечебных целях определяет специфику групповой психотерапии как психотерапевтического метода. Групповая ди­намика — это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, ко­торые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), не­посредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимоза­висимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также по­стоянным составом. Первые исследования групповой динамики были нача­ты Левином.

В психотерапии групповая динамика представляет собой научную основу для психотерапевтического процесса в группе, поскольку в терапевтических группах находят свое выражение все групповые феномены. Применительно к групповой психотерапии групповая динамика рассматривается как сово­купность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участ­никами группы, включая и группового психотерапевта.

Цели и задачи группы. Как правило, групповой психотерапевт прямо не информирует участников группы о групповых целях. Формирование и при­нятие их членами группы создает основу для терапевтической активности. Определенная направленность действий позволяет участникам группы по­нять смысл и осознать значение групповых действий, происходящих в группе событий, удовлетворяет индивидуальные потребности участников, особенно при совпадении индивидуальных и групповых целей. Существен­ной проблемой в начале работы психотерапевтической группы является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление су­щественного расхождения между общегрупповыми целями и довольно ча­сто обнаруживающимися неконструктивными, антипсихотерапевтически­ми целями отдельных участников группы. Кратохвил следующим образом формулирует цели психотерапевтической группы: разобраться в проблемах каждого участника; помочь ему понять и изменить собственное состояние; постепенно изменить слабую приспособляемость, достигая адекватной соци­альной адаптации; предоставлять информацию о закономерностях интерпер­сональных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми; поддерживать процесс развития личности в смысле роста своего собственного личностного и духовного потенциала; ус­транять болезненные признаки и симптомы.

Нормы группы — это совокупность правил и требований, «стандартов» по­ведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участни­ками группы. Групповые нормы определяют, что допустимо, что недопустимо, что желательно и что нежелательно, что правильно и что неправильно. Нор­мы в ходе развития группы могут претерпевать существенные изменения, осо­бенно при возникновении новых сложных групповых ситуаций, но без их со­гласования не может быть организованной активности группы. Мерой интер­нализации (усвоения и принятия) участниками групповых норм могут быть усилия, прилагаемые группой для их сохранения и защиты. К психотерапев­тическим нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций (в том чис­ле по отношению к психотерапевту); открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах; принятие других и терпимость по отно­шению к их позициям и взглядам; активность, стремление избегать оценочных суждений и пр. Важная проблема в психотерапевтической группе — формиро­вание собственно психотерапевтических норм и преодоление, изживание «ан­типсихотерапевтических».

Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства. Структура группы является одновременно формальной и неформальной. Неформаль­ная структура складывается гораздо медленнее формальной, поскольку оп­ределяется интерперсональным выбором. Разные члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и прести­жа, осознают и исполняют различные роли. Шиндлер описал четыре наибо­лее часто встречающиеся групповые роли. Альфа — лидер, который импо­нирует группе, побуждает ее к активности, составляет программу, направля­ет, придает ей уверенность и решительность. Бета — эксперт, имеющий спе­циальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или ко­торые она высоко ценит. Эксперт анализирует, рассматривает ситуацию с разных сторон, его поведение рационально, самокритично, нейтрально и бе­зучастно. Гамма — преимущественно пассивные и легко приспосабливающи­еся члены группы, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой. Омега — самый «крайний» член груп­пы, который отстает от других по причине неспособности, отличия от осталь­ных или страха. В психотерапевтической группе встречаются также и дру­гие роли: противник, оппозиционер, монополист, монопольный оратор, мора­лист, мученик, квазипсихотерапевт, любимчик, шут, «козел отпущения», агрес­сор, провокатор, защитник, нытик, правдолюбец, блюститель демократии и пр. Для невротических пациентов характерны достаточно стереотипные роли. Психотерапевтическая группа предоставляет возможности для их выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара. Лидерство в груп­пе — важная составляющая групповой динамики, тесно связанная с проблема­ми руководства, зависимости, подчинения и соперничества. Отношение к пси­хотерапевту, который является формальным лидером группы, в разные фазы развития психотерапевтической группы может быть различным и изменяю­щимся. Роль неформального лидера в группе также не является стабильной, соперничество, борьба за власть занимают существенное место в групповом процессе. Во взаимоотношениях с лидером пациенты проявляют собственные амбивалентные тенденции и установки, связанные с проблемами ответствен­ности, безопасности, самостоятельности, руководства, подчинения и зависимо­сти.

Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в группе и сотрудничества при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплочен­ность является необходимым условием действенности и эффективности груп­повой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевти­ческих отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе индивиду­альной психотерапии.

Групповое напряжение. Групповое напряжение возникает в связи с несов­падением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, не­совпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои по­требности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обра­щением к болезненным проблемам и переживаниям.

Групповая сплоченность и напряжение выполняют в группе противопо­ложные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее вли­янием члены группы чувствуют поддержку и определенную безопасность), а вторая — побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). Учитывая противоположные функции на­пряжения и групповой сплоченности, многие авторы обращают внимание на необходимость поддержания в психотерапевтической группе динамического равновесия между ними. Напряжение является следствием внутригрупповых конфликтов, неудовлетворенности или подавления тех или иных потребно­стей участников группы. Возникающее в группе напряжение может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слиш­ком длительное напряжение, холодная, неприязненная, враждебная атмосфе­ра, если она не компенсируется групповой сплоченностью и положительны­ми эмоциями, может привести к дезорганизации работы в группе, к уходу от­дельных ее участников и даже к распаду группы. Однако и слишком низкий уровень напряжения не является позитивной характеристикой групповой ди­намики и процесса групповой психотерапии. Ощущение полного комфорта, спокойствия, равновесия не способствует раскрытию пациентами собствен­ных проблем, конфликтов и переживаний, проявлению типичных стереоти­пов поведения и защитных механизмов, пациенты стараются сохранить ком­фортную атмосферу, не замечая или игнорируя возникающие в группе про­блемы и конфликтные ситуации. Группа превращается в приятное дружес­кое общество, не выполняющее, однако, никакой психотерапевтической фун­кции. Если напряжение в группе слишком высоко, то члены группы не в состоянии действенно решать проблемы, они жалуются, что отношения меж­ду ними нарушены. Если же, наоборот, напряжение слишком низко, то чле­ны группы будут отдавать предпочтение более удобным, легким, бесконфлик­тным взаимным контактам, а не подробному разбору собственных проблем, который сопровождается негативными эмоциями. Оптимальный уровень на­пряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и ин­дивидуальных конфликтов и проблем, конфронтации и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и соб­ственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изме­нениям у участников группы. В целом напряжение в группе играет положи­тельную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также ди­намическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплочен­ностью.

Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы. В группах довольно часто наблюдается тенденция к образованию подгрупп. Подгруппы возникают согласно определенному принципу (возрастному, поло­вому, интеллектуальному и пр.), влияя на деятельность психотерапевтической группы. Негативное воздействие оказывает «закрытость» подгрупп, их неже­лание обсуждать со всеми частные проблемы. Образование подгрупп, их цели, нормы, роль в групповом процессе может быть темой продуктивной группо­вой дискуссии.

Фазы развития психотерапевтической группы или фазы групповой психо­терапии определяются, прежде всего, изменениями в преобладающих типах взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы, а также ос­новным, преобладающим типом групповых интеракций. Специфический фаз­ный характер процесса групповой психотерапии, который обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологичес­ких показателей, признается психотерапевтами-практиками и исследователя­ми групповой психотерапии.

Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период обра­зования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожи­дания относительно лечения: более или менее реалистичные, оптимистичес­кие или пессимистические, направленные на выздоровление или амбивален­тные, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фар­макотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представ­лений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достиже­нии положительных результатов лечения, ожидание от врача директивного поведения и роли руководителя. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, прямого руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата». Больные говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малосущественные проблемы. Однако психотерапевт в начале работы психотерапевтической группы ведет себя достаточно пассивно, пря­мо не организует и не направляет работу группы, ведет себя недирективно, поскольку директивность психотерапевта на начальных этапах будет пре­пятствовать спонтанности пациентов и групповым процессам. Несоответ­ствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов вызывает у после­дних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и на­пряжение, связанные с началом лечения, отрывом от привычной обстанов­ки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и меж­личностными проблемами. Все это вместе создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы групповой пси­хотерапии. Иногда в этой фазе может наблюдаться период, обозначаемый как псевдосплоченность и представляющий собой псевдотерапевтическую, неконструктивную активность пациентов.

Псевдосплоченность чаще всего реализуется в трех основных вариантах. Первый может быть обозначен как «мы очень хорошие». Такая ситуация складывается, если группа состоит из достаточно активных пациентов, име­ющих сходный и достаточно высокий социальный статус и считающих ин­теллектуальные компоненты психотерапии очень важными. В группе, состо­ящей из таких пациентов, период знакомства, занимающий, как правило, первое занятие, иногда растягивается на несколько сеансов и превращается в длительный рассказ каждого, направленный на «драматизацию» объектив­ной жизненной ситуации, утрированное подчеркивание «объективных» при­чин своего заболевания, собственных достоинств, обвинения окружающих, перенесения на них ответственности за «все беды». Тогда иллюзия «уникаль­ности собственных страданий» сменяется ощущением «уникальности страда­ний собравшихся в группе людей», которые, будучи «честными, искренними, порядочными, справедливыми, ответственными, чувствительными» гораздо сильнее, чем все другие — «безответственные и толстокожие как слоны», му­чаются от несправедливости несовершенства человеческой жизни и отноше­ний и именно от этого и заболевают. На этом фоне и формируется псевдо­сплоченность, препятствующая выработке психотерапевтических норм и дальнейшему развитию группы в терапевтическом направлении. В данном случае можно говорить, что основой псевдосплоченности является «псевдо­эмоциональная поддержка».

Второй вариант псевдосплоченности может сформироваться на основе «научности». Это наблюдается, если группа, безрезультатно требуя от пси­хотерапевта теоретического обоснования, сама (обычно при наличии паци­ентов, профессионально причастных к медицине, психологии, физиологии, пе­дагогике) начинает выдвигать и обсуждать концепции, касающиеся, например, теории стресса, механизмов невротических расстройств, особенностей челове­ческой психики и общения и т. д.

И, наконец, третьим вариантом псевдосплоченности может являться ситу­ация «козла отпущения», то есть появление в группе пациента, на котором длительное время неконструктивным образом концентрируется внимание группы. Такая роль чаще всего отводится пациенту, резко отличающемуся своим поведением от других членов группы (например, пациент — представи­тель «молодежной культуры»). Группа пытается его критиковать, воспиты­вать, наставлять «на путь истинный». Этот феномен можно обозначить как «псевдоконфронтацию». В группе, развитие которой характеризуется наличи­ем периода псевдосплоченности, обычно все заканчивается взаимными совета­ми, которые каждый из членов группы слышал в своей жизни уже много раз и не раз имел возможность убедиться в том, что «советы существуют только для того, чтобы передать их другому, так как для себя самого они всегда ока­зываются абсолютно бесполезными». Такая группа неизбежно разочаровыва­ется в избранной позиции и начинает понимать ее непродуктивность. Задача психотерапевта в этот период заключается в том, чтобы помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, конфликтогенность и непродук­тивность ситуации, ее защитный характер, сходность с позициями пациентов в реальной жизни. Выход из такой ситуации сопровождается новым повыше­нием напряжения в группе, которое обусловлено осознанием неконструктив­ности сложившейся ситуации и ощущением исчерпанности собственных воз­можностей ее разрешения. Хотя формально псевдосплоченность — негативное явление, так как замедляет процесс выработки групповых норм, целей и цен­ностей, то есть групповой культуры, однако ее наличие может сыграть важную положительную роль, поскольку группа приобретает первичный опыт анали­за и переработки возникающих трудных ситуаций. Независимо от наличия или отсутствия псевдосплоченности, первая фаза групповой психотерапии в целом характеризуется пассивным, зависимым поведением пациентов и высо­ким уровнем напряжения в группе. В литературе эта фаза чаще всего получа­ет такие названия, как «фаза ориентации и зависимости», «фаза псевдоинтег­рации», «фаза пассивной зависимости», «фаза напряжения», «фаза поиска смысла», «фаза регрессивности», «фаза неуверенности».

Вторая фаза групповой психотерапии также характеризуется высоким уров­нем напряжения, но, в отличие от первой фазы, где напряжение сопровождает­ся относительной пассивностью пациентов, здесь их поведение становится бо­лее активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по от­ношению к психотерапевту. Начинается борьба за лидерство, место и положе­ние в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяют­ся роли, растет сопротивление. Важной составляющей этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту, который восприни­мается ими либо как непрофессионал, либо как холодный, безразличный чело­век, не желающий помочь группе и демонстрирующий свою оторванность, от­страненность от нее. Однако группа далеко не всегда и не сразу открыто про­являет свои чувства к психотерапевту, поскольку рассматривает его как фор­мального лидера, официальное лицо, стоящее вне критики, выражать агрессив­ные чувства к которому запрещено. Показателями роста агрессивных тенденций в отношении психотерапевта могут быть на первый взгляд вполне нейтральные вещи, например, большое количество вопросов, которые пациенты задают пси­хотерапевту, или выражение сомнения в отношении возможности собственных психологических изменений. Часто в качестве объекта приложения негативных чувств может избираться один из членов группы, либо сам метод безотноситель­но к психотерапевту. Главными темами для обсуждения в группе в этот период должны быть чувства, которые испытывают пациенты к психотерапевту, след­ствием чего должно быть их открытое выражение, обсуждение актуальной си­туации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, в частности, касающихся ожиданий пациентов и перспектив дальнейшего функционирова­ния группы. Помочь выйти из этой ситуации и конструктивно ее разрешить может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути — со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств в от­ношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для разви­тия истинной сплоченности, а с другой — уже в этот период создает благопри­ятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов про­блем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчине­ние и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с ав­торитетами (в том числе, и с родителями), атрибутирование негативных эмоций и т. д. Многие из этих проблем переносятся больными на психотерапевта, и вы­ход на них и частичная их переработка могут быть осуществлены уже на этой фазе за счет анализа взаимоотношений с психотерапевтом. В группе, прошед­шей фазу псевдосплоченности, конфронтация с психотерапевтом, открытое вы­ражение эмоций, как правило, происходит более спонтанно и интенсивно. Воз­можно, это связано с уже имеющимся опытом анализа групповой ситуации, выражения негативных чувств без «катастрофических» последствий, а также с более высоким уровнем напряжения в группе, так как у пациентов возникает ощущение, что психотерапевт не только сам ничего не делает, но и не поддер­живает их, а, напротив, критикует все их начинания.

Напряжение в этой фазе должно полностью контролироваться психотера­певтом и определяться как общегрупповой ситуацией, так и индивидуальны­ми особенностями членов группы и самого психотерапевта, а также его про­фессиональным опытом. От степени интенсивности этой фазы и конструктив­ности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование существенно влияют на ход группового процесса и периодичес­ки могут блокировать групповую активность, проявляясь на более поздних этапах функционирования группы, особенно при возникновении новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают от­крытое выражение чувств в отношении психотерапевта и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивно­сти», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта против психотерапевта».

Третья фаза групповой психотерапии характеризуется процессом струк­турирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявля­ются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена груп­пы за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется груп­повая сплоченность — важнейшее условие эффективности психотерапевти­ческой группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуа­ции, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем все вместе, совместная выработка группо­вых норм делают для пациентов более естественным процесс принятия груп­повой культуры. Таким образом, у больного развивается чувство принадлеж­ности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает при­знание группы, что оказывает положительное влияние на степень самоува­жения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь, это повышает привлекательность группы для каждого отдельного участника и способству­ет дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудниче­ства», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Четвертая фаза групповой психотерапии представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересо­ванность участников друг в друге, эмоциональная поддержка, искренность, чувство безопасности, спонтанность создают возможности для развития про­цесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решения и использование приобретенного опыта и вне клинических ситуаций. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменении ус­тановок и отношений», «фазу выработки новых ценностей». В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную про­должительность, однако в целом первые три фазы занимают обычно от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

Методы групповой психотерапии. К основным методам групповой пси­хотерапии традиционно относят групповую дискуссию, психодраму, пси­хогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Каждый из указан­ных методов может использоваться в психотерапии и как самостоятельный метод. Однако в данном случае речь идет о комплексе методов, применяемых в работе психотерапевтической группы. Все методы групповой психотерапии условно подразделяют на основные и вспомогательные, вербальные и невер­бальные. Основным методом групповой психотерапии является групповая дискуссия, остальные рассматриваются в качестве вспомогательных. При этом исходят из того, что все методы групповой психотерапии выполняют две основные функции —психодиагностическую и собственно психотерапев­тическую. В соответствии с представлениями о том, в какой степени та или другая функция реализуется в ходе использования каждого метода, и осуще­ствляется такое разделение. Так полагают, что групповая дискуссия в боль­шей степени направлена на реализацию собственно психотерапевтических задач, в то время как вспомогательные методы в основном способствуют осу­ществлению личностной диагностики. Однако такое деление в значительной степени является условным. Личностная диагностика в процессе групповой психотерапии (раскрытие пациентом собственных проблем, «диагностика» их им самим, другими членами группы и психотерапевтом) и собственно процесс психотерапии (осознание пациентом своих проблем и конфликтов и их переработка и коррекция) тесно связаны и представляют собой единый процесс, отдельные элементы которого могут быть обособлены лишь теоре­тически. Деление на вербальные и невербальные методы основано на преоб­ладающем виде коммуникации и характере получаемого материала. К вер­бальным методам относят групповую дискуссию и психодраму, к невербаль­ным — психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Вербаль­ные методы базируются на вербальной коммуникациии, направлены пре­имущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции. Формально разделе­ние методов групповой психотерапии на вербальные и невербальные явля­ется оправданным, но практически любое взаимодействие в группе включа­ет как вербальный, так и невербальный компоненты. Учет и анализ невер­бального взаимодействия в процессе использования вербальных методов, согласованности или противоречивости вербальной и невербальной комму­никации составляет существенный аспект групповой дискуссии и позволяет более полно и адекватно раскрыть содержание того или иного взаимодей­ствия. Тенденция к использованию различных невербальных приемов в ходе групповой дискуссии, существенно обогащающая методический арсенал пси­хотерапевта, расширяет содержание и улучшает качество обратной связи за счет включения невербального материала. Все это в определенной степени выводит групповую дискуссию из жестких рамок исключительно вербально­го, разговорного метода. Вместе с тем, использование невербальных приемов не исключает необходимости вербального взаимодействия, в частности обме­на мнениями о происходящем, вербализации невербальной коммуникации или эмоциональных состояний участников группы.

Групповая дискуссия. Как уже указывалось, групповая дискуссия являет­ся основным, опорным методом психотерапии. Наряду с этим термином употребляются такие понятия, как свободная дискуссия, спонтанная дискус­сия, неструктурированная дискуссия и пр. Все эти названия подчеркивают спонтанный, жестко не структурированный характер ведения группы, неди­рективность поведения психотерапевта. Что же является предметом группо­вой дискуссии? Обычно в качестве ее предмета выделяют обсуждение биогра­фии пациента, определенной темы и межличностного взаимодействия в группе (интеракций). Таким образом, определяется три основных типа ори­ентации групповой дискуссии: биографическая, тематическая и интеракци­онная. В разных направлениях групповой психотерапии эти ориентации имеют различный удельный вес. Однако в качестве ведущей практически всегда рассматривается интеракционная ориентация, поскольку именно она определяет специфику групповой психотерапии как метода, основанного на использовании в лечебных, психотерапевтических целях групповой динами­ки, обеспечивая реализацию одного из важнейших факторов лечебного дей­ствия в рамках этого метода — обратной связи. Интеракционная ориентация направлена на анализ особенностей межличностного взаимодействия в груп­пе и ситуаций, возникающих в ходе группового процесса. Биографическая ориентация представляет собой обсуждение истории жизни пациента, от­дельных эпизодов и событий его биографии, его проблем, конфликтов, отно­шений, установок, особенностей поведения на протяжении жизни. Тематичес­кая ориентация концентрирует внимание группы на актуальных для боль­шинства участников группы темах. Однако на практике активность группы бывает различной по своей направленности: в течение одного сеанса могут затрагиваться как актуальные проблемы деятельности группы, отношений и взаимодействий в ней, так и темы, связанные либо с историей жизни отдель­ного пациента, либо с общими для всех проблемами и трудностями. Это оз­начает, что в процессе одного сеанса, как правило, можно наблюдать неодно­кратное изменение ориентации групповой динамики. Так, интеракционно­ориентированное вначале занятие (например, обсуждение ролевой структу­ры группы и конкретных ролей и позиций ее участников) может в дальней­шем принять биографическую направленность с концентрацией внимания на одном из пациентов (например, играющем в этой структуре важную роль) и привлечением биографического материала для того, чтобы показать пациенту повторяемость его реакции, способов поведения, характерных ро­лей, позиции, установок, конфликтов и помочь ему понять более глубокие причины собственного поведения. Точно так же обсуждение биографии от­дельного пациента может привести в дальнейшем как к анализу его актуаль­ного поведения в группе, в групповых ситуациях, так и к концентрации вни­мания на общих темах, актуальных и важных для остальных участников группы. Таким образом, биографическая ориентация изменяется либо на ин­теракционную, либо на тематическую. Например, пациент, рассказывая о своей жизни, уделяет много внимания своим сложным отношениям с роди­телями, а группа в дальнейшем может перейти к анализу поведения этого пациента в актуальной ситуации в группе с другими ее участниками или психотерапевтом или к обсуждению общей темы взаимоотношений детей и родителей на опыте каждого участника группы.

Можно выделить опорные точки групповой дискуссии, ее основные содер­жательные моменты. Это: знакомство членов группы; обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, их переживаний в связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками; переживание и обсужде­ние группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожидани­ями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе; нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опы­том, вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка, создание групповых норм в отношении психотерапев­та; вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношения к авторитетам; формирование адекватного отноше­ния к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы; вы­работка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, при­нятие ее участниками группы; доминирование интеракционной проблемати­ки, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных паци­ентов — собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи (коррекция отношений и установок неадекват­ных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных из­менений), обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

Психодрама может рассматриваться как метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходи­мые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была создана и разработана Морено на основе опыта его театраль­ного эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации твор­ческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Внутрилич­ностные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанно­го театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного метода.

Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, используя различные роли, получает возможность экспериментиро­вать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески ра­ботая над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления некон­структивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагиро­вания, формирование нового, адекватного поведения и новых способов эмоци­онального реагирования.

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих участников: протагонист, терапевт, помощники терапевта, зрители. Протаго­нист — это пациент (субъект), главный исполнитель, представляющий свои проблемы, терапевт (режиссер, дирижер, фасилитатор) — организатор роле­вой игры, помогающий пациенту исследовать свои проблемы. Функции те­рапевта заключаются в организации психодраматического действия, про­странства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовки протагониста и всей группы к ролевой игре («ра­зогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении по ходу дела вспомогательных персонажей, организации обсуж­дения, эмоционального обмена, анализа и интепретации происходящего. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие в психодра­ме вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория участников также обозначается как «вспомогательные Я». «Вспомогатель­ные Я» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного Я. Выделяют несколько основных функций «вспомогательных

Я»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замыс­ла, помочь понять, как протагонист воспринимает отношения с другими пер­сонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом от­ношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; по­мочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. Зрители — это остальные члены группы, не принимающие непосредствен­ного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения. Важно иметь в виду, что это обсуждение касается не только протагониста, но и всех участников группы, тех переживаний, мыслей, воспоминаний и ассоциаций, которые возникли у них по ходу действия отно­сительно самих себя. Еще одним участником психодрамы является сцена — жизненное пространство, место, где разворачивается психодраматическое дей­ствие.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную или подготовительную (фаза «разогрева»), собственно психодраматическое дей­ствие; обсуждение (предоставление протагонисту обратной связи и эмоцио­нальный обмен). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, по­лучение диагностического материала (информации о протагонисте и ситу­ации), предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протаго­нистом, подготовка протагониста и других участников, организация про­странства и самого психодраматического действия. В этой фазе используются различные вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скуль­птуры», импровизация, разыгрывание не относящихся лично ни к кому си­туаций (сказок, фантастических ситуаций и пр.). Вторая фаза — собственно разыгрывание ролевой ситуации или психодраматического действия. В ходе его пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, от­ношения, установки проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы также помогает целый ряд приемов — «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, «построение будущего», «проба реальности» и др. Третья фаза — фаза обсуждения или интеграции — является завершающей. На этой фазе группа (и вспомогательные персонажи и зрители) предоставляет протагони­сту обратную связь двух видов: ролевую и идентификационную. Ролевая об­ратная связь — это обратная связь «из роли». Ее предоставляют те участники группы, которые играли вспомогательные роли, они говорят о своих пере­живаниях и состояниях, которые возникали в процессе психодраматическо­го взаимодействия с протагонистом, то есть о том, что они чувствовали, бу­дучи в роли значимых для протагониста людей. Такая ролевая обратная связь помогает протагонисту понять, что чувствуют окружающие его люди, как они воспринимают и как реагируют на его поведение, что им нравится, а что не нравится, что вызывает напряжение, раздражение, агрессию и дру­гие эмоции, какие ответные действия им хотелось бы совершить. Например, участник группы, игравший роль сына пациентки — протагониста, говорит о том, что несмотря на все ее упреки в его несамостоятельности и побужде­ния к активности на словах, на самом деле он чувствовал, что она воспри­нимает его как маленького ребенка, который ни на что не способен и кото­рого она не собирается отпускать из-под своей опеки и контроля. Идентифи­кационная обратная связь предполагает, что в процессе наблюдения за пси­ходраматическим действием участники группы, не принимавшие в нем не­посредственно участия, не оставались пассивными наблюдателями, а активно переживали происходящее. Поэтому ведущий стимулирует участни­ков группы зрителей говорить о своих впечатлениях, собственных пережи­ваниях, ассоциациях, мыслях, воспоминаниях, которые возникали у них во время разыгрывания ролевой ситуации. Идентификационная обратная связь, с одной стороны, демонстрирует пациенту, что другие участники груп­пы не были безразличны к его проблемам, были активно включены, сопере­живали ему, что они имеют сходные проблемы и переживания, а с другой — стимулирует членов группы к работе над своими собственными проблемами, не оставляет их только пассивными зрителями происходящего. Иногда об­суждение включает также и содержательный анализ, и интерпретацию пси­ходраматического действия. Однако при качественной ролевой и идентифи­кационной обратной связи это, как правило, оказывается не нужным.

В ходе групповой психотерапии психодрама наиболее эффективно может быть использована в комбинации с другими методами: групповой дискусси­ей, психогимнастикой и др. Психодраматическому разыгрыванию может быть посвящено отдельное занятие группы, однако чаще всего психодрама ес­тественным образом входит в процесс групповой дискуссии, например, паци­ент на групповой дискуссии рассказывает о своих семейных конфликтах и связанных с этим собственных переживаниях и проблемах. Следует отме­тить, что истинная суть этих конфликтов, как правило, пациентом не осоз­нается и является трудновербализуемой. В таком случае пациенту можно предложить разыграть эту ситуацию психодраматически, выбрав из участ­ников группы вспомогательных персонажей, которые будут играть членов его семьи — участников конфликта. Иногда в процессе разыгрывания роле­вой ситуации вскрываются новые аспекты, например, связь этого семейно­го конфликта с отношениями, которые были у пациента в его родительской семье. Тогда по ходу дела психодрама может быть перенесена в прошлое, то есть пациент сможет разыграть какую-либо вспомнившуюся ему в связи с этим ситуацию в своей родительской семье.

Психогимнастика относится к невербальным методам групповой психо­терапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных со­стояний, проблем с помощью движения, мимики, пантомимы.

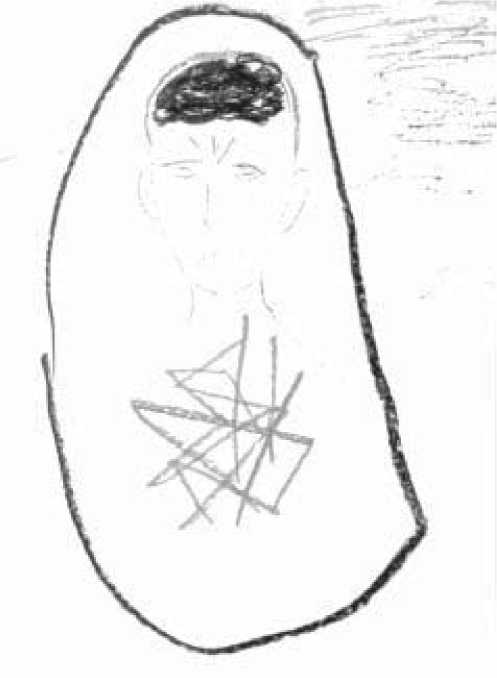
Метод позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов. Психогимнастическое занятие, как правило, включает три части: подготови­тельную, пантомимическую и заключительную, которые имеют относитель­но самостоятельные задачи и собственные методические приемы. Задачами подготовительной части являются уменьшение напряжения у участников группы, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и двигательной активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, формирование и развитие способности выражать свои чувства, эмоциональ­ные состояния, проблемы, невербально — без помощи слов, а также пони­мать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания и чувствительности к невербальному поведению, от­носятся «гимнастика с запаздыванием», передача ритма, движения или пред­мета по кругу и пр. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированная ходьба или бег, под­вижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональ­ной дистанции между участниками группы используются упражнения, пред­полагающие непосредственный физический контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упраж­нения, выполняемые в круге: «встреча на мосту», «передача чувства по кру­гу», успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы и пр. На развитие способности самовыражения на невер­бальном уровне и понимания невербального поведения других людей на­правлены такие упражнения, как «разговор через толстое стекло», различ­ные модификации упражнения «зеркало», изображение тех или иных эмоци­ональных состояний, распознавание по невербальному поведению эмоцио­нального состояния других людей и пр. Все перечисленные упражнения со­ставляют подготовительную часть, хотя на более поздних стадиях развития психотерапевтической группы могут нести и более важную содержательную нагрузку. В начале работы группы подготовительной части может отводить­ся больше половины всего времени занятия, а иногда и все занятие, посколь­ку напряжение, тревога, страх перед неформальными контактами и непри­вычной ситуацией усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таком случае меньше времени вы­деляется на обсуждение того, что происходило в группе, и зачастую в этот период на психогимнастике ограничиваются только самым общим обменом впечатлений.

Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной, и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть психогимна­стического занятия. Пациентам предлагаются темы, которые они разыгры­вают без помощи слов. Темы могут быть предложены и психотерапевтом, и самими участниками группы. Содержание тем для пантомимы не ограниче­но и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы одновременно и группы в целом, то есть касаться межличностного взаимодействия в группе. Чаще всего в пантоми­мической части используются следующие задания: разыгрывание ситуаций, связанных с какими-либо эмоциональными трудностями, характерными для многих людей (ситуации просьбы, обвинения, требования, ссоры, опоздания и т. д.), темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я и моя семья, я среди людей, моя болезнь и пр.); темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены в символическом виде (пре­одоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога и пр.), темы, связанные с межличностным взаимодействием в группе (отношения с членами группы, групповой портрет или скульпту­ра, воображаемые или даже фантастические ситуации, в которые попадает группа, и пр.). В ходе пантомимы широко используются вспомогательные приемы типа «двойников» или «зеркал». Суть их состоит в предоставлении пациенту невербальной обратной связи, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное поведение играющего пациента), и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Прежде всего, идет эмоциональный об­мен, то есть рассказ о собственных переживаниях, возникших в процессе того, как пациенты выполняли задания или наблюдали за невербальным по­ведением других люден, обмен собственными ассоциациями, воспоминания­ми, опытом; предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, получа­емый в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть конструк­тивно использован в дальнейшем в ходе групповой дискуссии.

Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы или последующего обсуждения, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенно­сти в себе и в группе. Здесь могут быть использованы упражнения из под­готовительной части, главным образом те, которые позволяют пациентам пережить чувство общности с группой. Психогимнастика, как правило, в процессе групповой психотерапии проводится как отдельное занятие. Од­нако в некоторых случаях в начале групповой дискуссии или по ее ходу пси­хотерапевт при необходимости может предложить группе некоторые отдель­ные психогимнастические задания.

Проективный рисунок. Основная задача проективного рисунка состоит в получении дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же как психодрама и психогимнастика, проектив­ный рисунок способствует выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Занятие строится обычно следующим образом: каждый пациент получает лист бумаги, цветные мелки (можно ис­пользовать также цветные карандаши и краски) и рисует на заданную тему. Для проективного рисунка качество не имеет существенного значения. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касать­ся как индивидуальных проблем отдельных пациентов, так и общегрупповых проблем. Темы для рисунка обычно охватывают три основные сферы: 1) прошлое, настоящее и будущее пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание и др.); 2) общие понятия, от­ражающие определенные ценности и явления (любовь, ненависть, болезнь, страх, здоровье, зависимость, ответственность и др.; 3) отношения в группе (я глазами группы, мое положение в группе, наша группа и пр.). Использу­ются также свободные темы (каждый член группы рисует то, что он хочет) или совместное рисование (вся группа на одном большом листе бумаги рису­ет, например, портрет группы). На рисование обычно отводится 30 мин. После этого группа переходит к обсуждению рисунков каждого пациента (рис. 5).

Обсуждение проективного рисунка, как правило, начинается с высказыва­ний членов группы о том, как им кажется, что хотел изобразить автор рисун­ка и какие чувства этот рисунок вызывает; они также говорят о том, как пони­мают его замысел, то, что он хотел выразить. Затем автор рисунка говорит о собственном замысле и своем понимании. Особый интерес представляет рас­хождение в понимании и интерпретации членов группы и рисовавшего, кото­рые могут быть обусловлены как наличием в рисунке элементов, смысл кото­рых автором не осознается, так и проекциями проблем других участников группы. При интерпретации проективного рисунка обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в рисунках конкретного пациента специфические особеннос­ти. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие пациентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосозна­ваемые и невербализуемые. Например, пациент, который говорит, что он гла­ва семьи и удовлетворен своим положением в семье, выполняя рисунок на тему «Моя семья», рисует яркие и крупные фигуры жены и детей в центре ли­ста и самого себя, лежащего на кровати, при этом самого себя он рисует чер-



*Рис. 5. Проективный рисунок на тему «моя болезнь» пациента с обсессивно- фобическим неврозом (с шизоидной акцентуацией характера).*

ным цветом и помещает свою крошечную фигурку в нижнем углу листа. В дальнейшем оказалось, что рисунок гораздо более точно отражает ситуацию и, что самое главное, истинные переживания пациента в связи со своим поло­жением в семье.

При совместном рисовании дискуссия дополняется обсуждением уча­стия каждого члена группы в групповой деятельности, характера его вклада в общую работу и особенностей взаимодействия членов группы в процес­се совместной деятельности. Проективный рисунок может проводиться в качестве отдельного занятия, но иногда оказывается полезным в начале групповой дискуссии.

Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, использующий музы­ку в качестве лечебного средства.

Рассматривая основные направления лечебного действия музыки, обыч­но выделяют 4 следующих аспекта: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения — коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В ка­честве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облег­чение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отно­шений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецеп­тивной (пассивной). Активная музыкотерапия представляет собой терапевти­чески направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью собственного голоса или выбран­ных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецеп­тивная музыкотерапия существует в трех формах: коммуникативной (совме­стное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддер­жание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (на­правленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей сни­жению нервно-психического напряжения).

В групповой психотерапии музыкотерапия как один из методов применя­ется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецеп­тивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациен­ты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произве­дения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии прослушивается, как правило, три произведения или более или менее законченных музыкальных отрывка (каждый по 10—15 мин). Про­граммы музыкальных произведений строятся на основе постепенного измене­ния настроения, динамики с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для все­го занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вво­дить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся скорее расслабляющим, релаксирую- щим действием. Второе произведение динамичное, драматическое, напряжен­ное, оно несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулирова­нии интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характе­ра из собственной жизни пациентов. После его прослушивания в группе уде­ляется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоми­наний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть также спокойным, релаксирующим, либо, напротив, энергичным, дающим заряд бод­рости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стиму­лироваться с помощью различных дополнительных заданий, например, по­стараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответ­ствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки по­добрать собственный «музыкальный портрет», то есть произведение, отра­жающее собственное эмоциональное состояние, и пр.

При групповой психотерапии используется и активный вариант музыко­терапии. Для этого необходим набор простейших музыкальных инструмен­тов или даже предметов, издающих звуки. Пациентам предлагается выра­зить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помо­щью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музы­котерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом или участниками группы (вместе или инди­видуально) также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверитель­ной теплой атмосферы.

Соотношение методов групповой психотерапии. Каждый из описанных выше методов — групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проектив­ный рисунок и музыкотерапия — на практике используются и самостоятель­но. Здесь же было описано использование этих методов в рамках групповой психотерапии, в едином комплексе. В качестве основного метода выступает групповая дискуссия, а психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия — в качестве вспомогательных. Обычно примерно 70% всего времени отводится на групповую дискуссию.

Руководство психотерапевтической группой. С точки зрения реализации целей и задач групповой психотерапии главной фигурой психотерапевтичес­кого процесса является групповой психотерапевт. Он привносит в этот про­цесс свои индивидуальные черты, обусловленные его теоретической ориен­тацией, применяемыми психотерапевтическими техниками, опытом, а так­же собственными личностными особенностями. Все эти факторы, связанные с индивидуальностью психотерапевта, оказывают влияние на групповой про­цесс и результаты лечения.

В литературе широко дискутируется проблема соотношения профессио­нальных навыков и личностных особенностей группового психотерапевта, хотя при этом подчеркивается их взаимосвязь, поскольку уровень профес­сиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени обусловлива­ют выбор терапевтических техник. Ответ на вопрос, какому фактору — лич­ностному или профессиональному — придается большее значение, в целом со­ответствует пониманию сущности и целей психотерапии, иными словами, за­висит от теоретической ориентации. Если психотерапевтический процесс в группе понимается прежде всего как специфический межличностный контакт, то в этом случае более важное значение имеют индивидуальные, личностные особенности психотерапевта (способность к эмпатии и принятию, аутентич­ность, терпимость и пр.). Если же психотерапевтический процесс в группе рас­сматривается преимущественно как целенаправленное воздействие, то тогда на первый план выходят профессиональные навыки группового психотерапев­та. При этом следует подчеркнуть, что, по мнению многих исследователей, личностные характеристики и индивидуальные особенности имеют большее значение в работе непрофессионалов (например, группы анонимных алкого­ликов и наркоманов) или психотерапевтов с недостаточной подготовкой и малым опытом.

Среди личностных характеристик группового психотерапевта, традици­онно рассматриваемых в качестве факторов, способствующих эффективнос­ти групповой психотерапии, чаще всего указывают следующие: открытая по­зиция психотерапевта в отношении пациентов, умение воспринимать отлич­ные от своих взгляды, позиции, убеждения и суждения, отсутствие оценочно­го подхода, гибкость, терпимость, эмпатичность, аутентичность, уважение к другому, желание помочь, сердечность, умение создать доброжелательную и безопасную атмосферу в группе и ряд других. Конечно, все эти характерис­тики, безусловно, помогают психотерапевту в работе. Из всего этого переч­ня следует, что психотерапевт должен быть хорошим человеком (доброкаче­ственной личностью). Но тогда получается, что этому невозможно научить, а можно только с детства целенаправленно воспитывать психотерапевта или производить сверхтребовательный отбор. Личностный подход в данном слу­чае скорее всего не является эффективным, и к нему прибегают тем чаще, чем менее совершенна система подготовки психотерапевта (а, следовательно, не­достаточно разработаны теоретические основы того или иного направления в психотерапии). В связи с этим более конструктивным представляется рас­смотрение психотерапевта с точки зрения проблемы руководства психотера­певтической группой.

Термин «руководство психотерапевтической группой» по сути дела пред­полагает анализ поведения группового психотерапевта. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль».

Понятие «роль» в данном случае сводится к положению, которое занима­ет психотерапевт в структуре группы. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта: технический эксперт и эталонный участник. В качестве эксперта психотерапевт планомерно и целенаправленно использу­ет свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапев­тических целей, в нужный момент применяет соответствующие необходимые методы. Как эталонный участник он преследует двоякую цель: демонстрация желательных образцов поведения и ускорение процесса социального науче­ния. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ус­коряет достижение ею независимости и сплоченности. Кратохвил выделяет пять основных ролей группового психотерапевта: «активный лидер (руково­дитель)», «аналитик», «комментатор», «посредник», «истинный член груп­пы».

Относительно категории ориентация Гольдштейн характеризует группо­вых психотерапевтов, исходя из того, кто и на кого терапевтически воздейству­ет в группе. Выделяют ориентацию на индивида и лечение индивида на фоне группы и ориентацию на группу и лечение посредством ее воздействия. В пер­вом случае психотерапевт является директивным, интерпретирующим, ориен­тированным на психодинамику отдельной личности. Второй вариант предпо­лагает более косвенные действия психотерапевта, они направлены на динами­ку группы и носят в большей степени стимулирующий, побудительный и ка­тализирующий характер. Цель этих воздействий состоит в том, чтобы способ­ствовать интеракциям участников группы между собой и, в меньшей степени, с самим психотерапевтом.

Либерман выделил четыре основных психотерапевтических стиля: эмоци­ональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнитель-ская функция. Эмоциональная стимуляция предполагает, что руководитель группы особо подчеркивает проявление различных чувств, конфронтацию различных участников группы, их мнений и позиций. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных участников группы. Опека отмечается таким стилем поведения психотерапевта, при кото­ром он окружает членов группы вниманием, обеспечивает обратную связь и эмоциональную поддержку, открыто выражает теплоту и заботу о пациентах. При познавательной ориентации психотерапевт обозначает события в группе со­ответствующими понятиями, объясняет смысл поведения всей группы и отдель­ных ее участников, интерпретирует происходящее в группе и переживания от­дельных пациентов. Исполнительная функция означает, что психотерапевт ус­танавливает правила, определяет нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на опреде­ленном поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения ее целей.

Ледер и Высокиньска, учитывая такие критерии, как социальная роль, к которой можно свести поведение психотерапевта, способ взаимодействия (обу­чения), степень директивности, степень активности, передача положительных эмоций, анонимность или степень самораскрытия психотерапевта, профес­сиональная подготовка, выделяют следующие роли группового психотера­певта: технический эксперт, инициатор, дидактик, опекун, товарищ, поверен­ный.

Поскольку стили разных психотерапевтов выступают в различном соче­тании, существует следующая типология руководителей групп: 1) опекуны — заботятся о пациентах, предоставляют познавательную ориентацию, инфор­мируют и советуют; 2) стимуляторы — для них характерен высокий уровень эмоционального стимулирования и средний либо высокий уровень исполни­тельной функции; 3) социальные инженеры ориентированы на группу и от­ношения между ее участниками, мало индивидуальны, но проявляют уме­ренный уровень заботы, ориентированы больше на группу, чем на отдель­ных пациентов; 4) личностно-нейтральные лидеры — держатся на расстоя­нии, сохраняют дистанцию, характеризуются средним уровнем эмоциональ­ного стимулирования и довольно слабой заботой; 5) либеральные руководители — выражена познавательная ориентация и низкий уровень других характеристик; 6) командиры — высшая степень исполнительной функции, авторитарности, разъяснений, частое использование различных уп­ражнений. Перечисленные типы руководителей групп были классифициро­ваны по степени эффективности их воздействий: три первые (опекуны, сти­муляторы и социальные инженеры) признаны относительно эффективными, три последующие (личностно нейтральные лидеры, либеральные руководи­тели и командиры) — малоэффективными.

В самом общем виде основные задачи группового психотерапевта могут быть сформулированы следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и пр.; 2) создание в группе атмосферы взаимного принятия, доверия, доброжела­тельности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов; 3) разработка и поддержание психотерапевтических ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных тех­ник. При этом часто подчеркивается, что лучших результатов в психотера­пии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а затем уже на стимулирование и руководство.

Средства воздействия, используемые психотерапевтом в ходе групповых занятий, можно условно разделить на две категории: вербальные и невер­бальные. Первые относительно легко поддаются регистрации и анализу, что же касается вторых, то их гораздо труднее выделить и классифицировать, хотя именно они во многом определяют климат и атмосферу занятия: к ним принадлежит мимика психотерапевта, его жестикуляция, интонации и т. д. Главным средством воздействия являются вербальные средства, клас­сификация которых с точки зрения активности психотерапевта (то есть оп­ределения цели, к которой стремится психотерапевт, используя то или иное высказывание) позволяет принятые в психотерапии приемы условно разде­лить на несколько категорий. При этом следует подчеркнуть, что в каждом ниже приведенном типе активности психотерапевта можно выделить его соб­ственную активность и стимулирование пациентов к активности данного типа.

В качестве основных категорий можно указать следующие. 1. Структу­рирование хода занятий. Отмечают все высказывания, которые вначале оп­ределяют его ход и программу, высказывания, направленные на ограниче­ние непродуктивной активности, на ориентирование обсуждения в соответ­ствующем направлении и пр. 2. Сбор информации. Психотерапевт задает вопросы, поощряет высказывания пациентов и их вопросы. 3. Интерпрета­ция. Наиболее обширная категория психотерапевтических приемов. Интер­претация может относиться как к актуальной ситуации, так и к прошлому пациента. Внутри этой категории можно выделить следующее отражение эмоции (повторение высказываний пациентов, не выходя за пределы их яв­ного содержания), классификация (извлечение из высказывания пациента того, что имеет существенное значение и содержится в высказывании неяв­ным образом), конфронтация (сопоставление отдельных высказываний с целью показать сходства, различия, противоречия), собственно интерпрета­ция (постановка гипотез, которые могут прояснить причинно-следственные связи и истинный смысл того или иного события или поведения). 4. Убеждение и переубеждение, которое может осуществляться как непос­редственно, так и опосредованно. 5. Предоставление информации. 6. Поста­новка определенных заданий. Речь здесь может идти об использовании вспомогательных техник. Последовательное применение указанных при­емов позволяет психотерапевту оптимально использовать психотерапевти­ческий потенциал групповой динамики.

При разнообразии выделяемых ролей, позиций, стилей, характеристик поведения группового психотерапевта существует разделяемое большин­ством специалистов представление, согласно которому основная задача пси­хотерапевта заключается в недирективном руководстве группой, стимули­ровании пациентов к активности и созданию атмосферы эмоциональной бе­зопасности и принятия. Необходимость ограничения собственной активно­сти и директивности группового психотерапевта обусловлена тем, что актив­ность участников группы сама по себе является лечебным фактором групповой психотерапии. Важно подчеркнуть, что основные характеристи­ки поведения психотерапевта определяются не только теоретической ори­ентацией, но и актуальной групповой ситуацией, а также фазой развития пси­хотерапевтической группы.

Организационные аспекты групповой психотерапии. Эффективность групповой психотерапии как лечебного метода подтверждена многочислен­ными исследованиями в этой области. На основании этих исследований и опыта практической работы сформировались представления об организаци­онных аспектах групповой психотерапии: продолжительности всего курса лечения и отдельного сеанса, частоте занятий, составе психотерапевтических групп и принципах их подбора, количестве психотерапевтов, комбинации различных методов (основных и вспомогательных, вербальных и невербаль­ных) и пр.

Продолжительность курса групповой психотерапии может быть различ­ной. Она зависит от типа медицинского учреждения (стационарный или ам­булаторный), нозологической принадлежности пациентов, применяемых ме­тодов и ряда других факторов. Однако большинство психотерапевтов и ис­следователей считают, что оптимальным сроком лечения является 2 мес (8­10 нед) при частоте занятий 4-5 раз в неделю с продолжительностью одно­го сеанса 1,5 ч. Таким образом, курс групповой психотерапии в оптимальном варианте рассчитан на 40-50 занятий, то есть 60-75 ч.

Важным организационным аспектом, который во многом определяет эф­фективность групповой психотерапии, является организация психотерапев­тической группы с точки зрения ее численности и состава. Психотерапевти­ческая группа — это малая целевая группа, относительно немногочисленная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных психо­терапевтических целей и использующая для их достижения групповую дина­мику. На практике число членов психотерапевтической группы колеблется от 3 до 30 человек. Возможно создание малых групп (до 10 человек), средних (от 11 до 20 человек) и больших (от 21 до 30 человек). Однако наиболее эф­фективной является группа, находящаяся на границе малой и средней и на­считывающая от 8 до 12 участников. Групповая психотерапия иногда соче­тается с индивидуальной, однако в таком случае групповая форма все же выступает в качестве ведущего метода лечения. Что касается состава груп­пы, то в литературе чаще всего дискутируется вопрос о таком параметре, как однородность-неоднородность (гомогенность-гетерогенность) группы, то есть о том, каких пациентов следует включать в конкретную группу: совпа­дающих по своим характеристикам или различающихся. Проблема однород­ности-неоднородности касается таких характеристик, как нозологическая принадлежность, синдромология, пол, возраст, социокультурный уровень, уровень интеллекта, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирова­ния, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и пр.

Наиболее дискутируемой проблемой является проблема однородности-не­однородности по нозологическому признаку. Все же в качестве наиболее предпочтительного варианта большинство авторов рассматривает однород­ную в нозологическом отношении группу. При этом исходят из того, что но­зологическая принадлежность в значительной степени конкретизирует зада­чи психотерапии, определяет направленность и глубину психологических вмешательств. Вместе с тем, имеются данные, свидетельствующие об эффек­тивности и неоднородных в нозологическом отношении групп. Что касает­ся других параметров, то большинство исследователей и практиков склоня­ются к неоднородности, то есть, по возможности, большему разнообразию других признаков, в частности таких как пол, возраст, личностные особен­ности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы по­ведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравми­рующие ситуации и пр. Это связано, прежде всего, с тем, что в таких груп­пах в силу различий между пациентами с большей вероятностью могут воз­никать самые разнообразные ситуации и взаимодействия, каждая из которых будет значимой для того или иного пациента. Сторонники неоднородности психотерапевтической группы полагают, что в такой группе возможна более глубокая психотерапия, так как одна из важнейших ее задач заключается в конфронтации пациента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоци­ональных стереотипов, с другим, отличающимся, альтернативным поведени­ем и реакциями.

Разнородность группы способствует столкновению многих способов ре­агирования, дает пациенту возможность научиться различать оттенки в от­ношениях между людьми, учит терпимо, лояльно относиться к противопо­ложному поведению и отличным от своих реакциям, помогает научиться чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди других людей с другими отношениями, ценностями, установками. Отмечают также и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное научение, более быстрое формирование групповой культуры, большие возможности ослаб­ления психологической защиты и проекции при интерпретации поведения других и т. д. Приверженцы однородных групп отмечают такие их особен­ности, как более быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, уменьшение длительности лечения, быстрое возникновение взаимной эм­патии, катарсис, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, более редкое формирование подгрупп. Принцип однородности со­става группы чаще всего реализуется при лечении крайних возрастных кон­тингентов (дети, подростки, пожилые люди) или лиц с четко доминирующей проблематикой (например, проблемы наркоманической зависимости). Одна­ко в целом можно сказать, что глубинная психотерапия предполагает боль­шее разнообразие в составе группы. При этом, естественно, оптимальный состав группы должен быть таким, чтобы ее члены, несмотря на различия, могли вести между собой плодотворную дискуссию.

Психотерапевтические группы также подразделяются на открытые и за­крытые. Открытые группы не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения одни пациенты уходят из группы, и на их место в состав уже работающей группы включаются новые участники. В откры­тых группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности рабо­ты. Закрытые группы отличаются постоянством состава участников, новые члены в группу не включаются даже в том случае, если из нее по какой-то причине выбывает пациент до окончания срока лечения. Закрытые группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

Вопрос об эффективности открытых и закрытых психотерапевтических групп также широко дискутируется в литературе. Можно указать такие особенности закрытых групп, как их большую эффективность, совместное и одновременное прохождение всеми пациентами фаз психотерапевтическо­го процесса, значительная глубина и сила групповых переживаний, высокая степень идентификации психотерапевта с группой, его большая эмоциональ­ная вовлеченность и ответственность, большая сплоченность и эффектив­ность углубленной работы по достижению инсайта, наличие более благопри­ятных условий для проведения эксперимента по использованию различных методов психотерапии и их сравнению. В качестве преимуществ открытых психотерапевтических групп называют более легкое усвоение пациентом, вступающим в уже работающую группу, групповых норм, целей, ценностей всего того, что называется групповой культурой или групповой идеологией, в целом, менее выраженное сопротивление, положительное влияние на вновь поступивших участников группы тех пациентов, которые заканчивают лече­ние, большую эффективность при выполнении различных заданий тренин­гового и обучающего характера (в частности, научение более эффективным социальным контактам). В целом большинство исследователей и практиков склоняются к тому, что закрытые психотерапевтические группы при ориен­тации на глубинную личностно-ориентированную психотерапию являются более эффективными, так как в них формируется более выраженная группо­вая сплоченность, взаимопонимание и взаимопомощь, более теплая эмоцио­нальная атмосфера, а также более глубокое понимание целей и задач психо­терапии, друг друга и себя самого. В стационарных условиях обычно исполь­зуются закрытые психотерапевтические группы. В амбулаторной практике, особенно тогда, когда существует высокая вероятность значительного отсе­ва пациентов в процессе групповой психотерапии, предпочтение отдается от­крытым группам.

На рис. 6 графически представлены (по данным методики Q-сортиров­ки) расстояния между понятием «я как человек» (1) и другими понятиями — «я как мужчина (женщина)» (2), «я как работник» (3), «я глазами окружа­ющих» (4), «я глазами группы» (5), «я глазами психотерапевта» (6), «моя болезнь» (14), «самостоятельность» (16), «ответственность» (17), «каким я хотел бы быть как человек» (18), «каким я хотел бы быть как мужчина (жен­щина)» (19), «каким я хотел бы быть как работник» (20). Как видно из ри­сунка, в процессе групповой психотерапии больных неврозами (начало и окончание ее) происходит сближение реальных и идеальных отношений к себе. Уменьшается расстояние между понятиями «я как человек» и поняти­ями, характеризующими такие качества, как ответственность и самостоятель­ность. Выявленное значительное повышение самооценки можно рассматри­вать как одно из наиболее существенных позитивных изменений в процессе групповой психотерапии, так как, будучи тесно связанным с таким важней­шим элементом системы отношений, как отношение к себе, оно отражает сте­пень самоуважения и эмоционально-психологического благополучия лично­сти, способствует формированию и развитию адекватного представления о себе и самосознания в целом; обеспечивает целостность системы отношений, адекватный уровень ее динамичности, что является необходимым условием обеспечения полноценного функционирования личности.

На рис. 7 представлены результаты исследования с помощью методики семантического дифференциала Осгуда расстояний между понятием «иде­альный психотерапевт» и отношениями к различным методам лечения, пси­хотерапевтической группе и психотерапевту до начала и после окончания групповой психотерапии больных неврозами. К моменту окончания лече­ния отношение к психотерапевтическим методам, в частности групповой психотерапии, становилось более позитивным, чем к биологическим, что может указывать на удовлетворенность больных лечением. Отношения к психотерапевтическим воздействиям — «моя группа» (13), «групповой пси­хотерапевт» (15), «групповая психотерапия» (10), «индивидуальная пси­хотерапия» (11) — сближаются с идеальными представлениями о психоте­рапевте (24), а понятие «лекарственная терапия» (12) удаляется от послед­него.

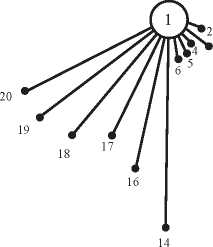
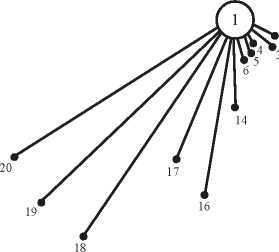
Руководство психотерапевтической группой осуществляется групповым пси­хотерапевтом. Его функции сложны и разнообразны, к его профессиональному уровню и поведению предъявляются высокие требования, что связано с необхо­димостью быстрого и точного понимания групповой ситуации и того, что про­исходит с конкретным пациентом, выбора наиболее адекватных способов воз­действия и конкретных методических приемов, высокого самоконтроля в отно­шении собственных проекций и пр. Поэтому наиболее оптимальным вариантом

*Рис. 6. Расстояния между общим отношением к себе «Я как человек» и други-  
ми самооценочными идеальными и реальными отношениями перед началом и  
после окончания групповой психотерапии в закрытой группе (объяснения в*

Первое

исследование

2



Третье

исследование

*тексте).*

Первое

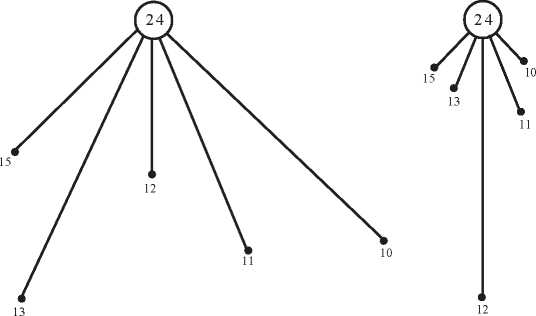
исследование

Третье

исследование

*Рис. 7. Расстояния между понятием «идеальный психотерапевт» и отношени­ями к различным методам лечения, психотерапевтической группе и психоте­рапевту перед началом и после окончания групповой психотерапии в закрытой*

*группе (объяснения в тексте).*



является ведение психотерапевтической группы двумя психотерапевтами: пси­хотерапевтом и котерапевтом. Сам термин «котерапевт» в определенной степе­ни предполагает подчиненную, второстепенную роль второго ведущего группу. Во многом такие представления обусловлены не только собственно термином, но и тем, что на практике такая совместная работа является одновременно и способом обучения групповых психотерапевтов, как правило, в группе работа­ет один опытный психотерапевт, а другой (котерапевт) — начинающий. В иде­але же оба психотерапевта являются равноправными партнерами, действуют в одном направлении. Теоретические попытки каким-либо образом содержатель­но развести функции психотерапевта и котерапевта по сути никакого практи­ческого результата не дали. Следует отметить, что в качестве оптимального рас­сматривается вариант, когда группу ведут мужчина и женщина, что создает бла­гоприятные условия для разнообразных проекций участников группы, а также специалисты различной базовой подготовки — врач и психолог, каждый из ко­торых привносит свои специфические знания и подходы к групповой ситуации и конкретным пациентам.

Групповая психотерапия применяется в системе комплексного лечения па­циентов с самыми различными заболеваниями: неврозы, алкоголизм и наркома­нии, психозы, психосоматические и хронические соматические заболевания и пр. Показания к групповой психотерапии, так же как и к психотерапии в целом, оп­ределяются, прежде всего, ролью психогенных факторов в этиопатогенезе забо­левания и его социально-психологическими последствиями.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Групповая психотерапия - это:**

**О самостоятельное психотерапевтическое направление;**

**© метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;**

**© метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь и сейчас»; © метод, направленный на переработку межличностных конфликтов.**

2**.**

**Групповая психотерапия - это:**

**О использование любого психотерапевтического метода в группе больных; © ролевая игра;**

**© использование взаимоотношений и взаимодействий в группе как психо­терапевтических факторов;**

**© групповая беседа.**

3**.**

**Наименее конструктивной является следующая роль группового психотерапев­та:**

**О комментатор;**

**© технический эксперт;**

**© активный лидер;**

**© опекун.**

4**.**

**Для психотерапевта динамического направления наиболее характерна следую­щая роль:**

**О фасилитатор;**

**© инструктор;**

**© интерпретатор;**

**© эксперт.**

5**.**

**Психодрама — это метод, направленный, прежде всего, на создание условий для: О диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции; © повышения коммуникативной компетентности;**

**© спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой; © переработки межличностных конфликтов.**

***Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество***

На современном этапе развития психиатрии в понятие терапевтической среды различными авторами вкладывается различное содержание. Это выра­жается и в различии терминологии: «терапия средой», «лечебная среда», «те­рапевтическая среда», «терапевтическое сообщество».

Терапия средой (от франко-англ. мilieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой име­ют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лече­ния и реабилитации.

В «Психиатрическом глоссарии», изданном в США, дается следующее оп­ределение терапевтического сообщества: «Термин британского происхожде­ния, в настоящее время широко применимый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющий деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чув­ства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации».

Трактовка сущности лечения средой вплотную упирается в понимание со­отношения биологического и социального в этиопатогенезе нервно-психичес­ких заболеваний (а также в их лечении и реабилитации).

Общая цель терапии средой — максимализация адаптивных возможностей психически больного — подчинена общей цели реабилитации — восстановле­нию личного и социального статуса пациента (Кабанов).

Терапевтическая среда в широком смысле — это сочетание самых различ­ных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и па­латах, режим «открытых дверей», организация (желательно самими пациен­тами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле — это скорее характер скла­дывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений боль­ного с окружающими его людьми — персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапев­тического сообщества (тherapeutic community).

О терапии средой следует говорить тогда, когда проводится целенаправ­ленная работа по созданию терапевтической среды — «направляемый в лечеб­но-восстановительных целях характер взаимоотношений» (Кабанов).

В психоаналитически ориентированных подходах, согласно определению Аммона, психоаналитическая терапия средой рассматривается как «попыт­ка оказаться адекватным проблеме тех пациентов, тяжелые нарушения Я ко­торых делают для них невозможным сделать свое поведение предметом реф­лексирующего наблюдения, и которые не в состоянии с помощью терапевти­ческой группы, представляющей их прошлую и актуальную жизненную си­туацию, получить инсайт на свое поведение и конфликты. Терапия должна сделать еще один шаг, от символического воспроизведения жизненной ситу­ации терапевтической группой к действительной пересадке ее в терапевти­ческую среду, которая полностью включает в себя по месту и времени жиз­ненную ситуацию пациента. Жизненная ситуация и ситуация лечения ста­новятся идентичными». «Лечебная среда одновременно становится терапев­тической и социальной действительностью, способствуя социальному процес­су нового научения и нового обусловливания, которое может быть проверено непосредственно» (Батегей). Следует отметить, что чем больше психическая дезорганизация больного, тем проще и компромисснее может быть терапев­тическая среда.

Таким образом, понятия «лечение средой» и «терапевтическая среда» на­полняются в большей степени социально-психологическим содержанием.

В более широком смысле терапевтическое сообщество является неспецифи­ческим организационным базисом для любого психиатрического отделения, в рамках которого может применяться самое различное лечение, как биологичес­кое, включая медикаментозное, так и психосоциальное. Как говорит известный чешский психотерапевт Кратохвил, эта организационная структура «облегча­ет и возвышает терапевтическое действие и является современной формой ле­чения». Главным положением, определяющим применение терапевтического сообщества для лечения больных неврозами, является, по Кратохвилу, «ис­пользование модельной ситуации для проекции и изменения малоадаптивных межличностных стереотипов поведения». Понятие терапевтического сообще­ства включает в себя элементы динамической психотерапии, направленной на патогенетический анализ, проникновение и пересмотр своих отношений, а так­же элементы условнорефлекторной или поведенческой психотерапии, пользу­ющейся обучением, тренировкой. При этом может преобладать тот или дру­гой психотерапевтический подход (или их комбинация). При проведении раз­личных лечебно-восстановительных мероприятий в рамках терапевтической среды (терапевтического сообщества) не должно быть противопоставления ме­дицинской и социальной модели заболевания, одна модель должна как бы на­кладываться на другую в процессе лечения. Причем степень этого взаимопро­никновения зависит, конечно, от природы заболевания, степени его тяжести, характера течения болезненного процесса и т. д.

В зависимости от базисных концепций существуют и соответствующие мо­дели терапии средой, такие как социотерапевтическое сообщество, психоана­литическая терапия средой, терапевтическая среда социального научения, ин­тегративная модель терапевтической среды.

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует счи­тать Джонса. В основе концепции терапевтического сообщества лежит утвер­ждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановле­ние и развитие способностей пациента к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем такой организации отношений между врачами, ме­дицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей. Исходная модель терапевтического сообщества, по Джонсу, предполагает, та­ким образом, изменение, реформирование социальной структуры психиат­рического стационара. Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы формирования процессов среды: демократизация — отказ от тра­диционных статусных различий, «иерархического порядка», облегчающий открытую коммуникацию; участие пациентов в терапевтическом процессе — пациенты выступают в качестве терапевтов друг другу; разделение ответ­ственности за социальное функционирование отделения; формирование новых социальных ролей у медперсонала и пациентов, формирование «терапевтичес­кой культуры» и др. В данной модели функционирования среды предусматри­ваются ежедневные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения вопросов лечения, еженедельные конференции персонала для раз­бора затруднений в его работе и регулярные встречи пациентов в малых груп­пах для анализа их личностных проблем.

Реализация принципа партнерства связана с изменением стиля общения персонала с больными и исходной установки, определяющей тот угол зрения, под которым рассматривается больной. Предпосылкой служит преодоление одностороннего профессионального подхода к больному, который делает его объектом диагностических и терапевтических мероприятий, и формирование эмоциональных отношений с пациентом, основанных на понимании и приня­тии его как личности. Любое доминирование вне зависимости от того, прояв­ляется ли оно в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке (именно эта форма гиперпротективного общения стано­вится источником новых форм госпитализма и возникновения контингента так называемых больничных функционеров), должно быть устранено как стес­няющее собственную инициативу больного. Имеет значение сбалансированное соотношение самовыражения пациента и проявления им собственной иници­ативы с формами воспитательного воздействия «сообщества» больных, вра­чей, среднего медицинского персонала.

Эта новая ориентация требует от всех сотрудников, занимающихся лече­нием больных, новых форм поведения. Она выводит врача из ситуации те­рапевтической диады и делает необходимым его активное участие в социаль­ной жизни отделения. Принятие такой позиции не всегда бывает для врача беспроблемным. В силу недостаточной подготовки в области социотерапии он не всегда чувствует себя в состоянии удовлетворить требованиям нефор­мальной социальной ситуации. Потеря авторитарности, права на дирректив- ное осуществление режимных требований поначалу ведет к отчетливой не­уверенности в социальном статусе персонала и порождает с его стороны упорные попытки вернуть утраченные командные позиции. Научение руко­водству больными через больных, правильному сочетанию дисциплинарно­нормирующего поведения и эффективного наблюдения за больными с уста­новлением в коллективе больных неформальных отношений встречает боль­шие трудности. Оно достигается только в процессе практической работы на основе постоянного анализа ситуаций, складывающихся в коллективе, и кон­кретных способов их решения. Интенсивная подготовка персонала составля­ет, таким образом, решающую предпосылку рациональной организации те­рапии средой.

Центральным моментом в реализации принципа партнерства является до­стижение должной согласованности между целями персонала и целями боль­ных. Необходимость однозначного понимания целей работы и способов их до­стижения всем медицинским персоналом, вступающим в терапевтические от­ношения с больными, очевидна. Организационной предпосылкой такого еди­нообразия является объединение персонала, занимающегося одним и тем же больным, в терапевтические бригады.

Развитие стабильных и терапевтически действенных отношений боль­ных между собой и с медицинским персоналом решающим образом зави­сит от длительности совместной жизни и работы. Поэтому необходимо ве­дение больного в течение всего времени его лечения одной и той же тера­певтической бригадой. Принцип демократического нахождения решений требует отказа от иерархической формы сообщения информации только сверху вниз, ставящей членов лечебного коллектива в подчиненные отноше­ния. Иерархия членов коллектива и распределение в нем ролей определяет­ся прежде всего пониманием дела, степенью осведомленности. Важные ме­роприятия должны разрабатываться и обсуждаться больными и персоналом совместно, что способствует организации единой согласованной деятельно­сти терапевтического коллектива. Совместные решения могут быть правиль­но приняты лишь при оптимальной информированности персонала о про­цессах, протекающих в коллективе.

Для повышения информированности врачей и персонала большое зна­чение имеют неформальные контакты с больными на самых различных уров­нях — во время совместных мероприятий культурно-развлекательного харак­тера, в клубе, на уик-энде и т. п. В любом случае необходимо создание воз­можностей для непосредственной коммуникации всех членов коллектива по всем проблемам совместной жизни.

Система самоуправления имеет в основе самообслуживание больных и самостоятельную организацию ими быта и внутренней жизни коллектива. Она связана с выполнением функций, соответствующих разнообразным об­щественным ролям (дежурные по палатам и столовой, ответственные за орга­низацию прогулок, члены совета больных и назначенных им комиссий). Эта система должна предусматривать регулярную сменяемость функций, обес­печивающую последовательное выполнение каждым больным самых разно­образных ролей, соблюдение принципа гласности и постоянное осознание каждым больным своего места в общественной жизни коллектива.

Основными органами самоуправления больных являются общее собрание и избираемый на нем совет больных. На собрании поощряются критические высказывания, обсуждается жизнь коллектива, выполнение больными лечеб­ного режима, дисциплинарные нарушения. Сообщество информируется о вы­писанных и поступивших больных. Составляются планы культурно-развлека­тельных, спортивных и лечебно-трудовых мероприятий, обсуждается их вы­полнение, отчитывается и переизбирается совет больных, который непосред­ственно руководит проведением общих собраний.

Совет больных представляет перед администрацией интересы больных и содействует персоналу в проведении социотерапии. Ему принадлежит важная роль в формировании неформальных групп больных и распространении на них такового влияния, которое побуждало бы их идентифицировать свои цели с терапевтическими требованиями. Эта работа требует тщательного руковод­ства и поддержки со стороны лечебного персонала. Внимание персонала дол­жно быть направлено на предотвращение деструктивных групповых форми­рований, часто возникающих вокруг делинквентных и психопатических лич­ностей с их антитерапевтическими целями или ориентацией на нереальные нормы. С другой стороны, важно своевременно выявить пассивных, зависимых больных, занимающих в коллективе изолированное положение, рационально объединить их и вовлекать во взаимодействие.

Проведение регулярных собраний больных и распределение между ними социальных функций еще не создает сплоченного коллектива, хотя и является важной предпосылкой для его возникновения. Обязательным является проведение занятий в динамических группах и ежедневные разъяс­нения членам сообщества складывающихся отношений в обстановке неогра­ниченной терпимости. Помимо этого проводятся следующие терапевтические мероприятия: индивидуальная психотерапия (особенно в тяжелых случаях), арттерапия, музыкотерапия, хореотерапия и другие вспомогательные психо­терапевтические методы.

1. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой «терапев­тическое поле» (по Левину), которое должно реализовать социальную жизнь пациентов с помощью деятельности малых и больших групп. При этом об­щество рассматривается здесь в меньшей степени как место тренинга соци­альных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознают­ся и прорабатываются невротические проявления. Модификация невроти­ческого реагирования в соответствии с требованиями реального жизненно­го пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отно­шений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усилению Я-функций. Терапевтическая среда служит пациенту для повторения патогенной жизненной ситуации в первичной группе, которая приобретает вторичную патологическую автоно­мию. Терапевтическая ситуация является в этом смысле локусом переноса. По­скольку перенос происходит в ситуации, свободной от патогенной динамики первичной группы и поэтому отвечающей на поведение пациента не враждеб­но, а пониманием и защитой, речь идет не о простом повторении, а о коррек­ции раннего эмоционального опыта. Психотерапевт становится активным партнером в жизненной ситуации пациента. Он становится одним из важней­ших факторов этой жизненной ситуации. В отношении взаимодействия меж­ду терапевтом и пациентом речь идет, следовательно, об активной прямой те­рапии. Так же терапевт в совместной ситуации терапевтической среды явля­ется истолкователем поведения и конфликтов пациентов лишь во вторую оче­редь. Он интерпретирует действия и конфликты пациентов и отвечает на них прежде всего своим поведением.

Психотерапевт вступает, иными словами, в жизненную ситуацию паци­ента как активный партнер, чтобы помочь ему понять и изменить ее. Цель при этом — дать пациенту в рамках терапевтической среды и в прямом вза­имодействии с терапевтом сначала возможность нового эмоционального опы­та, часто впервые сообщая ему ощущение удачи и положительное чувство собственного существования. Таким образом может быть создана основа чув­ства Я, позволяющая пациенту постепенно принять и вербальную аналитичес­кую интерпретацию своего поведения и конфликтов и работать с этой интер­претацией. Между невербальным отреагированием симптоматики и вербаль­ной психоаналитической интерпретацией тем самым появляется неформальное, преимущественно невербальное, но при этом все же аналитически контролиру­емое взаимодействие между пациентом и его терапевтическим окружением, ко­торое служит эмоциональной коррекции как базе для дальнейшей аналитичес­кой работы.

Терапевтическая среда формируется группой психотерапевтов и помо­гающим им сотрудников. Эта терапевтическая бригада включает психоте­рапевтов, молодых, находящихся на обучении психиатров, клинических психологов, в особенности обученных и подготовленных социальных работ­ников, медсестер, санитаров, интернистов, арттерапевтов, музыкотерапев­тов, трудотерапевтов и т. д. Разные члены терапевтической бригады выпол­няют специфические функции в формировании терапевтической среды, ее поддержании и укреплении. Связь этих различных функций, их безупреч­ная согласованность осуществляется благодаря постоянной совместной рефлексии и контролю, последовательной супервизией. Отдельные члены бригады имеют специфические задачи, являясь специализированными фак­торами групповой границы, терапевтической среды. Центральная фигура бригады — психиатр (врач-психотерапевт), который несет ответственность за пациента и координирует все взаимодействия в бригадной группе относитель­но пациента. Его задачей является в рамках более узкой терапевтической си­туации, то есть в психоаналитической интеракции с пациентом, постепенно помочь ему получить инсайт на динамику переноса и сопротивления своих интернализованных конфликтов и постепенно заложить основу для нараста­ющей вербализации взаимодействия.

Остальные члены или подгруппы терапевтической бригады служат тому, чтобы поддерживать и укреплять возникновение и постепенное дифференци­рование этого аналитически ориентированного психотерапевтического про­цесса. Персонал, олицетворяющий учреждение клиники и ее распорядок, име­ет при этом в целом функцию «третьего лица» (Аммон), расширяя более уз­кую терапевтическую ситуацию в терапевтическое поле. Задачей персонала является представить пациенту реальность ситуации и конфронтировать его во всех сферах его жизненной ситуации в клинике там, где его патологические ожидания, определяемые бессознательной динамикой переноса, не совпадают с реальностью, и при этом в каждом случае избегать бессознательного совме­стного поведенческого отреагирования. Сотрудники обращаются с пациентом с самого начала как с лицом, несущим за себя полную ответственность, инфан­тильная сторона его личности игнорируется или не принимается, обращаются к здоровому Я. Пациент ни в коем случае дополнительно не инфантилизиру- ется.

Постоянная конфронтация с больными компонентами Я, воспринимае­мая больным в дружеском, но ориентированном на реальность поведении персонала, расшатывает патологические компоненты его личности, которые могут постепенно начать переживаться как чуждые Я и становиться проблемой, которая затем может прорабатываться психотерапевтически.

Терапевтическая среда в ее различных гранях, которые служат или конф­ронтации больного, или дают ему преходящую идентификацию с конструк­тивными факторами в рамках терапии средой, является в целом лишь непре­менной предпосылкой для аналитического освещения и проработки ставших бессознательными конфликтов пациента.

Важный вклад в формирование этой концепции сделал Кернберг, который перенес психоаналитическую теорию «связи с объектом» на психиатрический стационар. Динамические интеракции между индивидами, группой и стацио­наром рассматриваются и интерпретируются как открытая система. Вследствие этого психоаналитически-ориентированная терапия средой устанавливает вза­имосвязь закрытой системы интрапсихического болезненного процесса с по­ведением в группе и обществе.

1. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель терапевтичес­кой среды строится на различных приемах вмешательства и коррекции на­рушенного поведения. Одной из таких методик, впервые примененных к гос­питализированным хроническим больным, является методика подкрепления (поощрения) «экономической» стимуляцией. Отдельные, социально одобряе­мые поступки этих больных вознаграждались пластиковыми деньгами, кото­рые впоследствии заменялись на необходимые или желаемые акции (еда, про­гулка, разговор и др.). Айллон, Ферветер описывали целые группы пациен­тов, которых удалось таким образом сориентировать на внешние требования и вернуть к жизни вне психиатрического стационара. В Институте им.

В. М. Бехтерева в отделении внебольничной психиатрии, где разрабатывались принципы терапии средой, Воловик применял видоизмененную «жетонную» систему для оценки деятельности функциональных групп психотерапевтичес­кого сообщества, что способствовало повышению заинтересованности больных в достижении оптимальных результатов.

В последующем были определены принципы построения модели тера­певтической среды, исходя из теории социального научения. Эти принципы формулировались как «законы»: закон участия (новым способам поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самосто­ятельно), закон эффективности (новые способы поведения применяются тем чаще, чем они эффективнее) и др. Программа социального научения реали­зуется в двух основных направлениях: путем подражания поведению других людей, учитывая, что на разных этапах индивидуального развития челове­ка за внешне сходными явлениями подражания скрыты различные психоло­гические механизмы, и путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира». Помимо этого, модель терапевтической среды, основанная на социальном на­учении, содержит также и другие приемы модификации поведения.

1. Интегративная модель. Критическая реакция на концепцию терапев­тического сообщества как на идеалистически-утопическую впоследствии рас­пространилась и на практически-технические аспекты терапии, построенной в соответствии с этой теорией. Сформировались взгляды, хотя и поддержи­вающие принципиальные позиции терапии средой, но предъявляющие тре­бования к их дальнейшей разработке и развитию. Тот или иной тип среды («контроль», «поддержка», «структурирование», «активное участие») может иметь свои преимущества и недостатки для различных популяций пациен­тов. Другие авторы указывали, что потребности в среде у отдельных паци­ентов различны на разных этапах болезни и в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая — в кризисной фазе болезни, уравновешивающая — в острой фазе, воодушевляющая (ободряющая) — на стадии реабилитации, рефлексирующая — в интенсивной стационарной пси­хотерапии, заботящаяся — в лечении хронических больных. Эти типы тера­певтических сред позволяют осуществлять оперативное вмешательство, ру­ководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.).

Таким образом, в подходе к организации терапевтической среды в насто­ящее время существуют две основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных те­рапевтических сред, обеспечивающих переход больного из одной среды в дру­гую по мере изменения его психопатологического и личностного статуса. Вто­рая, противоположная тенденция состоит в разработке гибких, пластичных,полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнооб­разных видов лечения.

Эффективность терапевтической среды обеспечивается различными фак­торами: 1) демократической выработкой решений и распределением ответ­ственности; 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства;

1. высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами;
2. малым размером отделений; 5) позитивными ожиданиями персонала; 6) вы­соким моральным уровнем персонала; 7) практической проблемной ориента­цией лечебного коллектива.

**трольные вопросы**



1**.**

**Для какого из типов терапевтического сообщества характерны: демократизация; принцип партнерства; участие пациентов в терапевтическом процессе; форми­рование новых социальных ролей у медперсонала?**

**О Интегративного;**

**© с позиций теории научения;**

**© социотерапевтического;**

**© психоаналитического/психотерапевтического.**

2**.**

**В развитие терапевтического сообщества, построенного с позиций теории науче­ния, внес вклад:**

**О Джонс;**

**© Кабанов;**

**© Аммон;**

**© Айллон.**

ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

***Суггестивная психотерапия***

Внушение (от лат. suggestio) определяется как подача информации, воспри­нимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно­психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощуще­ния, представления, эмоциональные состояния и действия, а также оказывает­ся влияние на вегетативные функции без активного участия личности, без ло­гической переработки воспринимаемого.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Предлагаются различные клас­сификации внушения: внушение и самовнушение, внушение прямое или откры­тое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное. В медицин­ской практике используются соответствующие приемы внушения в бодрству­ющем состоянии и состоянии естественного, гипнотического и наркотическо­го сна. Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной сте­пени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работос­пособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект вну­шения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производя­щего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенно­стями личности больного, выраженностью «магического» настроя, веры в воз­можность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Внушение в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спя­щему ребенку применяли Вяземский и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуют­ся с лечебными внушениями, повторяемыми с паузами. За сеанс проводит­ся до 6 серий таких внушений. Лечение этим методом трудноосуществимо, что может быть связано со слишком чутким, поверхностным сном, приводя­щим к легкому пробуждению, резко выраженной ориентировочной реакци­ей или слишком глубоким сном, при котором добиться суггестивного воздей­ствия не удается. Наиболее широкое применение внушения во время есте­ственного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Однако нельзя исключить, что в этих условиях происходит общение со спя­щим по типу гипнотической коммуникации.

Внушение в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено. При использовании методики наркопсихотерапии лечебное действие внушения реализуется в условиях искусственно вызванного нар­котического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, отно­сится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота.

Косвенное внушение — разновидность внушения, при котором его содер­жание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае косвенного внуше­ния используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое ин­формационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта фор­ма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психоте­рапии.

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благопри­ятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом на­дежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения», «чрезпредметного» вну­шения или косвенного психотерапевтического эффекта (Бехтерев) необхо­димо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Методика «маска» — вариант косвенной (опосредованной) психотера­пии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больно­го к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффек­тивного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет ис­пользовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, закрывают лицо наркозной маской, смоченной не известной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (му- тизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.). Впервые об использовании ме­тодики «маски» упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флек- сига, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вооб­разившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить» его, она не садилась и не ложилась на спину. Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внуше­ние, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей. Косвенное внушение с использованием «маски» чаще применяется при зафиксирован­ных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориенти­рованной психотерапии, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции). Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-ориентирован­ных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обо­снованной психотерапии.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической те­рапии. В широком понимании это усиление эффективности биологической те­рапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, фи­зиотерапия, другие физико-химические факторы, например, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.) с помощью суггестивных приемов. Сложность вопросов психотерапевти­ческого опосредования и потенцирования биологической терапии определяется степенью разрешения одной из труднейших проблем современной психотерапии и психологии в целом — соотношения психологического и биологического в че­ловеке. Как известно, современное состояние психологических, философских и медицинских наук однозначного ответа на этот вопрос не дает. В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической тера­пии представлены психологические явления различного уровня. К ним в пер­вую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенно­сти, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также микросоциальные про­цессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер вза­имодействия в терапевтической диаде «врач—больной». Сложность и много­плановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повыша­ет его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффек­тов биологической терапии. 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-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биоло­гической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психоте­рапевтический подход. Филатов указывает основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему на­значить; учет мнения пациента о препарате; формирование эмоционально­го положительного отношения больного к предстоящему лечению; форми­рование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая пере­ориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррек­ция эгротогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводи­мой терапией.

Плацебо-терапия (от лат. placebo — понравлюсь, удовлетворю) — один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса на­учения. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практи­ку все новых психотропных средств способствовали увеличению числа слу­чаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положи­тельным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию (Лапин). Поэтому при испытании новых медикаментозных препа­ратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие на­звание «плацебо». При приеме «пустышки» (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компо­нентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуе­мых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрица­тельным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько- нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нонреакто- ры). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (воору­женной) психотерапии или так называемой плацебо-терапии (медикаментоз­ной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если услов­но-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (напри­мер, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакции могут сохра­няться в течение 2—3 лет), то моделирование делает понятной их зависи­мость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реак­ции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо- эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же — повто­ряем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевти­ческой коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данно­го больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарствен­ные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или био­логическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отноше­ние к препарату членов семьи и т. д. Лапиным описан семейный, в частно­сти родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая поло­жительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состоя­ния больного, получающего плацебо, причем ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким об­разом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. По­ложительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо.

Шапиро утверждает, что плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психоте­рапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект прояв­ляется в каждом контакте «психотерапевт — больной». Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздей­ствие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть си­стематически использован как плацебо-терапия, интегрированная в комплек­сное лечение.

Самовнушение, или аутосуггестия, — это процесс внушения, адресован­ный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмо­циональными и соматическими реакциями.

Сущность самовнушения по Павлову заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопро­вождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, пред­ставляющих коренные интересы всего организма, его целости и существова­ния. Действие самовнушения, согласно теории Ухтомского, объясняется кон­центрированным раздражением определенного участка коры, то есть возник­новением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры над реальным воздействием среды превалируют второсиг­нальные следовые процессы.

Куликов отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпси­хических отношений между людьми складывается гетеросуггестия, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризуется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций Выготского. Высказывает­ся предположение, что аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Бернштейн, Анохин, и др.).

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад отечествен­ные исследователи. В 1881 г. Тарханов опубликовал результаты одного из первых научно достоверных наблюдений о влиянии самовнушения на непро­извольные функции организма. Боткин в 1897 г. предложил обучать боль­ных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболева­ний.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механиз­мов лечебного действия) различных методов психотерапии: аутогенной тре­нировки, биологически обратной связи, медитации, йоги, релаксации.

Самовнушение по Бехтереву — методика, описанная Бехтеревым в 1890— 1892 гг., представляет собой оригинальный прием самовнушения, произво­димого в состоянии легкого гипнотического сна (в начальных стадиях гип­ноза). Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического сна, трижды произносит слова самовнушения, на­правленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других бо­лезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен системати­чески повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памя­ти ту обстановку, в которой производилось внушение». Позднее, в 1911 г., Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения. Для этой методики фор­мула самовнушения вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомога­тельный при лечении методом внушения, но в ряде случаев считал его эф­фективным и при самостоятельном применении. Метод самовнушения на на­чальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

**Бехтерев Владимир Михайлович родился в 1857 г. в Вятской губернии в семье деревенского полицейского. В 16 лет поступил в Медико-хирурги­ческую академию в Санкт-Петербурге. После третьего курса в составе са­нитарного отряда отбыл на войну в Болгарию. Вернувшись, успешно закон­чил два последних курса и остался на кафедре психиатрии для подготовки к профессуре под руководством Мержеевского. В 1881 г. защитил диссер­тацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней». В 1884 г. в Лейпцигской психиат­рической клинике в Германии изучал анатомию нервной системы. В том же году проходил стажировку в парижском госпитале Сальпетриер у Шарко.**

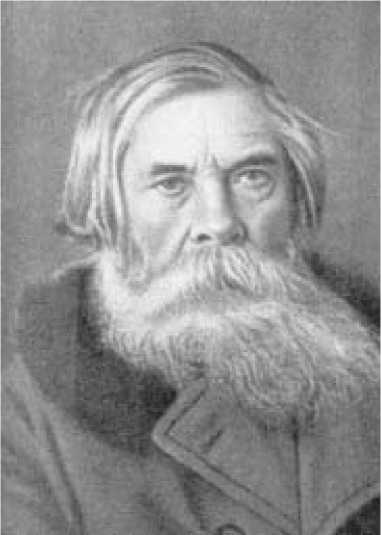
**В 26-летнем возрасте по рекомендации Мержеевского и Балинского возгла­вил кафедру психиатрии Казанского университета, где открыл психологи­ческую лабораторию, основал психиатрическую клинику, учредил Обще­ство невропатологов и психиатров, начал издавать журнал «Неврологичес­кий вестник». В 1893 г. Бехтерев возглавил кафедру нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. В 1905 г. Со­ветом профессоров был избран на непродолжительное время ее начальни­ком. За книгу «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896—1898) был удостоен Золотой медали Российской Академии Наук. В 1908 г. им ос­нован Психоневрологический институт, ныне носящий его имя.**

**Основные труды: «Объективная психология» (1907-1911), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1908), «Гипноз, внушение и психотера­пия и их лечебное значение» (1911), «Общие основы рефлексологии чело­века» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятель­ность» (1928).**

**Умер Бехтерев в 1927 г. Его внезапная кончина окружена тайнами и предположениями вплоть до сегодняшнего дня.**

Широкое распространение среди приемов самовнушения получила ме­тодика французского аптекаря Куэ. Нередко целебное действие разных лекарств, которые он продавал в сво­ей аптеке, он не мог обосновать физи­ологически и объяснял «силой вооб­ражения» больных. Он стал учиться технике внушения и гипноза у Льебо и Бернгейма, а в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где ле­чил по своей методике. Об этой мето­дике он читал лекции на родине и в Англии, которые позднее издал не­большой книгой. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. При всякой болез­ни, утром, сразу как проснулся, и ве­чером, в постели, с закрытыми глаза­ми, Куэ рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше, лучше». Внушать без усилия, без раздумья, по-дет­ски, машинально, «как молитву». При этом хорошо перебирать узлы бечевки (сколько слов, столько узлов). Куэ лечил пациентов с самыми различными за­болеваниями.

Методику Куэ развил и аргументировал Бодуэн, исходивший из предпо­ложения, что поведением человека управляют воображение и подсознатель­ные влечения. При мысленном повторении одних и тех же фраз автоматичес­ки возникает внутреннее сосредоточение, действующее на бессознательное. Практически Бодуэн рекомендовал, как считает Бурно, учить больных погру­жаться в самогипноз для того, чтобы проводить самовнушение именно в мо­мент пробуждения или перед самым засыпанием. Погружению в самогипноз способствует сосредоточение внимания на каком-то объекте (пламя свечи в темноте), на какой-то мысли, достаточно яркой, чтобы не удерживать на ней внимание насильно, на монотонных звуках (тиканье часов), на коротких фразах, обобщающих цель самовнушения. Теоретически эффект внушения (самовнушения) Бодуэн объяснял, пользуясь специальной идеомоторной мо­делью — «внедрением» терапевтического приказа в подсознательное, которо­му гораздо легче управлять телесными движениями, чем сознанию. Когда



*В. М. Бехтерев*

внимание утомляется долгим сосредоточением на чем-то (не видим больше то, на что смотрим, не слышим то, что слушаем), наступает релаксация (ос­вобождение от умственного напряжения), могущая перейти в сон. Релакса­ция способствует «обнажению» подсознательного, и теперь легко «втолк­нуть» в подсознательное терапевтический приказ.

Куэ и Бодуэн расширяли роль самовнушения далеко за рамки медицин­ской практики, старались создать систему совершенствования общества, полагая, что самовнушение может изменить мировоззрение людей. Само­внушение по Куэ — Бодуэну приобрело в 20-е годы широкую популяр­ность. В нашей стране «куэизм» подвергался критике в связи с тем, что он игнорировал нозологические особенности заболевания и личность боль­ного.

Положительной стороной работ Куэ и его последователей была пропа­ганда активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном про­цессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Он показал также целесообразность положительного самовнушения взамен отрицатель­ного («Я здоров» вместо «Я не болен»). Благодаря этим положительным сто­ронам метод Куэ был одобрительно встречен Бехтеревым.

Лечение самовнушением почти не имеет противопоказаний. Даже в тяже­лых случаях истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз не дает дос­таточного эффекта и может сопровождаться осложнениями, больной в пред­чувствии надвигающегося припадка с помощью самовнушения («Не должно случиться припадка!») может «отодвинуть» или не допустить его.

Аутогенная тренировка (от 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). Активность аутогенной тренировки противостоит не­которым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической моде­ли — пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 50-х годов. Лечебное действие аутогенной тренировки, наряду с развитием в ре­зультате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способ­ствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослабле­нии активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровожда­ется снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (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.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) поло­жение сидя, «поза кучера» — тренирующийся сидит на стуле со слегка опу­щенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней по­верхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа — трениру­ющийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколь­ко согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле, об­локотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подло­котниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5—6 раз) со­ответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководи­телем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется фор­мулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что со­провождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончатель­ная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервацией конечностей. Формулы: «Пра­вая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной поло­сти. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с це­лью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Фор­мула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях счи­тается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу. На проработку каждого упражнения уходит 2 нед. Весь курс аутогенной трени­ровки-1 длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность за­нятия 15—20 мин. Большое внимание уделяется самостоятельным трениров­кам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут днев­ники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «теп­ло») возникает особое состояние аутогенного погружения, которое Шульц называл «переключением» и определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн объясняет это со­стояние снижением активности коры при отсутствии внешних раздражите­лей и сокращением мыслительных процессов вследствие сосредоточеннос­ти на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежу­точное между сном и бодрствованием, оно весьма близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Глубина аутогенного погружения под­разделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощуще­нием телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела». Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалогра­фически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погруже­нии пациент приступает к направленному против определенных болезнен­ных расстройств самовнушению.

Луте выделяет 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, исполь­зующие вариант самовнушения «все равно»: «Глотание все равно» — при эзо- фагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усили­вающие, например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заи­кании; 3) абстинентно-направленные, например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких об­стоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — при астме; «Имена интересны» — при плохом за­поминании имен.

Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдают­ся при неврозах, а также при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечается хороший результат применения аутогенной трени­ровки при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, сте­нокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительных результатах при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой, по распространенному мне­нию, является местный неврогенный спазм сосудов.

Аутогенная тренировка эффективна как метод лечения различных невро­тических расстройств речи и фонации. Однако в общей группе больных аутогенная тренировка помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы заня­тия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами.

Аутогенная тренировка включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формиро­вания антитоксикоманической установки. В неврологической клинике аутоген­ная тренировка применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной си­стемы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых по­ражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, ней­роинфекций и др.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью ауто­генной тренировки оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение аутогенная тренировка получила также 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 аутогенной тренировки как метода производственной ги­гиены.

Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воз­действия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых сомати­ческих приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной ги­потонии используются некоторые специальные приемы для преодоления не­желательного преобладания вагусной системы.

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегета­тивные функции. С целью оптимизации высших психических функций

Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (аутогенная тре­нировка-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные пережи­вания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «само­очищение» (катарсис). Стандартные упражнения аутогенной тренировки-1 автор считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени — ауто­генной медитации, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализа­ция. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь ней­трализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

Аутогенная медитация по Шульцу. Прежде чем приступить к аутоген­ной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в со­стоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такой «пассивной концентрации» возникают различные визуальные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальней­шая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии раздражающих помех — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цвето­вых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых пред­ставлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном пред­ставлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «ис­тина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток пред­ставлений строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с бе­лой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоци­ирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, вы­явиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время вы­полнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре вооб­ражаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Внача­ле следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоцио­нально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржирован­но, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более «спокойны­ми», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоцио­нальной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение медитации. Автор назвал его «ответом бессознатель­ного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком об­разов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение, и насту­пает «аутогенная нейтрализация», то есть излечение.

Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихо-анали- за».

Соавтор Шульца по шеститомному руководству Лутe вводит новые эле­менты в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Эти методы составляют основ­ное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

Аутогенное отреагирование по Луте. Для нейтрализации отрицатель­ных переживаний используются приемы «повторения» тех ситуаций, ко­торые и явились причиной психической травмы. Так же как и при психо­аналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблю­дает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам «знает», в какой форме и в каком порядке следует «высказывать ма­териал» при аутогенной нейтрализации. Подчеркивается, что при нейтра­лизации высвобождается (то есть вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах. В методике практического проведения аутогенного отреагирова­ния по Лутe можно выделить пять основных правил, или условий: 1) не­обходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтическо­го вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутоген­ных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтичес­кой работы. На протяжении всего курса аутогенного отреагирования при­меняются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение аутоген­ного отреагирования допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7—10 дней.

Аутогенная вербализация по Луте. Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визу­ализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутоген­ная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация оп­ределенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводит­ся в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока па­циент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий ма­териал». По сути, приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ас­социативный эксперимент, предложенный еще Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема в со­стоянии аутогенной релаксации.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается воз­можность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутоген­ной тренировки, путем использования принципа биологической обратной связи (электромиографической, электроэнцефалографической, температур­ной, обратной связи ритма сердца и др.).

В основе биологической обратной связи (англ. — biofeedback) лежит прин­цип целесообразного саморегулирования непроизвольных функций с ис­пользованием систем внешней обратной связи. Метод биологической обрат­ной связи применяется только в тех случаях, когда обеспечивается предъяв­ление информации о состоянии физиологических функций для того же ин­дивида, который генерирует данную физиологическую информацию, явля­ется ее источником. В обычных условиях мы не получаем точной количественной информация о состоянии физиологических функций, ска­жем, частоте пульса или величине артериального давления. Однако с помо­щью биологической обратной связи, которая позволяет регистрировать тон­чайшие изменения физиологических процессов, можно научиться сознатель­но управлять ими. Методы, основанные на использовании биологической обратной связи, применяются в различных областях медицины: для управ­ления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направ­ленного на подавление патологических паттернов ЭЭГ; для повышения эф­фективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при ле­чении различных видов головной боли.

Анализ результатов исследований, выполненных Коэном и сотр. по при­менению биологической обратной связи у больных мигренью, показал: 1) прямые физиологические изменения исследовавшихся систем не корре­лируют с терапевтическим результатом, к тому же достаточно скромным; 2) не имеет значения метод биологической обратной связи (черепные артерии, элек- тромиограмма, температура). Поэтому механизмы терапевтического эффекта следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем. Вероятные объяснения таковы: 1) эффект плацебо благодаря участию паци­ентов в эксперименте (составление ими специальных диаграмм) и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) регрессия «к середине», так как пациен­ты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей ре­лаксации; 4) познавательный эффект от переживания биологической обрат­ной связи — возникающее у пациента представление о собственном контроле над физиологической системой. Последний пункт особенно интересен. Паци­енты утверждают, что биологическая обратная связь учит их навыкам само­контроля, которого, по их мнению, у них никогда раньше не было. Поэтому не степень физиологического изменения выступает в качестве критической вели­чины, а степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль. Если это так, то этот эффект можно учитывать при попытках оптимизации терапевтического результата. О необходимости учета при использовании ме­тодики биологической обратной связи психологических факторов (повышение самооценки пациента, самовнушение, плацебо-эффект и др.) свидетельствуют также данные и других авторов.

В литературе последних лет подчеркивается, что биологическую обратную связь (и соответственно тренинг релаксации) следует рассматривать лишь как один из подходов к лечению человека в целом и применять в сочетании с дру­гими медицинскими и психотерапевтическими методами. «Излечение» от ги­пертонии, скорее всего, потребует чего-то большего, чем сознательная попыт­ка пациента снизить у себя кровяное давление. Понизить артериальное дав­ление (или прекратить боль) — не значит изменить жизненные обстоятель­ства, которые сформировали стереотипизированную реакцию. Ставится так­же под сомнение, сможет ли или даже захочет ли пациент управлять своими телесными функциями в лихорадочном, быстро меняющемся окружении вне лаборатории и клиники.

Гипноз (от греч. hypnos — сон) — временное состояние сознания, характе­ризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании вну­шения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и само­сознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин гипноз впер­вые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвящен­ная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х годов XIX в. французский невропатолог Шарко начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клини­ческим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней со­перничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, ис­ходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гип­ноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зару­бежные ученые: Веттерстранд, Краффт-Эбинг, Форель и др. В нашей стра­не теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали Данилевский, Токарский, Бехтерев, Павлов, их многочислен­ные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана прежде всего с именами Павлова и Фрейда. Павлов и его ученики считали, что физиологи­ческой основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение эк­стенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По Павлову, гипноз — это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при ко­тором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохра­няется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Необходимо, однако, отметить, что представление о гипнозе как частичном сне при нейрофизиологических (в особенности ЭЭГ) исследованиях не под­твердилось.

В психоаналитических теориях гипноза первоначально акцентировалось внимание на удовлетворении инстинктивных желаний человека. С этой точ­ки зрения гипнотическое состояние возникает под влиянием особого рода переноса. В последние годы гипноз рассматривается преимущественно с по­зиций психологии Я. В экспериментальной психологии существуют также концепции, придающие значение в гипнозе социокультурным факторам, фактору взаимоотношений, сенсомоторным феноменам. К настоящему вре­мени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-эк- спериментаторов в понимании природы гипноза, начинает уменьшаться, на­блюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность гипноза (Рожнов, Шерток).

При проведении гипноза важен учет внушаемости пациента (Мягков, Вар­шавский). Используется ряд приемов, с помощью которых удается ее опреде­лить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцеп­ленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Примером одно­го из них может служить прием, описанный Булем. Используется небольшой металлический груз на прочной нитке и выпиленный из дерева подковообраз­ный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлага­ют взять пальцами вытянутой руки нитку с висящим на ее конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой- нибудь определенной плоскости. При этом больному внушают, чтобы он об­ратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет ка­чаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных дви­жений. Перед гипнотизацией проводится беседа для выяснения отношения па­циента к ней и устранения возможных его опасений. Гипнотизация проводит­ся в благоприятных для гипнотизируемого условиях. Способов гипнотизации много. Они осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зри­тельный, слуховой, кожный. При использовании метода фиксации взора гип­нотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точ­ке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна. Метод фасцинации (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фариа) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизи­рующему, не мигая, гипнотизер при этом смотрит на переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибоя, падающих капель воды и т. п. Метод пассов — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленны­ми пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по на­правлению от головы к ногам. Этим способом пользовался еще Месмер, кото­рый считал, что он действует на больного «магнетическими флюидами». Ме­тод сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локте­вых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сой­дутся, Вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном». Существует и ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается од­новременно на несколько анализаторов.

Воздействие на анализаторы, как правило, сопровождается внушением, в словесных формулировках которого описываются ощущения, которые испы­тывает засыпающий человек: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спо­койно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и по­степенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду про­водить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по нескольку раз спокой­ным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, ко­роткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и од­ним словесным воздействием (вербальный метод). Длительность сеанса гип­ноза определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной, реже — другими). Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом: «Через полминуты я выве­ду вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — ос­вобождаются ноги и все тело. Три — вы проснулись, откройте глаза! Настро­ение и самочувствие очень хорошее, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на об­щую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление гипноза на стадии: одни выделяют 3 стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на предложенные Форелем в 1928 г. 3 стадии: сонливость, гипотаксию и сомнамбулизм. Первая стадия — сонливость. Гипнотизируе­мый при некотором усилии еще может противостоять внушению, открыть глаза. Характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. Вторая ста­дия — гипотаксия. Пациент не может открыть глаза и выполнить некоторые внушения. Отличается глубокой мышечной слабостью. В этой стадии гип­ноза уже можно вызвать внушенную каталепсию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно. Третья стадия — сомнамбу­лизм. Характеризуется амнезией и способностью к выполнению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений. Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии гипноза.

Гипноз является основой гипнотерапии. В настоящее время, наряду с классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. При этом гипнотическое состояние используется в лечебных целях. Широ­кое распространение гипнотерапии отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях. История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах Платонова, Буля, Рожнова, Шертока и многих дру­гих авторов. Ввиду того что явления внушения и гипноза тесно переплета­ются, Буль (вслед за Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

Гипнотерапия в руках опытных специалистов находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических рас­стройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологичес­кой практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболевани­ях. Абсолютными противопоказаниями к гипнотерапии являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его «загипнотизи­ровали», и просит врача «разгипнотизировать» его) и гипноманические ус­тановки истерических личностей. При использовании гипнотерапии при­ходится учитывать степень гипнабельности пациента, при отсутствии ко­торой или низкой ее выраженности применение гипнотерапии проблема­тично (некоторые авторы считают возможным развитие гипнабельности).

Перед гипнотерапией необходимо провести беседы для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны. После введения пациента в состояние гипноза тем или иным спо­собом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы долж­ны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключающими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно 15—20 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определя­ется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в не­делю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спу­стя несколько недель или месяцев. Гипнотерапия может проводиться инди­видуально или с группой пациентов. Существует множество вариантов гип­нотерапии. Ее можно проводить дробным способом. Малогипнабельным па­циентам с целью углубления гипнотического сна предварительно могут да­ваться снотворные средства. Психоаналитики, занимающиеся гипнозом, применяют наркотические средства в расчете на ускорение аналитического процесса. Получению сведений о бессознательных переживаниях больного способствует методика гипнопсихокатарсиса. Существуют также методики гипноэлектросна, сочетания самовнушения с гипнозом и многие другие.

Основные осложнения при гипнотерапии — это потеря раппорта, истери­ческие припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбу­лического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спо­койном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техни­ки 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-отдых. Методика гипнотерапии, способствующая созданию ле­чебно-охранительного режима. Гипноз-отдых отвечает требованиям немеди­каментозной терапии сном, применявшейся в нашей стране главным обра­зом в 50-х годах прошлого века для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств. Методика разработана Плато­новым. Больного вечером погружают в гипнотическое состояние, которое спонтанно переходит в естественный сон, или утром психотерапевт переводит естественный сон в гипнотический на необходимое время. Гипноз-отдых может продолжаться до 15-20 ч в сутки в течение 10-15 дней.

Методику удлиненной гипнотерапии предложил Рожнов. Она рассматри­вается как промежуточная между обычными и кратковременными сеансами гип­нотерапии и длительным гипнозом-отдыхом и рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4-6 больных. Под удлиненной гипнотерапи­ей понимается лечебное внушение больному, находящемуся от 2 до 4 ч в состоянии гипнотического сна. За это время пациент получает большее ко­личество лечебных внушений (через каждые 15-20 мин), чем при обычной гип­нотерапии, что повышает их терапевтическую эффективность. Эта методика является вариантом коллективной гипнотерапии, но может применяться и при индивидуальных сеансах.

Аутогипноз. Это гипнотическое состояние, вызываемое субъектом по соб­ственной инициативе. Аутогипноз может использоваться для упрочения эф­фекта симптоматического лечения, прежде всего осуществляемого с помо­щью гетерогипноза (гипнотизирования врачом). Обучение аутогипнозу мо­жет проводиться двумя способами: под гипнозом (в присутствии психотера­певта) и самостоятельно.

Инструкцию по самообучению аутогипнозу приводит Родес: «Первая ста­дия А — это «закрытие глаз». Так я обозначаю состояние, при котором, бу­дучи бодрствующим, Вы не сможете открыть глаза. Этого можно достичь, ус­троившись в удобном кресле в тихой комнате. Затем Вы сделаете следую­щее:

1) Скажите «раз» и подумайте: «Мои веки становятся очень тяжелыми». Думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнитесь ею, пока Вы о ней думаете. Отгоняйте всякую другую мысль, например такую: «Интересно, удастся ли это». Сосредоточьтесь на одной мысли: «Мои веки ста­новятся очень, очень тяжелыми». Если у Вас будет только эта единственная мысль, если Вы сосредоточитесь на ней, проникнетесь ею и поверите в нее в то время, пока Вы о ней думаете, Ваши веки начнут тяжелеть. Не ждите, что­бы они стали очень тяжелыми; когда они начнут тяжелеть, переходите к сле­дующей фазе. 2) Скажите «два» и подумайте: «Мои веки теперь очень тяже­лые, они сами смыкаются». Как и в первой фазе, думайте только об этом, скон­центрируйтесь на этой мысли, верьте в нее. Не закрывайте глаза насильно и не старайтесь держать их открытыми, но сосредоточьтесь на единственной мысли: «Мои веки сейчас такие тяжелые, что сами закрываются», и в то же время, пока Вы повторяете эту единственную мысль, пусть Ваши веки дей­ствуют самостоятельно. Если Вы действительно сосредоточитесь на этой мыс­ли, исключив все другие, если Вы проникнетесь ею и будете верить в нее, пока Вы о ней думаете, Ваши глаза медленно закроются. Когда веки сомкнутся, ос­тавьте их в этом состоянии. 3) Скажите «три» и подумайте: «Мои веки креп­ко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Как и преж­де, мысленно повторяйте это, думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнетесь ею и верьте в нее. Но вместе с тем попытайтесь открыть глаза; Вы заметите, что не можете этого сделать, пока не скажете «открой­тесь», и только тогда Ваши глаза мгновенно откроются. Не отчаивайтесь, если первые попытки аутогипноза окажутся неудачными. Чаще всего при обучении аутогипнозу первые две или три попытки заканчиваются неудачей, посколь­ку обычно еще отсутствует умение сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные. Неудача вовсе не свидетельствует о недостаточных умственных способностях. Скорее наоборот: у интеллектуально развитых людей обычно возникает несколько мыслей одновременно, отмечается их вза­имопроникновение. Чтобы сосредоточиться на одной мысли, необходимо ов­ладеть новым умением, требующим упорства и практики. И если в первый раз Вы потерпите неудачу, надо попытаться снова. Если Вы способны контроли­ровать процессы мышления, Вам удастся сосредоточиться на одной мысли. Как только Вы сможете это сделать, аутогипноз станет Вам доступен. Таким образом, когда после первых фаз Ваши глаза закроются, Вы перейдете к тре­тьей фазе и подумаете: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Вы должны постоянно возвращаться к этой мысли, единственной мысли, и в то время, как Вы думаете об этом, попытайтесь от­крыть глаза. Все время, пока Вы будете сосредоточиваться на этой единствен­ной мысли, веки останутся сомкнутыми. Ваши мышцы будут напрягаться, что­бы открыть глаза, но они останутся закрытыми до тех пор, пока Вы не скажете вслух или мысленно «откройтесь». Следующая фаза состоит в ускорении про­цесса. Попытайтесь два или три раза удостовериться, что Вам удалось креп­ко закрыть глаза. С каждым разом результат будет лучше. 4) Теперь перехо­дите к ускорению. Первую фазу проведите, как прежде, и в момент, когда Ваши веки отяжелеют, переходите ко второй фазе. В то время, когда Вы говорите «два», подумайте об указанной мысли один раз, но исключив все остальные мысли. Когда глаза закроются, скажите «три» и снова подумайте об указан­ной мысли один раз, но только о ней. Ваши веки останутся сомкнутыми. Ра­зомкните их по команде «открыть». Теперь начните снова все, как Вы делали, но вместо того, чтобы говорить «один», «два», «три», ограничьтесь мыслью об этих числах в том же порядке. Наконец делайте все упражнения без чисел, но повторяйте по одному разу мысли первой, второй и третьей фаз. После дос­таточной тренировки Вы сможете почти мгновенно закрывать глаза и сохра­нять веки сомкнутыми, лишь один раз подумав о мысли третьей фазы. Вы за­метите, что приобрели скорость и способны все увереннее контролировать себя. Овладев умением концентрироваться только на одной мысли (первая или вторая фаза), Вы сможете почти мгновенно переходить к третьей фазе, ко­торая представляет сложную мысль. Пробным камнем успеха в аутогипнозе является способность быстро закрывать глаза. Когда Вы этого добьетесь, то сможете достигнуть той глубины гипноза, которая необходима для безбоязнен­ной встречи с тревожащими Вас проблемами. Следующей фазой является ре­лаксация. Оставайтесь с открытыми глазами и думайте: «Я буду глубоко ды­шать и полностью расслаблюсь». Сделайте глубокий вдох и на выдохе полно­стью расслабьтесь. Думайте: «Я буду дышать ровно и глубоко и при каждом вдохе все больше и больше расслабляться».

Когда Вы добьетесь закрытия глаз и релаксации (которая вскоре будет возникать одновременно с закрытием глаз), Вы достигнете первой ступени аутогипноза. Теперь Вы в состоянии воспринимать внушение, которое Вы себе делаете, с гипнотическим и постгипнотическим эффектом. Но как и для закрывания глаз, где скорость достигалась неоднократным повторением, для осуществления следующих фаз тоже необходима тренировка. Секрет успе­ха заключается в способности сосредоточиться только на одной мысли, ис­ключив все остальные, проникнуться ею, верить в нее. Для начала попробуй­те простые внушения. Например: сожмите правой рукой указательный па­лец левой руки. Думайте: «Я не могу освободить свой палец». Как и преж­де, сосредоточьтесь на этой единственной мысли, проникнетесь ею, верьте в нее и одновременно попытайтесь освободить палец. Он будет скован до тех пор, пока Вы не подумаете: «Теперь я могу освободить его» (или любое дру­гое слово или выражение с тем же смыслом). В дальнейшем могут прово­диться другие простые или более сложные внушения».

Иногда во время вызывания гипнотического состояния у самого гипно­терапевта может параллельно возникнуть трансовое состояние сознания, ко­торое при традиционном гипнозе воспринимается как помеха. При проведе­нии эриксоновского гипноза аутогипноз — это важное умение, которым не­обходимо овладеть психотерапевту, для того чтобы в нужное время обратить­ся к своему интуитивному опыту или повысить свою эмпатическую чувстви­тельность в процессе лечения.

Эриксоновский гипноз. Новый подход в гипнотерапии, создателем кото­рого явился американский психотерапевт М. Эриксон, получил в 80-е годы в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как эриксоновский гипноз. Его принципы и технические приемы, дополняя тра­диционный гипноз, расширили возможности лечебной тактики психотера­певта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели краткосрочной пси­хотерапии. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психо­терапии, как Вайценхоффер, Хейли, Росси и др. считают Эриксона отцом со­временного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психоте­рапии.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его зна­ние идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он ни­когда не формулировал единой теории гипноза и только в ответ на упорные расспросы его учеников и последователей выражал свое мнение о теоретичес­ких его аспектах. Его ученики Росси, Хейли, Зейг и многие другие провели большую работу по анализу, классификации и каталогизации эриксоновско­го подхода (статей и лекций, стенограмм и аудиозаписей, наблюдений за его работой и обсуждений ее с ним). Они выпустили в свет несколько книг, напи­санных совместно с Эриксоном или отдельно, где отражены и их собственные позиции в направлении дальнейшего углубления и развития этого перспектив­ного подхода в гипнотерапии и психотерапии в целом.

Эриксоновскому подходу свойственно расширенное понимание гипноти­ческого состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий гипнотерапевт—пациент, приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, то есть без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соот­ветствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопро­явления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтичес­кого транса. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособ­ления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководства 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: 1) фиксация внимания; 2) депотенциализация установок сознания; З) 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 др. способов.

Вторая стадия — депотенциализация установок сознания — осуществляет­ся, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента ста­новятся уязвимыми для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и депо- тенциализировать сознательные процессы, используются: 1) шок, удивление; 2) отвлечение внимания; 3) диссоциация; 4) когнитивная перегрузка; 5) заме­шательство и др. способы.

Эриксон часто использовал «сюрприз—неожиданность», чтобы «встрях­нуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Можно привести пример, когда он неожиданно позволил пациенту реагировать на внушение левитации руки индивидуальным образом. Субъект, у которого после внуше­ния поднялась и зависла рука, пытается сознательно ее опустить, толкая ее вниз все сильнее и сильнее. Эриксон сказал ему: «Это довольно интересно, по крайней мере для меня. Я думаю, что и Вам станет интересно, когда Вы откро­ете, что не можете перестать толкать руки вниз». Он вызвал шок и удивление, которые на мгновение затормозили систему представлений субъекта. Именно в этот момент Эриксон добавил внушение: «Вы обнаруживаете, что не може­те перестать толкать руку вниз». Субъект думал, что он сопротивляется. Мысль, что он не сможет остановиться, оказалась для него абсолютно неожи­данной, и к тому моменту, когда она до него дошла, то оказалась полностью сформировавшейся идеей. И он, к своему удивлению, обнаружил, что не может прекратить толкать руку вниз, и спросил: «Что произошло?» Эриксон сказал: «По крайней мере, Ваши руки вошли в транс. Вы можете встать?» Этот про­стой вопрос явился развитием фразы и распространился на ноги. Разумеет­ся, он не мог встать.

Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компо­нентов в техниках наведения транса и внушения. 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 спонтанному реагированию субъекта на реаль­ную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированно- сти и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все, что бы не делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы, позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа. В частности, одной из такого рода процедур является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть ее в неожиданности, которая разрывает обычные рам­ки существования субъекта, чтобы вызвать мгновенное замешательство. В письме к Вайценхофферу в1961 г. Эриксон описывал свой подход к наве­дению транса рукопожатием как способ вызывать каталепсию. Примером использования этой техники является описание им одного из своих «панто­мимических наведений», где надо было обойти языковый барьер. К подготов­ленной для демонстрации субъекту-женщине Эриксон подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она — ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская ее руку, он сделал это определенным необычным образом, выпус­кая ее из своей руки понемногу и слегка, нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это — неуверенно, неровно, как будто колеб­лясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда имен­но он ее уберет и до какой части ее руки дотронется в последний раз. Одно­временно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей мини­мальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на нее, а сквозь ее глаза куда-то вдаль. Ее зрачки медленно расширились, и тогда Эриксон мягко от­пустил ее руку совсем, оставив ее висеть в положении каталепсии. Легкое давление на запястье, направленное вверх, заставило ее руку немного под­няться.

Еще один прием замешательства, первоначально разработанный Эрик­соном для возрастной регрессии, состоит в дезориентации во времени. В главных своих чертах метод «путаницы» состоит в том, что внимание па­циента сосредоточивается с помощью беседы на каких-то нейтральных, по­вседневных действиях (например, еде), а затем постепенно выполняются раз­личные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (например, быстрая смена точек отсчета времени, введение несуразностей, ускорение темпа речи). В качестве примера можно привести фрагмент тек­ста начала наведения Эриксоном гипнотического транса: « и Вы, возмож­

но, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой неделе или на позапрошлой неделе... и возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... и может быть, тот день на прошлой неделе, когда Вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняш­ним днем точно так же, как этот день сейчас — сегодняшний. Другими сло­вами, то, что было тогда, возможно, совсем как то, что есть сейчас. может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и, может быть, в будущем Вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключить и среду, пусть даже это середина недели... И что на самом деле означает быть серединой недели? Я, по правде, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а по­недельник перед вторником, а вторник после воскресенья, если не считать того, когда он за пять дней до него...» и так далее движение во времени, пе­репутывая и сменяя представления и события в настоящем, прошлом и бу­дущем времени.

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. Психологическая импликация — это ключ, который автоматически устанавливает переключа­тели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без осоз­нания того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если Вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс», «Разумеется, Ваша рука не онеме­ет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, то есть какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс Вы хо­тели бы испытать — легкий, средний или глубокий?». Двойные связки, на­оборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обыч­ного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связ­ки: «Какая рука, правая или левая, сначала непроизвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?». Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный ме­ханизм развития гипнотического транса возникает как автоматически, так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возник­нуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функцио­нирования пациента, а другой — на бессознательный. Использование разно­го тона голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а Ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а Ваше бессознательное мо­жет проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать Вас в транс».

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его пред­ставлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием 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. Сам Эриксон называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основной принцип данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям. Те­рапевтическое воздействие в значительной мере облегчается, если гипноте­рапевт погружается в межличностный внешнеориентированный транс (этот аспект поведения гипнотерапевта подробно разработан Гиллигеном), в ко­тором все его внимание поглощено пациентом. Использование в трансе иде­омоторного сигналинга (непроизвольные движения пальцев, покачивание головы), а затем автоматического рисунка и автоматического письма по ана­логии со сновидениями и фантазиями открывает прямой доступ к понима­нию бессознательного. В процессе гипнотерапии пациент постепенно стано­вится готовым к тому, чтобы произошел перенос психотерапевтически зна­чимого обучения с бессознательного уровня на сознательный.

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. Этот процесс и является наиболее существенным аспектом подхода Эриксона. Активно используется также возможность в гипнозе погружения в прошлые события. Это перемеще­ние в пространстве и времени дает возможность пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более кон­структивным образом, чем было в исходном положении. При этом важно за­щитить пациента от боли воспоминания с помощью диссоциативной отстра­ненности от переживаемого или с помощью амнезии. Диссоциация, отстранен­ность или отделение субъективного от объективного — еще одна из гипноти­ческих форм, часто используемых Эриксоном. Диссоциативная стратегия по­лезна для успешности некоторых специфических форм обучения (например, анестезии или эмоциональной объективности), позволяет проводить психоте­рапевтические воздействия без участия сопротивления и мешающих субъек­тивных реакций. Метод «рассеяния», или встроенных внушений, также широ­ко применяется в эриксоновском гипнозе. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть ис­пользованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во вре­мя произнесения встроенного внушения, введение небольших пауз перед вну­шением и после него, упоминание имени пациента — все это способствует уси­лению воздействия рассеянных внушений.

Эриксон считается непревзойденным мастером использования метафори­ческих историй в лечебных целях. Он совместно с Росси предположил, что по­скольку симптомы эмоционального происхождения являются сообщениями на языке правого полушария, то использование метафор позволит напрямую об­щаться с правым полушарием, то есть с бессознательным на его собственном языке. События метафорической истории должны чем-то напоминать события актуальной проблемы пациента и иметь решения этой проблемы. Это могут быть истории о других пациентах, притчи и сказки, события из жизни, но мо­гут быть и новые метафоры, сконструированные гипнотерапевтом для данного пациента и содержащие в себе скрытые от сознательного контроля намеки на способы решения его проблемы.

Эффективное использование гипноза, как и психотерапии в целом, в эрик­соновском подходе не ограничивается какими-то особыми техниками. Более важным является осознание и принятие реальности вместе с готовностью и способностью использовать все, что она предлагает для достижения желаемых результатов. 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.

Основные различия классического и эриксоновского гипноза представле­ны в табл. 9.

Основные различия классического и эриксоновского гипноза

*Таблица 9*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дифференциальные  критерии | Классический гипноз | Эриксоновский гипноз |
| Атрибуция лечебного воздействия | Метод и конкретный психотерапевт | Саногенные ресурсы пациента |
| Стратегия | Пациент настраивается на | Психотерапевт готовится |
| взаимоотношения | работу с данным психоте- | работать с данным пациентом, |
| приемов гипноза — психотерапевта — пациента | рапевтом в рамках предпочитаемых им приемов | подстраивает для него приемы |
| Г ипнабельность | Считаются негипнабельны- ми 5- 20% пациентов | Все пациенты считаются гипнабельными, негипнабель- ность расценивается как проявление методической ригидности психотерапевта и необходимости подбора других приемов гипнотизации |
| Параллельно | Воспринимаются как | Эксплуатируются для раскрепо- |
| возникающие трансовые состояния сознания самого психотерапевта | помеха, преодолеваются | щения интуиции и эмпатии психотерапевта, подстройки к пациенту и для повышения сенсорной восприимчивости; контроль над ситуацией предоставляется котерапевту- наблюдателю |
| Лечебные | Четкие и рациональные | Расплывчатые, с высокой |
| формулировки | (хотя гипнотические внушения адресуются бессознательному) с акцентированием на симптоме | разрешающей возможностью подключения субъективной реальности пациента, и оставляющие простор для «самодеятельности» его саногенных ресурсов |
| Нозологические и  личностные  противопоказания | Имеются | Практически отсутствуют; сам пациент решает, какие изменения и в каком объеме должны происходить |

Наркогипноз относится к методам суггестивной психотерапии. Сущность наркогипноза заключается в том, что сеансу гипнотерапии предшествует вве­дение наркотических средств, облегчающих наступление гипнотического сна или усиливающих его глубину. Телешевская выделяет наркогипноз, когда снотворные применяются малогипнабельным больным, вызывая у них состо­яние сонливости, и гипнонаркоз, применяемый к более внушаемым субъек­там, когда присоединение снотворных средств повышает терапевтическую ак­тивность гипноза.

Поскольку заблаговременный прием наркотического препарата должен вызвать у пациента дремотное состояние к моменту начала сеанса гипноте­рапии, следует учитывать фармакодинамические особенности того снотвор­ного, которое собираются применить. Поэтому первые 2-3 комбинирован­ных применения снотворного с гипнозом часто являются пробными, после чего врач определяет индивидуальную дозу снотворного и оптимальное вре­мя его приема больным. При проведении наркогипноза чаще используют амитал-натрий (0,2-0,3) или другие снотворные средства, которые через 25­30 мин вызывают дремотное состояние. Телешевская относит наркогипноз к одному из видов наркопсихотерапии. По ее мнению, наркогипноз может применяться и как основной, и как вспомогательный прием наркопсихоте­рапии. Продолжительность сеанса 30-60 мин, формулы внушения повторя­ются каждые 8-10 мин. Врач говорит о благотворном воздействии вводимого лекарственного препарата и гипноза, которые принесут больному полноцен­ный отдых, сон, душевный покой, высокий жизненный тонус, уверенность в себе, хорошее самочувствие и настроение.

Наиболее эффективно применение наркогипноза для устранения затяж­ных и трудно поддающихся лечению истерических моносимптомов и фоби­ческих состояний, при повышенной эмоциональной возбудимости и лабиль­ности настроения, длительной бессоннице, сексуальных расстройствах, а также при соматических заболеваниях с преобладанием функциональных наруше­ний.

Наркопсихотерапия — методический прием в суггестивной психотерапии, используемый для повышения внушаемости путем введения барбитуратов.

Выделяются следующие разновидности наркопсихотерапии: 1) внушение на фоне кратковременного или продленного неполного наркоза; 2) наркогип­ноз; 3) метод многократных внутривенных введений препарата; 4) комбини­рованная наркопсихотерапия. Для наркоза используются растворы амитал-на- трия, гексенала и др., чаще — 1-10 % раствор амитал-натрия и гексенала в до­зах от 0,5 до 3 мл.

В динамике наркоза выделяют 3 стадии, имеющие различное значение при проведении наркопсихотерапии. Первая стадия — понижение общей ак­тивности и инициативы — характеризуется замедлением речи, гиподинами­ей, головокружением. Вторая стадия эмоциональных сдвигов наступает по мере дальнейшего введения препарата; в состоянии эйфории отмечается повы­шение общительности, оживленность, многоречивость. Продолжительность этой стадии колеблется от 10 мин до 1 ч. В третьей стадии наблюдается кар­тина оглушения с эхолалией и персеверациями.

Наиболее широкое применение получило внушение на фоне кратковре­менного неполного наркоза. В состоянии эйфории с элементами оглушенно­сти врачебные суггестивные воздействия становятся более эффективными. Препарат вводится в течение 3-4 мин, после чего врач императивно повторяет короткие, ясные формулы внушения. На фоне эйфории больные легче обре­тают чувство уверенности и впоследствии охотно выполняют различные за­дания.

Длительное состояние амиталового (гексеналового) субнаркоза использу­ют в терапии истерических моносимптомов (амавроз, астазия-абазия, мутизм и др.), стойкой ипохондрической симптоматики. После введения препарата в течение 15-20 мин проводится внушение и предлагаются тренировочные уп­ражнения (ходьба — при астазии-абазии, чтение вслух — при афонии).

При лечении больных с длительной бессонницей после введения 1-2 мл 1­3% раствора амитал-натрия используются обычные формулы внушения, как при погружении больного в гипнотическое состояние. Сеанс наркопсихотера­пии продолжается от 30 мин до 1 ч, формулы внушения повторяются каждые 8-10 мин. В случае физиогенных астений при тревожно-депрессивном фоне настроения могут проводиться многократные введения барбитуратов (амитал- натрия, гексенала), через день до 20 инъекций. Используется только эйфори- зирующее действие препаратов, без внушения.

Наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислоро­да — один из вариантов наркопсихотерапии (Панько). При его проведении выделяются следующие этапы.

Первый этап - подготовительный, во время которого больному сообщают­ся сведения о методике, не только подчеркиваются ее преимущества перед другими (безвредность, высокая терапевтическая эффективность), но и опо­средуется спектр действия закиси азота, указывается на положительное вли­яние вдыхаемого до и после подключения закиси азота чистого кислорода. Второй этап — этап предварительной оксигенизации — длится 1-2 мин. Боль­ному предлагают равномерно и глубоко дышать и проводят уже непосред­ственное внушение, направленное на нормализацию обменных процессов в не­рвной ткани, на благотворное действие чистого кислорода. Третий этап — начинается с момента подачи закиси азота. Концентрация закиси азота повы­шается постепенно, начиная с 5%. Все больные во время первого сеанса прохо­дят 3 стадии первого уровня наркотического состояния (эйфории, сонливости, оглушенности). На последующих сеансах концентрация закиси азота устанав­ливается на нужной стадии наркоза и поддерживается на протяжении 4-6 мин, то есть достигается устойчивый уровень наркотического состояния, на фоне ко­торого начинается внушение. Формула внушения строится индивидуально для каждого больного, зависит от клинической симптоматики, целей и задач каждого сеанса и направлена на снятие патологических нарушений. Внушение проводит­ся в императивном тоне; во время внушения опосредуются ощущения, характер­ные для той или иной стадии наркотического состояния. Так, при эйфории фор­мула внушения включает усиление чувства легкости, уменьшение напряжения, улучшение настроения; при сонливости — усиление возникающего чувства тя­жести и состояния сонливости; при оглушенности — целебное действие, ощуще­ния провала.

Четвертый этап — этап последующей оксигенизации — длится 1-2 мин. Внушение на этом этапе направлено на снятие психосенсорных ощущений, вызванных вдыханием закиси азота, и на достижение хорошего самочувствия.

Пятый этап — заключительный — начинается после снятия маски.

В это время эффект закиси азота проявляется в повышенной внушаемос­ти и хорошем эмоциональном контакте между врачом и больным, поэтому проводится рациональная, личностно-ориентированная психотерапия, направ­ленная на дезактуализацию психотравмирующей ситуации, перестройку отно­шения личности к болезни и активное преодоление жизненных трудностей. При наличии фобических проявлений необходим функциональный тренинг. Курс лечения обычно состоит из 10 сеансов, проводимых через день.

Во время первого сеанса положительно оценивается терапевтический эф­фект стадии эйфории больными с астено-депрессивным синдромом, стадии сонливости — больными с астено-агрипническим синдромом, стадии оглу­шенности — больными с астено-ипохондрическим и тревожно-фобическим синдромами. Концентрация закиси азота для достижения терапевтической стадии различна у разных больных и зависит от формы невроза: наимень­шие дозы требуются для больных истерией, наибольшие — для пациентов с неврозом навязчивых состояний, средние дозировки — для больных неврас­тенией. Последующие сеансы психотерапии проводятся на той стадии, кото­рая наиболее адекватна для данного больного, а концентрация закиси азо­та устанавливается сразу же с учетом формы невроза, что дает возможность сократить время достижения необходимой стадии наркопсихотерапии. У больных истерией стадия эйфории наступает на 10-15% концентрации за­киси азота, неврастенией — 20-25%, у пациентов с неврозом навязчивых со­стояний — 30-35%. Все больные независимо от формы невроза отмечают во время этой стадии положительные сдвиги в эмоциональном состоянии, весе­лость, окрыленность, легкость в теле. Эта стадия оценивается ими положи­тельно. Для достижения сонливости концентрация закиси азота в подавае­мой смеси у больных истерией должна составлять 20-25%, неврастенией —30-35%, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 40-45%. На этой ста­дии больные ощущают тяжесть в теле и голове, у них путаются мысли, появля­ется сонливость. Все пациенты с истерическим неврозом отрицательно оцени­вают эту стадию. Для достижения стадия оглушенности у больных истерией концентрация закиси азота должна составлять 30-35%, неврастенией — 50%, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 60%. Все больные во время этой стадии отмечают, что перестают чувствовать тело, что у них исчезают все неприятные и болезненные ощущения, мысли, страх и возникает ощущение «провала». Особенно положительно эту стадию оценивают пациенты с невро­зом навязчивых состояний. Наиболее эффективной наркопсихотерапия с по­мощью газовой смеси закиси азота и кислорода оказывается при длительнос­ти заболевания до 1 года, то есть у больных с острым течением невроза, и ме­нее эффективной — при неврозах с затяжным течением; наибольший эффект отмечается у больных истерическим неврозом, а наименьший — при неврозе навязчивых состояний; более результативна при лечении больных с астено- депрессивным и астено-агрипническим синдромами, менее — при лечении больных с астено-ипохондрическим синдромом. В литературе подчеркивают­ся преимущества наркопсихотерапии с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода перед наркопсихотерапией с использованием амитал-натрия. Это выражается, во-первых, в более высокой эффективности лечения, во-вторых, в более раннем наступлении стойкого терапевтического эффекта, В-третьих, в длительности и стойкости эффекта, подтверждаемого катамнестически.

При лечении больных неврозами данный метод наркопсихотерапии может применяться самостоятельно, поскольку включает в себя как непосредственное действие самого вещества на организм — вегетотропоное, аналгезирующее, спазмолитическое, так и психотерапию. Быстрое исчезновение фазовых состо­яний позволяет сочетать императивное внушение с рациональной психоте­рапией за счет установления положительного эмоционального контакта и по­вышенной внушаемости больных, а также проводить функциональный тре­нинг.

**трольные вопросы**



1**.**

**К суггестивным психотерапевтическим воздействиям относится:**

**О арттерапия;**

**© гештальт-терапия;**

**© гипнотерапия;**

**© когнитивная терапия.**

2**.**

**Способом наведения гипнотического транса по Эриксону является: О метод императивного шокового воздействия;**

**© фасцинация;**

**© метод множественной диссоциации;**

**© фракционный метод.**

3**.**

**Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию о их состоянии, называется:**

**О аутогенная тренировка;**

**© систематическая десенсибилизация;**

**© биологическая обратная связь;**

**© психогимнастика.**

4**.**

**Метод наркопсихотерапии разработан: О Рожновым;**

**© Консторумом;**

**© Телешевской;**

**© Лебединским.**

***Арттерапия***

Художественное творчество душевнобольных с давних времен привлека­ло внимание психиатров. Первые публикации, посвященные изобразитель­ному творчеству больных, имеют более чем вековую давность (например, Симон). Однако серьезное изучение этого вопроса началось лишь в 20-е годы прошлого столетия с фундаментальных работ Принцхорна, основанных на анализе нескольких тысяч произведений душевнобольных из лечебниц Гер­мании, Швейцарии, Австрии, Японии. Со временем многие известные пси­хиатры, такие как Крепелин, Блейлер, Бумке, Кречмер стали коллекциони­ровать и изучать художественные работы психически больных. В России в 1926 г. вышла первая монография, посвященная этой теме, — книга Карпо­ва «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техни­ки», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом, и биологи­ческом аспектах. Карпов один из первых увидел возможности рисования как средства лечения. В США изобразительные средства в психотерапевтичес­ком процессе впервые применил Левис в 1925 г. при анализе сновидений сво­их пациентов.

По мере развития, терапия с помощью изобразительного искусства в пер­вой половине ХХ в. постепенно отделялась от «лечения увлекающими заня­тиями» (совр. «терапия занятостью»), известного со времен «Йоркширско­го убежища» в Англии, парижского Бисетра и «домов помешанных» в Гал­ле, в силу все большего акцента на творческом самораскрытии в процессе этих занятий.

Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений Фрейда, хотя сам Фрейд этим не интересовался; аналитической психологии Юнга, который использовал соб­ственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсаль­ных символах; из динамической теории терапевтической помощи графичес­ким самовыражением Наумбург, которую считают пионером арттерапии в США. В дальнейшем большое влияние на развитие арттерапии оказали пси­хотерапевты гуманистической направленности.

Термин «арттерапия» («art» — искусство, «arttherapy» — терапия искус­ством) особенно распространен в странах английского языка и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью выраже­ния своего психоэмоционального состояния. Впервые этот термин был упот­реблен Хиллом в 1938 г. при описании своих занятий с туберкулезными больными в санаториях. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, тера­пия танцем и т. д.), хотя многие специалисты считают такое определение слишком широким и неточным. В отечественной психотерапевтической ли­тературе зачастую используются термины «изотерапия» или «художествен­ная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и не­сколько сужают его смысл. Исторически сложилось так, что специалисты по арттерапии служили помощниками психиатров и психотерапевтов для уточ­нения диагноза или выбора способа лечения на основе анализа рисунков па­циентов. Постепенно арттерапевты приобрели статус независимых специа­листов. В 1969 г. была создана Американская арттерапевтическая ассоциа­ция, объединившая арттерапевтов-практиков. Подобные ассоциации возник­ли позднее в Англии, Голландии, Японии, России, и в настоящее время ар- ттерапевты вносят свой вклад в изучение личности и процесса психотерапии. Сегодня очевидна необходимость использования в психотерапии такого мощного эмоционального фактора, которым является искусство и творче­ство. Утверждение, что «арттерапия — это продукт нашего века», правомер­но.

В арттерапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобра­зительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чекан­ка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психо­терапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения сво­их переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а так же творческого самовыражения — с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перфор­манс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Несмотря на достаточно большой фактический материал, арттерапия в теоретическом отношении находится на стадии эмпирических обобщений. Нет общепринятой теории, объясняющей целительное действие арттерапии, это связанно со сложностью, многофакторностью относящихся к арттерапии предпосылок и сравнительно коротким сроком ее научного изучения.

Обзор литературы по арттерапии свидетельствует о том, что это сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной классификации арттерапии. Кратохвил раз­деляет арттерапию на сублимационную, деятельную и проективную, одна­ко это разделение основано на внешнем характере метода и касается только экспрессивного компонента. Дельфино-Бейли выделяет 4 основных направ­ления в применении арттерапии:

1. Использование для лечения уже существующих произведений искус­ства путем их анализа и интерпретации пациентом (пассивная арттерапия).
2. Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом твор­ческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арт- терапия).
3. Одновременное использование первого и второго принципов.
4. Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения его творчеству.

Классификация, приводимая в книге Хайкина «Художественное творче­ство глазами врача», включает в себя роль эстетического компонента и пред­ставления о лечебной направленности фактора и уровня адаптации, на ко­тором это действие проявляется.

1. Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегри­рующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в ис­кусстве.
2. Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенса­ция достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вслед­ствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.
3. Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие арттерапии достигается подключением интеллектуальных операций (проек­ция, обсуждение и осознание конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требую­щим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простей­шем проективном изображении проблем.
4. Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творче­ства — арттерапия рассматривается упрощенно, как один из видов занятос­ти, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отли­чающийся от других аналогичных методов.
5. Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физи­ологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобра­зительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусст­ва и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

В мировой литературе существуют различные взгляды на лечебный ме­ханизм арттерапии — креативистические представления, сублимативные, проективные, арттерапия как занятость и др.

Согласно креативистическим представлениям, адаптационное воздей­ствие арттерапии на психику можно понимать в связи с самой сущностью ис­кусства. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека, мобилизация латентных творческих сил, которая сама по себе обладает те­рапевтическим влиянием. Теоретическая основа этих представлений — гу­манистическое направление психологии, рассматривающее личность как некое психологическое образование, в котором изначально существуют ду­ховные, альтруистические потребности, определяющие ее поведение. В каж­дом человеке предполагается существование возможностей (скрытый потен­циал), которые можно освободить, мобилизовать для облегчении самореали­зации личности, направить их на ее социальное и индивидуальное интегри­рование. Хотя латентные возможности всех людей различны, возможна их активизация и развитие. Задача арттерапии — не сделать всех людей худож­никами или скульпторами, а возбудить у индивидуума активность, направ­ленную на реализацию его предельных творческих возможностей. Упор в терапии делают на творческую активность, на способность создавать и по­буждают пациента самостоятельно созидать.

Согласно взглядам Гольдштейна, творчество — это одно из средств преодо­ления страха, возникающего в связи с конфликтом, формирующимся у че­ловека, поведением которого управляет стремление к реализации лично­сти. Творческие люди лучше концентрируют свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов. По мнению Маслоу, основным источником человеческой деятельности является непрерывное стремление к самоактуализации и самовыражению, которое име­ется, однако, только у здоровых людей. У невротиков эта потребность разру­шена, отсутствует, и искусство может быть одним из способов ее восстановле­ния. Говоря о способах, ведущих к самоактуализации, Маслоу указывает на мгновения высшего переживания красоты и экстаза. Задача психотерапевта — помочь людям ощутить эти мгновения, создать условия для их возникновения, научить пациента высвобождать подавленное, познавать собственное Я. Сдер­живание творческой силы является причиной неврозов, и смысл психотера­пии — в ее высвобождении, поэтому стимуляция творчества может служить и психопрофилактическим средством.

Сторонники вышеописанных взглядов ставят во главу угла творчество не просто как действие, процесс, а именно его эстетическую сторону, они пони­мают интегрирующую роль искусства в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и объективизирует внутренние конфликты. Кононова, Анастази, Фолей используют интегративно-креативистические возможности искусства как способы борьбы с дезинтеграцией и беспорядоч­ностью психики, средства влияния на характер построения зрительных пред­ставлений, как способы регуляции и реконструкции Эго при потере реаль­ности.

С позиции адаптации арттерапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующей общей гармонизации личности.

Широко распространены взгляды на арттерапию как на особую форму отреагирования и сублимации. Художественная сублимация возникает тог­да, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, худо­жественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой кон­цепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве раз­личные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоцио­нальные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудов­летворенность и т. п.). Таким образом снижается опасность внешних про­явлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельнос­ти. Творчество рассматривается как средство максимального самовыраже­ния, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Кляйн рассмат­ривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному пода­вить брутальную агрессию. Некоторые исследователи считают рисование и лепку средством снятия напряжения также за счет возврата к примитив­ным формам функционирования и удовлетворения бессознательных жела­ний. Осуществляется это путем сознательной творческой деятельности и происходящей в процессе ее сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений. Произведения способствуют вытеснению, прорыву содержания комплексов в сознание и пе­реживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не могут «выговориться», выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Фантазии, которые изображены на бумаге или выполнены в глине, нередко ускоряют и облегчают вербализа­цию переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защи­та, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результа­те арттерапии больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барь­ер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных кон­фликтных элементов. Творчество открывает путь к выражению бессозна­тельных идей и фантазий, которые проявляются в значимой для пациента и необычной для всех остальных форме. Как один из вариантов арттерапии используются зарисовки сновидений и возникающих во сне чувств.

В практической работе врачи — сторонники сублимационного понимания сущности арттерапии — предполагают создать такие условия, которые позво­лили бы перевести асоциальные реакции больного в конструктивную творчес­кую деятельность. Считается целесообразным интенсифицировать процесс, за­давая специальные темы для творчества и обсуждая и интерпретируя произ­ведения больных.

Проективное рисование не является арттерапией в полном смысле это­го слова, поскольку здесь не ставится цель достижения эстетического резуль­тата. В отличие от предыдущих направлений в работе с больными в этом случае главное внимание уделяется отнюдь не процессу созидания. Ведущим является целенаправленная ориентация психотерапевта на проективный ас­пект процедуры и его сосредоточенность на информации. Функция проек­тивной терапии заключается в том, что проекция внутренних представлений кристаллизуется и укрепляет в постоянной форме воспоминания и фанта­зии. Арттерапия понимается в рамках «переноса» отношений между паци­ентом и психотерапевтом, причем, если пациент не понимает бессознатель­ного содержания своей продукции, применяется техника свободных ассоци­аций.

Кратохвил рассматривает проективную арттерапию как предоставление пациентам дополнительных средств, которые могут облегчить им выявление сложной проблематики их состояний. В ходе проективной арттерапии дол­жна стимулироваться демонстрация чувств, отношений, состояний для того, чтобы человек узнал, понял все эти чувства и преодолел их в себе. Специфи­ка проективного рисования заключается в том, что врач предлагает больно­му сюжет проективного характера и потом обсуждает рисунки и интерпрети­рует их.

При рассмотрении арттерапии как занятости предполагается, что изобра­зительное творчество действует так же, как и другие подобные формы рабо­ты с больными, что целеустремленная и плодотворная деятельность, осуще­ствляемая при арттерапии, является «оздоровляющим процессом», который ослабляет нарушения и объединяет здоровые реакции. В наиболее простом варианте изобразительное творчество лишь отвлекает больных от их болез­ненных переживаний. Особое значение придается коллективному характеру занятий арттерапии. Им приписывается катализирующий и коммуникатив­ный эффект, способствующий улучшению самоощущения, пониманию своей роли в обществе, собственного творческого потенциала и преодолению труд­ностей самовыражения. Помимо того, что арттерапия является интересной, эмоционально значимой формой занятости, она — еще и дополнительный способ общения больных между собой. Совместное творчество помогает па­циенту познать мир другого человека, что облегчает социальную адаптацию.

Физическое и физиологическое влияние арттерапии заключается в том, что изобразительное творчество способствует улучшению координации, вос­становлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Нельзя недооценивать также непосредственное воздействие на организм цве­та, линий, формы. Работы де Фере открыли зависимость скорости кровооб­ращения и силы мускульных сокращений от цвета и освещения. Например, в странах каллиграфического письма (Китай, Япония и др.) с давних времен для лечения нервных потрясений применяется рисование иероглифов. В на­стоящее время выяснилось, что при этом человек полностью расслабляется и заметно снижается частота его пульса.

Следует остановиться на мнении тех, кто возражает против приписыва­ния арттерапии чрезмерного терапевтического эффекта и призывает к более осторожной оценке ее полезности. Мадежска возражает против понимания любого творческого акта как терапевтического на том основании, что лече­ние предполагает «интеграцию» извне, то есть влияние, направленное на па­циента, в то время как при творчестве активность, наоборот, исходит от са­мого больного. Против безоговорочного приписывания изобразительному творчеству исцеляющих способностей возражает и Куби, который на приме­рах жизнеописания известных художников указывает на то, что творческий и невротический потенциалы реализуются сложным путем, и даже удачные творческие проявления зачастую усиливают и усугубляют невротический процесс, который, таким образом, не может быть оздоровляющим. Автор счи­тает, что в каждом случае отдельно надлежит анализировать причины изме­нений, возникающих в процессе арттерапии, равно как и в случаях, когда этих изменений не бывает, и оставлять открытым вопрос, почему выражение бес­сознательных конфликтов в формах, которые официально полезны, актуаль­ны и даже красивы, не способствует решению этих бессознательных конфлик­тов и не снижает разрушительных тенденций. Федерн писал, что арттерапия при психозах может принести вред, поэтому врач должен не выявлять комп­лексы, а стараться подавить или замедлить любые спонтанные выражения бессознательного.

В целом показания к арттерапии достаточно обширны, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занято­сти» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Мно­гоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к арттерапии помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному твор­честву в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и мно­гие другие факторы. Арттерапию можно применять на разных уровнях в за­висимости от степени вовлеченности пациента и роли, которую это лечение выполняет: ее используют как основной и единственный метод лечения, хотя чаще она выполняет синергические функции. Арттерапию можно использо­вать как седативное средство при психомоторном возбуждении и агрессив­ных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости, способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выяв­лять скрытые переживания. Она может также выполнять активизирующие и адаптивные функции, оказывать и расслабляющее действие: расслабление наступает после творческой активности при высвобождении энергии сняв­шегося напряжения.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным воз­буждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте дей­ствия. Также противопоказанием являются расстройства сознания и тяже­лые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Надо сказать, что некоторые авторы рекомендуют занятия арттерапии и в качестве профилактического средства, как своеобразный способ обсуждения эмоционального дискомфорта. Клумбиес и соавт. рекомендуют свободное ри­сование при нарастающих расстройствах сна, а Порембески-Грау использо­вала рисование и игры с красками в качестве психопрофилактического мето­да «созидательного тренинга» на основании концепции, согласно которой такие игры позволяют уменьшить стресс и фрустрацию, вернуть ощущение собственной ценности, освободиться от сомнений в своих способностях. Та­ким образом, можно сказать, что в арттерапии важно выполнять одно основ­ное условие: ее нельзя проводить формально, только тогда она может быть целесообразной и эффективной при активном психотерапевтическом содер­жании.

Арттерапию можно проводить с одним пациентом, с супругами, со всей се­мьей, в коллективе и группе. Арттерапевт должен предоставить участникам не­обходимые для художественного творчества материалы и инструменты: набо­ры красок, карандашей, мелков, кисти, глину для лепки, а также деревяшки, кам­ни, лоскуты материи, бумагу. Можно предложить пациентам самим приносить любые необходимые им материалы, тем самым оказывать помощь группе. Ме­сто занятий должно быть хорошо освещенным и таким, чтобы участники мог­ли свободно передвигаться. Функции арттерапевта достаточно сложны и меня­ются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными на­выками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении арттерапии приходится не только рассказывать, но и показывать определенные технические приемы художественного творчества. Арттерапевту требуются систематические самостоятельные занятия художественным творче­ством, что позволяет ему лучше чувствовать и осознавать многие процессы, бла­годаря которым в значительной мере реализуется психотерапевтический потен­циал метода. Он должен учитывать психическое состояние пациента, его лич­ностные особенности, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. Непосредственно участвует в совместной работе больных, включается в общую беседу о проблемах пациентов, и поскольку его зачастую воспринимают как члена группы, его присутствие не мешает свободному общению и созданию до­верительной, неавторитарной обстановки. Арттерапевт участвует в развитии эстетических навыков у пациентов.

На первом этапе при занятиях арттерапией необходимо преодолеть со­противление, связанное с распространенным «комплексом неумения», сму­щением перед непривычным занятием. Это тесно связано с выработкой ус­тановки на дальнейшее лечение, так как от степени личного участия, актив­ности больного, его вовлеченности в работу зависит эффективность терапии. Следует пытаться заинтересовать больного происходящим, адресуясь к его эмоциям, любознательности, интересам и склонностям, предлагая ему по­лезную и увлекательную информацию, приглашая на специальные теорети­ческие беседы. Информативный этап работы включает ознакомление боль­ного с основами техники изобразительного искусства, беседу о творчестве са­мых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок. На этом этапе решаются вопросы социально-коммуникативного характера. Необ­ходимо помнить, что тактичное, мягкое поощрение, обязательная похвала работы — искренняя, но ни в коей мере не чрезмерная, интерес к работам каждого и стремление найти в произведении повод для одобрения, будь то содержание, удачно найденный цвет, линия, образ и т. д., обычно спо­собствуют не только заинтересованности, но и повышению самооценки, старательности и энтузиазму, вниманию к собственной работе, увлеченнос­ти.

Совсем не обязательно придерживаться какого-либо жесткого, строго оп­ределенного набора тем, соблюдая их последовательность. Темы охватывают различные области жизни пациента или группы и являются лишь ориенти­рами.

1. Собственное прошлое и настоящее: представление о себе; как я предстаю перед окружающими; моя самая главная проблема; мое самое плохое впечат­ление; я и моя болезнь; чего я боюсь; наша семья; мои родители; мой главный недостаток и достоинство; я среди людей; что мне не нравится в людях; кто я; я в виде животного; жизненный путь; мои сны.
2. Будущее, цели и абстрактные понятия: каким я бы хотел быть; жизнь без болезни; кем бы я хотел быть; если бы я был чародеем; моя родина; три жела­ния; я через десять лет; любовь; ненависть; красота; добро; тоска; свобода; сила; слабость; зависимость; независимость; женственность; достоинство мужчины; концентрация; напряжение; страх; боль; желание.
3. Отношения в группе: наша группа; мое положение в группе; моя пробле­ма и отношения в группе; настроение по поводу сегодняшней встречи в груп­пе; группа в виде животных; группа в виде цирка; волшебник изменил груп­пу; группа в пустыне; встреча группы с бедуинами; группа воюет с драконом; группа отправляется на бал-маскарад; наше королевство; что я людям даю и чего я от них жду; портреты членов группы.

Предложение тем происходит различными путями. Степень предоставле­ния инициативы в группе зависит от этапа ее работы. На начальных этапах работы группы более целесообразным является выдвижение тем арттерапев- том, в дальнейшем активность предоставляется участникам группы. Темы должны предлагаться в определенной последовательности, учитывающей, во-первых естественное сопротивление пациентов, не умеющих рисовать или лепить людей, и, во-вторых, первоочередные задачи группы. Собственно формулировка темы не является самоцелью. Основным требованием к теме является ее потенциальная способность быть катализатором последующего обсуждения. В тех случаях, когда тема неудачна, пишет Малколм, при обсуж­дении имеет место «летаргичность и вязкость» беседы. Бывает, что даже «проверенная», «работающая» тема, предложенная в неподходящий момент или без учета состава группы, становиться неэффективной. Поэтому тема должна быть своевременной, вытекать из общезначимых (но не «запретных», трудных для открытого обсуждения) проблем и учитывать переживания кон­кретных членов группы, опираться на изучение прошлого участников, ход группового процесса.

Когда пациент преодолевает сопротивление, что можно определить по уменьшению формальности в работе, арттерапевт может приступить к основ­ному этапу работы, то есть непосредственному решению лечебных задач. Не­обходимо помнить, что изобразительное творчество усиливает действие сло­весного самовыражения. Рисунок, лепка, вышивка и др. — это не просто более широкое раскрытие сообщаемого, но и документ, к которому можно вернуть­ся в будущем. Поэтому арттерапевт может советовать пациенту записать важ­ные мысли, которые возникли у него в ходе работы.

Преимущество арттерапии заключается в возможности более глубоко оценить поведение пациентов, составить мнение, на каком этапе жизни на­ходится больной — в рисунках и поделках могут находить отражения не только сиюминутные мысли, но и относящиеся к будущему и прошлому боль­ного, — а также в выявлении подавленных и скрытых переживаний, причем все это, выраженное в изобразительной форме, может стать ярким дневни­ком жизни и лечения. В своей книге «Терапия творческим самовыражением» Бурно отмечает не только диагностическую, но и, в основном, терапевтичес­кую ценность регулярного отражения своего жизненного пути в творчестве больного. Ландгартен настоятельно рекомендует пациентам возвращаться к своим старым работам «для усиления инсайта и уяснения динамики». Счи­тается важным и выявление индивидуальной символики каждого больного, которая может выражать его стремления в разные моменты жизни. Юнг от­рицает целесообразность детального выяснения и обозначения смысла изоб­раженного самим арттерапевтом, предпочитая осторожное отношение к па­циенту на основании вчувствования в его работу.

Говоря об отношении больных к арттерапии, следует отметить, что хотя она и популярна среди них, но здесь не приходится говорить о спонтанной творческой активности. Такое отношение к изобразительному творчеству можно рассматривать с точки зрения его влияния на терапевтический про­цесс, поскольку успех во многом зависит от того, как больные воспринима­ют эти занятия, что и определяет их эффективность. Представления больных о положительном терапевтическом эффекте занятий оказались во многом обусловлены положительными эмоциями от впечатления о своих работах и общей установки больного на лечение. При значимой установке искусство воспринимается как фактор саморегуляции и повышения собственного твор­ческого потенциала, а у больных со слабой установкой эти виды активного воздействия теряют смысл саморегуляции при одновременном снижении те­рапевтической ценности, приобретая лишь значение услуг персонала.

В артгруппе и эстетические, и внеэстетические эффекты лечебного воз­действия тесно переплетаются с психотерапевтическими групповыми эффек­тами, например возможностью большего коммуникативного воздействия творчества на одну и ту же тему, катарсическим и катализирующим влияни­ем, изменением самооценки и способностью к преодолению фрустраций. Возможности лечебного рисования, лепки, вышивки и группы здесь есте­ственно и гармонично сочетаются, усиливая друг друга, образуя рациональ­ное единство и содержание. Артгруппу, в сущности, можно считать вариан­том групповой психотерапии, в котором изобразительное творчество исполь­зуется как основной инструмент, потенциально обеспечивающий достижение определенного результата. Целесообразнее использовать в практике только длительное лечение (иногда несколько занятий подряд), прежде всего чтобы не упускать воздействия чистого творческого фактора. Кроме того, длитель­ная арттерапия, оставляя пациента наедине с проблемой на более долгий срок, заставляет его глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентриро­ваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добиваясь катарсиса. При длительной деятельности возрастает и групповое общение, развивается чув­ство групповой сплоченности, солидарности. Естественное сравнение работ побуждает каждого участника группы прилагать сравнительно большие ста­рания, заниматься с самоотдачей, варьировать решение, для чего также необ­ходимо время. При длительном совместном творчестве лучше понимаются трудности соседа и легче преодолеваются фрустрационные факторы. Груп­пы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в процессе является обязательным условием для всех членов группы. Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл арттерапии для функционирования группы и демонстрируются рабо­ты участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс арттерапии перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возра­жения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказыва­ется не само произведение, а его автор. Появляется аналитическое обсужде­ние, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисова­ния, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арт- терапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что го­ворит этим автор. Арттерапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно, особенно вначале, в форме вопросов к интерпре­тирующим, так как интерпретации самого арттерапевта воспринимаются ос­тальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арттерапевта при обсуждении явля­ется стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения чле­нов группы.

Возможны несколько вариантов предъявления произведений для обсужде­ния:

1. Предъявление произведений арттерапевтом в целесообразной, по его мнению, последовательности, так чтобы каждая следующая работа усиливала, стимулировала обсуждение одной направленности.
2. Предъявление работ вслепую.
3. Выбор работы голосованием, в котором арттерапевт участвует на рав­ных правах с остальными членами группы, что дает арттерапевту возмож­ность сочетать спонтанную активность группы с терапевтическими целями.
4. Попарное обсуждение. При таком взаимном рецензировании выравни­вается активность членов группы, практически исключается полное неучастие кого-либо в обсуждении, и есть возможность использовать взаимный интерес группы друг к другу.
5. Одновременная экспозиция: работы всех авторов выставляются на стен­де или раскладываются на полу.

**:трольные вопросы**



1**.**

**В появлении современной арттерапии существенное значение имели следующие теоретические ее основы, кроме:**

**О аналитической психологии Юнга;**

**© теории научения;**

**© динамической теории терапевтической помощи графическим самовыра­жением (Наумберг);**

**© психоаналитических воззрений Фрейда.**

2**.**

**Основные цели арттерапии — все указанные, кроме:**

**О активизации общения пациента с психотерапевтом или психотерапевти­ческой группой в целом;**

**© более тонкого выражения своих переживаний, проблем;**

**© развития у больного способности стать художником, скульптором и др.; © высвобождения скрытого в каждом пациенте потенциала самореализации.**

***Телесно-ориентированная психотерапия***

Неоднозначно понимаемое направление психотерапии, целью которого яв­ляется изменение психического функционирования человека с помощью ори­ентированных на тело методических приемов.

Отсутствие стройной теории, четкого понимания особенностей воздей­ствия и принципов применения телесно-ориентированных техник приводит к необоснованному расширению их границ.

В настоящее время описаны не менее 15 различных подходов, определя­емых как «работа с телом». Некоторые из них являются чисто психотерапев­тическими по своей сущности, а другие более точно определены как мето­ды терапии, главной целью которых является телесное здоровье. Широко распространена практика комбинированных методов: рольфинг, биоэнерге­тика и гештальт-терапия; методы Ф. М. Александера, Фельденкрайза и геш­тальт-терапия; гипноз и прикладная кинезиология; первичная терапия Яно­ва, терапия Райха и гештальт-терапия.

Наиболее известными видами телесно-ориентированной психотерапии являются характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Ло- уэна, концепция телесного осознавания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознавания (Селвер и Брукс), структурная интеграция (Рольф).

Менее известны в нашей стране техники биосинтеза, бондинга, «танато- терапии» (Баскаков).

Телесно-ориентированная психотерапия 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 понимания поведения человека.

Существующие в настоящее время методы телесно-ориентированной пси­хотерапии отвечают всем требованиям холистического подхода: для них 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. Все ме­тоды телесно-ориентированной психотерапии направлены на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве, тем самым получив возможность для улучшения своего функционирования.

Одним из наиболее известных методов телесно-ориентированной психо­терапии является анализ характера и практика вегетотерапии Райха. Он был первым аналитиком, интерпретировавшим природу и функции харак­тера в работе с пациентами. Райх подчеркивал важность обращения внима­ния на физические аспекты характера, в особенности, на «хронические мы­шечные зажимы», названные им «мышечным панцирем». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоцио­нального опыта. По его мнению, 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 выражение чувств. Райх писал: «Мышечная судорога представляет собой телесную сторону процес­са вытеснения и основу его длительного сохранения». В основе этой теории лежит понятие о том, что защитным механизмам, которые затрудняют нор­мальное функционирование человеческой психики, можно противодей­ствовать, оказывая прямое влияние на тело. Он выделял свои аналитичес­кие интерпретации, названные им «анализом характера», от непосредствен­ного воздействия на защитную мускулатуру, которое называл «вегетотера- пией» и «анализом характера в области биофизического функционирова­ния». Основное препятствие для личностного роста Райх видел в «защитном мышечном панцире», который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял 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. Им разработана специальная терапевтическая методика, позволяющая сни­жать хроническое напряжение определенных групп мышц и, таким образом, вы-свобождать эмоции, которые этим напряжением сдерживались. Он ана­лизировал в деталях позу пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам возможность осознать, как они подавляют психические проявле­ния в различных частях тела. Райх просил пациентов усиливать определен­ный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он заметил, что только после того, как подавляемая эмо­ция принимается пациентом и находит свое выражение, последний может пол­ностью отказаться от своего зажима. Постепенно Райх начал прямо работать с зажатыми мышцами, разминая их руками, чтобы способствовать высвобож­дению связанных в них эмоций. Представления Райха развивались от анали­тической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследо­ванию психологических и соматических аспектов характера и «мышечного панциря», а затем исключительно к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на обеспечение свободного протекания биологичес­кой энергии в организме.

Ранние труды Райха по анализу человеческого характера содержат инте­ресные психологические прозрения, и многие психологи руководствуются ими и сегодня. Несмотря на отдельные спорные моменты, касающиеся его оргон- ной теории, многие направления телесно-ориентированной психотерапии бе­рут за основу разработанные им понятия и техники. В их числе можно на­звать биоэнергетику Лоуэна и биосинтез Боаделлы. К ним близок, сохранив­ший связь с психоанализом, метод Розен.

Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела при анализе характе­ра, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоциональ­ного раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоана­лизу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует при­косновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыха­ния в специальных позициях, способствуя расширению осознавания тела, развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма. Вместе с тем биоэнергетическая терапия по Лоуэну значительно отличается от терапии Райха. Например, Лоуэн не стремится к последова­тельному — от головы до пят — расслаблению блоков мышечного панциря. Он, более других преуспевший в преодолении свойственного психоанализу неприятия прямых физических контактов с пациентом, гораздо реже при­бегает к мануальному воздействию на тело. Кроме того, Лоуэн не разделяет взгляды Райха на сексуальную природу неврозов, и потому его работа встречает большее понимание среди современников. По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавле­ние чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряже­ниями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению личностного функционирования. Лоуэн утверж­дает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к за­болеваниям, и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния. Че­рез раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряже­ния, сопровождающегося свободной циркуляцией жизненной энергии, что ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение своих чувств, так и отключать самоконтроль, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживани­ям, радости, любви. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его по­ведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психических и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психо­патический», «мазохистический» и «ригидный» типы. Помимо этого, в био­энергетической терапии разработан ряд понятий, к числу которых относятся «биоэнергия», «мышечная броня», «заземление». При этом последнее являет­ся важной категорией биоэнергетической терапии, создание которой считает­ся принципиальным вкладом Лоуэна в развитие теорий Райха. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепоще­ния, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вер­бальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др. Такие контакты помогают оказать поддержку членам группы. В процессе тренинга применяются уп­ражнения, способствующие выражению негативных эмоций по отношению к другим участникам групповых занятий. Проявление негативных чувств, та­ких как гнев, страх, грусть, ненависть почти всегда предшествует выражению положительных эмоций. По мнению сторонников биоэнергетики, негативные чувства скрывают глубокую потребность в положительных чувствах и удо­вольствии. На протяжении всего цикла занятий постоянно предпринимаются попытки соотнести телесное состояние с обсуждаемыми психологическими проблемами пациента.

Совершенно иными подходами в телесно-ориентированной психотерапии, направленными на эффективное использование тела в процессе жизнедея­тельности, подчеркивающими функциональное единство тела и психики, яв­ляются методы Александера и Фельденкрайза.

На метод Александера часто смотрят как на технику коррекции осанки и привычных поз, но это только небольшая часть того, что он представляет на самом деле. В действительности, это системный подход, направленный на более глубокое осознавание самого себя, метод, стремящийся вернуть орга­низму утраченное психофизическое единство. По Александеру, вся деятель­ность человека зависит от его способности управлять телом. Имеется много альтернативных возможностей для этого, но в каждой ситуации есть лишь один путь, обеспечивающий наилучший способ функционирования и способ­ствующий более быстрому достижению результата. Александер считал, что спо­соб функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается непра­вильным (неэффективным) использованием мышц тела, требующего преодоле­ния мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выпол­нения движений создавать новые, которые помогут улучшить использование собственного тела, тем самым, способствуя оздоровлению организма. По убеж­дению Александера, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них ха­рактерно неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и пло­хая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистони- ческими реакциями тела на мысли.», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху, и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы уп­равления мышцами. Метод Александера основан на двух фундаментальных принципах — принципе торможения и принципе директивы. Торможение — это ограничение непосредственной реакции на событие. Александер считал, что для реализации искомых изменений сначала нужно затормозить (или остановить) свою привычную инстинктивную реакцию на конкретный раздражитель, и только потом, применив директиву, найти более эффективный способ действия в данной ситуации. Он предлагал использовать следующие директивы: рассла­бить шею настолько, чтобы голова сместилась вперед и вверх для того, чтобы тело смогло вытянуться и расшириться. Большое значение Александер уделял взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль» — описыва­ющий взаимосвязь головы, шеи и тела — главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексы, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и на­рушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после дви­жения. В процессе обучения методу Александера человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного действия снять напряжение мышц.

В отличие от Александера, Фельденкрайз больше внимания уделял осоз­наванию, считая, что только «осознавание делает действие соответствующим намерению». Фельденкрайз внес существенный вклад в разработку теории образа действия и создал свой метод, посвященный проблеме целостного под­хода к функционированию организма. Он утверждал, что нарушение функ­ций связано не только с наличием неправильных установок, но и с тем, что человек, как правило, производит неправильные действия в процессе выпол­нения задуманного. По мнению Фельденкрайза, в процессе деятельности со­вершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «це­левому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противо­положное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что чело­век осознает лишь свои мотивы и результат действия, а сам процесс после­днего остается неосознанным. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить пове­дение, обучая новому способу управления телом. В своих работах он исполь­зовал понятия образа себя и образа действия. Согласно Фельденкрайзу, что­бы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотива­ции и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных Фельденкрайзом упражнений состоит в том, чтобы че­ловек был способен двигаться с минимумом усилий и максимумом эффектив­ности благодаря осознаванию своих действий. Концентрируя внимание на мышцах, участвующих в произвольных движениях, можно распознать те мы­шечные усилия, которые излишни и, как правило, не осознаются. При этом появляется возможность избавиться от действий, которые противоречат из­начальной цели субъекта. Для реализации своих идей Фельденкрайз разра­ботал упражнения, направленные на взаимодействие различных частей тела, на дифференцирование ощущений, на преодоление стандартных паттернов движения. Он предлагал изменить поведение человека, обучая его более точ­ному управлению движениями посредством совершенствования чувствитель­ности.

Отдельными видами телесно-ориентированной психотерапии, не уклады­вающимися в границы опыта классической терапии Райха, являются бондинг, метод чувственного сознавания, метод структурной интеграции.

Понятие чувственного опыта, его дифференцированное восприятие и пе­реживание является основным в методе чувственного сознавания. Чувствен­ное сознавание — это процесс осознавания телесных ощущений, обучение дифференцированному восприятию ощущений тела, эмоций, образов и уста­новлению взаимосвязи между ними. Человек с детства приучен преумень­шать значение собственного опыта и «учится на опыте других», то есть под­меняет свой опыт конструкциями, которые удовлетворяют окружающих. При этом ощущения собственного тела игнорируются. Занятия по методу чувственного сознавания помогают преодолеть этот барьер, обучают более полному телесно-инстинктивному функционированию. В процессе занятий возникает понимание того, что восприятие относительно, а наше мышление часто обусловлено субъективной информацией, получаемой от окружающих, а не реальной действительностью. Одно из главных положений метода зак­лючается в том, что ориентировка на ощущения, получаемые в опыте, дела­ет наше мышление более объективным, а поведение в большей степени соот­ветствующим нашим намерениям. Другим существенным аспектом метода чувственного сознавания является изучение процесса коммуникации и зна­чения прикосновений во взаимодействии между участниками группы. Сте­пень близости и дистанцированности, желание взаимопомощи и ответствен­ность, чувствование окружения и степень восприятия и чувствования окру­жением субъекта — вот те стороны процесса, которые осознаются участни­ками группы на телесном уровне гораздо легче и быстрее.

В 20-е годы прошлого столетия Гиндлер разработала новый подход в те­лесной терапии, в основе которого лежит стремление воздействовать на само­регуляцию организма. Селвер распространяла идеи Гиндлер в США. С 1938 г. она активно разрабатывала метод, названный ею методом чувственного со- знавания (sensory awareness). Впоследствии ее работой заинтересовался ряд психоаналитиков, и некоторые из них — Фромм и Перлc — стали ее ученика­ми.

Работа Селвер и Брукс оказала большое влияние на Гунтера, создавшего технику, названную им «чувственным пробуждением» (sensory awakening), ко­торая во многом перекликается с работой его учителей. Упражнения этой тех­ники помогают почувствовать свое тело и соприкоснуться со своими чувствами, научиться прикасаться к другим и принимать прикосновения.

Следующим методом телесно-ориентированной психотерапии, стоящим в стороне от рассмотренных, является метод структурной интеграции, или роль- финг, названный так по имени ее создателя, Рольф. Он представляет собой комплексный подход, направленный на осознавание тела, включающий работу над структурой тела, походкой, манерой сидеть, стилем общения. По мнению автора, нарушение функций человеческого организма связано не только с пси­хическими, но и физическими факторами. Она считает, что нормально функ­ционирующее тело человека в вертикальном положении остается прямым при минимальном расходе энергии, но под влиянием стресса оно изменяется, при­спосабливаясь к воздействию последнего. В результате взаимосвязи структур всего тела напряжение в одной области оказывает компенсаторное воздействие на другие части тела. И, в конечном итоге, дезинтеграция костно-мышечной системы приводит к потере уравновешенного распределения веса тела и изме­нению его структуры, вызывает нарушение нормального функционирования организма. Метод структурной интеграции включает в себя прямые манипу­ляции с телом, позволяющие изменить состояние мышечных фасций, восста­новить равновесие и гибкость тела. Работа с фасциями приводит к тому, что мягкие ткани суставов занимают естественное положение, суставы приобрета­ют нормальную подвижность, а мышцы начинают сокращаться более согла­сованно. Основной составляющей метода является глубокий массаж с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей, направленный на систематическое рас­слабление фасций в течение 10 сессий. Поскольку процедура рольфинга свя­зана с болью и возможностью структурных повреждений тела, ее должны про­водить только опытные специалисты. Рольф считает, что, когда фасции рас­слабляются, высвобождаются ранее пережитые воспоминания. В ходе сеанса пациент может заново пережить травматическую ситуацию прошлого. Вмес­те с тем целью занятий является преимущественно физическая интеграция, эмоционально-поведенческие аспекты процесса не становятся предметом спе­циального анализа.

Достигнутый эффект особенно устойчив, если индивидуум сохраняет со­знание изменений, обеспеченных рольфингом, в структуре и функциониро­вании тела. Для этой цели служит система «обеспечения структурных пат­тернов», включающая упражнения с позой и равновесием тела.

Многие специалисты отмечают, что рольфинг, достигая положительных сдвигов в физическом состоянии, позволяет в дальнейшем сделать более эф­фективными психологические методы воздействия.

**:трольные вопрсы**



1**.**

**Кто является основоположником ориентированной на тело психотерапии? О Перлс;**

**© Лоуэн;**

**© Райх;**

**© Роджерс.**

2**.**

**В биоэнергетике Лоуэна разработаны следующие понятия, кроме:**

**О биоэнергии;**

**© заземления;**

**© фигуры и фона;**

**© мышечной брони.**

***Трансактный анализ***

Создателем этого метода психотерапии является американский психиатр Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними реше­ниями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по

«сценарию», написанному при активном участии его близких, прежде всего ро­дителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, кото­рые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но те­перь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процес­са — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осоз­нания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекват­ных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный анализ включает в себя: 1) структурный анализ — анализ структуры личности; 2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; 3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); 4) анализ сце­нария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: Роди­тель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчер­кивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноме­нологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые акту­альной ситуацией.

Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творчес­кую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оцени­вать действительность по информации, полученной в результате собствен­ного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения.

При взаимодействиях (трансакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые трансак­ции. Дополнительными называются трансакции, соответствующие ожидани­ям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отноше­ниям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться не­ограниченное время. Конфликтогенной способностью обладают перекрестные трансакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, акти­визируется неподходящее Я-состояние.

Скрытые трансакции отличаются от предыдущих тем, что включают бо­лее двух Я-состояний, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффек­та скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая вели­колепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для Вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учиты­вая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за дру­гом дополнительных скрытых трансакций с четко определенным и предска­зуемым исходом. Это набор трансакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или ра­дость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «люби­мыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского Я-состояния, когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчита­ны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных. Из­вестным пропагандистом его стал психиатр Харрис благодаря своей книге «Я о’кей — ты о’кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе трансактной терапии. Харрис различает 4, а Ин­глиш — 5 основных позиций.

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и дру­гих, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, лич­ность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жиз­ненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец- алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о’кей) и «Муж­чины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о’кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она выходит замуж за «жи­вотное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирова­ние «любимых чувств»).

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через трансакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жиз­ненный сценарий. Анализ его является основной целью трансактного ана­лиза. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о’кей», «я не о’кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты на­стоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замуже­ства («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образова­ния, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних слу­чаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными.

Трансактный анализ — это интеракционная психотерапия, которая про­водится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пони­манию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функцио­нируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследу­ют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получа­ли от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного досто­инства («я о’кей», «я не о’кей») и жизненной позиции.

Главная цель терапии, по Р. и М. Маклюр Голдинг, состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пас­сивно следуем сценарию и являемся жертвами раннего обусловливания, и по­лагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображае­мые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различ­ных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли опреде­ленное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональ­ном уровне. Указанными авторами развит модифицированный вариант трансактного анализа, сочетающий свои принципы и приемы с гештальт-те­рапией, психодрамой и модификацией поведения.

**трольные вопросы**



1**.**

**Трансактный анализ относится к:**

**О когнитивной психотерапии;**

**© разговорной психотерапии;**

**© аверсивной терапии;**

**© интеракционной психотерапии.**

2**.**

**В трансактном анализе различают следующие виды трансакций, кроме:**

**О дополнительных;**

**© параллельных;**

**© перекрестных;**

**© скрытых.**

***Кризисная психотерапия***

Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состо­янии, называется кризисной психотерапией.

Практика кризисной психотерапии базируется на теории кризиса Лин- деманна и концепции стадии жизненного цикла и кризиса идентификации Эриксона. Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по от­ношению к его личности, причинами (фрустрацией), либо внутренними при­чинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к дру­гому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы пере­живаются каждым человеком. Психотерапевтическая помощь показана лю­дям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кри­зиса». В настоящее время круг состояний, относящихся к кризисным итребующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним в первую очередь относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невро- тическойреакцией, невротической депрессией, психопатической или патоха­рактерологической реакцией. В 60-е годы группа кризисных состояний попол­нилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состо­яниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности (Поло- жий) — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада обществен­ной жизни, что, например, характерно для современной России.

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, оп­ределяющим терапевтическую тактику кризисной психотерапии, являются су­ицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Су­ицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадап­тация), была разработана Амбрумовой. В соответствии с ее концепцией при­чиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозна­чимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологичес­кую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обо­стрения нервно-психического или психосоматического заболевания, является его хронизация. Хронизация кризиса характерна для людей с незрелым ми­ровоззрением (инфантильным — «мир прекрасен» или подростковым — «мир ужасен»), однонаправленностью (негармоничностью) социальных, семейных и профессиональных установок. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семей­ных, социально-престижных и других ценностей. Такие установки препятству­ют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при по­вторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь иниции­руют суицидальные тенденции. Именно такие люди нуждаются в психотера­певтической помощи в период переживания кризиса, который воспринимает­ся ими не как трудный и ответственный период в жизни, а как «тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной». Учитывая большое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса. протекающего нормально, применяется термин «суицидальный кризис» или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют три компонента: аффек­тивный, когнитивный и поведенческий. Содержанием аффективного компо­нента служат в частности переживания эмоциональной изоляции и безвы­ходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются ре­акции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кри­зиса из-за отсутствия времени или возможности.

Поведенческий компонент кроме собственно суицидального поведения включает также и поведенческую, часто высокую, активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использования неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотиза­цию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

Эти психологические особенности определяют и специфику кризисных пациентов. и особенности кризисной психотерапии.

Основные контингенты обращающихся за кризисной психотерапевтичес­кой помощью — это практически здоровые люди (в том числе с акцентуаци­ей характера) и больные с пограничными состояниями. Большинство из них ранее не посещали психиатра, впервые обращаются за психотерапевтической помощью и не имеют опыта такого лечения, отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожиданиями в отношении него. Большинство пациентов составляют женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супру­жескими или сексуальными конфликтами; часть пациенток переживают не­обратимую утрату значимого другого — объекта эмоциональной привязан­ности (супруга, ребенка, родителей). Особое внимание обращают на себя на­личие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами.

При работе с суицидальными кризисными пациентами учитывается уро­вень мотивации на участие в психотерапии: 1) конструктивный — с ожида­нием помощи в преодолении кризисной ситуации; 2) симптоматический — с установкой лишь на ликвидацию симптомов; 3) манипулятивный — с по­пыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта; 4) демобилизирующий — с отказом от психо­терапии.

Принципы и задачи кризисной психотерапии. Кризисная психотерапия имеет принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к которым относятся:

1. ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жиз­ненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых — с выраженной по­требностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах — в ру­ководстве его поведением;
2. нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способству­ющих рецидивам суицидоопасного риска;
3. поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения акту­ального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-пси­хологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустра- ционной толерантности. По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой психотерапии и включает три этапа: кризисная под­держка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимо­го для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы кризисной психотерапии применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суици­дальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящим­ся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешатель­ство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в заня­тия по тренингу навыков адаптации.

Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суици­дальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы кризисной пси­хотерапии могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмеша­тельства осуществляется коррекция терапевтического контракта с постанов­кой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной терапевтической программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени), для пациента, впервые обра­тившегося за кризисной психотерапией на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

***Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризис­ной психотерапии***

Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтическою контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение терапевтического контракта.

Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оп­тимальные способы разрешения кризисной ситуации.
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризис­ной ситуации.
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивны­ми когнитивными механизмами, а также их преодоления.
3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

В настоящее время кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

Индивидуальная кризисная психотерапия. Применяются различные мето­ды и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблю­дением указанных выше этапов. Особенностями индивидуальной кризисной психотерапии является использование специальных технических приемов.

Так, на этапе кризисной поддержки при установлении терапевтического контакта применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически един­ственный способ, позволяющий при его правильном применении значитель­но дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Мож­но считать, что кризисная терапия невозможна без этого приема и мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» па­циента и создать условия для проговаривания им травмирующих пережива­ний. На этом этапе психотерапевт может отступить от принятого в психоте­рапии правила продолжительности одной встречи с пациентом в 50 мин, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться не­сколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарси- ческому отреагированию пациента. Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе работы исключается конфрон­тация и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевти­ческие задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных пережива­ний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической вербализации и избирательной верба­лизации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только трав­мирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятель­но перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно же выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмеча­ется снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка паци­ента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания тре­буют в некоторых случаях 4-5 встреч.

Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных ва­риантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной эмоциональной поддержки пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт ак­туализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к про­шлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несо­стоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопротив­ление пациента игнорируется.

Этап кризисной поддержки завершается заключением терапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии — ло­кализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные рас­стройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представ­лений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются из­вестные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Осо­бенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка паци­ента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вер­нуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем.

На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тре­нинг, который может быть реализован через систему домашних заданий паци­енту.

Примерами психотерапии кризисных состояний являются аксиопсихо- терапия (метод, направленный на переоценку ценностей, переориентацию больного, адаптацию его к реальности) и профилактически-ориентирован- ная патогенетическая психотерапия.

Аксиопсихотерапия ставит перед собой следующие задачи:

1. предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни;
2. личностный рост пациента, повышающий кризисную и фрустрацион- ную толерантность;
3. коррекция аксиопсихологической парадигмы путем использования при­емов переориентации — знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии па­циента.

Профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия (Ба­раш) также может быть отнесена к эмоционально-когнитивным методам. Она базируется на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусиров­ки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включен­ности) психотерапевта и симптомо-центрированного контроля, использует парадоксально-шоковые приемы («все гораздо хуже», «уход в другую жизнь», «предсмертный договор с психотерапевтом» и др.), анализ причин кризиса, поиск «забытых в прошлом» потребностей и интересов пациента и путей их актуализации в ситуации блокирования «единственной цели в жизни». Цель терапии — преодоление сверхценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рациональ­но-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Семейная кризисная психотерапия показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение та­ких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лиша­ется поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство оди­ночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указан­ных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт меж­ду сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том чис­ле детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибе­гают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психо­терапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейно­го кризиса. В связи с этим семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она на­правлена на устранения суицидоопасных тенденций путем быстрейшего раз­решения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициати­вы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимость их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитие кризиса у других членов семьи. Кризисная семейная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотера­пии, с включением в психотерапию этапов и задач кризисной психотерапии.

Групповая кризисная психотерапия является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотера­пии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обусловливает краткосрочность, интенсивность и ее проблем­ную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как пра­вило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жиз­ни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сей­час».

Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются: 1) нали­чие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологичес­кой поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оп­тимистической перспективы, разработки и проверка новых способов адапта­ции; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и вос­принимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в буду­щем.

Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его пере­живаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного по­ложения может привести к отрицательному воздействию группового напря­жения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников срав­нительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после это­го занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются воз­можности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оп­тимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения сво­ей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаим­ная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают труд­ности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психо­терапевта — включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной си­туационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперни­чество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы. Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представ­ление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают млад­ших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в призна­нии своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корриги­руются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кри­зисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифициро­вать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5-2 ч. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 нед, курс групповой кризисной психоте­рапии равен в среднем 1 мес. За такой срок оказывается возможным сплоче­ние группы на основе общих кризисных проблем.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в про­цессе групповой динамики и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участни­ков определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведе­ние психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациента­ми друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддер­жки и сплочения — напряжения в группах кризисной психотерапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний.

Группа является открытой, то есть еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один—два пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных те­рапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхо­да из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспек­тивы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется ког­нитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опыт­ные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фо­кусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психо­терапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дис­куссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тен­денций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное ру­ководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия кризис­ной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адапта­ции) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обыч­но используются все три элемента кризисной психотерапии.

Кризисная психотерапия в нашей стране представлена в виде кризисной службы, деятельность которой постоянно совершенствуется. В настоящее время работа кризисной службы определяется приказом Минздрава РФ от 06.05.98 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными со­стояниями и суицидальным поведением». Этим приказом, в частности, опре­деляются звенья кризисной службы: отделения «Телефон доверия», кабине­ты социально-психологической помощи, стационарные отделения кризисных состояний. В приказе содержатся положения об этих звеньях, штатные нор­мативы, методические рекомендации по организации региональной кризис­ной службы.

Телефонное консультирование. Телефонная помощь для людей в кризисе или решивших расстаться с жизнью возникла более 40 лет назад. Местом ее рождения стал Лондон, а зачинателем и впоследствии руководителем одно­го из международных движений телефонной помощи стал англиканский свя­щенник Чад Вара. В 1953 г. он прочел, что в большом Лондоне происходит три самоубийства в день. Это поразило его и у него возникли вопросы: «Что же предпринять, если эти люди не захотели обратиться ни к врачу, ни соци­альному работнику? Но к кому они могли бы обратиться? Может, некото­рые из них выбрали бы меня? Если спасать жизни так просто, почему бы мне не делать это все время? Но как же связаться им со мной в минуту кризи­са?».

Обстоятельства благоприятствовали решению этих вопросов, как раз в это время Чад Вара получил приход в самом центре Лондона, в Сити, и поде­лился со своей паствой идеей — дать объявления в газетах о своем номере те­лефона в церкви, с тем, чтобы каждый человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток, так же как звонят при пожаре, в поли­цию или скорую помощь. Вскоре он осознал, что самому ему с этим делом не справиться, и стал искать помощников. Так появились «Самаритяне» — служба, стремившаяся оказывать дружескую помощь по телефону и в очном контакте.

Идея Чада Вары оказалась столь привлекательной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских сто­лиц или крупных городах. Сеть служб телефонной помощи постоянно мно­жилась и развивалась и для взаимной поддержки в Женеве в 1959 г. был со­здан международный центр информации для этих организаций, а в 1960 г. — проведена первая встреча работников неотложной помощи со штаб-кварти­рой в Женеве. В это же время в странах Азии и Австралии телефонные служ­бы, называвшиеся «Линиями жизни», объединились в «Лайф Лайн Интер­нешнл» (Международные линии жизни). Была образована Международная федерация служб телефонной экстренной помощи (IFOTES), которая более 30 лет координирует и поддерживает работу служб неотложной телефонной помощи в более 20 странах мира. Вскоре «Самаритяне» стали распростра­нять свой опыт за пределы Англии и превратились в самостоятельную ин­тернациональную организацию «Бифрендерс Интернешнл» (BI, Междуна­родная дружеская помощь).

Российская ассоциация «Телефоны экстренной психологической помощи» (РАТЭПП) учреждена 7 июня 1991 г. Службы-члены РАТЭПП ежегодно при­нимают 2 млн обращений людей, нуждающихся в помощи и переживающих боль и отчаянье. В 1994 г. РАТЭПП принята действительным членом IFOTES, а в 1995 г. — действительным членом IASP (Международная ассо­циация предупреждения суицидов).

Основными принципами работы телефонного консультанта являются анонимность и конфиденциальность (Полеев, Креславский). В случае обраще­ния в службу «Телефон доверия» от абонента не требуется называть себя или сообщать о месте своего нахождения. Это дает ему возможность почувствовать себя свободным в изложении личных проблем и сложных ситуаций, которые в силу анонимности оказываются как бы отделенными от него. У некоторых абонентов это отношение формируется постепенно в ходе диалога. Иные же используют анонимность, обсуждая ситуации, которые якобы случились с их близкими и знакомыми, но на самом деле имеющих отношение непосредствен­но к ним.

В свою очередь, телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы. Для об­легчения работы сотрудник, как правило, выбирает себе псевдоним. В обо­юдных интересах не следует предоставлять данных относительно располо­жения службы или места своего жительства. Не нужно снабжать их сведени­ями о времени работы другого сотрудника «Телефона доверия», что может повлечь за собой «зависание» абонента на конкретном консультанте. Прини­мая во внимание неблагоприятные психологические последствия, эта реко­мендация должна быть отнесена к числу обязательных. Консультантам ка­тегорически воспрещается выходить с позвонившими на очный контакт или строить беседу так, чтобы у абонента возникла надежда на вероятность та­кой встречи. Это обстоятельство взято на вооружение подавляющим боль­шинством служб телефонного консультирования зарубежных стран. И служ­бы, входящие в IFOTES, и относящиеся к «Лайф Лайн Интернешнл», сле­дуют этому принципу в своей работе, не создавая условий для встречи же­лающим очного консультирования. И только «Самаритяне», причем это яв­ляется одним из основных принципов их работы, используют очные контакты своих работников с абонентами, да и то с согласия руководителей служб. Время доказало его допустимость, эффективность и жизнеспособ­ность. Но это же можно сказать о подходе, который разделяет анонимное те­лефонное консультирование и очную помощь.

Помещение службы «Телефон доверия» должно быть открыто только для дежурных сотрудников. О его расположении не следует сообщать не только абонентам, но и родственникам и друзьям других сотрудников. Во время де­журства в комнате консультантов должны находиться только дежурные ра­ботники. Последняя рекомендация также носит принципиальный характер. Конфиденциальность работы службы заключается в том, что все без исклю­чения телефонные разговоры, журналы или иные формы регистрации теле­фонных бесед, картотеки и информационные материалы доступны только для сотрудников службы. Этой информацией не следует делиться ни с кем вне ее стен, включая родственников, друзей или знакомых. Обсуждение телефонно­го разговора возможно только между дежурными сотрудниками или суперви­зором при возникновении необходимости в оказании взаимопомощи, а также во время обучающих занятий, используя лишь фабулу соответствующей бесе­ды. Следует воздерживаться не только от предоставления информации, помо­гающей абоненту позвонить другому сотруднику службы, но и от сообщений о графике своей собственной работы. Из этого правила могут быть лишь очень редкие исключения, согласованные с супервизором или руководителем службы.

Анонимность и конфиденциальность являются не только организационны­ми, но и основными этическими правилами телефонной помощи. И если в раз­ных странах организационные подходы в оказании телефонной помощи могут различаться, то этические правила остаются весьма сходными, также как и привлечение к работе в службе телефонного консультирования добровольцев (волонтеров).

В современном мире, являющемся источником стрессов и эмоциональной напряженности, вызывающими кризисные состояния и суицидальные тенден­ции, службы телефонного консультирования являются одной из важных форм психологической поддержки.

***Принципы анонимного телефонного консультирования***

Постоянная доступность

Днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, мо­гут получить поддержку другого человека.

Анонимность и конфиденциальность

Звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолют­но конфиденциально.

Уважение звонящего

Звонящий принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет пра­ва манипулировать звонящим или навязывать свою позицию.

Любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе рели­гиозного или политического.

Защита звонящего

Консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку.

Консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения.

Кабинеты социально-психологической помощи. В нашей стране эта форма помощи предложена суицидологической службой Амбрумовой и аналогична западным центрам.

Первый кабинет социально-психологической помощи был открыт в Мос­кве в 1975 г.; в дальнейшем кабинеты создавались на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов вузов. Основная задача кабинетов социально-пси­хологической помощи — первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Основные принципы работы кабинета социально-психологической помощи:

1. Системность — связь с отделами внутренних дел, администрацией пред­приятий и учебных заведений, муниципальными органами, преемственность в обслуживании пациентов кабинетов социально-психологической помощи и станций и отделений «скорой помощи», психиатрических стационаров, суици­дологических кабинетов психоневрологических диспансеров, а также других подразделений суицидологической службы — кризисного стационара и теле­фона доверия.
2. Комплексность — интеграция психиатров, психотерапевтов, психоло­гов, социологов и юристов. Центральная фигура кабинета социально-психо­логической помощи — врач-суицидолог, занимающийся диагностикой суици­дального риска и антисуицидальных факторов, психотерапией и психогиги­енической работой с лицами, окружающими пациента, и группами риска. Медицинская сестра выполняет функции социального работника и патро­нажной сестры. Медицинский психолог занимается диагностикой, позволя­ющей уточнять индивидуальные психотерапевтическое программы, и уча­ствует в их реализации. Консультант-социолог решает вопросы индивиду­альной культурной и социальной (региональной) эпидемиологической диаг­ностики, ведет разработку превентивных антисуицидальных программ. Юрист обеспечивает консультации и правовую защиту пациентов.
3. Превентивность — раннее выявление суицидального риска и профилак­тика суицидального поведения, активная психогигиеническая работа.
4. Анонимность — право пациента на анонимное обращение. Ведущие пси­хотерапевтические методы: индивидуальная и семейная кризисная психотера­пия, групповая психотерапия с частотой встреч 2-3 раза в неделю на протя­жении 2-3 мес.

Отделения (стационарные) кризисных состояний. Предназначены для ока­зания кризисной помощи пациентам, в клиническом состоянии которых выра­жены актуальные суицидальные тенденции. Они создаются в районах обслу­живания свыше 300 тыс. человек. При обслуживании на территории меньше­го населения предусмотрено создание специализированных палат кризисных состояний в психотерапевтических (психосоматических) или других отделени­ях многопрофильных больниц. Важным аспектом работы таких отделений яв­ляется добровольность госпитализации, для которой не обязательно направ­ление какого-либо врача или учреждения. Отделение работает в режиме от­крытых дверей с широким использованием различных режимов, в том числе неполной госпитализации.

**:трольный вопрос**



**Основным принципом телефонного консультирования является: О системность;**

**© комплексность;**

**© превентивность;**

**© анонимность и конфиденциальность.**

***Терминальная психотерапия***

Терминальная психотерапия — это психотерапия пациентов, умирающих от неизлечимой болезни или от старости. В качестве таковых заболеваний сегодня выступают прежде всего рак и СПИД, которые воспринимаются мно­гими людьми как процессы, неминуемо ведущие через увядание и боль к смер­ти. Эмоциональные нагрузки, которые испытывают умирающие больные, оп­ределяются в первую очередь их личностными особенностями, а также мысля­ми о боли и возможной медленной и мучительной смерти.

Основная мишень терминальной психотерапии — страх пациента перед стремительным и неотвратимым завершением жизни. Особенно выражен­ный страх может обусловливаться неизбежностью рискованного оператив­ного вмешательства, что нередко усиливается тревогой психотерапевта, вызванной беспомощностью перед лицом фатального прогноза заболевания. В больнице пациентом одновременно занимаются лечащий врач, медсестры, консультанты, социальные работники и др., и тем не менее он чувствует себя одиноким. Чтобы достойно или относительно спокойно, рассудительно встретить приближающуюся смерть, больному необходимы родственники и врачи, которым он может доверять. У постели умирающего не следует вести беседы (даже шепотом), содержание которых не всегда в достаточной мере понятно, что может усиливать его тревогу и неуверенность в благополучном исходе заболевания. Типичная ошибка в общении с умирающими или неизле­чимо больными — сознательное или неосознанное стремление окружающих избегать с ними лишних контактов. В этих случаях внутреннее состояние родственников и медперсонала характеризуется неуверенностью, а врач, что­бы поддержать свой имидж (внешнюю собранность), использует маску трез­вой деловитости. Кроме того, у психотерапевта есть небезосновательные опа­сения чрезмерной идентификации себя с неизлечимо больным и его род­ственниками, а постоянно поднимаемый пациентом вопрос о прогнозе вос­принимается специалистом как конфронтация с ним или вызов собственному бессилию и смерти. Поэтому больные с тяжелыми или неизлечимыми забо­леваниями в процессе лечения и ухода нередко «теряются» персоналом, что в подавляющем большинстве случаев не дает медицинским работникам «ощу­щения успеха». Отличительная особенность работы специалистов с умираю­щими — страх перед неизлечимыми болезнями (например, раком), основан­ный на представлениях об их контагиозности. Если это избегание начинает распространяться на окружение больного, оно может привести к его соци­альной изоляции и стигматизации, что, естественно, снижает эффективность специализированной медицинской помощи. Другой помехой в проведении адекватной психотерапии умирающим выступает высокий уровень притяза­ний некоторых специалистов, ориентированных в своей деятельности на обязательное излечение пациентов. Следует помнить, что во многих случаях достаточно лишь присутствовать у постели тяжелобольного или умирающе­го, чтобы помочь ему успокоиться.

Важным элементом терминальной психотерапии является сообщение ди­агноза. Искренность в беседах с больным — основной закон терминальной психотерапии. Это касается не только различных врачей, занимающихся умирающими, но и родственников, обслуживающего персонала и священнос­лужителей. В наше время существует тенденция к разъяснению больному сути его заболевания, но оно должно проводиться осторожно, индивидуально, с учетом того, что пациент действительно хочет знать. Сообщить диагноз по возможности должен лечащий врач. Однако возражения против осторожного, адекватного ситуации разъяснения тяжелобольному или умирающему при­чин и особенностей его состояния (проводимого не однократно, а в ходе ряда бесед) еще высказываются отдельными специалистами. Они утверждают, что больные либо не заинтересованы в подобной информации, либо в результате это может привести к суициду. Но исследования многих авторов опроверга­ют представление о том, что осведомленность может спровоцировать суи­цид: хотя суициды у неизлечимо больных регистрируются чаще, чем в нор­мальной популяции, они не являются следствием знания диагноза и прогно­за. Сообщение диагноза пациенту является важным и для врача. С одной сто­роны, сокрытие правды означает признание тотальной безнадежности и тера­певтического бессилия. С другой — при раннем обнаружении тяжелого, возможно даже неизлечимого, заболевания иначе не добиться сотрудничества с пациентом при необходимости оперативного вмешательства или лечения специфическими методами (например, радиотерапией и цитостатиками). Од­новременно с сообщением диагноза следует сформировать в сознании паци­ента лечебную перспективу, сделать по возможности терапевтическое пред­ложение или подчеркнуть в разговоре с ним обнадеживающие данные обсле­дования. Тем самым врач обещает больному не оставлять его наедине с бо­лезнью и поддерживает его ощущение собственной ценности. Это помогает при необходимости мобилизовать еще сохранившиеся соматические и психи­ческие резервы пациента.

Врач, как сопровождающий партнер, облегчает больному путь через от- вергание, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у пациента, но могут и сосуществовать, вызывая неуверенность и вынуждая к поиску ориентира. Опыт открытого партнерства может быть здесь боль­шим, возможно, до того недостававшим жизненным опытом, который при уходе в себя может, наконец, привести к примирению с мыслью о смерти. И тогда смерть может стать личной задачей, а не «конечным результатом болезни».

Эффективность терминальной психотерапии во многом зависит от умело­го использования специалистом (по ходу ее проведения) помощи семьи. Врачунеобходимо также разобраться, какое значение имеет страдание для больного и для его родственников, какие силы здесь действуют как до, так и, в осо­бенности, во время заболевания и после возможной смерти пациента. Если эти силы распознаются специалистом, их можно успешнее использовать в процессе психотерапии. Часто родственники сами просят врача не сообщать больному диагноз неизлечимого заболевания, и это приводит к различным уровням ин­формации для членов семьи и больного. В итоге пациент оказывается в изоля­ции. Чтобы семья была вместе с больным, родственники должны владеть ин­формацией в том же объеме, что и он. В контакте с такой семьей можно стре­миться к мобилизации резервов семейной группы, содействия психологической переработке скорби у больного и его близких.

В контексте терминальной психотерапии одновременно применимы следу­ющие меры: 1) выработка положительного переноса в рамках стабильных от­ношений с врачом; 2) обеспечение постоянной доступности психотерапевта в случае необходимости; 3) использование возможностей для вербализации ипо­хондрических представлений, чувств и фрустрационной агрессии больного; 4) психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора програм­мы соматической терапии; 5) усилия в направлении «третьей реальности», то есть иррациональности, религии и т. д.

Современные организационные формы для проведения терминальной психотерапии представлены учреждениями паллиативной медицины, хос­писом, специализированными отделениями или центрами для лечения боль­ных СПИДом, геронтологическими отделениями в многопрофильных и пси­хиатрических больницах. Терминальную психотерапию проводят в стацио­наре и на дому, в последнем случае эту форму психотерапии в основном мо­гут осуществлять специально подготовленные медсестры или социальные работники.

**:трольный вопрос**



1**.**

**В системе терминальной психотерапии наибольшее значение приобретает сле­дующий вид психотерапии:**

**О суггестивная психотерапия;**

**© православная психотерапия и другие конфессиональные виды;**

**© нейролингвистическое программирование;**

**© экзистенциально-гуманистическая психотерапия.**

***Краткосрочная психотерапия***

Понятие «краткосрочная психотерапия» нельзя рассматривать вне связи с конкретными концептуальными рамками: начиная от краткосрочной психо­динамической психотерапии в течение нескольких месяцев до психотерапии од­ной встречи в рамках поведенческой психотерапии или краткосрочной пози­тивной психотерапии. В любом случае подразумеваются существенные (в сред­нем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. В групповой психотерапии анало­гом краткосрочной формы является марафон.

Множество терминологических синонимов в англоязычной литературе объясняется современными тенденциями практически всех концептуальных и методических направлений к краткосрочности, базирующейся на повышении интенсивности и интегративности, и конкуренцией в уменьшении матери­альных затрат без снижения эффективности. Ввиду того, что абсолютное большинство наших традиционных форм изначально краткосрочны, термин «краткосрочная психотерапия» до сих пор редко использовался в нашей стране.

В современных направлениях (например, эриксоновский гипноз, краткос­рочная позитивная психотерапия) краткосрочность является важным принци­пом избавления пациента от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Одним из направлений современной новой волны в психотерапии, цен­трированным на активизации собственных ресурсов пациентов для реше­ния их проблем, является краткосрочная позитивная психотерапия. Как и в любой теории, в краткосрочной позитивной психотерапии можно выде­лить ее источники и принципы. Источники — это установки, опыт систем­ной и стратегической семейной психотерапии и психоанализ. Основные принципы: 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; 2) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими; 3) позитивистский (в философском смысле) подход.

Поиск ресурсов может быть ориентирован на прошлое («Что раньше по­могало Вам преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы разре­шали Ваши родственники, знакомые?»), на настоящее («Что сейчас помога­ет Вам разрешать проблему хотя бы временно?») и на будущее («Кто или что могло бы Вам помочь в разрешении проблемы?»). Признавая односторон­ность и иллюзорность такого мировосприятия, позитивные психотерапевты подчеркивают столь же однобокое, но «черное» мировосприятие, характер­ное для абсолютного большинства пациентов, и задачей психотерапии счи­тают формирование более диалектического мировоззрения, расширяя его подключением «светлого» видения и надежды. Использование только поло­жительных подкреплений в работе с пациентом позволяет раскрепостить и активизировать его позитивные воспоминания, интуицию и способность конструктивно фантазировать, сделать доступной его субъективную концеп­цию здоровья-болезни, которую обычно пациенты стыдятся предъявлять психотерапевту в связи с ее «ненаучностью и наивностью». Позитивистский подход к психотерапии, принципиальное предоставление ведущей роли опы­ту и интуиции пациента, его близких и психотерапевтов, сознательное пре­одоление жестких рамок любых психотерапевтических концепций позволя­ют позитивным психотерапевтам разрешить стереотип поэтапного врачеб­ного взаимодействия с пациентом (симптоматическая диагностика — поста­новка синдромального и/или нозологического диагноза — построение моде­ли психотерапевтического воздействия — собственно психотерапевтические мероприятия с оценкой обратной связи) и начинать работу с пациентом не­посредственно с коррекционных мероприятий, лишь в случае неэффективно­сти приемов на когнитивном уровне анализировать проблемы пациента и моделировать психотерапевтические воздействия с учетом отрицательной обратной связи на первичное воздействие.

Курс психотерапии — в среднем 3-4 занятия при ориентации психотера­певтов на желательность и возможность психотерапии одной беседы. Продол­жительность занятия обычно более часа, первого — зачастую более двух часов. Промежутки между занятиями — от нескольких дней до нескольких месяцев. Такая психотерапия осуществляется нередко несколькими психотерапевтами. Пациент может прийти один, но приветствуется участие в занятиях его род­ственников или знакомых.

В широком спектре поведенческих, парадоксальных и метафорических, даже дзэн-буддистских, психотехник, используемых в рамках краткосрочной позитивной психотерапии, можно выделить ряд наиболее часто применяемых приемов.

«Опора на прогресс» — трехшаговая методика активизации саногенных механизмов, атрибутируемых субъективной концепцией здоровья-болезни па­циента. 1) «Был ли в последнее время такой период, когда проблема исчеза­ла или значительно уменьшалась? Была ли ремиссия?» 2) «Как Вы думаете, почему? Что способствовало ремиссии?» 3) «Что мы все могли бы сделать, чтобы закрепить эти механизмы?».

«Фантазии о будущем» — трехшаговая методика позитивного програм­мирования будущего, также базирующегося на субъективной концепции здо­ровья-болезни. 1) «Когда Вы поправитесь? Когда проблема может разре­шиться?» 2) «Что может этому способствовать? Пофантазируйте: если бы мы Вас встретили через тот период времени, который Вы указали (1), и у Вас действительно было бы все в порядке и если бы мы Вас спросили тогда: «Что Вам помогло?» — то что бы Вы нам ответили?» Повторными вопроса­ми — «Что еще могло бы Вам помочь?» — формулируется развернутая сано- генная программа, включающая желательное поведение микросоциального окружения и специалистов, их рекомендации. 3) «Продумайте, как Вы будете благодарить всех людей, включенных в Вашу замечательную программу, за их помощь?» Третий шаг («благодарности») ориентирован на прямое или парадоксальное усиление сотрудничества микросоциального окружения па­циента в преодолении проблемы. После того как программа «благодарнос­тей», учитывающая личностную значимость конкретных людей из микросо­циального окружения, сформирована, пациенту предлагается начать реали­зовывать авансом «программу благодарностей».

«Знаки улучшения» — переключение внимания пациента с симптомов бо­лезни и проблемы на признаки улучшения, косвенное усиление саногенных механизмов: «Что происходит с Вами и в Вашем окружении, когда проблема отсутствует? Как мы могли бы узнать, что проблема разрешена, по каким конкретным признакам?»

«Проблема как решение» — «Чему научила Вас эта проблема? В чем она была полезна для Вас?»

«Новое позитивное название» — «Придумайте какое-нибудь новое назва­ние для своей проблемы, какое-нибудь хорошее имя, чтобы мы могли исполь­зовать его в беседе».

Эти приемы позволяют пациенту принять свою проблему, отказаться от конфронтации с ней, которая завела его в тупик, и на этой основе найти кон­структивное компромиссное решение.

Основные теоретические положения краткосрочной позитивной психоте­рапии могут быть сформулированы следующим образом.

1. Причины проблем каждого человека лежат в прошлом, но в его собствен­ном опыте заложены и ресурсы для разрешения этих проблем. «Каждый па­циент знает решение своей проблемы даже в том случае, если ему кажется, что он этого не знает» (Эриксон).
2. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными пере­живаниями пациента и обвинениями своих близких, что не способствует пси­хотерапевтическому сотрудничеству. Поэтому более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы пациента для решения проблемы.
3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индиви­дуальные особенности и опыт конкретных пациентов. Принимаемая концеп­ция может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу дог­матической веры и логической «красоты». Интуитивный опыт закрепляет и подсказывает только эффективные решения.
4. Человек не волен освобождаться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и мира на более диалектическое мировоззрение. Это способствует преодолению проблем. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев неэффективна, принятие проблемы — путь к компромиссному решению.

Термин «краткосрочная» в отношении психодинамической психотерапии был предложен в 50-60-х годах представителями психоаналитического, пси­ходинамического направления. До сих пор продолжаются острые дискуссии его адептов о возможности и допустимости краткосрочных форм психотера­певтической помощи, вступающих в противоречие с базисным психотерапев­тическим постулатом «глубинности—долгосрочности».

Несмотря на то что курс психоанализа, проводимого самим Фрейдом, был относительно коротким (от 3 до 6 мес), а некоторые из его ближайших учеников целенаправленно ограничивали психотерапию 10-12 занятиями, только историческая необходимость периода после окончания второй миро­вой войны, количественное и качественное (за счет малоимущих и защища­емых обществом слоев) расширение спроса на психотерапевтическую по­мощь заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих по­зиций. Предметом обсуждения и исследования становится радикальная пси­хотерапия в течение лишь нескольких лет и допустимость краткосрочных ее форм.

Несмотря на различия в психотерапевтических позициях сторонников краткосрочной психодинамической психотерапии, можно выделить и общие принципы, касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1. Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенап­равленно ограниченная 1-40 занятиями (наиболее распространенный вари­ант 10-12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.
2. Цель краткосрочной психодинамической психотерапии — поведен­ческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от уста­новки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное раз­витие посредством тотального преодоления комплекса базальных конфлик­тов.
3. Соответственно цели ведущий стратегический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии — выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, про­блемы выигрыша-проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конф­ликта являются указания пациента на связанные с ним травмы раннего воз­раста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь дан­ного конфликта с одной фигурой переноса (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибиции) каких-либо сфер жизнедеятель­ности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.
4. Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить эффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсут­ствием заботы» активность в контакте и интерпретациях (в отличие от пози­ции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотера­певта).
5. Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотива­ция, наличие опыта как минимум одних значимых взаимоотношений, способ­ность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную ин­терпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нару­шения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патоло­гической переработке переживаний (суицидальное или наркоманическое пове­дение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. Краткосрочная психодинамическая психотерапия в значительно большей степени, чем долго­срочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.
6. Фазы краткосрочной психодинамической психотерапии. Первая, отбо­рочная фаза направлена на диагностику мотивации и силы Я пациента и вы­деление фокального конфликта (1-2 первых занятия), заключение психотера­певтического контракта. Вторая фаза посвящена переработке фокального кон­фликта. Заключительная, третья, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. Дискутирует­ся вопрос об изначальном сообщении пациенту точной даты завершения пси­хотерапии, но считается, что такой технический подход предпочтителен для начинающего психотерапевта, так как избавляет его от переживаний вины и чувства, что он «покидает пациента». Естественно, у больного остается воз­можность вновь обратиться к врачу при возникновении проблем. Но даже в случае планирования повторного курса перерыв полезен для проверки прак­тикой полученных инсайтов.
7. Помимо обычных для психодинамической психотерапии реконструктив­ных приемов когнитивного и идентификационного научения, используются специфические их модификации. Ведущий технический принцип «кресло вме­сто кушетки» означает для психодинамического психотерапевта ориентацию на чувство стыда пациента вместо чувства вины, эксплуатируемого в ортодок­сальной психодинамической психотерапии. Анализ защиты и сопротивления в процессе краткосрочной психодинамической психотерапии центрируется на выбранном психотерапевтом фокальном конфликте, а интерпретации перено­са ограничиваются одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.
8. Ведущий психотерапевтический принцип краткосрочной психодинами­ческой психотерапии — переработка фокального конфликта, являющегося причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента, — позволя­ет ему пережить возврат энергии и активности, которые могут быть им ис­пользованы для разрешения жизненных проблем.

В настоящее время формируются и более новаторские подходы в краткос­рочной психодинамической психотерапии. Так, часть психоаналитиков, нару­шив «аналитическое табу», использует эриксоновский гипноз для ускорения фазы свободных ассоциаций и переработки психодинамических конфликтов. Многие психодинамические психотерапевты начинают уделять все большее внимание позитивным ресурсам пациента. Таким образом, краткосрочная пси­ходинамическая психотерапия служит своеобразным мостиком для перехода от аналитической психодинамической психотерапии к современной интегра­тивной психотерапии.

Позитивная психотерапия по Н. и Х. Пезешкианам — авторское название психотерапевтической концепции, разрабатываемой с 1972 г. Н. Пезешкианом и X. Пезешкианом. Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение тер­мина positive psychotherapie от лат. positum — «имеющее место, реально суще­ствующее», а не от positivum — «положительное», подчеркивая тем самым не­обходимость проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терми­нологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Позитивная психотерапия по авторам основывается на 3 принципах — надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответству­ют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1-2 часа).

На этапе работы с учетом принципа надежды используются: 1) позитив­ная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия — про­явление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.); 2) транскультурный подход — расширение представлений паци­ента о проблеме посредством знакомства с иным (часто — прямо противопо­ложным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культу­рах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и за­падных культурах); 3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи: посредничество между врачом и пациентом, модель разрешения проблемы, привлечение куль­туры пациента и т. д.).

На этапе работы с учетом принципа гармонизации используется распре­деление энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности — телесной, мен­тальной, социально-коммуникативной и духовной. К телесной относятся еда, сон, секс, телесные контакты, забота о внешности, физические упражнения, переживания боли и телесного комфорта—дискомфорта; к ментальной — удовлетворение познавательной потребности и любознательности, профес­сиональные достижения; к социально-коммуникативной — общение челове­ка; к духовной — мировоззренческие и религиозные переживания, фантазии о будущем, надличностные («гражданские») переживания и поступки. В иде­альной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25% жизненной энергии. Реальное же распределение энергии выявляется с помощью нефор­мализованного теста; дисбаланс отмечается при совместном его обсуждении и распределении 10 значимых событий за последние 4 года жизни по 4 сфе­рам жизнедеятельности. Дисбаланс в телесной сфере создает риск сомати­ческих и психосоматических заболеваний, в ментальной — агрессивных дис- стрессовых реакций и перфекционизма, в коммуникативной — чувства оди­ночества и депрессии, а в духовной — чувства тревоги и психотических на­рушений. При выявлении дисбаланса (менее 10% или более 50%) в какой- либо сфере с пациентом сначала рассматривают возможности гармонизации, перераспределения остальных 3 сфер и только на последнем этапе целена­правленно обсуждают мероприятия для сбалансирования наиболее проблем­ной сферы, если необходимость в этом остается. Достигается это посредством директивных, конкретных и простых предписаний по изменению стиля жиз­ни пациента, а также с помощью методики планирования будущего с учетом всех 4 сфер жизнедеятельности.

На этапе гармонизации выявляются и прорабатываются актуальный и ба­зальный конфликты пациента. Актуальный конфликт складывается под воз­действием внешних событий (например, смена места работы, смерть близких и т. д.), микротравм в значимых межличностных отношениях при недостаточ­ной способности к преодолению этих проблем. Авторы выделяют первичные (любовь, надежда, доверие) и вторичные способности (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность и т. п.). Типичным базальным конфликтом является конфликт между «честностью и вежливостью». Ярко вы­раженная вежливость способствует социально обусловленному поведению аг­рессии, парасимпатикотонии и тревоге; доминирование же честности приводит к симпатикотонии и агрессии. Эти «пусковые механизмы» вызывают функци­ональные расстройства, а при наличии «зон наименьшего сопротивления» — и соматические или психические нарушения. На концептуальном уровне речь идет о гармонизации «правополушарных» проявлений и объектов (любовь — интуиция — тело — поиск смысла) и «левополушарных» аспектов (знание — время — поиск значения).

Реализация принципа консультирования означает передачу пациенту фун­кций психотерапевта (аутопсихотерапия). Такой подход соответствует принци­пам психологического консультирования. В практике уже с первого занятия ис­пользуются структурированное интервью и опросники (дифференциальный аналитический и висбаденский), при заполнении которых пациент сам может прийти к осмыслению различных аспектов своих проблем. Широко практику­ются «домашние задания», о выполнении которых пациент отчитывается на последующем занятии. Семейная терапия зачастую применяется в «заочной» форме: пациент получает инструкции для самостоятельного проведения заня­тий дома. Для преодоления межличностных конфликтов предлагается пятисту­пенчатая стратегия: 1) дистанцирование (наблюдение) — отказ от критики, от стереотипных оценок; 2) инвентаризация (описание) — оценка способностей партнера, как негативных, так и позитивных, характерных для самого пациен­та или желательных для него; 3) ситуативное ободрение — подкрепление хоро­шего и правильного, с точки зрения пациента, поведения партнера; 4) вербали­зация — выбор соответствующей ситуации и стратегии обсуждения проблемы с партнером; 5) расширение целей — выбор новых целей и сфер взаимодействия с партнером с учетом его позитивных качеств и без переноса негативного опы­та. Для вербализации проблемы рекомендуется ряд конструктивных правил:

1. предлагайте партнеру обсуждение в удобное для него время и в отсутствие посторонних; 2) начинайте беседу с упоминания о достоинствах партнера и по­ложительных аспектов его поведения; 3) перейдя к проблеме, не повышайте го­лос, говорите от первого лица; 4) избегайте смещения обсуждения самой пробле­мы на личностные особенности партнера; 5) помните, что выявляющиеся раз­личия во мнениях и взглядах — это показатель доверия и искренности; 6) ста­райтесь ограничить длительность обсуждения 1 ч; 7) напоминайте себе и парт­неру, что конструктивное разрешение проблемы — выигрыш для вас обоих; 8) при интенсивных, но неудачных попытках прийти к откровенному диалогу с партнером обратитесь за помощью к психологу или к посреднику.

Существенная роль в психотерапии принадлежит религиозно-мировоз­зренческому аспекту. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вы­тесняются так отчетливо религия и смысл, как в психологии, медицине и пси­хотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и спо­собы поведения. Так, религиозно-мировоззренческие установки могут служить базовой информацией об отношении к сексуальности (сексуальные запреты и нормы, обычаи сексуального поведения), о воспитании (роль родителей, ав­торитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери), о профессии (ограничение профессиональных возможностей, мотивация, стоящая в основе профессиональной деятельности, например слу­жение человечеству, стремление к самореализации, работа как цель жизни, ра­бота как общественное поручение, работа как нагрузка или уклонение от ре­альных задач), о партнерстве (равноправие между мужчиной и женщиной, мировоззренческая оценка партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как союза для получения удовольствий, как совместного про­гресса), о социальных контактах (предписываемые социальные отношения, например между индийскими кастами или социальными группировками, сло­ями и классами; предписываемые религией ситуации общения, например со­вместные молитвы, общие праздники, хоровое пение, медитация или работа, требования социального аскетизма).

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему дру­гим концепциям, используют при необходимости психодинамические и пове­денческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в форми­ровании контакта с пациентом и доступных его пониманию психотерапевти­ческих целей (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пе- зешкиану не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные (от позитивных аспектов про­блемы — к негативно окрашенным конфликтам и далее — к реалистичной проработке перспектив).

В качестве краткосрочных форм психотерапии в последнее десятилетие активно выступает когнитивно-поведенческая психотерапия, или моделирова­ние поведения, базирующаяся на внутренних процессах переработки инфор­мации, являющаяся обучающим процессом, обеспечивающим пациента но­вым опытом.

Когнитивно-поведенческая психотерапия основана на широком использо­вании приемов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления, пред­ставления, правила, которыми личность реагирует на внешние события, пере­водя их из внешнего во внутренний план. Основные положения когнитивно­поведенческой психотерапии состоят в следующем:

1. Многие поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обу­чении и воспитании.
2. Имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой.
3. С точки зрения теории научения, случайный опыт оставляет более значи­мый след в личности, чем традиционная бихевиористская модель «стимул—ре­акция».
4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучаю­щий и психотерапевтический процесс. Когнитивный аспект является решаю­щим в ходе научения. Дезадаптивное поведение может быть изменено посред­ством личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Считается, что поведение может быть изменено уже в результате наблю­дения за ним. Каждая задача может решаться одним способом научения или сочетанием четырех: ответным, или классическим, оперантным, наблюдатель­ным и когнитивным.

Когнитивное научение включает в себя самоконтроль, самонаблюдение, со­ставление контрактов, работу в системе правил пациента. Большое внимание уделяется целям обучения. Пока не достигнута одна цель, переходить с помо­щью психотерапевтических приемов к другой не следует. Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализуются через «я хочу», а не «хотел бы». Проблемы лучше определять и формулировать в по­нятных для пациента терминах, можно также очертить барьер, который он хо­чет преодолеть, например: «Я хочу преодолеть страх общения с незнакомыми людьми». На психотерапевтическом занятии больному можно предложить найти альтернативы для преодоления своей проблемы (например, методом мозгового штурма) с выписыванием всех идей на доске или листе бумаги. За­тем вместе с ним можно выбрать самые интересные. Заключаются психотера­певтические контракты в виде письменной фиксации предполагаемых измене­ний со стороны пациента. Избирается по возможности не бросающийся в гла­за и удобный метод протоколирования любых изменений, наступающих в про­цессе психотерапии. Большое значение придается домашним заданиям: выпол­няются конкретные упражнения из программы тренинга самоутверждения, самоинструкций. Функциональные тренировки поведения часто не гарантиру­ют того, что пациент будет пробовать использовать приобретенные заново способы поведения также в естественной окружающей среде. В беседе с ним надо вникнуть в систему правил проблемного поведения, начав с составления их списка. Желательно выяснить, кто и для чего это правило создал (нередко источник — родители), нет ли конфликта между правилами. Если когнитив­ные компоненты поведения являются предметом психотерапевтического вме­шательства, то к концу каждого занятия рекомендуется модифицировать уже составленный список правил на основе полученного во время его проведения опыта. При этом устаревшие правила могут быть исключены. Пациентам ре­комендуется 2-3 раза в день перечитывать их определенное время, разделить на приемлемые (+) и неприемлемые (-). Цель занятий — переструктурирова- ние негативных правил в позитивные. Следуя принципу переучивания, паци­ент при ежедневном просмотре правил когнитивно кодирует и применяет их за рамками психотерапевтического занятия. Реализации планов отчетливо препятствуют зафиксированные правила, отсутствие готовности к изменени­ям, что, по сути, является психологической защитой. На каждом психотерапев­тическом занятии необходимо подводить итоги, намечать дальнейшие шаги. Если удалось справиться с проблемой, то для закрепления успеха следует про­анализировать, что этому способствовало.

Большинство авторов, использующих этот метод, рекомендуют на заня­тии применять следующие приемы. Мейхенбаум полагает, что неспособ­ность пациента справиться со стрессом возникает в результате отсутствия специфических умений — релаксации, когнитивных самоубеждений, а также опыта столкновения со стрессовыми воздействиями. Практически тревога может быть уменьшена путем обучения пациента релаксации и изменения от­ношения к тревожным мыслям и чувствам. Ситуация, вызывающая тревогу, воспроизводится в безопасной обстановке психотерапевтического занятия, а затем переносится в реальную стрессовую обстановку. Использование малых доз стресса для выработки устойчивости к нему напоминает прививку от бо­лезни и создание иммунитета. Одной из предложенных Мейхенбаумом мето­дик является тренинг самоинструкций. Приводим один из вариантов:

1. подготовка к столкновению со стрессом: «Я смогу разработать план, чтобы справиться с ним»;
2. реагирование во время стресса: «Пока я смогу сохранить спокойствие, я контролирую события»;
3. совладание со стрессом: «Возбуждение мешает мне воспринимать ситу­ацию»;
4. отражение опыта: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Бандура, придавая большое значение наблюдательному научению, реко­мендует на психотерапевтическом занятии применять следующие приемы:

1. Тренировка альтернативных самостоятельных описаний пациентом стрессовых ситуаций. Проводится она в состоянии релаксации, больному пред­лагается вслух при закрытых глазах подробно описать стрессовую ситуацию. В отличие от метода имплозии, следует не уходить от повышения уровня тре­воги, а применять тренинг самоинструкции или углублять релаксацию.
2. Подготовка психотерапевтом альтернативного решения проблем.
3. Выборочная проба переживаний, осуществленная пациентом.
4. Обсуждение достигнутых результатов и письменная фиксация их в днев­нике пациента.
5. Заучивание вслух альтернативного диалога, предложенного психотера­певтом.
6. Применение методики «стоп». Ее суть заключается в том, что в случае усиления тревоги психотерапевт громко произносит «стоп», представляя крас­ный сигнал светофора. После этого больному предлагается воссоздать карти­ну, вызывающую у него положительные эмоции. Пациент сам обучается суб­вокальному произнесению слова «стоп».

Махони акцентирует внимание на составлении индивидуальной програм­мы психотерапевтического обучения.

Личностные проблемы он рассматривает как проблемы научные. Обу­чение совладанию со стрессовыми и конфликтными ситуациями происходит через определение проблемы, постановку целей и задач исследования, сбор данных, их интерпретацию, выбор гипотетических возможностей разрешения проблемы, эксперимент, анализ результатов, пересмотр или замену гипоте­зы. Этот метод показан пациентам, у которых слабо развито умение разре­шать проблемы. Суть лечения заключается в самонаблюдении, продуциро­вании умозаключений и приобретении навыка контроля за ситуацией.

Эллис в своей рационально-эмоциональной психотерапии предположил, что положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто свя­заны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Он также подтвердил, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «яр­лык», который «приклеивают» ей (например, опасна она или приятна), даже в том случае, когда «этикетка» не соответствует действительности. Для дости­жения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию мы привносим два отличи­тельных типа когниций: убеждения и предположения. Приводим перечень наиболее типичных иррациональных убеждений, которые необходимо преодо­леть пациенту:

1. существует жесткая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении;
2. каждый должен быть компетентным во всех областях знаний;
3. большинство людей подлые и испорченные и достойны презрения;
4. произойдет катастрофа, если события пойдут иным путем, чем запро­граммировал человек;
5. человеческие несчастья обусловлены внешними силами, и у людей мало возможностей их контролировать;
6. если существует опасность, то не следует ее преодолевать;
7. легче избежать определенных жизненных трудностей, чем соприкасаться с ними и нести за них ответственность;
8. в этом мире слабый зависит от сильного;
9. прошлая история какого-либо человека должна влиять на его непосред­ственное поведение «сейчас»;
10. не следует беспокоиться о чужих проблемах;
11. необходимо правильно, четко и отлично решать все проблемы, а если этого нет, то произойдет катастрофа;
12. если кто-либо не контролирует свои эмоции, то ему невозможно помочь.

Когнитивно-поведенческую, в том числе в краткосрочном ее варианте, психотерапию предлагается осуществлять в такой последовательности: пред­шествующие события — убеждение — следствие — обсуждение — эффект. Дис­куссия затрагивает 3 уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

В любой разновидности когнитивно-поведенческой психотерапии задача психотерапевта выступает как диагностически-обучающая, предполагающая максимальное вовлечение пациента во все этапы анализа, планирования и решения. Больной должен понимать, что происходит при психотерапевтичес­ком обучении. Только так он сможет оптимально участвовать в поиске целей и принимать верные решения, касающиеся этапов изменений. Иными слова­ми, пациент должен стать психотерапевтом для самого себя.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Основным принципом краткосрочной позитивной психотерапии является:**

**О принцип надежды, баланса (гармонизации) и консультирования;**

**© переработка фокального конфликта;**

**© моделирование поведения;**

**© использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом.**

2**.**

**Фаза краткосрочной психодинамической психотерапии: О моделирование поведения;**

**© фаза гармонизации;**

**© фаза переработки фокального конфликта;**

**© фаза надежды.**

3**.**

**Отличительным признаком позитивной психотерапии по Н. и Х. Пезешкианам является:**

**О когнитивное научение;**

**© транскультурный подход;**

**© моделирование поведения;**

**© анализ защиты и сопротивления.**

***Интегративные тенденции в психотерапии***

В последнее десятилетие нарастает интерес исследователей и практиков к проблемам и возможностям развития интегративной психотерапии. О значи­мости интегративного движения в психотерапии свидетельствует и издание международного «Журнала интегративной и эклектической психотерапии». Интегративная психотерапия в отличие от эклектической, использующей со­четание приемов различных психотерапевтических направлений, предполага­ет прежде всего концептуальный синтез разных теоретических систем психо­терапии. В то же время эклектический подход является одним из элементов интегративной психотерапии, объединяющей конкретные лечебные методы из разнородных источников.

Интегративная психотерапия может развиваться на основе следующих подходов: 1) использования эклектической модели, объединяющей различные методы психотерапии, исходя из потребностей лечебной практики; 2) интеграции соответствующих научных дисциплин — медицины, психоло­гии, социологии, педагогики, нейрофизиологии, философии, психолингвисти­ки и др.; 3) CTrnraa теоретических положений различных психотерапевтичес­ких ориентаций с учетом ведущей концепции личности и ее развития, психо­патологии и симптомообразования. Существенные возможности для развития интегративной психотерапии предоставляет также поиск общего знаменате­ля для различных теоретических моделей посредством перевода их понятий на общепринятую терминологию или путем описания психотерапевтического процесса с позиций разных направлений. Следующие факторы способствова­ли развитию интегративного движения в психотерапии: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а так­же их изучение и применение; 2) неадекватность ни одного из психотерапев­тических направлений для всех категорий пациентов; 3) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное призна­ние того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 4) примерно равная эффективность лечения независимо от форм психотерапии; 5) акцент на существенной роли взаимоотношений психотера­певт—пациент при любых формах психотерапии; 6) социально-экономичес­кие процессы в обществе, предъявляющие повышенные требования к качеству, продолжительности и эффективности лечения и оказывающие более сплачи­вающее, чем разъединяющее психотерапевтов действие. Важнейшей характе­ристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотера­певтом при выборе методов не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных клинико-психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента.

Группа экспертов-психотерапевтов разных направлений пришла к еди­ному мнению о том, что наибольший вклад в результаты психотерапии вно­сят личностные качества пациента (в частности, мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов (Бейтман и др.). Общепринятым становится понимание важности при лю­бых формах психотерапии взаимодействия познавательных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования личности больного. При интег­ративном психотерапевтическом подходе, в соответствии с задачей лечебного воздействия на ту или иную сферу личности пациента, целесообразным мо­жет оказаться применение конкретных методик из разных направлений пси­хотерапии.

Психотерапевтическое влияние многомерно и многогранно. Ведущие на­правления психотерапии имеют целью личностные перемены, то есть изме­нение отношений, чувств и поведения пациента. Изменение — результат раз­личных вмешательств, и нередко его трудно связать с конкретным видом психотерапевтического воздействия. Струпп поставил под сомнение значи­мость наиболее эффективных лечебных факторов психоаналитической тера­пии (инсайт, превращение бессознательного в осознаваемое, переработку пе­реносных отношений, связующее звено между переносом и ранним детским опытом переживаний), выдвинув гипотезу, что таковыми являются безус­ловное положительное принятие и уважение больного как уникальной лич­ности или искусный (неуловимый) контроль за поведением пациента, под влиянием которого он может успешнее избавиться от своих прежних патоло­гических стереотипов, или непрямое предложение новых альтернативных способов переживания и поведения. Более продуктивным представляется не противопоставление этих факторов, а их интеграция.

Так как важнейшей движущей силой различных направлений психотера­пии является система отношений «психотерапевт—пациент», то общие фак­торы связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Вне конк­ретных форм психотерапии, но с учетом ее основополагающих факторов можно выделить некоторые обобщенные модели интегративного типа: гума­нистическая, интеракционная и технологическая.

В гуманистической модели решающим фактором действенности психотера­пии может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт—па­циент», где основным лечебным средством является эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент переработки материала. Суще­ственную роль при этом играет создание условий для развития процесса пози­тивных изменений личности пациента. Наиболее типичным выражением та­ких условий является триада Роджерса (безусловное принятие пациента, эм­патия, конгруэнтность переживаний и поведения психотерапевта). Психотера­певт в этом случае считает, что если создать благоприятные условия, то паци­ент естественным образом будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию невротической симп­томатики. Основное в этой модели понятие эмпатии, характерное для психо­терапии гуманистической ориентации, получило признание и в психоаналити­ческой психотерапии, где длительное время сохранялось представление о необ­ходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности ана­литика, и в поведенческой психотерапии, принявшей факт важности эмоцио­нальной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

В интеракционной модели психотерапии интегративного типа предпоч­тение также отдается не отдельным приемам, а взаимоотношениям «психо­терапевт—пациент» как лечебному инструменту. Однако психотерапевт зани­мает более активную позицию, берет на себя определенную долю ответствен­ности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более струк­турированно, чем в предыдущей модели, повышается значение принципов контрактного взаимодействия «психотерапевт—пациент». С больным обсуж­даются альтернативные формы лечения, цели психотерапии и ее методы, ле­чебный план, длительность и предполагаемые результаты лечения. Психо­терапевт любого направления в той или иной мере учитывает некоторые об­щие феномены психотерапевтического процесса во взаимоотношениях с па­циентом. В начале терапии обычно проявляется действие плацебо-эффекта, связанного с тем, что больной ожидает, что лечение принесет пользу, наде­ется на то, что психотерапевт понимает его и хочет ему помочь, стремится удовлетворить эмоциональные потребности в контакте. Эффективность раз­личных методов психотерапии частично зависит от умения психотерапевта повысить надежду больного на улучшение и тем самым развить активные личностные механизмы совладания с болезнью. При этом высокие или низ­кие ожидания пациентом эффекта от лечения оказывают скорее негативное влияние на активность психотерапевта, а умеренные — положительное. Со­здавая атмосферу безопасности и эмоциональной поддержки в общении с больным, психотерапевт стимулирует появление у него механизма иденти­фикации, способствующего снижению неуверенности, повышению самооцен­ки посредством неосознаваемого заимствования у врача сил, оптимизма и способности к преодолению трудностей. Точное эмпатическое вмешательство психотерапевта в соответствующий момент общения ускоряет лечебный про­цесс благодаря тому, что проясняет пациенту подавляемые или блокируемые психологической защитой существенные переживания. Кроме направленной активации этих переживаний, помощи в их осознании и переработке, психо­терапевт обычно просвещает пациента относительно сути болезни, психоте­рапии и его участия в ней, говорит о необходимости понимать себя и других, учит новым подходам к решению проблем, а также более конструктивному образу жизни, более широкой и гибкой жизненной философии.

Технологическая модель психотерапии интегративного типа, по сравне­нию с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии. В этой модели существенное значение придается применению разнообразных технических приемов и методов психотерапии. Приверженность психотерапевта единой технологической стратегии, совмеща­ющей способы лечебного воздействия на когнитивные, эмоциональные и пове­денческие стороны личности пациента, отличают эту модель психотерапии интегративного типа от простого эклектического подхода. С учетом этого, неза­висимо от формы психотерапии, используются лечебные воздействия, направ­ленные на изменения в разных сферах личности пациента: в познавательной сфере — убеждение, внушение, конфронтация, прояснение (кларификация) и интерпретация малоосознаваемого содержания переживаний; в эмоциональ­ной — катарсис, эмоциональная поддержка, эмпатия; в поведенческой — кор­рективный эмоциональный опыт, подкрепление. Важной особенностью инст­рументально-технологической модели психотерапии является постановка реа­листических и поэтапных лечебных целей, выбор соответствующих им психо­терапевтических методов.

В рамках интегративного движения общее признание получает ряд пси­хотерапевтических принципов, разработанных в различных направлениях психотерапии. Все большее число исследователей и практиков психотерапии обосновывает целесообразность объединения прежде теоретически малосов­местимых принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас». Первый из них явля­ется важным положением психодинамической терапии, акцентирующим цен­ность анализа прошлой жизни пациента и возвращения к первичным ситуа­циям и переживаниям, положившим начало развитию нарушений. Принцип «здесь и сейчас» говорит о необходимости сосредоточить внимание на насто­ящем моменте, актуальных особенностях восприятия, переживания и поведе­ния пациента, при этом переработка материала из прошлой жизни больного происходит также в условиях контролируемого актуального его пережива­ния.

Глубина и конструктивность осознания пациентом психологических при­чин и механизмов имеющихся расстройств зависят от оптимального сочета­ния в психотерапевтической работе принципов «там и тогда» (преимуществен­но когнитивное понимание) и «здесь и сейчас» (эмоциональный аспект осоз­нания). Общим в различных направлениях психотерапии, прежде всего таких противостоявших друг другу в прошлом, как психодинамическое и поведенчес­кое, становится принцип учета в лечебной работе внутренней (интрапсихичес- кие механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации фун­кционирования личности. В этом случае в зависимости от характера терапев­тической ситуации и лечебных задач психотерапевт имеет возможность сме­щать акценты в переработке внутриличностных или межличностных факто­ров. Кроме того, общими для различных направлений психотерапии являются современная ориентация на групповые методы работы, интенсификацию и краткосрочность и учет единства тела и психики, что неизбежно способству­ет развитию интегративных подходов.

При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии на­блюдается определенная последовательность, этапность психотерапевтическо­го процесса: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии; 2) прояснение (пони­мание психотерапевтом и осознание пациентом) причин и механизмов пато­логических стереотипов переживания и поведения и определение психотера­певтических «мишеней»; 3) достижение измененийв когнитивной, эмоциональ­ной и поведенческой сферах личности пациента с последующей редукцией симптоматики (реконструкция системы отношений личности происходит с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конст­руктивные способы переживания и поведения, их принятие и закрепление); 4) окончание курса психотерапии (успешное решение проблемы возможной зависимости от психотерапевта).

Необходимость идентификации интегративных компонентов делает акту­альным использование в процессе психотерапии видеотехники. Анализ видео­записей применения различных методов психотерапии помогает в исследова­нии и поиске факторов, общих и конструктивных для всех психотерапевтичес­ких подходов, в переводе разной терминологии, описывающей лечебный про­цесс, на общепринятый язык.

Хотя интегративная психотерапия получила развитие в последнее деся­тилетие, в предшествующие годы также делались попытки постановки вопро­сов интеграции в психотерапии, росло понимание важности учета в психоте­рапии взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспек­тов функционирования пациента. Внутри единого психотерапевтического подхода целесообразно использование в зависимости от задач этапа лечения определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы нарушенного реагирования пациентов. Различные комплексы из этих методов наиболее детально разработаны в том или ином психотерапевтическом направлении и могут дополнять друг друга. В частно­сти, на одном этапе лечения необходим психодинамический подход, расширя­ющий сферу познания (осознание бессознательного материала), на другом этапе — поведенческий подход, помогающий пациенту выработать новое, бо­лее конструктивное и зрелое поведение.

Давно предпринимались попытки синтезировать психоаналитическую и бихевиористскую теорию. Однако все ограничивалось реинтерпретацией пове­денческих приемов в психодинамических формулировках либо перефразирова­нием положения психоаналитической теории в рамках концепции научения. В последнее время речь идет о разработке психотерапевтических подходов, со­четающих психодинамические и поведенческие методы в интегративной тера­

пии больных. В этом случае психотерапевт при анализе симптомообразования учитывает как интрапсихическую динамику, так и актуальную жизненную си­туацию пациента и обстоятельства, подкрепляющие проявления болезни.

Отмечаются также попытки интегрировать когнитивные и поведенческие подходы в психотерапии. Познавательно-обучающий подход как синтез ког­нитивного и поведенческого направлений в психотерапии, с одной стороны, признает важность интраперсональных факторов в адаптации, а с другой — акцентирует роль переменных окружения, влияющих на феноменологию и функционирование личности больных. Сущность этой новой, интегративной формы психотерапии основывается на следующих предпосылках: 1) челове­ческий организм реагирует не столько на окружающие обстоятельства как таковые, сколько на когнитивные представления о них; 2) эти когнитивные представления функционально связаны с процессами и параметрами научения; 3) большинство человеческих знаний когнитивно опосредованы; 4) мысли, чув­ства и формы поведения каузально взаимосвязаны. Эти положения определя­ют и главные цели психотерапии: перцептуальные навыки, моторные (испол­нительные) навыки, ассоциативные навыки.

Пациента обучают тонкому перцептуальному различению воздействий ок­ружающей среды и внутренней стимуляции (мысли, чувства, образы, биохи­мические изменения и др.). Усвоение этих сложных знаний дополняется тре­нингом развития и критической оценки ассоциаций (в частности, убеждений, ожиданий). Больному дают возможность убедиться в том, что мысли и обра­зы могут играть важную роль в адаптации и феноменологии личности. В зак­лючение пациенту обычно предлагается тренинг исполнительных навыков, расширяющих выбор поведения в регулировании внешних или внутренних воздействий.

Широкое сочетание различных видов психотерапии, прежде всего экзис­тенциальной, используется в одном из новых направлений — психосинтезе, цель которого — гармонизация и интеграция в единое целое всех качеств и функций индивидуума. Нейролингвистическое программирование, междис­циплинарная интегративная концепция психотерапии, предоставляет в распо­ряжение психотерапевта метамодель как поэтапную стратегию психотерапев­тического поведения, расширяющую модель мира пациента и создающую ус­ловия для процесса изменения личности. Предполагается, что данная метамо­дель может использоваться психотерапевтом любой ориентации и на опреде­ленном этапе должна быть интегрирована в лечебный процесс с методами, существующими в уже установившихся видах психотерапии. Личностно-ори­ентированная (реконструктивная) психотерапия как открытая психотерапев­тическая система в последние годы расширяет свои возможности благодаря интеграции некоторых теоретических принципов и приемов поведенческой и гуманистической психотерапии (прежде всего клиент-центрированной психо­терапии и гештальт-терапии). Становление интегративной личностно-ориен­тированной (реконструктивной) психотерапии требует синтеза концептуаль­ных основ психологии отношений, деятельности и общения личности, наруше­ний ее развития и реконструкции. На базе этой интегративной концепции психотерапии возможно включение в данную систему релевантных ей и наи­более эффективных лечебных методов других психотерапевтических ориента­ций.

Таким образом, становление интегративной психотерапии представляет собой движение в направлении концептуального синтеза современных науч­ных теорий личности и ее изменения, а также соответствующих им психо­терапевтических методов.

**:трольный вопрос**



1**.**

**В интегративной психотерапии разрабатываются перечисленные ниже сочета­ния, кроме:**

**О когнитивных и поведенческих методов;**

**© психоаналитических и поведенческих;**

**© нейролингвистического программирования и психоанализа;**

**© личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и геш­тальт-терапии.**

Г л а в а

**СПЕЦИАЛЬНАЯ**

**ПСИХОТЕРАПИЯ**

*Психотерапия в различных областях медицины* ■

*Возрастные аспекты психотерапии* ■

*Психотерапия и фармакотерапия* ■

*Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация* ■

*Транскультурный подход в психотерапии* ■

ПСИХОТЕРАПИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ

***Психотерапия в психиатрии***

В связи с активным развитием психотерапевтической помощи, психоте­рапия находит все большее применение в психиатрии. При этом удельный вес ее в комплексном лечении психических расстройств определяется соот­носительной ролью биологических, психологических и социальных факто­ров в этиологии и механизмах развития заболевания.

Психотерапия при неврозах. Наиболее распространенное представление о неврозах как психогенных расстройствах, в этиопатогенезе, возникновении, развитии и терапии которых определяющая роль принадлежит психическо­му фактору, объясняет адекватность и широкое применение различных ме­тодов психотерапии прежде всего при этой группе заболеваний. Само же со­держание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи различны и опреде­ляются той концепцией, которой придерживается психотерапевт.

В отечественной литературе последнего периода наибольшее число ра­бот посвящено лечению неврозов с позиций личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Согласно этой концепции, невроз пред­ставляет собой психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-пси­хическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Психологический конфликт при этом рассматривается с позиций диалектического единства объектив­ных и субъективных факторов его возникновения и развития, его социаль­ной, нейрофизиологической и психической природы. Основная цель пси­хотерапии — изменение нарушенной системы отношений больного, коррек­ция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходи­мой предпосылкой которой является осознание больным причинно-след­ственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. Это, в свою очередь, требует от психотерапевта глубокого и всестороннего изучения личности больного, эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия его мотиваций, структуры и функци­онирования системы отношений и, следовательно, важнейшего звена эти- опатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологичес­кого состояния.

Развиваясь как отечественный вариант динамической психотерапии, лич­ностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в качестве от­крытой системы предполагает использование в лечении других методичес­ких и технических приемов, не противоречащих основной стратегической цели лечения.

Традиционно личностно-ориентированная (реконструктивная) психоте­рапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейно-суп­ружеской и групповой.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) пси­хотерапия включает 40-60 встреч с пациентом, может проводиться в амбу­латорных (психотерапевтический кабинет) и стационарных (психотерапев­тическое отделение) условиях.

При психотерапии неврозов сохраняют свое значение и современные мо­дели краткосрочной динамической (психоаналитической) психотерапии. Краткосрочные модели динамической психотерапии предполагают сфокуси­рованное воздействие на зоны внутренних противоречий (интрапсихическо- го конфликта) с применением принятых в психоаналитической практике основных элементов психотерапевтической работы: получение материала — выделение конфликтной зоны — обозначение — интерпретация (Урсано, Зоненберг, Лазар).

Другими активно использующимися методами при лечении невротичес­ких состояний являются когнитивная (Бек) и рационально-эмоционально­поведенческая психотерапия (Эллис).

Поведенческие методы, включенные в систему личностно-ориентирован­ной психотерапии, весьма результативны при лечении прежде всего обсес- сивно-фобических расстройств, в особенности изолированных невротичес­ких монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказыва­ются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном неблагопри­ятном его течении.

Некоторые клинические аспекты когнитивно-поведенческого подхода к терапии могут быть проиллюстрированы на примере лечения агорафо­бии. Психотерапевт тщательно исследует природу расстройства и факто­ры, которые вносят вклад в его сохранение. Центральной частью психоте­рапии является та или иная форма десенсибилизации, более эффективной в естественных условиях. Психотерапевт и пациент совместно разрабаты­вают иерархию вызывающих тревогу ситуаций, ранее избегаемых больным. Ситуации упорядочиваются и распределяются от наиболее до наименее уг­рожающих. Поведенческой основой лечения является повторное и систе­матическое погружение в эти ситуации, пока избегание не прекращается, а страх не ослабевает. Когнитивные принципы и методы играют заметную роль в подготовке пациента к этому опыту корректирующего научения.

Психотерапевт может сопровождать пациента на сессиях погружения в ес­тественных условиях, оказывая ободрение, поддержку и социальное подкреп­ление. Эмпатически сочувствуя страдающему агорафобией по поводу диском­форта, который тому придется испытать, психотерапевт тем не менее остает­ся тверд, настаивая на необходимости систематического погружения. Суще­ствует «золотое правило» психотерапии — после того, как пациент вошел в си­туацию, вызывающую страх, он не должен ее покидать, пока тревога не уменьшится. После погружения психотерапевт и пациент обсуждают произо­шедшее. Это позволяет выявить когнитивные искажения, если они имеют место. Например, пациенты с агорафобией склонны обесценивать собственные достижения; нередко достигнутый ими успех они не приписывают собствен­ной способности к преодолению и поэтому их самоэффективность не возрас­тает. Пациентам часто рекомендуется выполнение домашних заданий на по­гружение между сессиями. При этом их просят вести подробные ежедневные записи выполнения заданий. Направляя внимание пациента на его отчеты о собственном опыте, психотерапевт помогает ему приобрести более объектив­ный и уравновешенный взгляд на его проблемы и успехи в лечении.

С учетом роли семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении невро­зов в качестве одной из специфических форм психотерапии в их комплекс­ном лечении применяется семейная психотерапия (Эйдемиллер, Юстицкис). Она направлена на исследование межличностных отношений и имеет сво­ей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенса­цию. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и пр.

В последнее время при лечении неврозов отмечается смещение акцента с индивидуальной психотерапии неврозов к разработке системы групповой психотерапии, которая позволила бы более эффективно восстанавливать на­рушенные отношения личности, играющие роль в патогенезе неврозов, и пе­рестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения — познавательный, эмоциональный и поведенческий.

При неврозах используется широкий спектр методик групповой психоте­рапии: групповая дискуссия, психодрама, пантомима, психогимнастика, про­ективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия и др. Психотера­пия проводится как в открытых, так и в закрытых группах численностью 25-30 (большие группы) или 8-12 человек (малые группы). Чаще всего организуются группы, гомогенные в этиопатогенетическом отношении (оп­ределяющая роль психогенного фактора в развитии заболевания) и гетеро­генные в прочих (форма невроза, пол, возраст, синдром). Практически вряд ли можно говорить о противопоказаниях к групповой психотерапии для больных неврозами, хотя и существует ряд определенных требований по подбору и комплектованию группы (например, не рекомендуется включение в одну группу более 2-3 больных с истерической или ананкастической акцен­туацией характера, тяжелой обсессивной симптоматикой и т. д.; из больных моложе 18 и старше 50 лет более целесообразно создавать гомогенные по возрасту группы). Частота групповых занятий может быть различной — от одного раза в неделю до ежедневных и определяется возможностями и на­правленностью учреждений. Оптимальная длительность занятия 1-1,5 часа.

В то время как личностно-ориентированная психотерапия наиболее пол­но реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению при­чин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при не­врозах, основаны на симптоматических психотерапевтических воздействиях, то есть направленных в большей мере на смягчение или ликвидацию невро­тической симптоматики.

С помощью гипнотерапии можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и других невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические, двигательные и чув­ствительные расстройства и т. д.). При неврозах могут быть использованы различные виды гипнотерапии: мотивированное внушение по Иванову, име­ющее не только симптоматическую, но и в известной мере патогенетическую направленность; удлиненная гипнотерапия Рожнова; длительный гипноз-от­дых Платонова. Могут быть использованы также фракционный гипноз. сту­пенчатый активный гипноз по Кречмеру и др. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен во всех 3 его ста­диях — сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизме. Гипнотерапия при неврозах может проводиться в форме индивидуального и коллективного гип­ноза (точнее, гипноза в группе). Авторы, применяющие гипнотерапию, прак­тически едины в том, что она наиболее показана при истерическом неврозе и в меньшей степени при неврастении и неврозе навязчивых состояний. Под­черкивая хорошо известную высокую лечебную эффективность гипнотера­пии даже при длительных истерических конверсионных моносимптомах, сле­дует указать, что при целевом, особенно рентном характере симптома, она чаще оказывается безрезультатной, ее эффективность целиком определяет­ся установкой на излечение.

В последнее время гипнотерапия в ее классической форме дополнена эриксоновским гипнозом, бoльшая эффективность которого подтверждена многочисленными исследованиями.

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при неврастении (обще­невротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические син­дромы — при более высокой эффективности и случае преобладания симпа­тического тонуса, нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании аутоген­ной тренировки с условно-рефлекторными методами, сексуальные наруше­ния и т. д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженны­ми астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстрой­ствами и с истерическим неврозом. Хорошие терапевтические результаты применения аутогенной тренировки отмечены в амбулаторной практике (стабилизация ремиссий и предупреждение рецидивов неврозов).

При лечении больных неврозами получает распространение методика биологической обратной связи. Вместе с тем результаты лечения этим ме­тодом больных неврозами достаточно противоречивы. При его использова­нии необходимо учитывать такие психологические факторы, как повышение самооценки пациента, самовнушение, плацебо-эффект и др.

Можно согласиться со Свядощем в том, что внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов. Реализуется оно преимуще­ственно у людей с хорошей внушаемостью и, конечно, в значительной мере зависит от степени авторитетности врача. Если прямое внушение эффективно в большей степени при лечении истерических неврозов, то косвенное вну­шение может быть с успехом использовано и при других формах неврозов.

Метод наркопсихотерапии применяется с целью снятия истерических за­фиксированных моносимптомов, для осуществления суггестивных воздей­ствий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками (ходьба, поездки и т. д.), а также при других невротических нарушениях. Курс лечения может состоять из 10-20 процедур, проводимых ежедневно или через день. Из близких к наркопсихотерапевтическим мето­дам при неврозах может использоваться метод применения газовой смеси кислород — закись азота. Методика эффективна при неврозах с фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой. При фобиях на фоне дей­ствия и последействия закиси азота проводят функциональные тренировки, осуществление которых облегчается в этих условиях и особенно результа­тивно в связи с эйфоризирующим и седативным эффектом газовой смеси.

Наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так на­зываемой ареактивной психотерапии. При неврозах конфликтогенной приро­ды методы отреагирования являются лишь симптоматическими, так как, умень­шая эмоциональное напряжение, они никогда не устраняют причин, которые вызвали невроз, и могут поддерживать его существование в дальнейшем.

Выше были перечислены основные методы психотерапии, применяемые при неврозах. Для лечения этой группы заболеваний могут с успехом ис­пользоваться и другие известные методы: катарсическая психотерапия, биб­лиотерапия, арттерапия, телесно-ориентированная психотерапия.

Роль психотерапии при расстройствах личности (акцентуациях характе­ра, патопсихологических развитиях, патопсихологических формированиях и психопатиях) определяется значением психогенных факторов в динамике со­стояния больного. Чем больше их удельный вес в декомпенсации пациента по сравнению с биологической недостаточностью, тем большего успеха мож­но ожидать от психотерапии. До последнего времени существует точка зре­ния об ограниченной эффективности психотерапии при психопатиях. Одна­ко, как отмечает Личко, она может быть несомненно полезной при психопа­тиях как сама по себе, так и в качестве метода, подготавливающего почву для педагогических воздействий. Психотерапевтический подход, начиная с ус­тановления первых же контактов с пациентом, должен ориентироваться на тип психопатии. Так, при преобладании гипертимных проявлений пациент идет на контакт, если чувствует доброжелательное отношение к себе, инте­рес к своим проблемам; при аффективной неустойчивости предпочтитель­нее директивный стиль психотерапии и т. д. В последнее время при психо­патиях все чаще применяется групповая психотерапия, и многие авторы под­черкивают, что она позволяет пациентам лучше оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально-непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации, продемонстрировать реакции группы на их поведение; конфронтация этих больных с лицами, имеющими аналогичные проблемы, позволит сделать первых более восприимчивыми к лечению и добиться большей их социализации, нивелировки характерологических от­клонений. Главное, чего позволяет добиться групповая психотерапия при психопатиях, — это научить предвидеть последствия своего поведения и кор­ректировать его в конкретных условиях. Рекомендуется проводить лечение пациентов с психопатиями в малых группах (лучше всего объединяя их с больными неврозами и другими пограничными состояниями). Применяют­ся дискуссионные формы и иные техники.

Исследования Кулакова также посвящены перспективам использования групповой психотерапии у подростков с пограничными психическими рас­стройствами, прежде всего с ситуационно-обусловленными нарушениями поведения на фоне акцентуации характера. Им рассматриваются цели, зада­чи, показания к групповой психотерапии, подбор пациентов в группы и их типы, групповой процесс и динамика, формы проведения занятий, механиз­мы лечебного действия групповой психотерапии у данного контингента па­циентов. Групповая психотерапия направлена на повышение самооценки, тренировку механизмов купирования патогенных воздействий, приходящих­ся на область наименьшего сопротивления каждого типа акцентуации харак­тера, на усиление чувства ответственности за свое поведение, поиск путей для семейной реадаптации, расширение временнoй перспективы, разруше­ние неадекватных механизмов психологической защиты.

Большой интерес представляет опыт использования при психопатиях «клинической психотерапии творчеством» (Бурно). Терапия творческим са­мовыражением, глубоко индивидуализированная, основанная на тонком зна­нии особенностей психопатической личности, ее структуры, клинического состояния, включает в себя создание творческих произведений (на заняти­ях живописью, скульптурой, художественной фотографией), общение с при­родой и др. Бурно указывает на три лечебных фактора при психотерапии данным методом: 1) возвращение собственной индивидуальности; 2) катарсис; 3) возникновение контактов, общение с другими людьми благодаря своему творчеству. Психотерапия осуществляется в индивидуальной, чаще в группо­вой форме. По данным автора, особенно показана она пациентам с психасте­нической, истерической и некоторыми другими видами психопатий и акценту­аций характера.

Важное значение при психопатиях приобретает семейная психотерапия (Эйдемиллер, Юстицкис). Указывается на две фазы психотерапевтическо­го процесса: регистрирующую (получение сведений о больном и его семье, для чего используются как клинический метод, так и специальные психоло­гические исследования) и реконструктивную. Психотерапевтическая рабо­та осуществляется в форме индивидуальных и групповых занятий.

Психотерапия при ситуационных реакциях получает широкое распростра­нение при работе с лицами, оказавшимися в кризисных ситуациях. Целью те­рапевтической кризисной интервенции является активное преодоление изме­ненной жизненной ситуации; для проведения терапевтической интервенции необходимы немедленная клиническая и психологическая диагностика, осво­бождение от эмоциональной нагрузки, переработка лишь актуальной пробле­матики, доверие к пациенту и понимание его. Наряду с краткосрочной интен­сивной индивидуальной психотерапией, адекватной задачам, вытекающим из кризисной ситуации, в частности сопровождающейся суицидальной попыткой, описаны различные методы групповой психотерапии. Показаниями к группо­вой психотерапии суицидентов служат реально возникшая изоляция или субъективное чувство одиночества, проблемы с установлением межличностных контактов или неудовлетворенность ими, трудность аффективного самоконт­роля, чувство собственной неполноценности, заниженная или неадекватная са­мооценка. Указанные проявления сопровождаются несоответствующими, от­вергаемыми обществом формами поведения. Суициденты обычно включают­ся в состав уже работающей группы больных неврозами, преневротическими состояниями и лиц с трудностями общения, составляя до 30% от общего коли­чества (10-12 человек). Занятия проводятся один раз в неделю, используют­ся вербальные и невербальные методики. Суициденты принимают также уча­стие в работе клуба бывших пациентов.

В схематическом плане значимость и соотношение биологических, психо­логических и социальных воздействий при пограничных психических рас­стройствах (в свою очередь, определяемых соотношением биологических, пси­хологических и социальных звеньев их патогенеза) могут быть представлены следующим образом: устранение или смягчение их клинических проявлений на начальном этапе лечения с помощью оптимального сочетания биологичес­ких и психосоциальных воздействий — осознание пациентом психосоциаль­ных механизмов болезни и реконструкция нарушенных отношений личности в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии — восстанов­ление полноценного социального функционирования на заключительном эта­пе лечения при доминирующей роли собственно социально-педагогических воздействий.

Психотерапия в медицине катастроф. Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого числа людей, внося де­зорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий.

Под экстремальными условиями в этих случаях понимают ситуации, опас­ные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обус­ловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями. Любые экстре­мальные воздействия расцениваются как катастрофические тогда, когда они приводят к значительным разрушениям, вызывают смерть, ранения и страда­ния большого числа людей. Всемирная организация здравоохранения опреде­ляет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся не­предусмотренной серьезной и непосредственной угрозой общественному здо­ровью.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиническими нарушениями, развивающимися в обычных ус­ловиях. Однако есть и существенные различия (Александровский). Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях психические расстройства одномомен­тно возникают у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального, как при обычных психотрав­мирующих обстоятельствах, характера и сводится к небольшому числу доста­точно типичных проявлений. Особенностью является также и то, что, несмот­ря на развитие психогенных расстройств и длящуюся опасную ситуацию, по­страдавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близ­ких и окружающих.

Острые и сильные травмирующие воздействия обычно связаны с ситуа­циями катастроф, стихийных бедствий, при которых возникает страх за свою жизнь и за здоровье и жизнь близких людей. Одна из главных характерис­тик таких травм состоит в том, что они неактуальны для личности и не свя­заны с особенностями преморбида. Ситуация испуга затрагивает преимуще­ственно эмоциональную сторону и сопровождается интенсивной личностной проработкой, реакция возникает как бы рефлекторным путем.

Реактивные состояния, развивающиеся при стихийных бедствиях и ка­тастрофах, относятся к большой группе психогенных расстройств, среди ко­торых выделяют невротические и патохарактерологические реакции, невро­зы и реактивные психозы.

Все пациенты с психотическими расстройствами после оказания им пер­вой врачебной помощи направляются в медицинский отряд и по возможно­сти эвакуируются. Пострадавшие с психогенными расстройствами, нужда­ющиеся в отсроченной медицинской помощи, помещаются в учреждения, развернутые в районе катастрофы (специализированные психиатрические отделения, больницы, госпитали и др.).

С момента начала спасательных работ, наряду со скорой и неотложной психиатрической помощью, оказываемой преимущественно специализиро­ванными и достаточно мобильными психиатрическими бригадами, рекомен­дуется организовать психиатрические (психотерапевтические) кабинеты или отделения в развертываемых в зоне катастрофы или стихийного бедствия по­ликлиниках и стационарах, куда могут обратиться как пострадавшие, так и, в случае необходимости, участники спасательных и восстановительных ра­бот. Эти подразделения выполняют функции отделений для диагностики и кратковременного лечения (на протяжении нескольких дней) лиц с погра­ничными формами психических расстройств. При этом необходимо предус­мотреть возможность как полной, так и частичной госпитализации лиц, нуж­дающихся в психиатрической (психотерапевтической) помощи.

По мере разрешения опасной для жизни ситуации и снижения вероятнос­ти развития реактивных психозов все более важной становится организация психотерапевтической работы среди населения, в лечебных учреждениях пост­радавшего района, а также в местах эвакуации. К этой работе необходимо при­влекать врачей территориальных психоневрологических и общемедицинских учреждений.

При реакциях адаптации и многих начальных невротических расстрой­ствах целью любых психиатрических и медико-психологических воздействий является профилактика (первичная и вторичная) психической дез-адаптации, психических и психосоматических заболеваний. Специального лечения у спе­циалиста при этом не требуется: его консультация необходима лишь для диф­ференциально-диагностической оценки состояния. В этих случаях наряду с устранением дополнительных травмирующих воздействий могут использо­ваться психокоррекция, когнитивно-поведенческая и некоторые другие виды психотерапии. Иногда необходимы кратковременный отдых, физиотерапия, рефлексотерапия. По специальным показаниям назначаются препараты груп­пы адаптогенов, актопротекторов и ноотропов, оказывающие в рассматрива­емых случаях патогенетическое лечебно-профилактическое действие, а также транквилизаторы и психостимуляторы.

При невротических реакциях основной целью лечения является купирова­ние тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и де­ятельности в условиях сохраняющейся психогении. Для этого используют транквилизаторы, антидепрессанты с универсальным успокаивающим дей­ствием и психотерапию. Наиболее эффективным психотерапевтическим мето­дом в этих случаях является, как показывает опыт, когнитивная психотерапия. Метод учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих по­требность рассказать об обстоятельствах катастрофы, наиболее страшных и значительных для них сценах и событиях. Активные расспросы, доброжела­тельное и внимательное выслушивание, «проговаривание» наиболее неприят­ных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение, структури­ровать эмоции и активизировать целенаправленную деятельность пострадав­ших.

При относительной стабилизации ситуации психиатрическая и медико­психологическая помощь оказывается главным образом тем, кто за ней обра­щается. В этот период к работе привлекаются территориальные звенья специ­ализированной психиатрической помощи (стационары, диспансеры, психоте­рапевтические кабинеты и др.). Затяжные реактивные психозы требуют ста­ционарного лечения.

В психотерапевтической работе с пострадавшими при катастрофах и сти­хийных бедствиях, находящимися в состоянии психической дезадаптации, мо­гут применяться методы двух классов: личностно-ориентированная (реконст­руктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова и с преиму­щественно симптоматической направленностью.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия использу­ется в индивидуальной и групповой формах. Ее общая цель — изучение лич­ности пациента (включая процесс самопознания), осознание и коррекция на­рушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоцио­нальных и поведенческих реакций, затрудняющих его полноценное психоло­гическое и социальное функционирование.

Еще одна группа методов, направленных на устранение явлений психичес­кой дезадаптации, имеет своим основанием симптоматические психотерапев­тические воздействия (суггестивная, поведенческая психотерапия и др.). К ним относятся прежде всего внушение и самовнушение: внушение наяву, в состоя­нии наркотического и гипнотического сна; методы самовнушения включают аутогенную тренировку в ее многочисленных вариантах, самовнушение по Куэ и др.

Единым принципом проведения психотерапии в случаях психической де­задаптации пострадавших при стихийных бедствиях, клинически выражаю­щейся в различных формах пограничных нервно-психических и психосомати­ческих расстройств, является дифференцированное сочетание методов преиму­щественно симптомо-, личностно- и социоцентрированной направленности.

Неразрывная динамическая взаимосвязь факторов биологической, психо­логической и социальной природы в механизмах психической дезадаптации у пострадавших во время стихийных бедствий и катастроф определяет комплек­сный характер воздействий для ее преодоления.

Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий предопределяют ситуацию относительно продолжи­тельного пребывания пострадавших в условиях полной изоляции от внеш­него мира. На первом этапе наиболее оптимальной формой психотерапевти­ческой помощи пострадавшим является информационная психотерапия (Яц- ков и др.). Она применяется в экстренном порядке. Ее целью является пси­хологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т. д.). Руководят и осуществляют психотера­пию на первом этапе специалисты территориального центра медицины ка­тастроф. Эта работа проводится психотерапевтами, психиатрами, психоло­гами или подготовленными по специальной программе врачами других ме­дицинских специальностей. Сеансы информационной терапии реализуются через систему звукоусилителей (информация о том, что окружающий мир устремился на помощь и делает все, чтобы она пришла как можно быстрее). Находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, так как это одно из главных средств к их спасению; оказывать себе в случае необходи­мости и по возможности самопомощь. Пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опас­ному для них смещению обломков; максимально экономить свои силы: нахо­диться с закрытыми глазами. Это приблизит к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил. Надо рекомендовать медленное дыхание, неглубоко и через нос, для экономии влаги и кислорода в организме и кис­лорода в окружающем воздухе; использование приемов аутотренинга для снятия внутреннего напряжения и нормализации пульса и артериального давления, самодисциплина. Высвобождение из «плена» займет времени боль­ше, чем хочется потерпевшим («будьте мужественными и терпеливыми, по­мощь прорывается к Вам»).

Целью информационной терапии является также нивелировка и умень­шение чувства страха у пострадавших, так как известно, что в кризисных си­туациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального раз­рушительного фактора. Во время спасательных работ в зоне катастроф, сти­хийных бедствий должны быть категорически запрещены паническая суета, возгласы безнадежности, крики, плач, приводящие, как установлено, к сни­жению темпа и качества аварийно-спасательных мер.

Отдельной группой, к которой применяется психотерапия в условиях чрез­вычайных ситуаций, являются родственники живых и погибших, находящих­ся под завалами. Для них применим весь комплекс психотерапевтических ме­роприятий: поведенческая психотерапия и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций; экзистенци­альные приемы и методы, имеющие своей целью принятие ситуации утраты, устранения душевной боли, поиск психологических ресурсов, необходимых для дальнейшей жизни.

Психотерапия в ряде случаев необходима и спасателям. К ним применяется также весь комплекс психотерапевтических воздействий, предусмотренных программой психофизиологического обеспечения, при необходимости — на фоне медикаментозной терапии. В зависимости от выраженности симптома­тики применяются транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики.

Психотерапия при психозах. Психотерапия, особенно адекватная в случае психогенных расстройств, прежде всего в групповых ее формах, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. На значение пси­хотерапии в лечении психозов указывали такие известные отечественные пси­хиатры, как Корсаков, Каннабих, а в более позднее время Кабанов, Дмитрие­ва, Казаковцев, Вид, Коцюбинский и др. Основная литература по данной про­блеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Холмогорова, Бабин, и др.). При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий.

В настоящее время многими специалистами разделяется положение о том, что методами психотерапии можно стабилизировать антипсихотическое дей­ствие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эф­фект, а также в случае уменьшения эмоционально-аффективного напряжения психотических пациентов методами психотерапии снизить дозировки психо­тропных препаратов.

Эффективность психотерапии пациентов с острыми психотическими со­стояниями сомнительна, а у вновь поступивших в стационар больных резуль­таты обычно негативны.

Вопрос о показаниях и противопоказаниях к групповой психотерапии, ко­торая в настоящее время чаще всего используется при психозах, разными ав­торами решается по-разному. Существует мнение, что не должно быть ника­ких ограничений для участия пациентов в группе и в то же время указывает­ся, что предварительный отбор необходим (не рекомендуется включать в группу острых психотических больных, с выраженной степенью слабоумия, агрессивности, тревожности и т. п.).

Говоря о прогнозе психотерапии в психиатрической клинике, Х. Вайзе от­мечает, что если успех ее в решающей степени зависит от того, насколько диф­ференцированно удалось при диагностике определить исходную ситуацию па­циента, индивидуальные условия жизни, возможности, социальное положение, особенности его личности, то перевод психотерапевтической работы в повсед­невную жизнь (а таково важнейшее условие ее эффективности) зависит от структурно-организационных рамок, в которых психотерапия осуществляет­ся. Психотерапию, начатую в стационаре, необходимо продолжать, и достаточ­но длительное время, в амбулаторных условиях (дневные и ночные лечебные учреждения, клубные формы, «защищенные» учреждения для работы и жилья и т. д.).

Отечественные и другие авторы, рассматривающие шизофрению как орга­нический мозговой процесс или признающие ее генетическую обусловлен­ность, вместе с тем отмечают, что ее клиническая картина не только склады­вается из симптоматики, определяемой самим патологическим процессом, но и включает в себя в большей (например, при малопрогредиентных формах шизофрении) или меньшей степени различные феномены личностно-психоло­гической природы.

Современные представления о развитии шизофрении предполагают вза­имодействие трех элементов патологического процесса: а) биологической ре­активности; б) психологических ресурсов, определяющихся объемом усвоен­ных пациентом в процессе индивидуального развития способов реагирова­ния на различные стрессовые ситуации; в) социальных ресурсов, зависящих от уровня стрессогенности (агрессивности) микросоциальной среды. Соотно­шение индивидуальных и социальных ресурсов, противодействующих био­логическим детерминантам заболевания, определяет возможность устранения или компенсации развивающихся болезненных нарушений.

Большинство современных исследователей разделяют мнение о том, что психотерапия больных шизофренией имеет принципиальные отличия от пси­хотерапии непсихотических расстройств. Психотерапия психозов должны быть релевантна не «модели личности», на которой базируется психотерапия невро­тических нарушений и в которой наибольшее значение имеют субъективные переживания пациента, а «модели болезни». Модель болезни предполагает, что симптом является прежде всего следствием церебральной патологии и личнос­тные механизмы (интрапсихический конфликт, актуализация механизмов па­тологической психологической адаптации, когнитивные нарушения) выполня­ют лишь патопластическую роль.

Существенные отличия психотерапии невротических и других погранич­ных расстройств от психотерапии шизофрении касаются целой системы фак­торов, отличающих психотическое состояние от невротического, к которым относятся отсутствие возможности адекватно воспринимать и реагировать на стимулы внешней среды; границы между миром субъективных переживаний и объективной реальностью; способности воздействовать на реальность, ис­ходя из актуальных потребностей и перспективных целей; к переживанию и накоплению индивидуального опыта; отсутствие эффективных и социально приемлемых способов переработки отрицательных эмоций; негибкая само­оценка.

С учетом этих отличий психотерапия при шизофрении, в первую очередь, должна быть направлена на снижение сенситивности больного по отношению ко многим стимулам и снижение уровня стресса в окружающей пациента сре­де. В качестве терапевтических целей могут рассматриваться: 1) предупрежде­ние обострения болезни; 2) редукция позитивной симптоматики; 3) компенса­ция дефекта.

Предупреждение обострений предполагает уменьшение резкого нарушения церебральных функций. В первую очередь — снижение значительных соци­альных последствий для пациента, которые обусловлены не только нарушени­ем психических функций и социального функционирования в наиболее важ­ных сферах, но и явлений стигматизации, негативного выделения пациента в обществе с последующим стереотипом социального реагирования на него. Больной шизофренией сталкивается с паттерналистским отношением со сто­роны медицинского персонала, агрессивно-пренебрежительным или гиперпро- тективным отношением со стороны здоровых членов семьи, а также всевоз­можными социальными ограничениями, связанными с трудоустройством и реализацией гражданских прав. Это приводит к непризнанию у себя душев­ного расстройства с отказом от лечения, а в случае признания себя больным — к требованию от окружения особо бережного отношения к себе (по механиз­му «вторичной выгоды» от болезни). И первый, и второй тип отношения к бо­лезни становится препятствием на пути лекарственного лечения, психотера­пии и реабилитации.

Негативное отношение к пациенту с психическим расстройством обуслов­лено опытом реальных обстоятельств — психическое заболевание действи­тельно несет принципиальную опасность для окружающих, а общение с ду­шевнобольным человеком обременительно и чревато неприятными неожи­данностями для ближайшего окружения. Эта нагрузка, связанная с контак­том или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по принципу обратной связи отрица­тельно сказывается на самом пациенте (Зайцев). В связи с этим психотера­певтические программы для больных шизофренией должны включать ме­роприятия, направленные на адаптацию микросоциальной среды к пациен­ту в большей степени, чем при лечении пограничных расстройств.

Психотерапия в первую очередь показана при малопрогредиентной ши­зофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпро­цессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом (резидуаль­ная шизофрения). Методы, содержание психотерапии определяются своеоб­разием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приоб­ретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и био­логической терапии.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предот­вращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная актива­ция и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болез­нью и лечением; формирование критического отношения к болезни и де­зактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихоти­ческого действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма, кото­рый нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных. Большинство психиатров, признающих психоге­нетическую природу шизофрении, неправомерно придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания. Широкому распростране­нию индивидуальной аналитической психотерапии препятствовали ее тру­доемкость, длительность и высокая стоимость, поэтому гораздо чаще ис­пользуются групповые формы психотерапии — групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая, рационально-эмоциональная психотерапия и др.

В отечественной литературе также представлен опыт применения психо­терапии при шизофрении. Воловик и его сотрудники в известной мере ус­ловно и схематически выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогредиентных формах шизоф­рении.

Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, соци­альная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помо­щью групп творческой активности (арттерапия, музыкотерапия, проектив­ный рисунок и др.), с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм пове­дения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используют­ся, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки пове­дения.

Третий уровень задач (достижение правильного представления о болез­ни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптими­зация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуника­тивной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответ­ствует методика свободных вербальных дискуссий. Согласно авторам, раз­личные формы могут применяться последовательно, одновременно или из­бирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологи­ческих и социальных представлений о больном и болезни.

Дальнейшим развитием указанных выше положений явилась разрабо­танная Видом раскрывающая реконструктивная психотерапия больных ма­лопрогредиентной шизофренией с определением ее мишеней и типов вме­шательства. К числу мишеней психотерапевтической коррекции при дан­ном заболевании автор относит искажения восприятия важнейших моти­вационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни. В качестве основных типов вмешательства в раскрывающей реконструктивной психотерапии указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация. Дана содержа­тельная характеристика каждого из указанных феноменов. Разработанный метод может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах.

При более выраженной прогредиентности шизофренического процесса, решение психотерапевтических задач возможно только при одновременном применении коммуникативных техник. К ним относятся: 1) демонстрация психотерапевтом своей надежности, предполагающей безусловное положи­тельное принятие пациента и отношение к нему как к равному в мораль­но-этическом смысле, а также демонстрирование эмоциональной искренно­сти; 2) использование активной рациональной психотерапии, направленной на разъяснение различных аспектов заболевания и лечения, в том числе объяснение действия лечебных методов и механизмов, а также побочного дей­ствия психофармакологических препаратов; 3) толерантное отношение к бредовым высказываниям пациента и другим проявлениям психического за­болевания; 4) стремление к активному контакту и обсуждению переживаний.

При реализации одной из основных задач психотерапевтического вмеша­тельства — достижения и стабилизации ремиссии — психотерапевтическая работа (совместно с клиническим психологом) должна быть направлена на решение следующих терапевтических целей: формирование и поддержание лекарственного комплаенса (готовность пациента участвовать в психофар­макологическом лечении); работа с семьей для редукции стресса, связанно­го с фактом заболевания и его проявлениями, создание позитивной терапев­тической перспективы; формирование позитивной установки пациента и родственников на участие в психотерапии и реабилитационных мероприя­тиях.

Важным элементом психотерапевтической программы в лечении боль­ных шизофренией является применение методов семейной психотерапии, которая предполагает выработку позитивного подхода и достижение рабо­чих отношений между психотерапевтом и членами семьи, обеспечение устой­чивой структуры и стабильности функционирования семьи, улучшения ком­муникации между членами семьи. Наиболее эффективными в работе с та­кими семьями являются методы когнитивно-поведенческой и системной се­мейной психотерапии.

Указывая, что социальная изоляция семьи больного шизофренией явля­ется наиболее важным фактором, влияющим на снижение качества его жиз­ни (Коцюбинский, Зайцев), предлагают использовать специальные семейные задания, направленные на поддержание и развитие основных типов семей­ных контактов: 1) межличностные контакты рекреативного типа с целью от­реагирования негативных эмоций; 2) социальные контакты, имеющие сво­ей целью стимулирование тех интересов, которые могут снизить тотальную вовлеченность семьи в жизнь пациента и заболевание; 3) рабочие и профес­сиональные контакты, которые создают условия для развития личной ком­петенции и востребованности.

Для преодоления стигматизации семьи полезно ее участие в специаль­ных образовательных программах, направленных на улучшение комплаен­са, обучение распознаванию и преодолению стрессовых ситуаций, способ­ствующих обострению; выявление симптомов пререцидивного периода; обучение стратегиям эффективного семейного копинга, а также использо­вание сети социальной поддержки. Эти программы реализуются как инди­видуально, так и в закрытых группах численностью 4-6 человек. Занятия проводит бригада специалистов в составе врача-психиатра, врача-психоте- рапевта, клинического (медицинского) психолога и специалиста по социаль­ной работе. Образовательный процесс включает определенную последова­тельность: от формулировки проблемы и ее понимания к тренингу навыков и далее к применению выработанных навыков в повседневной жизни.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет ис­пользовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, нео­днородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образова­нию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту. Числен­ность группы 6-14 человек (К. Вайзе).

Поскольку важной клинико-экономической задачей является максималь­ное сокращение времени пребывания больного в отделении, во многих слу­чаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение па­циенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в подобных груп­пах больных психозами должно быть более активным и директивным, чем в группах больных неврозами, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексии (Дамбровский). В группах больных шизофренией и иными психозами психотерапевт должен взять на себя большую ответствен­ность за события, происходящие в группе, предпочтительна его активная позиция.

Литература, посвященная применению психотерапии при эндогенных депрессиях, противоречива и во многом определяется теоретическими пози­циями, касающимися механизмов развития заболевания. В то время как ис­следователи, признающие соматогенную природу эндогенных депрессий, весьма скептически рассматривают возможную эффективность психотера­пии при этих заболеваниях, психиатры психодинамической, экзистенциаль­ной и других ориентаций, напротив, считают ее необходимой, а некоторые авторы — ведущим методом лечения.

Возрастающий интерес к групповой психотерапии депрессивных состоя­ний в настоящее время объясняется, во-первых, увеличением числа таких боль­ных и, во-вторых, патоморфозом заболевания, увеличением числа стертых, атипично протекающих депрессивных расстройств, характеризующихся за­тяжным, часто неблагоприятным течением. При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что, хотя психо­терапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, измене­нию представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработ­ке более адекватных жизненных планов (Днепровская). Групповая психотера­пия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрес­сиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Противорецидивный эффект, достигаемый с помощью психотерапии при депрессии, весьма скромен. Чем острее состояние больного, тем меньше пока­заны приемы раскрытия переживаний раннего детства и проработка «вторич­ных выгод» от заболевания. Среди отдельных методов психотерапии наилуч­шим образом зарекомендовали себя в комплексе с фармакотерапией когнитив­ная психотерапия Бека, интерперсональная психотерапия Клермана и Вейс- сман.

Вовин отмечает, что при терапевтически резистентных затяжных деп­рессивных состояниях, помимо истинной резистентности, связанной с ин­дивидуальными особенностями фармакокинетики (всасывание, распределе­ние, метаболизм, выделение), а также особенностями психопатологического процесса, существенное значение в некоторых случаях могут приобретать тормозящие влияния личностно-психогенных образований. Эти больные нуждаются в одновременно проводимой квалифицированной психотерапии.

В лечении депрессивных расстройств применяются методы основных на­правлений психотерапии. Цели и приемы вытекают из теоретических концеп­ций, на базе которых они сформировались.

В случае психодинамической терапии выделяют следующие важнейшие психические проявления, подлежащие исследованию и коррекции: самооцен­ка, самообвинение, разочарование, чувство утраты, нарциссизм, отрицание скрытого гнева и др. Классический психоанализ при выраженной депрессии не показан.

При недирективной психотерапии больной высказывает свои мысли и чув­ства, а психотерапевт, не навязывая своих интерпретаций, помогает пациен­ту разобраться в себе. Важным условием лечения является эмпатия — умение психотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его гла­зами. Основное внимание направлено на текущую ситуацию.

Различные варианты когнитивной психотерапии направлены на устране­ние иррациональных идей, высказываемых больными депрессией. Они более эффективны у больных депрессией по сравнению с психодинамическим под­ходом.

Интерперсональная психотерапия (Клерман, Вейссман) улучшает соци­альную адаптацию больных и межличностные контакты, уменьшает скрыт­ность больных, дает им возможность выразить свои мысли и чувства. Пока­зано, что интерперсональная психотерапия некоторых проявлений депрессии, например, социальной дезадаптации, способна так же эффективно ее умень­шать, как и лекарственная терапия.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Наиболее эффективен при лечении зафиксированных истерических моносим­птомов метод:**

**О биологической обратной связи;**

**© когнитивной психотерапии;**

**© наркопсихотерапии;**

**© аутогенной тренировки.**

2**.**

**Психотерапия, наиболее показанная при затяжных формах неврозов:**

**О суггестивная;**

**© эмоционально-стрессовая;**

**© поведенческая;**

**© личностно-ориентированная (реконструктивная).**

3**.**

**Непосредственный симптоматический эффект у больных с изолированными фобиями может быть достигнут быстрее под влиянием психотерапии следую­щего вида:**

**О гуманистической; © поведенческой;**

**© психодинамической; © суггестивной.**

4**.**

**Основными задачами психотерапии при шизофрении являются следующие, кроме:**

**О предотвращения изоляции больных в обществе и аутизации;**

**© социальной активизации и смягчения реакций больных на ситуации, свя­занные с болезнью и лечением;**

**© значительного уменьшения психопатологической симптоматики;**

**© потенцирования антипсихотического действия биологических методов лечения.**

5**.**

**Наиболее эффективен при реакциях на стресс невротического регистра следу­ющий вид психотерапии:**

**О суггестивная;**

**© краткосрочная динамическая;**

**© когнитивная;**

**© гуманистическая.**

6**.**

**При депрессивных расстройствах наиболее эффективен следующий метод пси­хотерапии:**

**О аутогенная тренировка;**

**© гештальт-терапия;**

**© интерперсональная психотерапия Клермана—Вейссман;**

**© поведенческая психотерапия.**

***Психотерапия в наркологии***

Психотерапия в настоящее время считается основным методом лечения больных алкоголизмом. Значителен вклад в лечение алкоголизма с помощью психотерапии отечественных ученых прошлого — Токарского, Вяземского и особенно Бехтерева, развившего предложенный Вяземским метод коллектив­ной гипнотерапии алкоголиков. В лечебную триаду Бехтерева, принципиаль­но сохранившую свое значение до настоящего времени, входило убеждение в состоянии наяву, мотивированное внушение в состоянии гипноза, продолжа­ющее темы психотерапевтических бесед с больными, самовнушение и самоут­верждение пациента.

Традиционным для лечения хронического алкоголизма является примене­ние различных вариантов психотерапии, в основе которых находится суггес­тивная психотерапия. Как правило, суггестивные методы воздействия приме­няются в сочетании с элементами рациональной психотерапии, трудотерапии, методиками поведенческой психотерапии и рядом вспомогательных методов (библиотерапия, арттерапия и др.)

Гипносуггестивные программы в нашей стране активно применялись из­вестными психиатрами и психотерапевтами (Бехтерев, Либих, Буль, Рожнов, Макаров, Валентик).

Однако в связи с прогрессом в психотерапии и существенным влияни­ем социокультурных факторов значимость психотерапевтических программ, в основе которых находится гипнотерапия, стала снижаться. Современным развитием суггестивных подходов является нейролингвистическое програм­мирование, эриксоновский гипноз, «кодирование», «программирование».

До настоящего времени продолжаются попытки использования в тера­пии алкоголизма аутогенной тренировки. Целью ее является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэто­му используется как важный компонент терапии алкоголиков в качестве ак­тивного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания (Фила­тов).

Для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, которые обычно испытывают лица, страдающие алкоголизмом в состоянии абстиненции (в том числе и достаточно длительной), используются методы поведенческой терапии — систематическая десенсибилизация и др. При ле­чении алкоголизма применяются также и другие методы поведенческой пси­хотерапии. К ним относится, в частности, тренировка самоконтроля. В каче­стве такой методики можно рассматривать применявшуюся в 50-х годах про­шлого века попытку обучения пациентов контролируемому употреблению алкоголя. Пациент обучался определять уровень алкоголя в крови по появ­ляющимся у него на лице пятнам или чувству оцепенения. У него была воз­можность сравнивать свое самочувствие с записанной на видеомагнитофоне реакцией. Применялся также электрошок, когда пациент пил чересчур боль­шими глотками, большими порциями или когда содержание алкоголя в кро­ви превышало определенный уровень. Другие поведенческие методы, состо­ящие в обучении альтернативному поведению (работа над снижением пози­тивной ценности пития и тренировка супружеской пары), находят примене­ние в большинстве терапевтических программ.

Из различных вариантов коллективной психотерапии алкоголиков, широ­ко использовавшейся Бехтеревым, наибольшее признание получил метод Рож­нова, разработанный на основе концепции эмоционально-стрессовой психоте­рапии. Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапев­тические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе (после-

дний проводится по предложенной автором методике удлиненных — не менее 1-1,5 часа — сеансов гипнотерапии). В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя.

В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель аверсивной те­рапии алкоголизма — добиться полного отказа от алкоголя посредством вы­работки тошнотно-рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию (апо- морфин, эметин, отвар баранца и др.), с препаратами, приводящими к задер­жке дыхания или в сочетании с болезненной электростимуляцией. Еще в 1915 г. Бехтерев предлагал примешивать к алкогольным напиткам вещества, вызывающие отвращение, подчеркивая условно-рефлекторную сущность ме­тодики. В 1933 г. на основе этой идеи Случевским и Фрикеном была предло­жена методика, в которой прием алкоголя сочетался с подкожными инъекци­ями апоморфина. Предлагались и другие методы, основанные на выработке условной тошнотно-рвотной реакции в ответ на запах и вкус алкоголя. В ме­тодике Канторовича прием алкоголя сочетался с болевым воздействием элек­трокожных раздражителей. Существуют и другие методы аверсивной терапии, используемые при лечении алкоголизма, — вербальная аверсивная терапия, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помо­щью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией, аверсивная те­рапия по Буренкову - сочетание приема алкоголя со смесью масел, обладаю­щих выраженным рвотным действием, или пероральным применением эмети­на.

Большая часть методов терапии больных алкоголизмом (гипнотерапия, апоморфинотерапия, аутотренинг и др.) применяется в группах, что способ­ствует повышению эффективности лечебного воздействия.

Основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современ­ном этапе, как отмечают Гузиков, Ерышев, является ее эволюция от гетеро- и аутосуггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к ал­коголю, от разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повы­шение социально-психологической адаптации пациента и в результате этого — отказ его от употребления алкоголя. Учитывая роль психосоциальных факто­ров в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации алкоголизма, важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести групповой пси­хотерапии. Нежелание человека, страдающего алкоголизмом, признать себя больным, некритичность, невозможность правильно оценить отрицательное влияние пьянства на личную и семейную жизнь, социальные отношения, про­изводственную деятельность, отсутствие установки на полное воздержание от употребления алкоголя, неспособность пациента самостоятельно выработать правильный путь трезвеннической жизни, неадекватное представление о себе рассматриваются в качестве основных объектов воздействия групповой психо­терапии при алкоголизме.

В исследованиях отечественных авторов, как и во многих зарубежных ра­ботах, подчеркивается, что групповая психотерапия при алкоголизме обычно включена в более широкую программу лечебно-восстановительных воздей­ствий: купирование похмельного синдрома и последствий интоксикации путем использования медикаментозных и общеукрепляющих средств, индивидуаль­ная психотерапия (рациональная, гипноз и др.), поддерживающая психотера­пия, трудотерапия, культурно-развлекательные мероприятия и т. п. Что каса­ется форм групповой психотерапии, то при алкоголизме основу ее составля­ют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием до­полнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых си­туаций, проективный рисунок и др.).

Дифференцируя цели групповой психотерапии при алкоголизме на зада­чи первого (изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной ано- зогнозии) и второго этапов (коррекция интрапсихических и межличностных проблем), для их решения привлекают различные методики. Вначале это дискуссионные формы психотерапии (в том числе биографически-ориенти- рованные занятия), лекции и др., затем наряду с дискуссией используются проективный рисунок, разыгрывание ролевых ситуаций, пантомима, пове­денческие приемы. Сочетание последних является более адекватным для воз­действия на механизмы психологической защиты, анализ истинных мотивов поведения, идентификацию больными своих эмоциональных состояний, вы­деление способов межличностного поведения, повышение адекватности пред­ставления о себе.

Особенностью групповой психотерапии при алкоголизме является нали­чие в ней выраженного компонента рациональной психотерапии.

Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, спо­собствуя улучшению взаимоотношений между ними, создает наиболее благо­приятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, нахождения пу­тей разрешения конфликтных ситуаций как связанных, так и не связанных с алкоголизмом. Важным элементом психотерапевтической тематики является формирование соответствующего реагирования пациента на возможные реци­дивы болезни, то есть готовности быстрого установления контакта с лечебны­ми учреждениями. При необходимости на последних занятиях обсуждаются перспективы дальнейшего общения больных друг с другом, их встречи в клу­бе пациентов, лечившихся от алкоголизма, в летнем лагере и т. д. Сеансы груп­повой психотерапии проводятся 2-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в группах по 7-9 человек. Некоторые авторы считают предпочтительными закрытые груп­пы, включающие пациентов с разными клиническими проявлениями алкого­лизма, отличающихся по возрасту, профессии, образовательному уровню, с различными сроками алкогольной зависимости. Работа в гомогенных груп­пах — рабочих, лиц с техническим или гуманитарным образованием, людей, близких по возрасту, — менее эффективна. Занятия проводятся одним или дву­мя психотерапевтами (в качестве котерапевта может выступать врач-нарколог или психолог). Важным показателем к групповой психотерапии является на­личие у пациентов мотивации к выздоровлению и особенно к участию в ра­боте группы. Основными противопоказаниями могут быть явно негативное от­ношение больного к групповой психотерапии, выраженные симптомы дегра­дации личности.

Эффективность групповой психотерапии при алкоголизме тесно связана с семейной психотерапией, выступающей в качестве важного дополнения к ней и проводимой обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужья которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии — выявление основных конф­ликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к ре­жиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость. При исследо­вании жен алкоголиков с целью выяснения их роли в выработке положи­тельной мотивации к лечению у их мужей установлена статистически значи­мая зависимость между степенью активности отношения жен к лечению и те­рапевтическим эффектом при алкоголизме. Одновременно оказалось, что в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности группо­вой, отношения значительно улучшились.

Опыт работы с супружескими парами, проводимой врачом и психологом, обобщен Зобневым и Рыбаковой. Супружеская психотерапия начиналась после завершения стационарной групповой психотерапии пациентов и вы­писки их из клиники. В качестве основы для создания групп поддерживаю­щей психотерапии рассматривалось желание супружеской пары сохранить семью и участвовать в лечении. Занятия проводились 1 раз в неделю в пер­вые 3 месяца, далее 2 раза в месяц в 1-й год работы и 1 раз в месяц на 2-м году психотерапии. Каждое занятие продолжалось 3-4 часа; психотерапия с группами дополнялась клубными формами работы.

Преемственность между групповой и семейной психотерапией, добро­вольность участия в рамках различных организационных форм (в амбула­торных, полустационарных и стационарных условиях), адекватность целей, задач и видов психотерапии этапам лечения — важные предпосылки эф­фективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкоголизме.

Опубликованные работы по психотерапии при алкоголизме отражают ее особенности для различных категорий пациентов. В случае групповой пси­хотерапии пожилых алкоголиков отмечается менее интенсивная групповая динамика, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положи­тельные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стади­ях лечения, для включения группы в активную деятельность требуется го­раздо больше времени. Установлено, что терапевтически эффективнее груп­пы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте. При груп­повой психотерапии женщин, страдающих алкоголизмом, прежде всего при­ходится учитывать заинтересованность пациенток в разрешении таких про­блем, как социально-психологическая изолированность, нарушения женской роли, трудности в общении с противоположным полом, в воспитании детей и др. При этом вопросы, связанные с преодолением алкогольной анозогно- зии, сохраняя свое значение, отступают на второй план. Подчеркивается спе­цифика отношений между психотерапевтом и группой пациенток: особое значение здесь приобретает наличие у психотерапевта достаточно выражен­ной эмпатии, отказ от осуждающих моральных оценок и пр.

Большое влияние на формирование ремиссии оказывает участие в дви­жении самопомощи, религиозное мировоззрение. Часть исследователей под­черкивает тесную связь между прекращением потребления алкоголя и уча­стием в собраниях групп Анонимных Алкоголиков.

Сравнение видов и методов лечения демонстрирует лишь несуществен­ные различия в их результативности. По мнению большинства специалис­тов, наибольший эффект достигается, когда терапия учитывает индивидуаль­ные качества и потребности пациента, а также сопровождается поддержкой после лечения. Немалое значение имеет интенсивность и качество терапев­тических сеансов.

Осмысление разнообразных концепций о причинах возникновения зави­симости от алкоголя показывает, что для лечения, и прежде всего «упоря­дочения» отдельных плоскостей, участвующих в формировании болезни, не­обходим многопрофильный коллектив профессионалов. В нем, наряду с вра­чом, должны быть представлены психологи или соответственно подготовлен­ные специалисты в области педагогики, ресоциализации, социологии, семей­ных отношений, отдыха и здорового образа жизни, социальные работники, духовные лица. Особая роль отводится инструкторам, которыми становятся чаще всего люди, не пьющие несколько лет, в прошлом страдавшие алкоголиз­мом. Пройдя соответствующую подготовку, благодаря личному опыту они яв­ляются наиболее полезными особенно на первом этапе лечения, когда преодо­левается алкогольная анозогнозия. Благодаря им процесс выработки реалис­тического взгляда на болезнь происходит быстрее и эффективнее. Будучи яр­ким примером выздоровления от алкоголизма, они вселяют в больных и кол­лег по коллективу надежду на успех.

Программа выздоровления рассчитана на несколько месяцев и даже лет. Ее началом являются интенсивные, структурированные, проводимые в ста­ционарных условиях в течение нескольких недель занятия. Стационарное лечение зависимых от алкоголя лиц, в отличие от госпитального лечения других заболеваний, не рассчитано только на тяжелых, так называемых без­надежных больных. Стационарные условия позволяют повысить интенсив­ность занятий и в короткое время добиться того, на что в амбулаторных ус­ловиях требуются многие месяцы. Второй этап — это поддерживающая те­рапия, осуществляемая в амбулаторных условиях. В диспансерах, распола­гающих только амбулаторными программами терапии, процесс выздоровле­ния проходит гораздо медленнее из-за низкой интенсивности занятий. Очень ценным дополнением ко всем формам терапии является участие в собрани­ях групп Анонимных Алкоголиков, членов их семей в собраниях Аль-Анон (для лиц, связанных эмоционально с алкоголиками) и Аль-Атин (для детей алкоголиков). Для части пациентов полезны контакты с Клубом абстинен­тов, располагающим квалифицированной терапевтической помощью.

Кроме указанных методов лечения зависимых от алкоголя лиц, суще­ствуют программы, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, на выработку более рационального поведения в случаях рецидива болезни и быстрое обращение за помощью.

Следует отметить получивший широкое распространение в нашей стра­не метод стрессопсихотерапии алкоголизма («кодирование») по Довженко, его развитие в виде эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма по Григорьеву, а также метод аффективной контратрибуции по Гриненко и Крупицкому.

В середине 80-х годов ХХ века в наркологии появился общий термин для целой группы болезней — «зависимость от химически активных соедине­ний» или, для краткости, «химическая зависимость». Углубленное изучение ее причин показало, что зависимость от героина, эфедрина, седуксена, нико­тина и любого другого психоактивного вещества — это одна и та же болезнь. Каждое из этих веществ, воздействуя на психику человека, перестраивает биохимию организма, заставляет его требовать все новых и новых доз, повреж­дает органы и ткани.

Основные проявления химической зависимости в сфере психики — это, во- первых, подчиненность сознания предмету зависимости, во-вторых — утрата самоконтроля, в третьих — отрицание самого факта зависимости.

Психотерапия зависимых от запрещенных психоактивных веществ (нарко­тиков). Основные принципы психотерапии наркоманий рассматриваются в единстве с современными концепциями лечения и включают добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков (Ива- нец). Эффективные психотерапевтические программы предполагают исполь­зование комплекса психотерапевтических подходов, использующих различные методы и формы психотерапии, которые применяются бригадой специалистов наряду с психофармакотерапией и немедикоментозными методами лечения.

Лечебная тактика строится с учетом патогенетических механизмов форми­рования зависимости от психоактивных веществ. В отличие от клинических аспектов наркоманий, изучение которых началось еще в начале XIX века, па­тогенетические звенья формирования зависимости от психоактивных веществ во всем мире начали исследоваться сравнительно недавно. Долгое время пре­обладал социально-психологический взгляд на эту проблему, и лишь данные, полученные в последние два десятилетия, позволили прийти к единому мне­нию, что зависимость от психоактивных веществ биологически детерминиро­вана.

В клинической картине всех вариантов наркоманий прослеживаются оп­ределенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабсти­нентных расстройств, этап формирования терапевтической ремиссии. Пси­хотерапия должна учитывать период заболевания.

Период интоксикации лечения практически не требует, если нет призна­ков передозировки. При передозировке проводится дезинтоксикационная, симптоматическая и антидотная терапия, но это в большей степени относит­ся к области токсикологии.

Лечение наркоманий начинается с купирования острых абстинентных расстройств. Зарубежные и отечественные подходы кардинально различают­ся. За рубежом в качестве заместительной терапии на длительный срок на­значают опиатные агонисты с пролонгированным действием —метадон или лево-альфа-ацетилметадол (альтернатива метадону). Последний оказывает более длительное действие по сравнению с метадоном и обладает менее вы­раженными эйфоризирующими свойствами. По существу практикуется по­степенное, литическое отнятие наркотика.

Однако эти методы оказываются недостаточно эффективными в случае тя­жело протекающего абстинентного синдрома при длительном злоупотребле­нии наркотиками в высоких дозах, резистентности к проводимой терапии в виде некупирующегося болевого и других синдромов. Кроме того, часто встре­чающаяся у больных наркоманией патология печени (токсический гепатит, по­следствия перенесенного вирусного гепатита) не позволяет назначать им ме­дикаментозную терапию в полном объеме. Для лечения таких больных разра­ботаны комплексные терапевтические программы с применением различных приемов детоксикации. Не останавливаясь подробно на широко известных ме­тодах, отметим, что оптимальным для наркологии сегодня следует считать плазмаферез. От трудоемких, дорогих, не всегда эффективных и высокотрав­матичных сорбционных методов его отличают достаточная эффективность, от­носительная безопасность и экономическая доступность.

На этом этапе психотерапия направлена на повышение мотивации боль­ного с целью преодоления явлений абстиненции. Кроме того, в некоторых случаях она позволяет снизить болезненные проявления абстиненции. Для потенцирования фармакотерапии (после установления психотерапевтичес­кого контакта) возможно применение различных вариантов суггестивной психотерапии и внушения.

Период после купирования острых абстинентных расстройств изучен зна­чительно меньше, отсутствует даже его общепринятое наименование. В специ­альной литературе его называют периодом протрагированных абстинентных расстройств, постабстинентным периодом, отставленными проявлениями аб­стинентного периода и даже началом формирования терапевтической ремис­сии. Он имеет определенную структуру, в его течении наблюдается закономер­ная смена отдельных синдромов и симптомов, прежде всего психопатологи­ческих нарушений: депрессия различной глубины и структуры, влечение к пси­хоактивным веществам, астенические состояния и инсомнические расстройства, нередко служащие причиной рецидивов. Процессы, происходящие в так назы­ваемом псевдоабстинентном периоде, также сравнительно мало изучены. Кли­нически он характеризуется внезапным возобновлением расстройств, харак­терных для абстинентного периода, но отличающихся меньшей выраженнос­тью соматических и вегетативных нарушений и преобладанием психопатоло­гических расстройств. Для этого периода характерна актуализация влечения (которое не всегда осознается больным) к психоактивным веществам на обсес- сивном или компульсивном уровне. Аффективные нарушения в этом периоде представлены депрессией с тревогой, раздражительностью, тоскливостью или снижением настроения.

Психотерапевтическая программа включает сочетания симптомоцентриро­ванных методов психотерапии различной ориентации, ведущее место среди ко­торых занимают когнитивно-поведенческая психотерапия, собственно поведен­ческие методы, арттерапия. В случае выраженных депрессивных и астеничес­ких расстройств может применяться психотерапия по Клерману и Вейссман в сочетании с антидепрессантами.

Активно изучаются возможности внедрения в наркологическую практику таких немедикаментозных методов лечения, как транскраниальная электрости­муляция, рефлексотерапия, разрабатываются психотерапевтические и реаби­литационные программы, включающие методики стрессовой психотерапии, с использованием медикаментозного подкрепления кратковременного действия и др.

В практике наркологических учреждений после купирования явлений аб­стиненции терапевтические программы часто завершаются, в то время как для предотвращения повторных эпизодов употребления психоактивных ве­ществ необходим комплекс психотерапевтических и социально-реабилитаци­онных мероприятий. На этом этапе важное значение имеют личностно-ори­ентированные методы психотерапии, направленные на психологические и психосоциальные факторы стремления к употреблению наркотиков.

Континуальная психотерапия алкоголизма и наркоманий Валентика явля­ется интегративной и включает применение разнообразных психотерапевти­ческих (манипулятивных и развивающих) методов и приемов, имеющих вза­имодополняющие мишени воздействия. Структура лечебного воздействия зах­ватывает явления по вектору прошлое-настоящее-будущее. В континуальной психотерапии выделяются 4 фазы: 1) инициального контакта, диагностики и присоединения; 2) воздействия на патологические процессы; 3) воздействия на нормативно-компенсаторные процессы; 4) реинтеграции и реабилитации.

В континуальной психотерапии важен принцип непрерывности и этап- ности психотерапевтических воздействий, который подчеркивает необхо­димость постоянной погруженности больного в процесс терапевтических изменений. Непрерывность достигается путем комбинации различных форм психотерапии (индивидуальная работа, работа в группе, самостоя­тельные занятия, режим отделения, атмосфера терапевтического сообще­ства). Осуществление континуума терапевтических изменений имеет стро­го последовательный характер: при этом фазы континуальной психотера­пии соотносятся с этапами процесса лечения, заключающимися в перехо­де от болезненного способа существования через терапевтические измене­ния к существованию, свободному от болезни. Перерывы и аритмичность сводят на нет всю предшествующую психотерапевтическую работу.

Принцип континуального подхода заключается в системности, много- уровневости и полимодальности воздействий. Континуальная психотера­пия стремится преобразовать патологические процессы на психобиологи­ческом, психологическом и социально-психологическом уровнях функци­онирования. Если патология на каком-либо уровне не попадает в поле дей­ствия терапевтических изменений, то это становится основой последующе­го запуска и ассоциативного восстановления патологических процессов на других уровнях. Неизбежным в связи с этим становится регулярный мони­торинг процессуального статуса пациента. Игнорирование психотерапевтом сохранных патологических процессов на каком-либо уровне функционирова­ния пациента можно рассматривать как терапевтическую ошибку.

В лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ могут ис­пользоваться различные модели семейной психотерапии, направленные на создание микросоциальной среды, которая способствовала бы активации ме­ханизмов выздоровления и адаптации больных, а также преодоления частых семейных кризисов, сопутствующих этим расстройствам.

Групповые методы — это групповые модели жизни, обеспечивающие полу­чение непосредственного жизненного опыта и позитивного развития нарколо­гических пациентов (Цетлин, Петлис). Они направлены на раскрытие и мо­билизацию ресурсов личности пациентов, решение их личных, семейных и со­циальных проблем, формирование навыков психической (психофизиологичес­кой) саморегуляции и адекватного поведения в различных проблемных ситу­ациях, в том числе - в ситуациях повышенного риска вовлечения в наркотизацию. В ходе целевых занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации - адекватного межличностного общения, конструктивного, со­держательного, - а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств. Происходит идентификация пациентами себя как наркологичес­ких больных, у них формируются адекватные представления о механизмах развития наркологических заболеваний, их последствий и осложнений. Зак­репляется активная роль пациента в процессе реабилитации, обеспечивается принятие им личной ответственности за ее эффективность, а также индивиду­альная готовность пациентов к ведению жизни без наркотиков.

Так же как при хроническом алкоголизме, одной из эффективных форм ре­абилитации больных с наркоманией является привлечение их к участию в группах «анонимных наркоманов».

Психотерапия злоупотребляющих лекарственными препаратами имеет сходство с психотерапией зависимых от запрещенных психоактивных ве­ществ (наркотиков). Это прежде всего апелляция к личности больного и оп­ределенная последовательность терапевтических воздействий (детоксикация, общеукрепляющее лечение, поддерживающая психотерапия). Отличитель­ной особенностью является то, что злоупотребляющие легальными лекар­ственными препаратами, как правило, не совершают антиобщественных дей­ствий и уголовных преступлений; употребление ими лекарственных средств связано с самолечением или неправильным назначением фармакологических средств. Они консультируются у врачей, знакомятся с действием лекарствен­ных препаратов по аннотациям, справочникам и учебникам.

Чрезвычайно широк спектр нервно-психических и соматических рас­стройств, при которых пациенты ищут препараты, способные нормализовать их состояние. Если используемый лекарственный препарат хотя бы в какой- то степени оправдывает ожидания и на какое-то время нормализует состояние, больной переходит от эпизодического к систематическому приему лекарства. При этом быстрое симптоматическое улучшение для пациента очевидно, а по­бочные токсические последствия самолечения обычно полностью игнорируют­ся и отсрочены.

Когда привычное лекарственное средство не оказывает желаемого эффек­та, то ему ищут замену или обращаются за помощью в медицинское учреж­дение. В начале лечения необходимо учитывать основные мотивы больно­го, заставившие его обратиться за медицинской помощью. В дальнейшем сле­дует укреплять установку на отказ от употребления привычных лекарствен­ных препаратов. При этом основной акцент делают не столько на вреде при­ема лекарств без назначения врача, сколько на необходимости квалифициро­ванного лечения заболевания.

Если пациент реально ощущает возможность нормализации своего сос­тояния без употребления привычных лекарственных препаратов и понима­ет вред злоупотребления ими, индивидуальная психотерапия, как правило, бывает успешной. При отсутствии благоприятного прогноза исхода лечения больного, злоупотребляющего лекарственными препаратами, следует госпи­тализировать в психотерапевтическое отделение, проконсультировать у пси- хиатра-нарколога для уточнения диагноза, обеспечить усиленный контроль со стороны медицинского персонала и вовлечь больного в интенсивные пси­хотерапевтические программы, в том числе и в групповые их формы. В слу­чае продолжения злоупотребления лекарственными препаратами пациент может быть госпитализирован в специализированное наркологическое отде­ление.

Лечение табачной зависимости. В большинстве стран Европы свыше 50% мужчин выкуривают в среднем по 15 сигарет в день. Число курящих женщин колеблется от 10 до 50%, превышая во многих странах 30%. По данным, полу­ченным в 80-е годы прошлого века, в СССР курили около 75% мужчин и 20% женщин. Абсолютное их число продолжает расти. Ежегодно во всем мире от болезней, связанных с курением, умирает 3 млн человек. В США потери, свя­занные с курением, составляют почти 26 млрд долларов в год, то есть 11,3% от урона, наносимого всеми заболеваниями.

Несмотря на важность обсуждаемой проблемы, изучена она далеко не до­статочно. Слабо разработанными остаются многие вопросы клиники и ле­чения табачной зависимости. Отчасти это может быть связано с отношением общества к курению как к социально приемлемой привычке. Вместе с тем боль­шинство специалистов считают, что никотинизм является вариантом ток­сикомании, причем упорным и трудно поддающимся лечению. Так же как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключи­тельной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении ку­рения.

Роль психологических факторов в становлении никотинизма, по-видимо­му, выше, чем при любой другой токсикомании. До сих пор неясно, каким об­разом никотин может оказывать эйфоризирующее действие. В некоторых ра­ботах доказывается, что, хотя никотин и играет определенную роль в форми­ровании табачной зависимости, она весьма мала по сравнению со значением психологических факторов.

Отсюда вытекает ведущая роль методов психологического воздействия в лечении никотинизма. Терапия этого состояния — весьма сложная, комплекс­ная задача, в основном разрабатываемая психиатрами и психотерапевтами. Вместе с тем несомненно, что в российских условиях далеко не каждый боль­ной может обратиться к психиатру с просьбой избавить его от пристрастия к курению. Поэтому действия врача общей практики, а также узких специалис­тов соматической медицины в отношении этой категории пациентов также имеют немаловажное значение.

В системе психотерапии табачной зависимости Анискиным выделяются следующие компоненты.

1. Врачебные рекомендации и рациональная психотерапия. Даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточ­но действенной: в 9,7% случаев больные бросают курить.
2. Прием психотерапии табачной зависимости, названный автором «па­радоксальной стратегией». Начиная с третьего-четвертого сеанса психо­терапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением ку­рения, врач начинает отговаривать больного от борьбы с курением и пред­лагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием при­годен для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчи­вости. Парадоксальный совет врача возбуждает в людях такого типа внут­ренне свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твер­дой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы врач, во-пер­вых, правильно подобрал больных, а во-вторых, чтобы он не переусердст­вовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от дальнейших усилий. И то, и другое требует определенного мастерства и психотерапевти­ческого опыта.
3. Заместительная терапия. В случае, если пациент принял решение бро­сить курить, следует предложить ему по возможности безвредную и физио­логичную замену тому допингу, которого он лишается. Здесь первостепенную роль играет обучение больного приемам аутогенной тренировки.
4. Элементы аверсивной терапии. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» и гипноза. Метод с использова­нием апоморфина заключается в том, что больному подкожно вводят 0,1­0,3 мл 1% водного раствора апоморфина, после чего предлагают выкурить две-три сигареты. Затем, на фоне возникающих под действием апоморфина неприятных ощущений, проводят императивное внушение отвращения к ку­рению.

Психотерапия больных с нехимической зависимостью и аддиктивными рас­стройствами. Новой проблемой современной теории и практики зависимо­стей стали так называемые «нехимические зависимости», которые в совре­менной науке рассматриваются как варианты аддиктивного поведения.

Нездоровый образ жизни, алкоголизация и никотинизация населения, все более распространяющееся употребление наркотиков и токсических веществ, делинквентное поведение, включая сексуальные девиации, уход от социаль­но конструктивной деятельности, праздное времяпрепровождение — все это дает основания для формирования концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности (Попов). В осно­ве саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем. Алкоголизация и наркотизация, хотя и считаются универсальны­ми средствами ухода от действительности, не являются единственными. Не только наркотическая, но и любая другая прогрессирующая зависимость (в принципе, от чего угодно, в том числе, от игральных автоматов, от ком­пьютеров и т. д.) приводит к постепенному отстранению от других видов де­ятельности и развлечений, сужает круг увлечений и интересов и в то же вре­мя способствует поддержанию интенсивных эмоций.

Наиболее частыми вариантами нехимической зависимости являются ин­тернет-зависимость, гемблинг — патологическая склонность к азартным иг­рам, компульсивная потребность быть занятым («работоголики»), патологи­ческая сексуальная зависимость — чрезмерная потребность в сексуальных контактах.

Развиваемая Короленко концепция аддиктивного поведения исходит из положения о наличии общих механизмов, свойственных различным фор­мам аддикции. Основным мотивом поведения становится активное стрем­ление к изменению неудовлетворяющего психического состояния, которое представляется скучным, однообразным и монотонным. Окружающие со­бытия не вызывают интереса и не являются источником приятных эмоци­ональных переживаний. Анализируя психологические механизмы, лежащие в основе различных аддикций, Короленко приходит к заключению, что на­чало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоцио­нальном уровне. Существует эмоциональное состояние, объединяющее раз­личные аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологический комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, дос­тижением значимых целей, удовлетворением любопытства, реализацией ис­следовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказа­нием им помощи и поддержки, следованием религиозному опыту и пережи­ваниям, занятиям спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др. В случаях формирования аддикций этот мно­жественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие - исключаются или отодви­гаются на второй план и используются все реже. Этот процесс называется конвергенцией эмоционального комфорта, с резким ограничением использу­емых способов его достижения, способов выбора.

Интернет-зависимость пока не включена в классификацию психических расстройств.

Как показали последние исследования, некоторые люди проводят в ки­берпространстве столько времени, что это идет в ущерб их личной и/или профессиональной жизни. Проблема зависимости от киберпространства (в англоязычной литературе ее часто называют Internet Addiction Disorder, IAD) является сейчас наиболее важной из всех психологических аспектов взаимодействия человека и компьютера. Признанный авторитет в этой об­ласти Янг выделяет пять основных категорий этой зависимости. 1. Кибер­сексуальная. Зависимость от интерактивных комнат общения для «взрос­лых» или от киберпорнографии. 2. Киберотношения. Пристрастие к дру­жеским виртуальным отношениям, интерактивным играм и конференциям, которые заменяют реальных друзей и семью. 3. Чрезмерная сетевая вовле­ченность. Включает в себя вовлечение в азартные сетевые игры, зависи­мость от интерактивных аукционов. 4. Информационная перегрузка. Чрез­мерная вовлеченность в посещение вебсайтов и поиск по базам данных.

1. Компьютерная зависимость. Навязчивая вовлеченность в компьютерные игры или в программирование (в основном среди детей и подростков).

Психотерапия и киберпространство. Бурное развитие новых технологий и вовлечение в них все большего количества людей требуют от психотерапевтов изменить традиционные способы проведения терапии и использовать новые развивающиеся технологии для оказания психологической помощи пациентам. Распространение Интернета, обладающего специфическими свойствами (лег­ким доступом к нему из любой точки мира и анонимностью реципиента) при­вело к тому, что все большее количество психотерапевтов открывает в нем ки­берклиники: консультационной и психологической помощи, включая индиви­дуальную и групповую терапии. Используя в своей работе электронную по­чту, комнаты общения, Web-сайты и новые аудио-видеотехнологии, психоте­рапевты приближают возможность сделать психологическую помощь более доступной, чем традиционные методы, основанные на встрече с пациентом в офисе или клинике.

Кибертерапия (online therapy) — очень широкое понятие, охватывающее различные типы психотерапевтического вмешательства с использованием Ин­тернета. Не следует думать, что любой тип традиционной психотерапии мо­жет быть перенесен и использован в киберклиниках. Трудно представить, что кто-то решится проводить классический психоанализ по электронной почте.

Такой способ, по-видимому, скорее подходит для оказания психологической поддержки в кризисной ситуации или терапии посредством информации и обучения.

Несмотря на ограниченные возможности современной кибертерапии и от­сутствие юридического статуса у подобной деятельности, она развивается и имеет все шансы стать полноправным членом в ряду психотерапевтических услуг. В нашей стране в русскоязычном сегменте Интернета (Рунете) на на­чало 2001 г. психологическое консультирование проводилось на 12 сайтах, в том числе Кузнецовым был реализован проект «МаИ-терапия» — психотера­пия по электронной почте на основе развивающейся теории и практики цен­ностно-адаптивного подхода.

Игровая зависимость. В отечественной психиатрии, в отличие от зарубеж­ной, за редким исключением (Зайцев, Короленко, Дмитриева Н. В.), практи­чески нет специальных научных исследований и публикаций на тему психо­терапии игровой зависимости. В то же время легализация и практически бес­контрольное развитие игорного бизнеса в нашей стране не могли не способ­ствовать появлению и распространению патологической склонности к азар­тным играм. Так, если в 1996 г. в отделение внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева в связи с патологическим пристрастием к азартным играм обратилось только 3 пациента, то в 1997-1999 гг. — уже 34 пациента, причем характер расстройств 6 из них потребовал терапии в усло­виях стационара.

Когнитивная теория связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией кон­троля». Типичны следующие когнитивные ошибки игроков: персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня») или типичного объяс­нения проигрыша («я проиграл, потому что был невнимателен»). К ирраци­ональным характеристикам относятся четыре стержневые характеристики: не­терпеливость и неспособность к длительным усилиям; низкая фрустрационная толерантность, искажения самооценки, преувеличение. «Иллюзия контроля» предполагает, что игрок верит в возможность контролировать случайные со­бытия посредством различных способов ритуального поведения, например, скоростным нажатием кнопки игрового автомата.

Психодинамические психотерапевты объясняют компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами, присущими обсессивно- компульсивной личности, которые в условиях стресса и повышенной нагруз­ки преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала и компульсии.

Большинство специалистов, работающих с патологическими игроками, ис­пользуют главнм образом когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Эффективным способом помощи и реабилитации игроков считается привле­чение их к деятельности обществ «Анонимных Игроков», создаваемых по типу обществ Анонимных Алкоголиков.

Кастер первоначально проводит с игроками интенсивный курс поддержива­ющей психотерапии с целью преодоления фазы разочарования. После 2-3 нед занятий с пациентом обычно заключается терапевтический контракт, согласно которому он обязуется сделать все, что возможно в его силах, чтобы избежать очередного срыва. К заключению такого контракта обычно привлекаются чле­ны семьи. Большое значение уделяется групповой психотерапии, поскольку хро­ническое манипулятивное и нечестное поведение лучше всего осознается в груп­повой ситуации. В дальнейшем пациент привлекается к деятельности общества «Анонимных Игроков» и постепенно начинает разрешать проблемы, которые он создал в финансовой, личной и семейной сферах. При таком подходе к терапии стойкое улучшение достигается приблизительно в 50% случаев.

Программа стационарного лечения (Табер) предполагает добровольную, минимум 28-дневную, госпитализацию в специализированный лечебный центр. Программа ставит своей задачей достижение двух психотерапевти­ческих целей: а) воздержание от игры; б) изменение образа жизни, характер­ного для патологических игроков. Наибольшее внимание уделяется дисцип­лине, так как для большинства игроков характерно отсутствие способности к самоограничению и порядку. Кроме того, пациенты обязательно посещают образовательные занятия, обучаются релаксации и занимаются в психотера­певтических группах. Постепенно игроки привлекаются к работе общества «Анонимных Игроков». Такая система психотерапии позволяет достигнуть полной стойкой ремиссии в течение года у 54% пациентов.

Зайцев предложил психотерапевтическую программу, основанную на од­новременном анализе стадий игровой зависимости, выделенных Кастер, и фаз игрового цикла, описанных им. Принципиально важно различать, с од­ной стороны, фазы игрового цикла, отражающие положение игрока в кон­кретный период времени в континууме сознательного контроля над своим поведением, а с другой — фазы игровой зависимости, отражающие степень личной и социальной дезадаптации пациента в процессе развития болезни. Это позволяет создавать структурированный план психотерапевтических и реабилитационных мероприятий в работе с патологическими игроками, ори­ентированный как на обучение пациентов способам контроля над поведени­ем, так и на восстановление личностного и социального статуса.

В процессе предложенной Зайцевым поэтапной психотерапевтической программы решаются следующие задачи: а) диагностическая; б) психообразо­вание; в) создание стратегии контроля над импульсом к игре; г) создание под­держивающей семейной среды; д) решение социальных проблем, возникших в результате игровой зависимости. В среднем весь цикл психотерапии занима­ет от 16 до 20 сессий.

**трольные вопросы**

1**.**



**При алкоголизме более устойчивого эффекта можно ожидать от психотерапии: О аверсивной;**

**© поведенческой;**

**© личностно-ориентированной (групповой и семейной);**

**© стрессопсихотерапии («кодирование»);**

2**.**

**К числу основных принципов лечения наркоманий относятся все указанные, кроме:**

**О добровольности и отказа от употребления наркотиков;**

**© индивидуальности;**

**© краткосрочности;**

**© комплексности.**

3**.**

**Континуальная психотерапия алкоголизма и наркоманий, разработанная Вален- тиком, включает следующие фазы, кроме:**

**О инициального контакта;**

**© реинтеграции и реабилитации;**

**© уменьшения уровня алекситимии;**

**© воздействия на патологические и нормативно-компенсаторные процессы.**

4**.**

**В системе лечения табачной зависимости существенны следующие элементы, кроме:**

**О экзистенциальной психотерапии;**

**© заместительной терапии;**

**© рациональной психотерапии;**

**© аверсивной терапии.**

5**.**

**Среди видов психотерапии пациентов с нехимической зависимостью наиболее эфективна:**

**О суггестивная;**

**© интерперсональная;**

**© когнитивно-поведенческая;**

**© кризисная.**

***Психотерапия в неврологии***

В обширной литературе по психотерапии указания на целесообразность применения психотерапевтических методов при органических заболеваниях нервной системы встречаются у Бехтерева, Шильдера, а также в работах бо­лее позднего периода (Давиденков, Платонов, Карвасарский, Яцков и др.).

В связи с трансформацией клинической картины нейроинфекций все чаще встречаются такие формы поражений центральной нервной системы, которые при незначительной выраженности неврологических нарушений ха­рактеризуются, как правило, затяжным, многолетним течением и терапевти­ческой резистентностью. В этих условиях нарушения корковой нейродина­мики органическим процессом, вторичная невротизация в качестве реакции личности на основное заболевание и сопутствующие психогении во многих случаях становятся неизбежными спутниками органического патологическо­го процесса. Широкое внедрение в клиническую практику электрофизиоло­гических, контрастных рентгенологических исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и др. значительно облегчи­ло диагностику стертых, невыраженных форм ряда органических заболева­ний нервной системы. В связи с этим чаще, чем прежде, появляется возмож­ность в каждом случае правильно оценить соотношение органического и не­вротического компонентов при данном заболевании и соответственно этому определить место сомато- и психотерапии в наиболее рациональном лечеб­но-восстановительном комплексе. Диагностические трудности, недооценка неврологами методов клинико-психологического исследования нередко при­водят к неправильной интерпретации нервно-психических нарушений при органических заболеваниях. Невротические синдромы, обусловленные психо- генией, рассматриваются как проявления деструктивного процесса, вслед­ствие чего возможна переоценка роли соматотерапии и игнорирование или недооценка методов психотерапии. Это тем более необходимо подчеркнуть, что, помимо лечебного значения, применение психотерапии в этих случаях оказывается полезным для дифференциально-диагностического отграниче­ния органических поражений от нарушений, возникающих психогенно. Од­нако возможны и ошибки другого рода, когда при неврозоподобных дебютах органических поражений нервной системы (рассеянный склероз, опухоли го­ловного мозга и др.) устранение психотерапевтическими приемами сопут­ствующих функциональных нарушений приводит к запоздалой, несвоевре­менной диагностике.

Об эффективности гипнотерапии у хорошо поддающихся гипнозу боль­ных, направленной на ослабление таких чисто органических проявлений, как парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание, нарушения мышеч­ного тонуса, фантомные боли и др., свидетельствуют исследования многих авторов. Ссылаясь на собственные наблюдения, известный отечественный психотерапевт Платонов отмечал ослабление свежих и застарелых органи­ческих парезов и параличей различной этиологии под влиянием тренировоч­ных упражнений при лечебной физкультуре, проводимых в состоянии гип­нотического сна. При этом ускорялся процесс восстановления движений в пораженной конечности. На возможное нейрофизиологическое объяснение эффективности гипнотерапии при органических заболеваниях нервной сис­темы указывал еще Бехтерев. В 1911 г. он писал, что «... при всяком органи­ческом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более уда­ленных участков нервной системы», и что поэтому появляется возможность «некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения орга­нического происхождения». На регресс не только субъективных жалоб, но и объективных неврологических симптомов при гипнотерапии больных с по­ражениями нервной системы травматического, сосудистого, инфекционного, токсического генеза указывал Шогам. Автор полагал, что в этом случае пси­хотерапевтическое воздействие реализуется через неспецифические структу­ры лимбико-ретикулярного комплекса, влияющего на функциональное со­стояние нервной системы на разных ее уровнях опосредованно через речевые (второсигнальные) неокортикальные зоны. Подчеркивалась большая эффек­тивность гипнотерапии при стволовых диэнцефальных формах органичес­ких заболеваний головного мозга. При очаговых поражениях мозга, сопро­вождающихся, например, спастическими гемипарезами, по данным автора, можно уменьшить их клинические проявления — несколько повысить мы­шечную силу, уменьшить тонус, восстановить в известной мере чувствитель­ность и др. — в частности, путем мобилизации резервных компенсаторных возможностей со стороны неспецифических структур лимбико-ретикулярно­го комплекса.

На эффективность гипнотических внушений у больных паркинсонизмом, объясняемую особой ролью неспецифических систем мозга в патогенезе за­болеваний и преимущественно нейродинамическими нарушениями, лежащи­ми в основе симптомообразования при данном органическом заболевании, указывал Голубев. Гипнотерапия, а также все другие виды суггестивной пси­хотерапии могут успешно применяться для снятия неврозоподобной симпто­матики непсихогенной природы при органических заболеваниях нервной си­стемы. Эффективность этих методов при нарушении сна и аппетита, ухуд­шении настроения, расстройстве памяти, внимания, снижении умственной работоспособности хорошо известна.

При проведении психотерапии в общем комплексе лечебных меро­приятий (дегидратационной, рассасывающей, противовоспалительной те­рапии) существенное значение имеет период пребывания больного в ста­ционаре. Несомненное психотерапевтическое значение для больного при­обретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. Основными задачами психотерапии на данном этапе являются убеждение больного в больших компенсаторных возможностях нервной системы, активизация личности на преодоление бо­лезненных нарушений и приспособление к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо рациональной психотерапии, все формы суггестии, включая гипнотерапию, наркогипнотерапию и др. Большое зна­чение имеет психотерапия в группе, особенно в форме «лечебной перспек­тивы». Применение этой методики целесообразно, так как установление ди­агноза органического заболевания головного мозга, как правило, пугает больных. Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности для них проводимой терапии. Для этого в группу приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благопри­ятными результатами, хорошей социальной и трудовой реадаптацией после него.

Одной из основных целей использования психотерапии в комплексном лечении больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь, часто в связи с ятрогениями, а также в виде более сложных сопутствующих психогений. У некоторых больных возникно­вение невротических расстройств обусловливается патологической реакци­ей на поражение нервной системы, а переживание болезни приобретает характер психогении вследствие их личностных особенностей (тревожная мнительность, ипохондричность). Генез этих вторичных невротических сим­птомов в клинике органических поражений головного мозга, особенно при энцефалитах с поражениями межуточного мозга, тесно связан прежде всего с генерализованными системными нарушениями сенсорной сферы. Для этих больных характерны сенестопатии, частые нарушения телесной и особенно висцеральной схемы тела, яркие психосенсорные расстройства. Эти ощу­щения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возник­нуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко больные полнос­тью углубляются в переживания, связанные с пугающими телесными ощу­щениями, сосредоточивают на них все свое внимание и оказываются выклю­ченными из обычного круга семейных и социальных проблем (Лещенко). Ре­акцией на эти расстройства, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», кровоизлияния в головной мозг, возникновения опухоли. От­мечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных с ука­занными заболеваниями сопровождается стойкой фиксацией на своих ощу­щениях, чрезмерной заботой о своем здоровье и нередко ятрогенно подкреп­ляется диагностическими ошибками. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет косвенная психотерапия, в частности, в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. О целесообразно­сти чреспредметного (косвенного) психотерапевтического эффекта известно давно (Бехтерев, Платонов и др.).

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении боль­ных, у которых затяжное, длительное течение органического заболевания не­рвной системы становится фактором, способствующим возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений к окружающей действи­тельности. Как отмечал Мясищев, при деструктивных поражениях болезнен­но измененный мозговой субстрат характеризуется снижением сопротивля­емости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой не­рвной системы, является в этих условиях декомпенсирующей. Подобные больные, будучи в основном «органиками», склонны к рецидивам заболева­ния и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. При этом нередки слу­чаи, когда тот или иной неблагоприятный фактор в жизни больного приоб­ретает патогенное значение лишь после перенесенного органического забо­левания нервной системы.

При органических заболеваниях со значительно выраженными невроти­ческими нарушениями психотерапию желательно проводить в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической индивидуаль­ной психотерапии, возможность проводить групповую психотерапию и раз­личные виды так называемой социотерапии). Психотерапевтическое значе­ние имеет сам факт поступления больного с органическим заболеванием не­рвной системы в стационар для тщательного обследования, а также лечеб­ная атмосфера отделения или клиники. После выписки должна проводить­ся поддерживающая психотерапия, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. При отсутствии достаточных возможностей с этой целью может быть использован метод заочной психо­терапии путем переписки.

В широкой врачебной практике нередко встречаются больные, которым с самого начала ставится правильный диагноз органического заболевания нервной системы, однако часто даже длительное, многолетнее лечение ока­зывается в этих случаях недостаточно эффективным. При клинико-психо­логическом изучении больного выявляется невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание этой фиксации и выявить те психогенные факторы, ко­торые ее обусловливают. Одним из основных и наиболее адекватных мето­дов восстановительного лечения в этих случаях является психотерапия в ее различных формах и прежде всего в виде личностно-ориентированной пси­хотерапии.

В ряде работ отмечается эффективность различных видов психоте­рапии — рациональной, в форме суггестии, наркопсихотерапии и пр. — в комплексе лечения неврологических больных для устранения вторичных невротических и неврозоподобных расстройств на фоне инфекционных, со­судистых, травматических заболеваний нервной системы. Психотерапия ока­зывается полезной при травматических повреждениях позвоночника и спин­ного мозга, с вторичными невротическими и неврозоподобными расстрой­ствами и неврологическими нарушениями, характерными для этой группы больных (нарушения функций кишечника, мочевого пузыря, расстройства движения и чувствительности). Эффективность гипнотерапии и других видов психотерапии у больных с поражениями нервной системы на спи­нальном и периферическом уровнях объясняется участием в механизмах их компенсации церебральных структур, в особенности неспецифических струк­тур лимбико-ретикулярного комплекса; имеют значение и нисходящие корригирующие влияния лимбической системы на функциональное состоя­ние спинальных и периферических образований, включая их моторные, сен­сорные, вегетотрофические проявления. Яцковым длительная амбулаторная психотерапия (до 80-100 сеансов) применялась у больных с отдаленными последствиями церебрально-органической патологии и наличием невроти­ческих и неврозоподобных расстройств. Автор указывает на различную эффективность психотерапии в зависимости от синдромальной структу­ры нервно-психических нарушений. Менее эффективной оказалась психо­терапия у больных с ипохондрическим и сенесто-цефалгическим синдрома­ми.

В системе лечения неврологических больных широкое распространение получила аутогенная тренировка. Обзор исследований по применению этой методики в клинике нервных болезней приведен в монографии Панова и др. В работе подчеркивается, что аутогенная тренировка более адекватна при восстановительной терапии остаточных явлений органических заболеваний центральной нервной системы, прежде всего для устранения широкого кру­га функциональных расстройств невротического и неврозоподобного харак­тера. Заслуживают особого внимания данные об использовании аутогенной тренировки с целью расслабления отдельных мышечных групп при таких те­рапевтически резистентных формах заболеваний, как спастическая криво­шея, лицевой параспазм и др. Возрастает число примеров лечения нервно­психической патологии с использованием принципа биологической обратной связи.

Этот метод дает хороший терапевтический результат при лечении цереб­рального арахноидита с преимущественно судорожным синдромом, у боль­ных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга, при активной восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными на­рушениями. Многочисленная литература посвящена использованию этого метода при лечении мигрени.

На рис. 8 приведены снимки больного с лицевым параспазмом до и после курса аутогенной тренировки.



*а б в*

*Рис 8. Больной с лицевым параспазмом.*

*а — двусторонняя симметричная тоническая судорога лицевых мышц. Интенсивное судорожное сокращение круговых мышц глаз лишает больного возможности что-либо видеть, спазм мышц рта затрудняет речь и еду;*

*б — во время очень коротких (несколько секунд) промежутков между приступами спазма еще сохраняется тоническое напряжение мышц, которое произвольно, за счет сокращения антагонистов, преодолевается с большим усилием и быстро утомляет больного;*

*в — после курса лечения аутогенной тренировкой остается лишь некоторое напряжение круговых мышц глаз, не нарушающее зрения. (По Лобзину).*

Накапливается опыт проведения групповой психотерапии при различ­ных заболеваниях нервной системы, в частности лиц, страдающих сосудис­тыми заболеваниями. На первых занятиях рассматриваются особенности за­болевания (течение, прогноз); в дальнейшем обсуждаются проблемы, волну­ющие обычно таких пациентов, — необходимость и пути повышения их эмо­ционально-волевой и социальной активности, коррекция установок и отно­шений к различным социально-бытовым условиям, адекватное отношение к симптомам заболевания, противодействие их возникновению. Обсуждаются проблемы, связанные с возвращением больных в семью (здесь важна и семей­ная психотерапия), подготовкой к выходу на пенсию и, в связи с этим, к но­вому укладу жизни. При соответствующих показаниях групповую психоте­рапию можно сочетать с гипнотерапией и другими видами психотерапии в той же группе. При проведении психотерапии у больных с сосудистыми за­болеваниями нервной системы необходимо учитывать их повышенную рани­мость и лабильность психики; неосторожное поведение психотерапевта мо­жет привести к ятрогениям и дидактогениям.

Демиденко, Балунов применили методы психотерапии в системе комплек­сной восстановительной терапии постинсультных больных. Объектом лечеб­ного воздействия являлись реактивно-личностные наслоения (снижение само­оценки, потеря веры в выздоровление), особенно выраженные у больных с тя­желыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций. Лечение осу­ществлялось в малых группах и включало различные формы рациональной психотерапии — групповые занятия с использованием приемов «психотера­певтического зеркала», «коррекции масштаба переживания», «лечебной пер­спективы», музыкотерапии, способствующих выработке адаптивных устано­вок и мобилизации собственной активности больных. Существенное место от­водилось элементам психогимнастики, двигательной терапии, наиболее адек­ватным для решения задач эмоциональной и моторной активации больных.

С целью опосредованного воздействия на локальный дефект использова­лись различные игровые методики и специальные приемы идеомоторной тре­нировки. Большое значение приобретала семейная психотерапия — разъясни­тельная работа с родственниками больного с целью их ориентации на адекват­ное отношение к пациенту и его заболеванию, а также обучение навыкам ухода за больными. Особенностью занятий по групповой психотерапии с больными, перенесшими инсульт, является участие в них (помимо психотерапевтов) меди­цинских сестер. В групповых дискуссиях (30-минутные занятия 5 раз в неделю) коррекции подвергаются неверные представления пациентов о параличе, про­блемы выздоровления и предупреждения повторных инсультов. Перед выпис­кой психотерапевтические усилия направляются на то, чтобы снять тревогу и избавить от тягостных мыслей, связанных с боязнью больных лишиться рабо­ты, вселить уверенность в скором улучшении состояния. Шкловский указыва­ет на эффективность групповой психотерапии в системе реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы.

Для восстановления коммуникативной функции речи у больных с афази­ей проводилась логотерапия, сочетающая логопедические и другие группо­вые формы работы: занятия с использованием методов собственно группо­вой психотерапии; занятия по восстановлению речи растормаживающего и стимулирующего характера, занятия с использованием дифференцирован­ных методик, применяемых в практике индивидуального обучения; занятия по восстановлению речи клубного типа и в процессе трудовой деятельности. В настоящее время групповая психотерапия включается в комплекс лечебно­восстановительных воздействий при самых различных неврологических за­болеваниях, с ее помощью решаются в основном те же задачи, которые ука­заны выше. Групповая психотерапия оказывается полезной и в случаях дли­тельной инвалидизации пациентов. Описан опыт работы с больными, стра­дающими хронической прогрессирующей формой нервно-мышечной дистро­фии. Психотерапия, имевшая своей целью уменьшение зависимости, предотвращение ухода от социальной деятельности, изоляции и отчуждения пациентов, проводилась 1 раз в неделю по 1,5 ч. После 9-месячных занятий отмечено терапевтически благоприятное изменение установок и функциони­рования членов группы (Бэйракал).

Существенна роль психотерапии в системе восстановительного лечения больных эпилепсией, учитывая большое медико-социальное значение этого за­болевания. Психотерапия при эпилепсии (Громов) направлена на решение ряда задач, возникающих при лечении и других органических заболеваний, — закрепление и потенцирование эффекта биологической терапии, укрепление веры больного в успех лечения (в чем особенно нуждаются страдающие этим заболеванием), коррекция отношений больных и перспектив их будущей жизни в условиях болезни, усвоение более адекватных, адаптивных форм поведения. Хотя нет убедительных данных о возможности с помощью психотерапии воз­действовать на судорожные припадки, однако смягчение аффективной напря­женности, общий седативный эффект психотерапии повышают порог судо­рожной возбудимости, в ряде случаев уменьшая частоту припадков. Подчерки­вается неимперативный, в большей мере разъяснительный характер суггестив­ных воздействий. Применяются также методы групповой психотерапии.

Для проведения поддерживающей психотерапии у больных с органичес­кими заболеваниями нервной системы могут использоваться клубные фор­мы работы. В клубах бывших пациентов проводятся лечебные реадаптаци­онные мероприятия не только с больными, но и с их близкими, в частности с семьей.

В связи с включением в штаты восстановительных неврологических от­делений психологов возрастает их роль в проведении психотерапии. Психо­терапевтическое значение имеет уже сама демонстрация больному в процес­се психологического исследования сохранности у него психических функций, наличия резервов для противодействия болезни. С психотерапевтической же целью может использоваться ознакомление больных с позитивной динамикой под влиянием лечения изучавшихся психологических показателей.

**трольные вопросы**



1**.**

**Комплексное лечение неврологических больных психотерапией более эффек­тивно в периоде:**

**О остром;**

**© подостром;**

**© восстановительном;**

**© реабилитационном.**

2**.**

**При восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными нарушениями более эффективна:**

**О наркопсихотерапия;**

**© позитивная психотерапия;**

**© биологическая обратная связь;**

**© когнитивная психотерапия.**

***Психотерапия в соматической медицине***

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в со­матическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становят­ся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей пси­хосоматической медицины Стоквис, «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе пси­хосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапев­тического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос). Пытаясь объяс­нить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосома­тических заболеваний, Карасу конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) меха­низмов и их проявления; личностные характеристики, представления и затттит- ные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление паци­ента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негатив­ное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапев­тов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациен­тов становится трудноосуществимой, если не сказать — неосуществимой зада­чей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и раз­рабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирает­ся в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удается за­воевать авторитет и в силу того, что ему кажется, что этот авторитет уже при­обретен (Фланнери).

Однако 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 либо развитие в связи с последним невро­тических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клиничес­ких проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечеб­ных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время является меди­цинская 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).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и са­мовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Ос­новным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тре­воги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатоло­гические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические рас­стройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишеч­ной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие раз­личных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психо­терапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психо­динамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время призна­ющих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов. Объек­том групповой психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздей­ствий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интра-психический конфликт; механизмы психологической защиты; «внут­ренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Наибольший инте­рес в настоящее время представляют попытки применения групповой пси­хотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопро­сы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической бо­лезни. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии, наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений, отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивает­ся целесообразность длительного лечения. Так, Буль рекомендует после мас­сированного курса гипнотерапии (25-30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2-3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее дли­тельности, по данным автора, выступала достаточно явно, то глубина гипно­тического сна и продолжительность его имели относительно меньшее значе­ние. Кроме того, при лечении гипертонической болезни используется ауто­генная тренировка, частота применения которой в санаторно-курортном ле­чении больных объясняется тем, что с помощью этого метода удается дос­тичь быстрого парасимпатического эффекта. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод биологической обратной связи, а так­же другие методы релаксации и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области Катценштейн отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношени­ях больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, лично- стно- и социоориентированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сер­дца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения бо­лезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в кар­диологическом отделении должен иметь психотерапевтическое опосредова­ние. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные осо­бенности больного и по возможности быть исчерпывающей, чтобы предуп­редить неправильную или некомпетентную интерпретацию со стороны ок­ружающих больного лиц (возможность эгротогений и других ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступа­ми стенокардии, показана гипнотерапия. Курс лечения состоит из 10-20 се­ансов, которые проводятся через день по 40 мин. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и убеждения. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. Юрданов, Зайцев создали ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки были, в час­тности, исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и та­кие условия ее проведения, как поза «кучера», положение лежа, сопровождав­шиеся нежелательными явлениями. В то же время были введены новые уп­ражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения при­емов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка оказывается полезной также на санаторном этапе восстановительного лечения больных ишемичес­кой болезнью сердца. Для устранения нарушений сердечного ритма (неред­ко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуляция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях вос­становительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психо­терапия. Занятия проводятся в группах (по 12-14 пациентов), при форми­ровании которых учитывается возраст и образование (группы по возможно­сти однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотера­пии. В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилак­тики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вред­ных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факто­ры риска — поведенческий тип А, высокие показатели алекситимии, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупрежде­ния которых используются методы психотерапии: индивидуальные и груп­повые занятия, различные виды телесно-ориентированной психотерапии, обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специаль­ные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточ­ной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревож­ности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящихся к основной группе психосоматичес­кой патологии, является бронхиальная астма. При всей сложности ее пато­генеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно­психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воз­действий, времени суток, определенной обстановки и др., то есть наличие ус­ловно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом терапевтической резистентности ее у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в систе­ме комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиаль­ной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к на­правлению больных на гипнотерапию: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астма­тические приступы тем не менее продолжают возникать); 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипно­зом; 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболева­ния; 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникнове­ния повторных приступов (Буль).

Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных меропри­ятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление на­рушенных отношений пациентов и полноценности их социального функци­онирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхи­альной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (инди­видуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов). В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобрета­ет воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обус­ловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием при­ступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными от­рицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существен­ное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семей­ная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемей­ных отношений, как это нередко представляется в психосоматической лите­ратуре, отечественные авторы справедливо отмечают, что семейная психо­терапия создает условия для замены патологических психологических за­щитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане вы­ступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

Обширная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишеч­ных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцати­перстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают пси­хологические аспекты ревматоидного артрита и возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к по­зитивным сдвигам в ней. В психотерапии ревматоидного артрита применяют­ся методы саморегуляции (биологическая обратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнени­ями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Не касаясь многих других соматических заболеваний, при которых пси­хотерапия уже сегодня становится важным компонентом комплексного лече­ния, следует указать на особенности ее при хронических соматических 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 снова полностью здоровым, он постоянно, то есть 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. Хроничес­кому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ог­раничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «непол­ноценного», в инвалида.

В противодействие хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее измене­ние жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функцио­нирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстрой­ствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относят­ся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и соци­альных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться 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.

При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоя­тельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества втерапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональ­ные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи ле­чения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, на­пример, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстанов­кой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью.

Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со сто­роны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении. Решающее зна­чение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соот­ношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентиро­ванной психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психоте­рапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологичес­ких и психологических механизмов соматического расстройства и его специ­фики на различных этапах лечения.



**трольные вопросы**



1**.**

**У больного с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда большего психотерапевтического эффекта можно ожидать от психотерапии:**

**О социоориентированной;**

**© симптомоориентированной;**

**© проблемно-ориентированной;**

**© личностно-ориентированной.**

2**.**

**При соматических заболеваниях основными задачами психотерапии являются следующие, кроме:**

**О повышения эффективности лечебных воздействий биологической при­роды;**

**© повышения адаптации больных в семье;**

**© значительного уменьшения или устранения соматических расстройств;**

**© повышения социальной активации больных.**

***Психотерапия в хирургии***

За последние десятилетия психотерапия активно преодолела психиатри­ческий рубеж и успешно внедрилась в лечебные системы других областей медицины. Это относится и к хирургии. Как известно, хирургическая прак­тика помимо оперативных вмешательств включает предоперационную подго­товку и послеоперационный период, консервативное или паллиативное лече­ние и профилактику. На всех этапах психотерапия находит применение, а выбор ее форм и методов зависит от характера и стадии заболевания.

Первым научно обоснованным методом психотерапии, использовавшим­ся в хирургической практике, был гипноз. В 1843 г. вышла в свет книга ан­глийского хирурга Брэда о нейрогипнологии, в которой впервые был пред­ложен термин «гипноз» для феномена, ранее называвшегося магнетизмом, и, тем самым, началась эра научной гипнологии. Брэд описал возможности гипноза для лечебных целей и, что было особенно важно в тот период, для обезболивания во время операции в связи с обнаруженными в гипнотичес­ком состоянии явлениями анестезии и аналгезии. Операции под гипнозом были и остаются возможными лишь для пациентов, погруженных в глубо­кий гипноз третьей степени, у которых состояние гипноза ранее вызывалось неоднократно в силу достаточной тренированности.

Родоначальником применения гипноза в России явился Подъяпольский, использовавший еще в период первой мировой войны внушенную аналгезию для общего и местного обезболивания. Им производилось иссечение веноз­ных узлов нижних конечностей, удаление из пяточной кости пули, резекция ребер, резекция носовой перегородки. Многие другие российские гипноте­рапевты в сотрудничестве с хирургами участвовали в операциях под гипно­зом (Буль, Вельвовский, Платонов, Рожнов и др.). Так, наблюдения Берга показали, что у гипнабельных лиц малые хирургические операции могут производиться при внушенной аналгезии даже в состоянии бодрствования.

Гипноз может использоваться в предоперационном периоде для подго­товки пациентов к операции, уменьшения предоперационной тревоги и после операции для уменьшения болевого синдрома, ослабления послеоперацион­ных симптомов, в частности, снятия послеоперационных задержек мочеот­деления и дефекации (Свядощ, Шерток).

Следующее наблюдение Буля подтверждает реальность применения гип­ноза при хирургических вмешательствах.

Больная П., 42 года, обратилась в поликлинику для косметической опера­ции по поводу многочисленных оспин, покрывающих лицо. Проведенные про­бы показали хорошую гипнабельность и внушаемость пациентки. С первого сеанса развился гипноз III степени глубины с полной анестезией при пробе на болевую и температурную чувствительность. Больная усажена в кресло, голо­ва откинута назад. Кожа лица обработана. Оператор раскаленной платиновой петлей начал прижигать отдельные оспины. Никаких признаков болевой ре­акции, пульс 76 в 1 мин. Артериальное давление — 120/70 мм. рт. ст. Больная крепко спит: внушено, что она находится на поляне и греется на солнце. Опе­рация с полным прижиганием всех оспин кожи лица закончена в течение 40 мин. Кожа лица обработана и забинтована. Больная дегипнотизирована. На вопросы, как она себя чувствует, ответила: «Очень хорошо, доктор!», испыты­вала ли она боль во время операции, недоуменно сказала: «А разве все уже кончено?». Довольная отпущена хирургом с соответствующими наставления­ми и с указанием, когда нужно явиться на перевязку.

Применение гипноза и внушения в хирургической и других клиниках, свя­занных с хирургическими вмешательствами (акушерско-гинекологической, оториноларингологической, стоматологической) многократно обсуждалось на международных встречах, где ставился вопрос о более широком использова­нии гипносуггестивного воздействия. Однако современное развитие анестези­ологии и фармакологии при незначительной доле высокогипнабельных паци­ентов в хирургической практике ограничивает возможность расширенного применения гипнотерапии. Она может использоваться в тех редких случаях, когда больной достаточно внушаем и гипнабелен, а наркоз противопоказан по каким-либо причинам. Более широко может применяться так называемый гип­нонаркоз, когда одновременно с внушением дается небольшая доза наркотичес­ких средств (как показывает опыт, при такой методике она может быть сни­жена на 70-80%).

В травматологии гипноз также находит применение. При обширных ожо­гах внушением может достигаться обезболивание, что позволяет уменьшить страдания обожженного и дает большую возможность обрабатывать раны при перевязке.

Гипноз может использоваться при такой сложной и мучительной пато­логии, как фантомные боли. Он уменьшает, а в отдельных случаях и прекра­щает боль. Когда после гипнотерапии остаются фантомные боли, рекомен­дуется внушение в бодрствующем состоянии. К нему необходимо прибегать и в случае привыкания больного к гипнозу. Преимущество внушения в бод­рствующем состоянии состоит в получении непосредственно во время сеан­са обратной информации о реализации внушения. В результате появляется возможность изменить его направленность. Сеансы внушения рекомендует­ся проводить в светлой комнате, где больной сидит в кресле с надетым про­тезом или без него. Продолжительность сеанса 10-30 мин, ежедневно, всего от 2 до 8 сеансов. Содержание внушения аналогично гипнотическому: вызы­вается мышечное расслабление, успокоение, тепло в культе и представление о тепле в отсутствующей конечности, в которой ощущаются фантомные боли, «разработке движений» в отсутствующих суставах этой конечности и т. п. Одновременно с сеансами гипноза и внушения проводится обучение аутогенной тренировке, помогающей больному уменьшать боли самостоя­тельно.

Психотерапевтическое вмешательство имеет свои особенности в детской хирургии, поскольку дети обладают ограниченными возможностями само­контроля, управления эмоциями и поведением. Долецкий обращает внимание на особую важность соблюдения деонтологических принципов при лечении детей, страдающих хирургической патологией, на значимость таких личност­ных черт врача, как спокойствие, приветливость, доброта. Это же распростра­няется на взаимоотношения врача с родителями и родственниками ребенка, которые решают такие важные вопросы, как согласие на операцию, обследо­вание, осуществляют эмоциональную поддержку, уход за больным ребенком и т. п. В практике детской хирургии используются лечебное внушение в соче­тании с лечебной гимнастикой в гипноидных фазах и «гипноз-отдых», заклю­чающий по времени основные формы гипноза. Гипнотерапия проводится ин­дивидуально или с малой группой (чаще 2-3 ребенка). Курс обычно состоит из 6-15 сеансов продолжительностью от 15 до 30 мин, вначале ежедневно или через день, затем 2 раза в неделю, далее 1 раз в неделю. В качестве иллюст­рации приводим следующее наблюдение:

«Лена О., 13 лет, поступила в клинику по поводу хронической пневмонии. Девочка очень впечатлительная и легко возбудимая, отказывалась от диагно­стической бронхоскопии. Проведено два сеанса гипнотерапии, во время кото­рых ребенку внушалась безболезненность исследования. На следующий день девочка согласилась на проведение обследования и трахеобронхоскопия под местным обезболиванием была успешно проведена».

Приведенные описания и иллюстрации применения психотерапии в хи­рургии носят, скорее, исторический характер, поскольку могут быть отнесе­ны к недостаточно дифференцированному и симптомо-ориентированному использованию психотерапии. За последние два десятилетия в нашей стра­не и, особенно, за рубежом произошли изменения во взглядах на роль и воз­можности психотерапии, что проявилось в дифференциации и личностной ориентированности применения психотерапии, в том числе и в хирургии.

Михайлова, Зорин убедительно показали нарушение системы отношений личности и возможность психических изменений у лиц, перенесших ампу­тацию конечностей. По своему воздействию на личность ампутация является тяжелым психотравмирующим фактором, который действует, как правило, на протяжении всей последующей жизни человека. Выделяются две группы факторов, оказывающих негативное влияние: а) объективные — длитель­ность срока после ампутации, вид и тяжесть дефекта, половые и возрастные особенности больных; б) субъективные, связанные с характером личностной оценки ампутации. В развитии психогенной реакции на ампутацию отмеча­ется три этапа. Начальный этап характеризуется острыми реактивными со­стояниями в виде подавленного настроения, сопровождающегося разнообраз­ными конкретно-направленными страхами и неустойчивостью социальной ориентации. Эти состояния возникают на 40-80-й день после потери конечно­сти и наблюдаются в течение 3-6 мес. Острый этап начинается после 8-10 мес с момента ампутации, обычно совпадает с началом протезирования и продол­жается 2-3 года. Он характеризуется такими личностными изменениями, как постоянное психическое напряжение, склонность к тревожности, фобии, сома- то-вегетативные нарушения, затруднения в общении. Хронический этап — спустя 4-5 лет после ампутации, отличается стойкими изменениями личнос­ти, проявляющимися в ослаблении социальных связей, уменьшении самосто­ятельности и склонности к самоутверждению, снижении уровня потребностей, примирении с положением инвалида, повышении гетеро- и аутоагрессивнос­ти, постепенной ипохондризации и декомпенсации преморбидных психопати­ческих черт.

Такие исследования позволяют определить психическое состояние паци­ента на разных этапах болезни и дифференцированно применять различные методы лечения, включая психотерапию, в комплексе реабилитационных ме­роприятий. Последние рекомендуются на всех этапах помощи перенесшим ампутацию конечностей: в травматологическом отделении, ортопедической клинике и при последующем амбулаторном наблюдении. Целесообразным считается создание комплексных реабилитационных бригад с участием спе­циалистов по психиатрии, психотерапии, клинической психологии и соци­альной работе, которые определяют психическое состояние пострадавшего, перспективы протезирования, осуществляют на этой основе психофармако­терапию, дифференцированную психотерапию и социотерапию, участвуют в разработке индивидуальных реабилитационных программ, а также в реше­нии вопросов профпригодности, профориентации и трудового устройства. На этом примере видно более сложное отношение к хирургической патоло­гии, позволяющее рассчитывать не только на успех у отдельных пациентов (как в случае применения гипноза), а на планомерную, порой длительную помощь в соответствии с характером и тяжестью патологии. Применяться может весь арсенал современной психотерапии в различных ее формах, ме­тодах и их сочетаниях.

Психотерапия входит в систему лечения психогенных расстройств при косметических дефектах лица в зрелом возрасте (Шамов). Такие дефекты вызывают тяжелые переживания и выраженные психогенные нарушения, клинические проявления которых преимущественно обусловлены преморбид- ными личностными особенностями пациентов. Формирование невротических расстройств начинается с чрезмерной фиксированности больных на возник­шем косметическом дефекте и соответствующих переживаний. Невротичес­кие реакции могут принимать затяжную форму течения и в этом случае про­являются невротической депрессией с астеническими, обсессивными и исте­рическими синдромами, а также в виде декомпенсации преморбидно суще­ствующих личностных нарушений. Глубина и выраженность психогенных расстройств определяется реакцией личности на косметический дефект, мик­ро- и макросредовыми воздействиями, временем обращения за хирургичес­кой помощью и эффективностью хирургической коррекции. Психотерапия при указанных психопатологических расстройствах применяется в сочета­нии с психофармакотерапией с момента первичного обращения подобных больных. Более успешной является терапия невротической депрессии с асте­ническими и истерическими включениями, а менее эффективной — у паци­ентов с обсессивными и эксплозивными чертами. Используются методы сим­птоматической психотерапии: гипносуггестивная и рациональная психотера­пия, аутогенная тренировка, как в комбинации методов, так и по отдельно­сти. Лучший эффект дает сочетание рациональной психотерапии с метода­ми внушения или аутогенной тренировки. При наличии личностных расстройств показано применение методов личностно-ориентированной пси­хотерапии, включающей и формы групповой работы с пациентами.

Психотерапия (как симптомо-, так и личностно-ориентированная) исполь­зуется при восстановительной терапии пациентов, которым проводится почеч­ный гемодиализ и трансплантация почек (Коркина и др.).

Развитие одной из наиболее сложных хирургических дисциплин — кар­диохирургии, также поставило перед научной психотерапией ряд вопросов. В предоперационном периоде у кардиохирургических больных часто возни­кают невротические реакции, которые негативно влияют на течение заболе­вания, усложняют работу хирургов и анестезиологов и порой заставляют откладывать проведение необходимой операции. Например, психотравмиру­ющая предоперационная подготовка у больных с ревматическими пороками сердца может приводить к развитию послеоперационных психозов (Ковалев, Шуман и др.). Возникает необходимость в уменьшении эмоционального на­пряжения, тревоги, страха перед операцией. Условием психопрофилактики и лечения таких осложнений является индивидуальный подход с учетом лич­ностных реакций на предстоящее кардиохирургическое вмешательство, воз­никающих невротических и неврозоподобных состояний.

Описываются (Морозов) три основных варианта отношения пациентов к операции на сердце: 1) по типу сверхценной значимости ожидаемой операции; 2) по типу доминирования идеи о логической необходимости операции; 3) по типу «амбивалентного» невротического реагирования. Для выработки актив­ной личностной позиции, обеспечивающей уверенное и спокойное отношение к операции, применяются различные психотерапевтические воздействия:

1. рационально направленная групповая беседа для всех поступающих;
2. освоение аутогенной тренировки в группе; 3) индивидуальная помощь в аутотренинге при невозможности выбора исходной позы и других неудачах; 4) гипносуггестия с вводной формулой аутотренинга тем, кто недостаточно хо­рошо его усваивал; 5) повторная рациональная индивидуальная беседа в день известия о дне операции; 6) в части случаев — проведение наркогипноза, ко­торый возможен при установившемся контакте пациента с врачом и снотвор­ном последствии наркоза; 7) в более сложных случаях — индивидуальная и/ или групповая личностно-ориентированная психотерапия; 8) послеопераци­онная беседа ободряющего и корригирующего характера. Применение направ­ленной комплексной психотерапевтической подготовки позволяет улучшить состояние больных и у 50% из них изменить стандартную схему медикамен­тозной предоперационной подготовки за счет уменьшения дозировок и даже отмены лекарств.

На основании изучения психологического статуса кардиохирургических больных разработана (Лауринайтис) более сложная система психопрофилак­тических и психокоррекционных мероприятий, использующая методы индиви­дуальной и групповой психотерапии с целью: 1) дооперационной психологи­ческой подготовки больных; 2) психокоррекционных мероприятий в ближай­шем послеоперационном периоде; 3) психокоррекции в реабилитационном от­делении и 4) психологических воздействий в отдаленном послеоперационном периоде.

Онкология имеет тесные связи с хирургией. Психотерапия в этой области хирургии является наиболее разработанной и по многим показателям может считаться эталонной для других видов патологии. В этиопатогенезе новообра­зований существенную роль играют психические факторы, поэтому значение психотерапии в комплексе мер по повышению неспецифической сопротивля­емости организма признается многими исследователями.

В одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия ис­пользуется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые психотерапевтичес­кие беседы с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевти­ческих методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В период онкопрофилактики может применяться аутогенная трениров­ка, методы поведенческой психотерапии. В начальный, диагностический пе­риод, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональ­ная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяже­лых случаях при наличии гипнабельности показана гипнотерапия. В пери­од сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения. В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лече­ния, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше, ис­пользуются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболе­ваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению бо­лей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, со­переживающее отношение к больному.

Знание психического состояния онкологических больных (Гнездилов) до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни», психологи­ческих защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентирован­ной групповой психотерапии, как в лечении этих больных, так и в психопро­филактической работе с ними.

Проведение групповой психотерапии обеспечивает взаимную моральную поддержку пациентов, обмен собственным опытом адаптации к своему заболе­ванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального на­пряжения и проблем, вызванных болезнью. Групповая психотерапия даже с безнадежно больными пациентами с метастазами рака может быть эффектив­ным средством, поддерживающим больных и позволяющим им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание. Открытая конфронтация со смертью позволя­ет пациенту ориентироваться не на прошлое или будущее, а на настоящее — на «жизнь», а не на «смерть»; уходит страх быть униженным, попасть в труд­ную ситуацию, поскольку «рак излечивает неврозы». Сложная роль психоте­рапевта в этих случаях требует интеграции с ситуацией умирающего больно­го, умения не отделять больного от себя — не разделять понятия Я и Вы. Груп­пы поддержки больных и их семей, ранняя психотерапевтическая помощь мо­гут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающих­ся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком.

Представляют интерес исследования известного психолога и психотера­певта Айзенка и его сотрудников, убедительно подтвердивших роль психоте­рапии в онкологии. Исследования проводились с учетом копинг-механизмов пациентов, включали индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки. Под наблюдением находились здоровые люди, по результатам специальных психологических исследований предраспо­ложенные к заболеванию раком легкого. Испытуемые были разделены на пары, состоявшие из лиц одного пола и возраста. Далее методом случайного выбора одного из пары направляли в психотерапевтическую группу, с други­ми же психотерапевтические занятия не проводились. Через 13 лет в конт­рольной группе от рака легкого умерло 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе за­болел раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в эксперимен­тальной — 5. Исследования подтвердили эффективность психотерапии в про­филактическом плане. Исследовалась также возможность продления жизни неизлечимым онкологическим больным с помощью психотерапевтических ме­тодов. Больные были разделены попарно. С одним пациентом из пары прово­дилась поведенческая психотерапия, другой пациент получал лишь общепри­нятое лечение. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых более 5 лет, у вторых — более 3 лет. Близкие результаты были получены при поведенческой психотерапии женщин в терминальной ста­дии рака молочной железы. Физиологические процессы в организме находятся под выраженным влиянием психологических воздействий (в стрессовых ситу­ациях, в частности, повышается содержание кортизола в крови, что оказыва­ет негативное влияние на деятельность иммунной системы).

Особые условия работы в онкологической клинике требуют специальной подготовки врачей и среднего медицинского персонала. В семинарах для вра­чей и медицинских сестер основное внимание уделяется чувству озабоченнос­ти и тревоги, возникающему при работе с раковыми больными; приемам ра­боты с умирающими; пониманию группой того, что она трудится в сложней­шей области медицины.

Метод Бансона является вспомогательным в общем комплексе психологи­ческой помощи больным в конечной стадии раковых заболеваний и делает возможным интенсивное воздействие на психофизиологические реакции боль­ных при наличии панических состояний и болевых синдромов, которые не удается снять медикаментозными средствами. Метод основан на специфике психодинамического статуса терминального больного, у которого меняется состояние сознания и приоритеты. То, что прежде было несущественным, ста­новится вдруг важнейшим, вспоминаются давно забытые события и кажутся более современными, чем реальность. Изменяется восприятие времени, обыч­но исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мыш­ления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к буду­щей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масш­табы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и прак­тический характер. Такие изменения в сознании больных, как правило, совер­шенно непонятны для обслуживающего персонала, который трактует их как проявления спутанности. В то же время понимание их позволяет психотера­певту проникнуть во внутренний мир больного, в котором важнейшие сооб­щения часто «переодеты» в метафоры и символические образы. Психотерапевт может расшифровывать мысленные зрительные образы, вырастающие из бес­сознательных переживаний больного. Если при проработке сновидений, фан­тазий и «бессмысленных» сообщений пациента значимый образ находится психотерапевтом, то дальше он может с ним активно работать. С помощью не­глубокого гипноза или в состоянии бодрствования на фоне имеющегося уров­ня сознания, с использованием своих направленных ассоциаций, психотера­певт погружает больного в эмоционально положительно окрашенные и избав­ляющие от мучений состояния. Действенность этого погружения определяет­ся индивидуальной значимостью для больного найденного образа. На началь­ных этапах психотерапии часто используются надиндивидуальные образы (пляж на берегу красивого озера, горный луг летом и т. п.). К индивидуаль­ным особенностям приближает, например, детская комната в родительском доме. Из мира животных пациенты часто предпочитают дельфинов, с которы­ми путешествуют в подводном царстве. Продуцируемые больными образы могут принимать неприятный, агрессивный характер (змеи, драконы, хищные растения), что позволяет добиться катарсического эффекта.

Действенным психотерапевтическим фактором метода является не столько суггестивно успокаивающий больного образ, сколько психологическая поддер­жка, оказываемая психотерапевтом благодаря той интимности общения и вза­имопонимания, которая достигается при нахождении эмоционально значимых для больного образов.

К сфере хирургии может быть отнесена психотерапия при таких психосо­матических заболеваниях, как ишемическая болезнь сердца или язвенная бо­лезнь желудка, которые нередко заканчиваются хирургическим вмешатель­ством по поводу стеноза коронарных артерий или прободения язвы желудка. Особенности психотерапии при данной патологии представлены в разделах, посвященных психотерапии при соматических расстройствах.

Как и при других заболеваниях, в хирургической клинике включение пси­хотерапии в систему комплексного лечения больных определяется правиль­ным соотношением личностно-ориентированной и симптоматической психоте­рапии, уточнением целей, задач и выбора конкретных психотерапевтических техник и методов с учетом клинических, психофизиологических, психологичес­ких и социальных механизмов заболевания на разных его этапах.

**вопросы**

1**.**

**трольные**



**Первым научно обоснованным методом психотерапии, использовавшимся в хирургической практике, был:**

**О гипноз;**

**© аутогенная тренировка;**

**© психоанализ;**

**© групповая психотерапия.**

2**.**

**Современные изменения во взглядах на роль и возможности психотерапии в хирургии связаны с:**

**О дифференциацией ее применения;**

**© личностной ориентированностью психотерапии;**

**© расширением числа ее методов за счет нетрадиционных, недостаточно на­учно обоснованных;**

**© нецелесообразностью ее применения из-за появления эффективных анал- гезирующих и психотропных препаратов.**

3**.**

**Научное применение психотерапии в хирургии основывается:**

**О только на знании показаний и противопоказаний к применению ее мето­дов;**

**© на учете лишь личностных черт пациента;**

**© только на понимании характера заболевания и этапа его развития;**

**© на всех трех вышеперечисленных факторах.**

4**.**

**Современные исследования возможностей применения психотерапии в онколо­гии подтверждают:**

**О ее неэффективность;**

**© ее психопрофилактический, лечебный или продлевающий жизнь эффект; © целесообразность замены ею хирургически обоснованного оперативного вмешательства;**

**© ее негативное влияние на течение онкологического заболевания из-за от­каза пациентов от современных традиционных форм лечения.**

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

***Психотерапия у детей и подростков***

На течение психических заболеваний в детском и подростковом возрасте влияет множество факторов: наследственность; закономерности течения забо­левания; ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение); возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи); «случайные события» (жизненные события, факторы окружающей среды); факторы риска; защитные факторы самого ребенка и его окружения.

Под защитными факторами понимают воздействия, способные задер­жать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем они не обязательно сопровождаются положительными или радостными пережива­ниями. Эти факторы могут различным образом взаимодействовать: сумми­роваться, взаимно исключаться или дополнять друг друга.

Насколько равноценно расстройство? При равных причинах и при оди­наковых отягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психичес­кие заболевания. Например, у ребенка с неврозом навязчивых состояний возможен риск хронизации заболевания в случае алкоголизма отца в боль­шей мере, чем у ребенка с подобной отягощенностью, но в гармоничной се­мье.

В подростковом возрасте особенно сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нор­мального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полно­стью компенсироваться. Многими детскими психиатрами высказывается точка зрения на нарушения поведения и психические расстройства, как неспособ­ность ребенка создать эффективные механизмы преодоления трудностей, уход от решения проблем в пассивное, дисфункциональное псевдоадаптивное или дезадаптивное поведение (Попов). Сложность клинической диагностики в на­стоящее время связана и с патоморфозом психических расстройств. Помимо изменения степени тяжести, одним из его проявлений является обнаружение у пациентов сочетания нескольких психических расстройств — коморбидность.

Диагностика заболеваний стала значительно сложнее, применение много­осевого кода и постановка многомерных гипотез детскими и подростковыми психотерапевтами облегчает эту задачу. Выявление нескольких расстройств очень важно для последующего планирования сроков и методов психотерапии, иерархического построения психотерапевтических программ.

Психотерапия периода взросления должна отвечать специфическим по­требностям этой жизненной фазы. В частности, оправдали себя следующие принципы (Эйдемиллер, Кулаков, Ремшмидт).

1. Критерий необходимости проведения психотерапии при психических расстройствах детского и подросткового возраста — выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия пациента тратится на преодоление внутренних и внешних кон­фликтов, а не на выполнение задач развития.
2. Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмеша­тельств зависит от степени выраженности симптоматики, наличия внутри­личностных и/или межличностных конфликтов, физического состояния па­циента, продолжительности нарушений, количественных и качественных от­клонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах, искаже­ния образа Я, дисфункциональных семейных отношений, мотивации на ра­боту, субъективного отношения к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), возможности и желания микросоциального окружения к из­менениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного пациента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.
3. Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков учи­тывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание, учет актуальности проблемы для пациента; необходимость тщательной обра­ботки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта; выбор адекватной формы проведения психотерапии. Определенные психотерапевтические ме­тоды должны применяться при определенных типах расстройств. Это озна­чает, что различные психические заболевания у детей и подростков следует лечить с помощью разных методов. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Может быть назначена комбинация несколь­ких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.
4. Гибкость терапевтической тактики. Психотерапевт не должен дей­ствовать по схеме. Следует обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Иногда необходимо прибегнуть к обсуждению проблем в ходе совместной прогулки. Психотерапевт должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения, и, поддержи­вая в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения.
5. Соответствие возрасту и уровню развития. Подростки с характерной для них боязнью неудачи тяжело переносят фрустрацию в ходе психотера­пии. Она может возникнуть в результате слишком высоких требований врача к вербальным способностям пациента, к его фантазиям, вследствие долгих пауз в разговоре, в результате морализаторских оценок или подавляющего стиля психотерапевта.
6. Усиление функций Я и осторожность в работе с регрессией. Важная за­дача психотерапии детей и подростков — усиление Я пациента. В то же вре­мя допускать регрессию поведения необходимо. Следует исходить из целей приспособления к реальности, овладения ею, поэтому нужно избегать за­тяжных регрессий поведения с сильной актуализацией инфантильных жела­ний.
7. Предоставление коррективного эмоционального опыта. Обсуждая с пси­хотерапевтом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт. Предпосылкой возникновения та­кого опыта служит установка врача на специфические возрастные пробле­мы, с которыми ребенок мог прежде и не сталкиваться.
8. Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заклю­чается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия рас­пределяется между участниками группы. С другой стороны, при этом снижа­ется уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения про­блем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть ин­тегративной, так как постоянно идет параллельная психотерапевтическая ра­бота с родителями. Система психотерапии интегрирует не только понятия индивидуальной психологии и системного подхода, но и все то многообразие позиций, которое характерно для каждого из них. Тем самым учитываются психоаналитические и когнитивно-поведенческие представления, достижения структурной, стратегической семейной психотерапии, нарративного подхода. Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конф­ликтов.
9. Подключение семейной психотерапии, нацеленной на устранение наруше­ний границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфлик­тов приводят к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто слу­жит решение не всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемно­му» пациенту. При формулировании психотерапевтического запроса психоте­рапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэф­фективных в родительской роли.
10. Создание наилучших условий для проведения психотерапии. Это пред­полагает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать; ка­кими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности от­дельных методов и учитывая возможности создания доверительных отноше­ний с ребенком, подростком и семьей.
11. В интегративной психотерапии подростков необходимо выполнить основные задачи: блокирование симптомов нарушенного поведения путем использования комплексных вмешательств; прояснение неосознаваемых конфликтов, являющихся причиной появления симптомов; решение семей­ных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведен­ческими нарушениями у ребенка, а также совершенствование копинг-стра- тегий.

Для обучения детских и подростковых психотерапевтов концептуализа­ции и планированию психотерапии приводим модифицированную схему стратегической модели Оудсхоорна. При ее использовании любую пробле­му можно представить в виде 6 уровней. Каждый уровень отражает соответ­ствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения ча­стных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Этот подход является мультимодальным, соотносится с многоосевыми классификация­ми психических расстройств, при его применении психоаналитические, по­веденческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Повод обращения (жалобы). 1. Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например, головные боли или манкиро­вание учебой. 2. Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц, снижение ус­певаемости в конце учебного года. 3. Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки).

При планировании психотерапевтических мероприятий следует распреде­лить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отноше­ния с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней сре­ды. Например, травля ребенка однокласссниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, наси­лие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отя­гощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсо­нальные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные от­ношения с одноклассниками, роль «козла отпущения». При анализе демог­рафической информации важно обращать внимание на расу, класс, культур­ный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из Средней Азии или член семьи — «гей»). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как ес­тественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного па­циента анализируется как следствие нарушений функционирования всей се­мьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных ха­рактеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных осо­бенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семей­ного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам, коммуникации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям, стадии жизненного цикла, семейной истории, горизонтальным и вертикальным стрессорам; определяются функции симптомов в семейной системе (морфо­статическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их «комму­никативные метафоры».

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают на­рушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или пове­дения пациента, объясняемые с позиции теории научения (связь между ир­рациональными установками и поведением): контакт; невербальные призна­ки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уве­ренное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способ­ность к адаптации, устойчивость к стрессу; мотивы поведения (особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии; обратить внимание на иерархию моти- вационно-потребностной сферы; выяснить блокировку основных потребно­стей; определить временнyю перспективу); выявить суицидные мысли и на­мерения; найти ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны; аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апа­тия, депрессия);защитные системы (наличие защиты можно изучать по на­личию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения). Следует также учитывать фазы и периоды психического развития (по Ко­валеву и Эльконину, З. Фрейду и A. Фрейд, Э. Эриксону, Кернбергу), сво­евременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возра­сту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Характеристика степени личностной зрелости; психоаналитическая диагностика личности; уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «ус­ловная приятность» симптомов. Изучение общей картины проблем (симпто­мов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстрой­ство).

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, соглас­но которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхож­дении симптоматического поведения. Физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикамен­тозная помощь.

При составлении или написания клинико-психотерапевтического заклю­чения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы по­служить «мишенями» психотерапии. При планировании психотерапии — от­метить цели психотерапии, ее этапы, возможные терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельным ее членом; число сеансов.

*Уточнение запроса. Как создать мотивацию «Что делать?».*

Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, школе, межличностном общении, в индивидуальном психологическом функ­ционировании, в мотивации на лечение. Повысить мотивацию подростка на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение приме­ров из практики. Дополнительным моментом в создании мотивации служит обсуждение с пациентом данных психологического исследования. Нередко в процессе психодиагностики выясняется, что родители нуждаются в большей степени в помощи и поддержке, чем непосредственно сам ребенок.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю совокупность возможных медицинских, пси­хотерапевтических и психосоциальных мероприятий, предполагая возмож­ность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопро­сы:

1. Основное содержание: в чем заключается смысловой акцент психотера­пии?
2. Методический подход: как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?
3. Организационная форма проведения и интенсивность: каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?
4. Согласованность компонентов психотерапии: как могут сочетаться меж­ду собой выбранные методы и места их проведения?

Следующий пример иллюстрирует указанные принципы интегративно­го подхода в психотерапии подростка с эмоциональными и поведенческими проблемами. Использовались следующие методы: клинико-биографический метод (исследование истории жизни пациента); постановка многомерных гипотез при планировании психотерапии; проведение функционального по­веденческого анализа; наблюдение в процессе семейной, индивидуальной, групповой психотерапии; экспериментально-психологические методы.

Отец Ани, 16 лет, обратился в подростковый медицинский центр с жало­бами на побеги дочери из дома, ее конфликты с родственниками и ровесника­ми, повышенную обидчивость и ранимость, нарушения сна.

Семейный анамнез. В семье матери прадед страдал психозом, что представ­ляло семейную тайну. Прабабушка, по национальности грузинка, была влас­тной, пыталась все время контролировать своего мужа и всю семью. Бабуш­ка тоже была властной. Ее муж страдал раком, умер в возрасте 58 лет. Мать подростка — единственная дочь в семье. Анна родилась от второго брака ма­тери. В первом браке у матери детей не было.

О прародителях со стороны отца известно следующее: дедушка умер в 45 лет от инсульта, бабушка трагически погибла год назад в результате разбой­ного нападения на даче.

Брак между родителями был заключен по «разуму». Отец с матерью одно время мигрировали по стране. Анна родилась в Казахстане. У ее матери три года назад был роман с мужчиной, который трагически погиб. После силь­ных переживаний из-за его смерти у нее развился алкоголизм с запойным течением. Со слов матери, это был «уход от жизни, уход от себя». Муж о свя­зи жены с другим мужчиной догадывался, но после того, как тот погиб, «про­стил» жену. Год назад под давлением супруга жена прошла процедуру коди­рования по поводу своего «расстройства» с ремиссией в течение года. Суп­руги часто ссорятся между собой, особенно из-за воспитания детей. В семье существует две коалиции: мужская и женская (отец—сын, мать—дочь). Кон­фликты возникают в результате столкновений полярных принципов в сфе­ре семейных ролей. Сложилась следующая циркулярная последовательность событий. Когда Анна ссорится с братом, отец вмешивается в их конфликт и неосознанно его обостряет, выступая на стороне брата. Мать защищает дочь. Супруги отдаляются друг от друга. Из межличностного конфликта он ста­новится внутрисемейным. До «кризиса» у матери с дочерью регистрирова­лась «симбиотическая связь». Семья проживает в отдельной трехкомнатной квартире, в которой производится ремонт. Заработок отца нестабилен, зави­сит от заказов. Испытывает легкую депрессию в связи с фрустрированной потребностью в самореализации. Мать работала в частной школе. Сейчас уволилась и сидит дома, занимается детьми.

Анна является старшей дочерью в семье, кроме нее в семье есть младший брат Антон, 15 лет.

Анамнез жизни и появления проблем. Анна родилась недоношенной. С рождения регистрировалась энцефалопатия. Поздно начала говорить, не было периода ползания. До школы постоянно наблюдалась невропатологом, принимала различные препараты. Детские дошкольные учреждения не посе­щала. Требовала к себе постоянного внимания из-за слабого здоровья. По­ступила в первый класс частной школы — туда, где работала мать. С первых дней обучения не могла ужиться в классе: не могла никому дать отпор, оби­жалась на учеников. Проучилась там до 9-го класса. Затем поступила в пе­дагогический колледж, где была встречена учениками агрессивно. Не пере­носила их шуток, смеха, все принимала на свой счет. В этот период погиба­ет бабушка, которая оказывала девочке поддержку, обострились отношения с братом, что послужило запуском ее девиантного поведения. Стала убегать из дома, пребывала иногда в сомнительных компаниях, нередко ее жизнь подвергалась опасности. Сообщала родителям, что она жива-здорова, по те­лефону или на пейджер. В один из побегов сама случайно дала отцу сообще­ние на пейджер, перепутав номер (хотела дать информацию о себе своему приятелю): «Я у метро Московская. Жду тебя в 17 часов. Анна». Была удив­лена, увидев отца на месте встречи, и согласилась поехать с ним домой. Се­мья обратилась за помощью к психотерапевту.

В начале первого интервью в контакт вступает с опаской, по мере при­соединения психотерапевта интерес к общению возрастает. С удовольстви­ем рассказывает о своей жизни, акцентируя внимание на волнующих ее те­мах: отношения с братом, непереносимость и страх вхождения в новый кол­лектив, страх осуждения, кошмарные сновидения с покойницей-бабушкой, навязчивые представления попасть под машину после пережитого месяц на­зад наезда автомобиля. Фон настроения неустойчивый: настроение то при­поднятое, то плохое, часто меняется от внешних причин.

Личность девушки представляется незрелой, что находит свое отражение в отношениях со сверстниками, особенно с молодыми людьми (пассивность, доверчивость, болезненная исполнительность). Самооценка низкая: «Чув­ствую себя тряпкой».

С трудом сформулировала три положительных качества: доброта, отзыв­чивость, доверчивость. Одной из причин появления своих проблем пациен­тка назвала недостаток отцовской (мужской) ласки. Выявлены ресурсы: лю­бовь к маленьким детям, умение готовить, верность своим друзьям

Мотивация на проведение психотерапии высокая. Четко сформулировала цели психотерапии: «Хочу жить в семье, наладить отношения с родителями, пойти опять учиться». Каким способом решать проблемы, не знает, лучший вариант видит в индивидуальных беседах.

Экспериментально-психологическое исследование. Использовалась мето­дика жизненного стиля (HIS). Получены следующие результаты. У Ани — высокие показатели по регрессии (11 баллов), проекции (12), замещении (10), у матери — регрессии (7), замещении (6). Отец по методике «Анализ семейных взаимоотношений» имеет высокий показатель по шкалам «неус­тойчивый стиль воспитания», «проекция нежелаемых качеств». В ходе од­ной из индивидуальных встреч у пациентки после заполнения Стенфордс­кого опросника застенчивости по результатам исследования установлены высокие показатели общей неуверенности.

Гипотезы появления проблем пациентки с позиций системного, психоди­намического, когнитивно-поведенческого, биологических подходов выгляде­ли следующим образом.

Биологические нарушения: в анамнезе отмечены нарушения темпа раз­вития, связанные с органическим поражением ЦНС. Девочка в детстве на­блюдалась неврологом, получала медикаментозную терапию.

Проблемы с внешним социальным окружением. Семья в детстве часто миг­рировала. Девочка не посещала дошкольные учреждения, курс начальной шко­лы прошла в частном заведении с малым количеством учеников под материн­ской опекой. Не выезжала самостоятельно в детские лагеря, общение с ровес­никами было ограничено.

Исследование семейной системы. Семья представляет собой дисфункци­ональную систему с нарушенными границами между подсистемами. Комму­никативный стиль также искажен. Члены семьи говорят на повышенных то­нах, нет уважения к правам и мнению друг друга. Существует женская и мужская коалиция. За короткий промежуток до начала проблем у девочки был горизонтальный стрессор: увольнение матери из школы и начало ее ал­коголизации, и семейная травма — смерть бабушки. При исследовании «нар­ратива» (повествования, в котором отражаются лингвистические, культур­ные, мифологические особенности семьи) обнаружено следующее: мужчины по линии отца носят одни и те же имена, женщин называют в честь бабушек. В семье матери в трех поколениях ведущая тема — борьба за власть между мужчинами и женщинами. От униженного положения у прадеда возник пси­хоз, у дедушки — психосоматическое заболевание, у матери — алкоголизм, у Анны — девиантное поведение (уходы из дома). В семье отца существует принцип: «Мужчины должны быть на первом месте». Эта установка прояв­ляется таким образом, что они не терпят противоречий, критики в свой ад­рес, не считают необходимым разделять работу по дому. Таким образом, ис­следование тем и метафор служит стратегической линией для системных и психодинамических гипотез.

Психодинамические гипотезы. В семье существует предание о том, что Аню несколько первых месяцев ее жизни отец вообще не брал на руки. Это свиде­тельствует о фрустрированной потребности в принятии ее отцом. Внимание и забота отца сконцентрирована на сыне. Конфликты с братом возникают в результате ревности и ненависти к нему. Вытесненные отрицательные эмоции проявляются в периодических кошмарных сновидениях. Имеется симбиотичес­кая связь с бабушкой. Девочка предъявляет незрелые психологические защи­ты в виде регрессии, проекции, интроекции, замещении. Побеги из дома соот­ветствуют более младшему возрасту. Возможно, Аня наследует психологичес­кие защиты и жизненные установки матери, так как с матерью существует тес­ная эмоциональная и психологическая связь, основой которой является про­тивостояние мужчинам в семье. Как и мать, Аня, находясь в конфликте с мужчинами в семье, подчиняясь им и не получая одобрения и ласки с их сто­роны, ищет компенсацию вне семьи. Интервьюирование пациентки и данные психодиагностики показали, что у нее имеются как незрелость, так и зрелость защиты. Уровень развития организации ее личности — невротический. Паци­ентка готова пройти психотерапию не из-за проблем, связанных с безопасно­стью или идеями воздействия, а из-за того, что у нее существует внутренний семейный конфликт

Когнитивные и поведенческие проблемы. У девушки низкая самооценка. Дочь, по-видимому, повторяет стереотип матери в реагировании на фрустри- рующую обстановку: уходы матери в алкоголизм, уходы дочери от трудностей в виде побегов — в обоих случаях имеет место аддиктивное поведение со сход­ной атарактической мотивацией. В контактах с незнакомыми людьми прояв­ляет излишнюю застенчивость, а в качестве формы гиперкомпенсации — «бра­ваду», имидж «крутой девочки». Отсутствие адекватного положительного под­крепления в семье компенсирует за ее пределами в сомнительных компаниях, ранних половых связях.

Сложился ряд иррациональных установок по типу «генерализации»: нельзя прощать обидчику, мужчинам нельзя доверять.

Нарушения развития и личностные расстройства: развитие девочки идет искаженным образом. Анна представляется личностью незрелой, дис­гармоничность затрагивает многие сферы ее жизни. Представляет собой группу риска по формированию личностного расстройства мозаичной структуры.

После анализа полученной информации психотерапия спланирована следующим образом. В рамках семейной психотерапии — встреча с каждым членом семьи для обсуждения проблем идентифицированного пациента, индивидуальная психотерапия. Затем — включение подростка в краткос­рочную групповую психотерапию в качестве этапа интегративной психо­терапии.

Вариант проведения функционального поведенческого анализа исполь­зован для системного анализа проблем. Мультимодальный профиль (А. Ла­зарус) — специфически организованный вариант системного анализа, про­водимый по семи направлениям — BASIC-ID (по первым английским бук­вам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интер­персональные отношения, лекарства и биологические факторы). Исполь­зование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, оно соотносится с многоосевой диагностикой психических рас­стройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотера­певтической работы.

Основные проблемы пациентки и возможные варианты психотерапевти­ческих вмешательств представлены в табл. 10.

В ходе второй встречи с семьей с помощью приема нарративного подхо­да в семейной психотерапии — «экстернализация» — удалось отделить по­нятие «плохое поведение» от личности девушки.

На индивидуальных встречах активно работала над всеми проблемами, выполняла домашние задания. Каждый раз затрагивались и экзистенциаль­ные темы, которые редко поднимались в семье: ответственность, выбор, свобо­да, смысл жизни. В течение двух месяцев психотерапии девушка медленно продвигалась к эмоциональному благополучию. Следующим этапом было про­хождение групповой психотерапии.

Наблюдение в процессе краткосрочной групповой психотерапии. Аня в первые часы была насторожена, опасалась насмешек ребят. На второе занятие пришла без настроения. Во время «обзора событий за день» сказа­ла, что не выспалась. После сильного напряжения, испытанного в группе, ночевала у друзей, сообщив об этом родителям. Извинилась перед ними за свой «срыв». Над своей проблемой работала в четвертый день. В психодра­ме были воспроизведены сложные семейные отношения. Опять упомянула о наследовании имен в семье. Все мужчины по линии отца, начиная с пра­деда и заканчивая младшим братом, носят или носили имя: Антон. Девуш­ку назвали в честь бабушки (опять по линии отца): Анна. Подчеркнула так­же, что если у нее родится дочка, она будет носить то же (наследственное) имя. При анализе работы группы сообщила, что чувствует себя повзрослев­шей.

Мультимодальный профиль пациентки  
с нарушением поведения

*Таблица10*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Описание | Возможные варианты психотерапии |
| Поведение | Застенчивость | Поведенческий анализ, индивидуально проводимый тренинг уверенного поведения, групповая психотерапия |
| Эмоции | Обида на отца, ненависть к брату, ночные страхи | Проработка этих проблем в индивидуальных сеансах психотерапии |
| Ощущения | Скованность после разговора с незнакомым человеком | Для устранения вторичных телесных проявлений используются на отдельных занятиях приемы телесно­ориентированной психотерапии |
| Представления | Повторяющийся сон о пережитой ею аварии и картины смерти ее бабушки | Проработка данной проблемы в гештальт-экспериментах, клинических ролевых играх |
| Когниции | Иррациональная установка генерализации «все парни сволочи, прощать нельзя» | Замена иррациональных установок на рациональные |
| Межличностные | Отец: физические наказания, | Семейные сессии с каждым членом |
| отношения | поддержка сына Конфликты с братом | семьи |
| Лекарства | Нет | Нет |

Во время встречи с отцом, состоявшейся сразу после окончания групповой психотерапии, обсуждались его отношения с детьми. Осознал, что его «диск­риминация» по отношению к детям привела к перекосам в их поведении: «Сын тоже стал много из себя воображать, постоянное самолюбование. Избаловал я его».

С девушкой проводилась поддерживащая психотерапия с периодичностью один раз в месяц. Курс психотерапии составил в общей сложности 34 часа и продолжался в течение четырех месяцев.

Поведенческий (проблемный) анализ считается наиболее важной диагности­ческой процедурой в психотерапии у детей и подростков, особенно с наруше­нием поведения. Информация должна отражать следующие моменты: конкрет­ные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения- мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (мотори­ка, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избы­ток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализаци­ей (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывают наблюдение за поведением в ес­тественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, в роле­вой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топогра­фическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование психотерапии и ее ход, а также учитывает влияние на пове­дение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существуют не­сколько схем. Наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это слишком глобальные описания. Необходима более тонкая дифференциация.
2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установ­ки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в на­стоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом се­ансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.
3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.
4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие при­знаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало при­менимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и коли­чественное описание признаков.
5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

После проведения функционального анализа надо запланировать этап- ность применения психотерапевтических приемов и проконтролировать сро­ки отмены назначенного временно некоторым пациентам препарата в началь­ном периоде психотерапии.

Цель любого психотерапевтического вмешательства состоит не в преобра­зовании внешней ситуации, не в изменении внешнего окружения, других лю­дей или хода событий, а в преобразовании внутреннего восприятия, которое пациент формирует у себя сам, происходящих фактов, их взаимосвязей и всех их возможных значений. Таким образом, психотерапевтическая работа наце­лена на приобретение пациентом нового личностного опыта, перестройку сво­ей индивидуальной системы восприятия и представлений.

Центральная проблема краткосрочных методов, которые сходны с «пси­хотерапевтическим обучением», — определение мотивации пациента. Уси­ление мотивации к лечению основано на следующих принципах:

* совместное определение целей и задач психотерапии (важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»);
* составление позитивного плана действий, его достижимость для каж­дого пациента, тщательное планирование этапов;
* проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его про­блеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;
* разработка «повестки дня» каждого занятия, анализ достижений и не­удач на каждом этапе психотерапии.

Остановимся на двух наиболее часто применяемых в России методах психотерапии.

Игровая (групповая) психотерапия у детей опирается на основные фун­кции детской игры и применяется, в первую очередь, при психотерапии ши­рокого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социаль­ной адаптации у детей. Наиболее известное определение игры принадлежит Э. Эриксону: «Игра — это функция Эго, попытка синхронизировать теле­сные и социальные процессы со своим Я». Игра с ребенком для установле­ния с ним контакта и как способ вовлечения ребенка в аналитическую ра­боту впервые использовалась А. Фрейд. Изучение детской игры путем на­блюдения позволило осознать уникальность способа общения ребенка с ок­ружающим его миром.

Игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведен­ческих расстройств у детей и представляет собой серию межличностных вза­имодействий, направленных на следующие цели: отреагирование эмоцио­нальных переживаний, гармонизацию рассогласованных компонентов лич­ности и создание целостной Я-концепции, формирование адекватной само­оценки, конфронтацию со своими личностными проблемами, раскрытие сво­их переживаний и их вербализацию, создание условий для роста и компетен­тности, получение необходимых коммуникативных навыков, развитие внут­реннего источника оценки и обретения веры в себя.

Существуют различные направления игровой психотерапии: недиректив­ная игровая терапия (Экслайн); игровая терапия отреагирования (Леви); иг­ровая терапия построения отношений (Тафтой, Аллен) и др.

Игровое взаимодействие проходит на познавательном, поведенческом и эмоциональном уровнях и осуществляет свое лечебное воздействие через эмоциональную поддержку, обратную связь и игровую активность. В игровой психотерапии распространены следующие правила: нельзя произвольно ме­нять время и место занятий; содержание игр должно соответствовать тем си­туациям, которые бывают в жизни и которые актуальны для пациентов; каж­дая игра имеет свои правила, понятные ее участникам; формы и цели игры признаются родственниками пациентов.

В процессе игры ребенок должен чувствовать себя в безопасности и быть принятым — только тогда он приобретает конструктивный опыт взаимодей­ствия с микросоциальным окружением. Игровая психотерапия может осу­ществляться в индивидуальной и групповой формах.

Показания: неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчи­вая самооценка, выраженная неуверенность в своих возможностях, сильная застенчивость, скованность в общении, наличие фобий, формирующиеся тре­вожно-мнительные черты характера, патологические привычные действия (онихофагия, сосание пальца).

Критерии формирования группы: разнообразие личностных радикалов, психологическая совместимость, закрытый характер группы (все начинают и заканчивают курс занятий одновременно), встречи не реже 1 раза в неде­лю, возрастная и числовая совместимость. В игровой (групповой) психоте­рапии у детей существуют сходные с взрослыми группами, хотя и своеобраз­ные процессы групповой динамики.

Групповая динамика состоит из трех фаз.

1. Фаза ориентации. Организация группы как целого организма, чтобы дети захотели играть, сняли эмоциональное напряжение. Наиболее крити­ческая ситуация на этом этапе возникает в случае расторможенности детей (например, при неправильно проведенном подборе группы в нее включено много детей с минимальной мозговой дисфункций). В первой фазе психо­терапевт может просто разрешить детям играть. Ребенок должен быть при­нятым и чувствовать себя в безопасности. 2. Фаза дифференциации (симпа­тий, активности). Идет кристаллизация групповых ролей. Возможна спон­танная или спровоцированная агрессия на психотерапевта. Наиболее крити­ческие ситуации возникают при противостоянии группе одного из участников, выделение двух противоборствующих лидеров. На этом этапе психотерапевт должен перейти от директивной позиции к роли участника группы. 3. Фаза интеграции (зрелая социальная организация). Здесь применимы все игровые приемы, включая клинические ролевые игры для решения проблем участни­ков.

Наблюдение за игрой помогает психотерапевту установить доверительные отношения с ребенком, составить необходимые представления о способностях его к развитию, об эмоциональных конфликтах и стиле общения. Содержание детской игры, степень ее сложности, особенности ее построения, действующие лица, конфликты, беспокойство ребенка, выражение эмоций — все это пред­ставляет диагностический «психотерапевтический материал». Выбор темати­ки игр отражает задачи психотерапевта и интересы ребенка. Сюжеты игр дол­жны носить десенсибилизирующий характер и способствовать реадаптации детей к реальным условиям микросоциума.

Поведение психотерапевта в процессе игровой психотерапии может быть различным в зависимости от его принадлежности к определенной школе. По­веденческие психотерапевты более директивны, тогда как представители дет­ского психоанализа склонны к наблюдательной и интерпретирующей такти­ке. Предоставление ребенку возможности управлять своей деятельностью, поощрение его за предложения собственных игр, желание поделиться свои­ми переживаниями, недирективность создают больше условий для проявле­ний инициативы ребенка и способствуют личностному росту.

Групповая психотерапия подростков — сравнительно молодой и разви­вающийся метод.

В настоящее время подростки не мотивированы на прохождение долго­срочного варианта психотерапии, продолжающегося 2-3 мес, из-за его дли­тельности, необходимости отрыва от учебы или работы. Выполнение лечеб­ных и психопрофилактических задач с ограничением времени заставило ис­кать новые краткосрочные формы.

Успешность достижения поставленных целей и эффективность кратко­срочной психотерапии как отдельного метода определялись следующими ус­ловиями.

1. Поведенческие и эмоциональные проблемы существуют недавно.
2. Прежняя социальная адаптация была удовлетворительной.
3. Пациенты на этапе подготовки к группе хорошо раскрывались.
4. Собственная мотивация на работу была высокой.
5. Во время первого интервью сформирована реалистичная и достижи­мая цель.

В ходе групповой психотерапии практически каждый второй пациент детского и подросткового возраста вносит в качестве своей основной пробле­мы взаимоотношения с родителями или значимыми взрослыми, поэтому краткосрочная групповая психотерапия может использоваться и как этап се­мейной психотерапии.

С каждым подростком перед началом занятия проводится подготовительная работа, то есть 1-4 сеанса индивидуальной работы в зависимости от степени выраженности психологических проблем, защитных построений. Выясняется круг трудностей, мотивация на изменения, анализируется реестр и степень вы­раженности иррациональных установок. Формирование мотивации на участие в группе отражается через выражение «я хочу», а не «хотел бы».

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия (почему и для чего?) способствует отбору и построению содержания (что?), органи­зации психотерапевтического процесса (как?). Предгрупповая подготовка стимулирует позитивную постановку целей работы подростка в группе, кото­рые он повторяет на первом занятии.

Мотивацию к работе в группе повышают следующие факторы: предос­тавление положительной «обратной связи» (принятие и понимание проблем подростка); обсуждение распределения ответственности, стимуляция личной ответственности подростка за решение его проблемы; создание уверенности, что психотерапевт будет продолжать поддерживать подростка в случае по­являющихся трудностей; договоренность о формах общения, телефонных звонках в период подготовки к работе группы. Такое дополнение принципа­ми когнитивно-поведенческой психотерапии не случайно и важно для под­ростков, имеющих те или иные личностные девиации, которые возникают на фоне задержанного (инфантилизм) или искаженного развития.

Опыт показывает, что у тех детей и подростков, чьи родители не прояви­ли интереса к занятиям и не взяли ответственность за проблемы, получены худшие результаты. Для повышения эффективности краткосрочной группо­вой психотерапии родители перед началом занятий приглашаются на специ­альное собрание. На нем происходит знакомство их друг с другом, опреде­ляются их проблемы с детьми, уточняются цели в воспитании детей, предо­ставляется информация о лечебных факторах групповой психотерапии, о возрастных этапах развития подростков, о признаках гармоничной семьи, анализируются родительские сомнения и опасения в отношении занятий. У родителей после собрания устраняется установка на уникальность пробле­мы у их ребенка, они становятся «союзниками психотерапевта». Формирует­ся своеобразная «экосистема»(родитель — психотерапевт — ребенок), усили­вающая эффект группового воздействия. Устная информация о групповой пси­хотерапии дублируется в письменном виде, которую родители уносят домой, чтобы еще раз обсудить окончательное решение подростка участвовать в пси­хотерапевтической группе (стимуляция принятия равной ответственности за симптом или поведение).

В модели интегративной краткосрочной психотерапии позиция психотера­певта — директивно-обучающая при равном распределении ответственности между участниками группы. Иррациональные установки, внутри- и межлич­ностные конфликты устраняются в процессе наблюдения, проигрывания и анализа экспериментальных ситуаций в группе.

Психотерапевтическая группа служит средством выполнения индивиду­альных плановых задач отдельного участника. Свои цели подросток повторя­ет на первом занятии группы.

Обязателен поиск ресурсов и позитивных сторон личности подростков, расширение временнoй перспективы. Позитивные техники проходят красной нитью через все занятия групповой психотерапии. Применяются парадок­сальные приемы, используются анекдоты и метафоры. Работа с временнoй перспективой начинается уже с первого контакта с подростком в виде поста­новки краткосрочных целей, затем постепенно прорабатываются долгосроч­ные цели. Постоянное внимание к альтернативным формам поведения также вносит определенный вклад в эту работу.

При проведении занятий по интенсивной модели (6-7 дней по 4 ч ежед­невно) можно выделить следующие этапы.

1. этап — «ориентация» — включает в себя образование группы как це­лого, знакомство, снятие уникальности проблемы или симптоматики для каждого участника, проигрывание этюдов на снятие эмоциональных блоков, тренировку выражения эмоций. Одновременно применяются проективные психодраматические игры, нацеленные на сбор «психотерапевтического ма­териала», экскурс в личностную историю, а также использование активно­го воображения, стимуляция образного мышления («Пустыня» — кто или что ты в пустыне; «Магазин подержанных игрушек» — выбрать игрушку и от ее имени рассказать историю — как она попала в этот магазин, приемы символа драмы — «человек в дороге», «прохождение туннеля»). Этому эта­пу уделяется 1-2 дня.
2. этап — «уточнение целей и перераспределение ответственности» — за­нимает минимум времени, если участники группы прошли серьезную под­готовку к групповой работе. В этот период возможна агрессия подростков на психотерапевта. Она искусственно не стимулируется, но и не пресекается. Сплочению способствует общность целей, создание положительной атмос­феры в группе. Применяются социографические игры и техники, использу­ются метафоры, приемы шкалирования. Например, опрашивается каждый подросток, какой процент ответственности за решение проблемы он возьмет на себя, а что оставит группе или психотерапевту. Здесь может произойти переформулирование цели, так как во время I этапа подросток может «от­крыть» ранее не известную ему проблему и хотел бы поработать над ней, а не над той, которую заявил на первом занятии.
3. этап — «решение индивидуальных проблем» участниками группы. Ис­пользуются клинические ролевые игры с акцентом на смену ролей (очень важно для преодоления максимализма подростков), техники гештальт-тера­пии (игра в проекции, реверс ролевого поведения, «горячий стул», «рондо»), широко применяются парадоксальные игры и техники. В случае сильного напряжения и для эмоционального отреагирования после взволновавшей всех психодрамы или темы полезно подключение медитативных приемов и рисо­вание на заданную тему. Выбор упражнений зависит от превалирования на­рушений в той или иной сфере личности (эмоциональной, поведенческой, когнитивной, сфере воображения), определяется также интеллектуальными возможностями подростков. Для подростков актуален динамизм и действие. В отличие от групп со взрослыми участниками такие приемы, как молчание, а также задавание стратегических вопросов не способствуют сплочению, а не­редко, наоборот, вызывают недоверие к ведущему группы.

Групповая психотерапия подростков с пограничными психическими рас­стройствами интегрировала приемы гештальт-терапии, клинических ролевых игр, когнитивно-поведенческой психотерапии. Арттерапевтические техники также активно включаются в групповую психотерапию. Наиболее часто ис­пользуются проективные рисунки: метафорический автопортрет, «Я» как со­общество, разговор двух «животных» и др. Психотерапевтическая группа яв­ляется средством расширения возможностей подростка в навыках адаптации. Гештальт-эксперименты позволяют завершить «незаконченные дела» в отно­шениях, клинические ролевые игры со сменой ролей — побыть на месте «зна­чимого Другого», когнитивно-поведенческие приемы — изменить дисфункци­ональное мышление и апробировать новые способы поведения.

В ситуациях напряжения группу иногда целесообразно разбивать по 2 или 3 подростка, где пациентам легче поделиться своими чувствами или рас­сказать о сложном событии. Впоследствии с уменьшением защитных пост­роений они набираются смелости решать проблему в большом «круге».

Копинг-стратегии в психотерапевтической группе. Ряд когнитивно-пове­денческих приемов способствует осознанию «психотерапевтического мате­риала», повышению копинг-стратегий. Остановимся на некоторых из них.

Поведенческая репетиция — это техника ролевого исполнения, в которой пациент в данной проблемной ситуации проверяет новые, более эффектив­ные способы поведения. Она основывается на инструкции или словесной подсказке пациенту использовать набор возможных вариантов поведения в данной ситуации. При проигрывании альтернативных вариантов и последу­ющем овладении тренингом самоинструкций пациент обучается совладанию с имеющимися трудностями в реальном мире. Групповая обратная связь — это вербальная оценка других, насколько эффективно пациент сыграл роль или смоделировал ситуацию. Такой прием сочетает в себе использование клинических ролевых игр и проблемно-разрешающего подхода.

Приемы подкрепления. Подкрепление основывается на оперантной теории и включает приемы, в которых результаты данного поведения немедленно сопровождаются вербальной или невербальной поддержкой. В группе паци­ент получает разного рода подкрепление за выполнение ответственного или уверенного поведения, домашнего задания. В группах, где использовался этот прием, была выше групповая сплоченность. В то же время в поддержке может быть отказано, например, в ответ на нежелательные формы поведения. Наи­более эффективным у подростков оказывался прием дифференцированного подкрепления.

Другого рода оперантные приемы могут включать изменения условий, ко­торые предшествуют или сопровождают данное поведение. Эти приемы отно­сят к контролю стимула.

Приемы когнитивной перестройки. К ним относят те копинг-стратегии, с по­мощью которых пациент контролирует собственное окружение и собственное поведение, например, самонаставление, самоинструкции. Так подросток со стра­хом отвержения после проработки своей проблемы дает группе клятву: «С се­годняшнего дня я настоящий Дмитрий, а это значит, что я могу свободно выра­жать все имеющиеся у меня чувства взрослому и ровеснику, рассчитывать толь­ко на собственные силы. Я сильный, добрый, ответственный парень».

1. этап — подведение итогов. Оценка эффективности работы психотера­певтической группы. При подведении итогов следует сосредоточить внима­ние на следующих моментах: что дала психотерапевтическая группа каждо­му участнику, что было сложным, что получилось, какие были желания у подростков в отношении дальнейших шагов. Их необходимо учитывать при планировании следующих этапов работы.

После окончания работы группы проводится повторная встреча с роди­телями для подведения итогов, исследования возможностей дальнейшей ра­боты со всеми членами семьи в целях семейной реадаптации. При желании родителей они включаются в тренинг родительской компетентности, груп­пу личностного роста, семейную психотерапию. В семьях детей и подрост­ков, где родители параллельно с детьми получили тот или иной вид психо­терапевтической помощи, быстрее налаживаются партнерские отношения.

Для пациентов, у которых длительно наблюдаются признаки погранич­ных психических расстройств, групповая психотерапия служит лишь этапом интегративного вмешательства. Учитывая медленный темп движения к осоз­нанию своих проблем из-за наличия клинической симптоматики и психологи­ческой защиты, следует предоставлять подросткам возможность встречаться с психотерапевтом по мере необходимости, организовать группу поддержки, продолжать индивидуальную или семейную психотерапию.

Пример интегративного психотерапевтического вмешательства (сочета­ние индивидуальной, групповой и семейной психотерапии). Алексей Н., 16 лет, ученик 11-го класса. Обратился с жалобами на страхи, особенно на ули­це, трудности вступления в контакт с незнакомыми людьми.

Наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Беременность и роды протекали без патологии. В раннем детстве часто болел простудными заболеваниями.

Семейный анамнез. Отец по профессии юрист, мать — инженер, сейчас ра­ботает в яслях. На прием юношу привел отец, который в основном и занима­ется воспитанием сына. О супружеских отношениях отец старался не гово­рить.

С 3 лет мальчик наблюдался у невропатолога по поводу нарушений сна и энуреза. Посещал логопедический детский сад. С 5 до 12 лет состоял на учете в психоневрологическом диспансере по поводу нарушений интеллектуально­го и речевого развития. Получал аминалон, фенибут. В школу пошел с 7 лет, во время учебы всегда были проблемы общения с ровесниками. Рос замкну­тым, боялся и сторонился одноклассников. В раннем подростковом возрасте усилились застенчивость и неуверенность в своих силах и затруднения в об­щении, нарушился сон, появились мысли о собственной малоценности и суи­цидные мысли.

С 6-го класса переведен в частную школу, где хорошо успевал по пред­метам физико-химического цикла.

Общее состояние удовлетворительное, выражены явления психо-физичес­кого инфантилизма. Консультация терапевта: вегето-сосудистая дистония сме­шанного типа, хронический дуоденит, дискинезия желчевыводящих путей.

Неврологически: рассеянная микросимптоматика.

Психический статус: крайне застенчив, не сразу вступает в контакт, тре­вожен, тревога обращена на окружающих. Когда не удается вступить в кон­такт с ровесниками, появляются спонтанные мысли «я ни на что не годен», но этими мыслями делится только с психотерапевтом. Идеи о нежелании жить возникли 3 года назад, так как стало труднее общаться. Интеллект соответ­ствует полученному образованию, любит технику и электронику, сам собирает различные приборы.

Консультация психолога. Данные обследования личности указывают на наличие выраженной аффективной ригидности, застреваемости на неприят­ных переживаниях в сочетании с аспонтанностью эмоций, ранимость, зави­симость у сенситивно-шизоидной личности. Риск социальной дезадаптации крайне высок. При исследовании мышления обнаружены нарушения по типу снижения уровня обобщений в сочетании с тенденцией к актуализации латентных признаков. Функциональная активность внимания ослаблена. Время сосредоточения в процессе конкретной деятельности сокращено, объем внимания сужен, темп переключения замедлен. Выявляется истоще­ние нервных процессов. Память несколько ослаблена. В изобразительной деятельности признаки органического графического симптомокомплекса.

На ЭЭГ регистрируются общие изменения биоэлектрической активности мозга при дисфункции передних отделов ствола. Имеются локальные откло­нения в виде диффузного полиморфизма медленных волн в повышенном ко­личестве в левой лобно-височной области.

Подросток включен в программу когнитивно-поведенческой психотера­пии. Цель психотерапии — расширение контактов с ровесниками, повыше­ние самооценки, исследование и модификация иррациональных установок. Программа состояла из нескольких этапов: 1-й — индивидуальная работа с подростком, 2-й — включение в группу с ровесниками, 3-й — семейная пси­хотерапия. В построении иерархии индивидуальных занятий оказало по­мощь сочинение подростка «Я сам». Приводим отрывок из этого домашнего задания.

«Проблем в моей жизни достаточно много. Они возникают повседневно в прямой пропорции, зависящей от обстановки, которая меня окружает. На са­мом первом месте, наверно, трудности в общении. К примеру: если какой-ни­будь человек, незнакомый мне, начинает вести со мной беседу, меня практичес­ки полностью заклинивает, и из меня просто невозможно вытянуть слово. Это может быть лишь при условии, что мой незнакомый собеседник умеет очень легко общаться. На мое общение, вопреки всему сказанному, часто влияет и моя нервная возбудимость, которая появляется в незнакомой или не традици­онной для меня обстановке. Очень может быть, что за проблему общения цеп­ляются нервы. В нормальной, знакомой мне обстановке, среди своих старых, жизнью проверенных друзей и товарищей, а также дома, уровень нервной воз­будимости, будто по какому-то неведомому закону, минимален. Как только об­становка меняется на самую малость, нервная возбудимость, согласно этому «закону», возрастает.

У меня все не как у людей. Вот примеры. Содержание какого-нибудь со­чинения имеет оценку ниже, чем оценка за грамотность. Починить или даже изготовить радиоприемник, телефонный аппарат, магнитофон, сочинить или сымпровизировать блюз или рок-н-ролл в классическом стиле — занятие для меня более простое и приятное, чем написать сочинение или сдать какое- либо произведение по литературе. У нормальных людей — все наоборот.

Помимо так и прущих из меня отрицательных черт, хоть и в малом ко­личестве, у меня все-таки есть положительные. К примеру, если я кому-то что-то починил, не имею наглости требовать денег. А если дают — тысячу раз откажусь, если попросят — возьму. Еще я очень не люблю компании хули­ганов, крутых. Это не мой коллектив — это я тоже считаю положительной чертой в себе...

Врачи говорят, что я слишком себя принижаю. А что мне делать, если из- за своей эгоистичности я слишком высоко стою?».

На занятиях групповой психотерапии первое время молчал, затем пока­зывал невербальные признаки «готовности» к работе. Приводим отрывок из протокола занятия.

1-й психотерапевт: Я хочу к Леше обратиться. Ты дважды делал робкую попытку работать над проблемой. Ты готов?

Алексей: Да. Случай был в моей школе — не так давно. Мой приятель по­просил зайти, а его подруга вывела меня из себя. Она спросила: «Что с тво­им голосом?» Я ничего не ответил и ушел. Приятель, который был со мной, на это внимания не обратил: «У тебя нормальный голос». Он хотел меня под­держать. Я-то знаю, что у меня ужасный голос, но я бы не хотел, чтобы мне это говорили в лицо.

1-й психотерапевт: А раньше тебе говорили, что у тебя что-то с голосом? Откуда ты знаешь, что он ужасный?

Алексей: Через магнитофон.

1-й психотерапевт: После этого случая?

Алексей: Нет, я раньше это знал.

1-й психотерапевт: Ты раньше знал, а что тебя заставило слушать магни­тофон?

Алексей: Я записывал себя, а потом прослушивал.

1-й психотерапевт: Для чего ты это делал?

Алексей: Просто, ради интереса.

1-й психотерапевт: И когда ты узнал, что у тебя ужасный голос? Сколь­ко тебе было лет?

Алексей: Давно, лет 12.

1-й психотерапевт: Ты помнишь этот случай?

Алексей: Точно нет.

1-й психотерапевт: Значит не помнишь. Хорошо.

(Ставят стул напротив. 1-й психотерапевт — Алексей)

1-й психотерапевт: Сейчас тебе 12 лет. Ты включил магнитофон и слы­шишь свой голос. Слышишь свой голос. Что ты чувствуешь сейчас, когда ты слышишь свой голос на магнитофоне?

Алексей: Я не верю сам себе, что это мой голос.

1-й психотерапевт: Давай, я побуду твоим голосом. Обращайся ко мне, к своему голосу. Я голос на магнитофоне.

Алексей: Почему этот голос такой плохой?

1-й психотерапевт: Я тебе ничего не могу ответить.

Алексей: У всех людей нормальный, а у меня не такой, совсем не такой.

1-й психотерапевт: Какой не такой? Я голос магнитофонный, а не твой. Какой бы ты хотел иметь голос? Какой не такой?

Алексей: Только не этот.

1-й психотерапевт: Какой другой голос ты хотел бы иметь? Что тебе в твоем голосе не нравится?

Алексей: Всё.

1-й психотерапевт: Зачем тебе другой голос? Что он тебе даст? Что ты от этого приобретешь — от другого голоса?

Алексей: Он будет более человеческий.

1-й психотерапевт: А у тебя какой — нечеловеческий?

Алексей: Да.

1-й психотерапевт: Попробуй, запиши меня на магнитофон — другой го­лос, какой бы ты хотел иметь. Есть возможность каждый раз дать тебе про­слушать.

Алексей: Нет, не хочу.

1-й психотерапевт: Не хочешь?

Алексей: Я уже достаточно слушал.

1-й психотерапевт: Хочешь иметь другой голос? Ты первый раз услышал его, свой голос? Твой голос кому-то и раньше не нравился?

Алексей: Первый раз услышал.

1-й психотерапевт: Ты не говорил с близкими, что у тебя голос плохой?

Алексей: Нет.

1-й психотерапевт: Почему же ты решил, что он плохой? Что с тобой про­исходило в эти дни?

Алексей: Не мог я его принять.

1-й психотерапевт: Побудь теперь голосом. Мне не нравится мой голос у тебя на магнитофоне, я бы хотел другой голос.

Алексей: Какой голос?

1-й психотерапевт: Я не знаю, но как мой.

Алексей: Почему?

1-й психотерапевт: Мне не нравится, он какой-то не такой.

Алексей: На кого он похож?

1-й психотерапевт: Не знаю, он какой-то нечеловеческий.

Алексей: Чей — нечеловеческий?

1. й психотерапевт: Не знаю, что за существо, но какой-то не такой. Я — это не я. Хочется даже выключить магнитофон, чтобы он не звучал. Я не могу — все равно слушаю.
2. й психотерапевт: Обрати внимание на то, как ты говоришь. На дыха­ние, на грудную клетку, на то, как ты сидишь. Сдавленно. Плечи сгорблены, как будто на тебе груз. Ты можешь подобрать какое-нибудь слово?
3. й психотерапевт: Ты кто?

Алексей: Алексей.

1. й психотерапевт: Тебе труднее говорить или легче?

Алексей: Легче.

2-й психотерапевт: Давай усилим это состояние. Тебе еще легче стало? Как тебя зовут?

Алексей: Алеша.

2-й психотерапевт: Что с тобой сейчас происходит?

Алексей: Разочарован.

2-й психотерапевт: Разочарован? Из-за чего?

Алексей: Из-за голоса, конечно.

2-й психотерапевт: Голова опущена, плечи сгорблены. Твой голос сейчас изменился. Что с тобой происходит?

Алексей: Успокаиваюсь.

2-й психотерапевт: Успокаиваешься? Давай тогда еще больше успокоимся. Садись, ноги подогни, совсем.

1. й психотерапевт: А сейчас?

Алексей: Легче.

1. й психотерапевт: Давай, чтобы совсем стало хорошо.
2. й психотерапевт: Подогни ноги.
3. й психотерапевт: Ложись на бочок. Тебе так хорошо?

Алексей: Хорошо.

1. й психотерапевт: Сколько тебе лет?

Алексей: 16.

1. й психотерапевт: Расскажи, как тебе хорошо.

Алексей: Я успокоился немножко.

2-й психотерапевт: Спокойно, да? Покой. Никуда не надо торопиться. На­пряжение снялось. Главное, что ты успокоился. Так хорошо?

Алексей: Да.

1-й психотерапевт: Выходить не хочется?

Алексей: Нет.

1-й психотерапевт: Спокойно и хорошо. Когда бывает спокойно и хорошо? Алексей: Когда внутри всё в порядке.

1. й психотерапевт: Когда внутри всё в порядке. А еще когда?
2. й психотерапевт: А вокруг тебя? Спокойно, тепло. Спокойно, тепло.
3. й психотерапевт: Ты защищен от внешнего мира?

Алексей: Да.

1. й психотерапевт: Тепло и хорошо.

1-й психотерапевт: Похоже это на то, когда в животе у матери лежишь? Алексей: Не могу это вспомнить.

1. й психотерапевт: Подойдите сюда, изобразите живот мамы.

(Ребята невербально изображают маму)

1. й психотерапевт: Спокойно и хорошо. Бьется спокойно мамино серд­це. Как тебе?

Алексей: Хорошо.

1. й психотерапевт: Схватки. Путь трудный, напряженный. Тебе придет­ся войти в этот мир, полный трудностей. Но мама будет рядом. Мама нача­ла рожать. Придет акушер и маме помогут родить. Тяжело идет ребенок. Мама, помогай, потужься. Головка показалась. У вас мальчик.

(1-й психотерапевт шлепает Алексея, тот орет)

1. й психотерапевт: (5 раз) Кричи громче, во все легкие.
2. й психотерапевт: Хороший мальчик Алеша.
3. й психотерапевт: Здорово. Научился хорошо кричать. Давай познако­мимся с ребятами, ты уже научился ходить. (Алексей встает и подходит к каж­дому члену группы).
4. й психотерапевт: Скажи: меня зовут Алеша.

Алексей: Меня зовут Алеша.

(Знакомится с Сашей, Машей, Маратом, Аннами, Сергеем)

1. й психотерапевт: Сколько тебе лет?

Алексей: 16.

2-й психотерапевт: Как тебе сейчас?

Алексей: Хорошо, замечательно.

2-й психотерапевт: Замечательно?

Алексей: Да.

2-й психотерапевт: Скажи ребятам, всем, как тебя зовут. Ты можешь громко разговаривать.

1. й психотерапевт: Меня зовут Алексей, мне 16 лет.

Алексей (громко повторяет 3 раза).

1. й психотерапевт: Изменился у Алексея голос?

Все: Да, стал звучным.

2-й психотерапевт: Запишешь на магнитофон?

1. й психотерапевт: С техникой у тебя всё в порядке...

Алексей: Да.

Обмен чувствами.

Марат: Я тоже записал свой голос — учил английский язык — и ужас­нулся. Стал думать, а потом надоело, бросил.

Маша: Мне тоже мой записанный голос не понравился, но я не обраща­ла внимания, так как знала, что у меня голос другой.

Сергей: То же самое. Не обращаю никакого внимания.

Федор: В 8 лет — дикие интонации на записи. Никто не удивился, и я не обращал внимания.

1. й психотерапевт: А если ты будешь молчать, у тебя голос пропадет, его нужно поддерживать. Давай скажешь ребятам одну фразу: «С сегодняшне­го дня я — настоящий Алексей».

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: И у меня красивый, бархатистый голос.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Который я люблю.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Он уникальный и неповторимый.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Я буду им пользоваться и поддерживать.

(Алексей повторяет)

1. й психотерапевт: И поддерживать.

(Алексей повторяет)

1. й психотерапевт: Скажи всем ребятам, что тебе нравится твой голос и ты будешь его поддерживать.

Алексей: Я буду поддерживать свой голос.

1-й психотерапевт: Хорошо.

(У Алеши расправились плечи, лицо сияет)

Окончание занятия.

После окончания групповой психотерапии проведен один сеанс семейной психотерапии. На занятие пришли отец Алексея Александр, мать Лена, сам юноша. Сессию проводят два психотерапевта Сергей и Светлана.

Рассадка: мать села на большое кресло в центре комнаты, справа на сту­ле от нее Алексей, слева отец. Психотерапевты сели напротив. Приводим сте­нограмму сеанса.

Сергей: С чем будем работать?

Лена: С конфликтными отношениями детей в семье.

Александр: Да.

Сергей: Какие особенности семьи могут поддерживать конфликт?

Лена: Мы редко вместе собираемся. Отца видим только в выходной.

Алексей: Мама не любит ездить на дачу.

Александр: У нас мало неформальных контактов и разность во взглядах с женой. Работа отнимает все.

Сергей: Не является ли работа способом уменьшить контакты?

Александр: Да. У нас разные взгляды. Мы давно врозь, изолированы друг от друга.

Алексей: Я привык к изоляции.

Светлана: Итак, семья, возможно, гибнет. Не исключено, что Алексей спасает семью. Пока есть конфликт, семья живет? (Пауза)

Сергей: Как выйти из патовой ситуации?

Алексей: Маме смириться с дачей, папе не заставлять ее там работать и приходить раньше домой, ну хоть в 7 часов.

Сергей: Вы часто вместе обедаете?

Александр: Лене не нравится, как я держу ложку. А мне, когда она раз­решает кошке лазить по столу.

Сергей: Вам как юристу, вероятно, знакомо понятие «контракт». Можно заключить его с женой.

Светлана: Вообще-то надо выяснить, что за этим стоит.

(Мать напрягается, встает из кресла и уходит без слов).

(Мужчины молчат. Пауза).

Светлана: По-видимому, мама расширяет свою территорию тем, что пус­кает кошку по столу. Вероятно, у нее есть какой-то дискомфорт?

Алексей и Александр: Да... (пауза).

(Психотерапевты обращают внимание на отсутствие мамы. Алексей делает предположение, что она вернется. Пауза. Мать не возвращается).

Александр: Посмотри, Алексей, что с мамой.

Алексей (возвращается): Она взяла пальто и ушла. Ей легче переживать одной.

Александр: У нее и на работе есть недопонимание.

Сергей: Где она работает?

Алексей: В яслях. Животные у нее на первом месте.

Сергей: Что будем дальше делать? Обсудим отношения между мужчинами в семье или остановим занятие?

Александр: Мы остаемся.

(Светлана разворачивает кресла отца и сына напротив и предлагает по­говорить, что их волнует в отношениях).

Александр: Ты никогда не советуешься, держишь эмоции в себе. Я ни­когда не знаю, что с тобой происходит.

Светлана (обращаясь к юноше): Отец переживает, что происходит с то­бой, хотел бы быть ближе к тебе. Хочет поддержать, но не знает как. Алексей: Мне не сложно держать эмоции... Мне очень тяжело в семье. Светлана: Алексей Вам говорит, что ему тяжело, когда Вас нет рядом. (Отец замолкает, с трудом сдерживая слезы, подходит к окну).

(Алексей продолжает сидеть).

Сергей: Что с тобой происходит?

Алексей: На уровне груди что-то есть.

Светлана: Опиши это (сжимает, больно, грустно)?

Алексей: Мне грустно.

Светлана: Чтобы ты хотел сделать?

Алексей: Я не знаю.

Светлана: Ты хотел бы поддержать отца?

Алексей: Не знаю как.

Сергей: Ты можешь подойти и встать рядом.

(Алексей подходит к отцу, встает рядом. Сергей подходит к ним обоим и кладет руки на плечи. Пауза).

Александр: Мне тоже грустно (возвращается).

Светлана: Чем вы похожи друг на друга?

Александр: Целеустремленностью и умением прощать.

Алексей: Да.

Светлана: Это мужские качества?

Алексей: Да.

Сергей: Какие еще мужские качества привлекают?

Алексей: Независимость, умение зарабатывать.

Александр: Мыслить.

Светлана: А любить?

Алексей: Мужчинам чувства не нужны.

Сергей: Это похоже на робота с нечеловеческим голосом?

(Отец и Алексей смеются).

Сергей: Как Вы себя чувствуете?

Алексей: Мне легко. Есть желание вместе поговорить.

Александр: Мне тоже. Я предложу жене придти вместе без Алексея или од­ной, как она выберет.

Окончание сеанса.

Катамнез, проведенный через год, показал эффективность интегративно­го вмешательства. Клинической симптоматики не выявлено. Юноша считает себя вполне адаптированным. Алеша успешно учится на физико-математичес­ком факультете университета, имеет одного друга по интересам.

Психотерапевт, работающий с детьми и подростками, сочетает качества ди­агноста, консультанта и учителя одновременно. Как диагност психотерапевт суммирует информацию, полученную от пациента, основываясь на знании пси­хопатологии, возрастной периодизации развития, строит диагностические гипо­тезы.

Как консультант психотерапевт стремится развивать взрослое восприятие мира. Взаимодействие между партнерами идет по принципам «проблем-раз- решающего подхода», заключающегося в поиске альтернативных решений проблемы. Психотерапевт-консультант создает также экспериментальные по­веденческие ситуации для выявления дисфункциональных паттернов комму­никации и установок ребенка.

Как учитель психотерапевт помогает юному партнеру овладеть навыками самоконтроля, адекватного эмоционального реагирования на стрессовые ситу­ации. Хороший психотерапевт стимулирует подростка к поиску собственных ресурсов, уменьшению негативного восприятия своей личности, окружающего мира, будущего, усиливает стратегии совладания с трудностями (копинг-меха- низмы), оказывает помощь в конструировании и расширении временной перс­пективы.



1**.**

**Какая форма психотерапии предпочтительнее для лечения детей 5-6 лет с нев­ротическими расстройствами:**

**О игровая;**

**© когнитивно-поведенческая; © рациональная;**

**© гештальт-терапия.**

2**.**

**Основной принцип центрированной на ребенке игровой психотерапии: О актуальность;**

**© суггестия;**

**© реализация;**

**© недирективность.**

3**.**

**Психотерапевт, центрированный на ребенке, стремится передать ему в процессе общения:**

**О «Я с тобой»;**

**© «Я контролирую тебя»;**

**© «Я оцениваю тебя»;**

**© «Я работаю с тобой».**

4**.**

**Основной принцип психотерапевтической работы с детьми с пограничными психическими расстройствами:**

**О выявление сексуальных проблем ребенка;**

**© сочетание разных психотерапевтических методик;**

**© сочетание работы с детьми и работы с родителями;**

**© скрывать от ребенка свои эмоции, всегда быть невозмутимым.**

5**.**

**Предпочтительная форма индивидуальной психотерапии детей с невротичес­кими расстройствами:**

**О семейная психотерапия;**

**© гештальт-терапия;**

**© аутогенная тренировка;**

**© игровая психотерапия.**

6**.**

**Основной принцип детской психотерапии:**

**О доминирование и дисциплина;**

**© постепенность и развитие;**

**© повторение и обучение;**

**© безопасность и принятие ребенка.**

**Основной механизм лечебного действия игровой психотерапии детей: О аргументированное переубеждение пациента;**

**© обучение релаксации;**

**© дидактическое воздействие;**

**© отреагирование эмоциональных переживаний ребенка в игре.**

8**.**

**Подросток Д. 15 лет. Прошел групповую психотерапию без особого успеха. В ходе работы вскрылось, что в семье длительный супружеский конфликт. Ка­кие дополнительные психотерапевтические мероприятия можно запланиро­вать?**

**О Семейную психотерапию.**

**© Продолжение индивидуальной психотерапии.**

**© «Отключение» юноши от вовлечения в конфликт между родителями.**

**© Перерыв в терапии.**

***Психотерапия в геронтологии***

Современная геронтологическая практика требует комплекса психотера­певтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последний период от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интел­лектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обус­ловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая прояв­ляет себя «как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и эко­логическая судьба» (Лер). Поведение человека пожилого возраста опреде­ляется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориента­ция мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, эколо­гические и др.). Специфичным в построении психотерапевтических про­грамм является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо вниматель­но следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевти­ческого воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических мето­дов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений, по мнению Розе, подходят глубинно-психологичес­кие и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наибо­лее интенсивно развиваются когнитивно-поведенческие формы и поддержи­вающая психотерапия пожилых. Лер отмечает, что в специальных заведени­ях для пожилых пациентов усиливается нежелательное поведение (как, напри­мер, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвиже­нии, в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость пожилых людей). С целью преодоления этих явлений используется, в частно­сти, такой метод поведенческой психотерапии, как оперантное обусловливание. Его применение предполагает специальную подготовку и тренинг медицинс­кого персонала, который должен научиться находить индивидуальные пози­тивные стимулы для пациента, определять частные цели и поощрять их дос­тижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большин­стве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утрачен­ные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые програм­мы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведе­ниях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке за­дач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нару­шений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. Почти при всех психозах позднего возраста психогенному фактору принадлежит роль пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо пато­пластического фактора. Иными словами, в силу объективных причин (много­факторность патогенеза и биоредуктивная основа большинства психозов — из­вестная стертость дифференцированности причинно-следственных связей и повышенный риск психической декомпенсации в старости) вычленение психи­ческих, а следовательно, и личностно-психологических и социальных факто­ров в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для про­ведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается реакцией на болезнь, перемену обстановки, ожидания, связанные с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизме­римо большее значение, по сравнению с собственными проблемами, связанны­ми с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицин­ским персоналом, выбор лечащего врача, возможность принятия самостоятель­ных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различ­ных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.). Психотерапия долж­на включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные ме­тоды психотерапии. К первым относятся: создание терапевтической среды, ат­мосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окруже­нию в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обста­новка, организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни буднич­ным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему по­ведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды некото­рые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувстви­тельность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена на­стенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятель­ность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Изучение отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Институ­та им. В. М. Бехтерева, показало, что отношения с персоналом и в целом воз­можность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцени­ваются больными положительно. Показательно, что из многих личных и про­фессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отда­ют предпочтение их эмпатическим качествам, то есть привлекательности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорригирующим и акти­вирующим) методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается раз­личным. У многих больных при общем положительном отношении к прово­дившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной пози­ции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о ле­чении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают воз­можности широких внебольничных социальных контактов и развлекатель­ных мероприятий (частые свидания с родственниками и друзьями, клубные встречи с выписанными больными, домашние отпуска, посещения киноте­атра, экскурсии по городу, участие в сеансах музыкотерапии, в литератур­ных вечерах, коллективных просмотрах слайдов и т. д.).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых лю­дей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применя­ются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой пси­хотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др. В то же время, как указывает Розе, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуще­ствляемая дневными стационарами, учреждениями, обеспечивающими патро­наж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого воз­раста семейной психотерапии. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты пси­хотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторич­ной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жиз­ни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или боль­ных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно — у лиц со слабоумием. У них преобладают столкно­вения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежит переживание больным снижения или утраты лидиру­ющей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности, помехи близ­ким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со сто­роны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от кли­нических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разреше­ние конфликта и, нередко, материально-бытовых условий.

Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда путем семей­ной психотерапии удается выработать у родственников больного сочув­ствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенчес­кие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или прими­рение с ситуацией (при деменции). Влияние коррекции семейных отношений на уровень послевыписной семейной адаптации больных с функциональны­ми психозами в позднем возрасте, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удается, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье. В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспек­тивный метод в комплексе с лекарственной терапией.

**:трольные вопросы**



1**.**

**Среди различных видов психотерапевтических вмешательств в геронтологичес­кой практике наибольшее значение придают:**

**О суггестивным вмешательствам;**

**© психоаналитической психотерапии;**

**© тренингу когнитивных навыков (мыслить, учиться, запоминать);**

**© краткосрочной психотерапии.**

2**.**

**Преодоление конфликта с помощью осознания актуально переживаемой опас­ности, влияния исторических событий и прошлого опыта на текущие пережи­вания составляют при лечении пожилых пациентов ядро методов следующего направления:**

**О поведенческого;**

**© экзистенциально-гуманистического;**

**© динамического;**

**© когнитивного.**

ПСИХОТЕРАПИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Все более широкое признание в медицине и здравоохранении биопсихосо­циальной модели болезни заостряет вопрос о соотношении биологических (прежде всего фармакологических), психологических и социальных воздей­ствий в системе лечения различных заболеваний. Это прежде всего относит­ся к неврозам, другим пограничным расстройствам и психосоматической па­тологии, в возникновении которых существенную роль играют психогенные факторы и, следовательно, в лечении — психотерапия.

Однако наряду с методами психотерапии при указанных расстройствах широко применяются и фармакологические, в особенности психотропные средства. Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами фарма­кологии, а с другой — невозможностью в настоящее время удовлетворить по­требность в квалифицированной психотерапевтической помощи всех, кому она показана и для кого может быть эффективной, прежде всего из-за боль­ших затрат времени. Напротив, лекарственные препараты широко доступны, отличаются высокой избирательной активностью и быстротой действия.

С тезисом о том, что использование фармакологических препаратов при ряде заболеваний, в особенности при неврозах и других пограничных с ними нервно-психических и психосоматических расстройствах, является капиту­ляцией психотерапевта перед больным, в настоящее время согласны далеко не все специалисты. Исследование, проведенное членами Американской пси­хоаналитической ассоциации, показало, что 60% врачей для лечения части сво­их пациентов наряду с психоанализом применяют лекарства.

Хотя фармакотерапию и продолжают рассматривать как основной фактор медико-биологического вмешательства, подчеркиваются ее прямые и опо-сре- дованные психотерапевтические эффекты. Фармакотерапия содействует пси­хотерапевтическому процессу через реализацию своей специфической биоло­гической активности. Последняя может быть полезной при установлении кон­такта с больным, для укрепления терапевтической связи, демонстрируя паци­енту компетентность врача. Путем ослабления симптомов фармакотерапия может устранить преграды на пути эффективного терапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами скрытых психологи­ческих конфликтов. Лекарственная терапия путем разрушения симптомати­ческих барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь.

Фармакотерапия воздействует на пациента также посредством плацебо- эффекта. Однако в данном случае речь идет не о традиционном его понима­нии. В качестве плацебо-эффекта можно рассматривать любую фармакоте­рапию или компонент терапии, которые намеренно применяются из-за их не­специфического психологического, психофизиологического эффекта или из- за их предполагаемого эффекта, но без целенаправленного влияния на ме­ханизмы болезни. Хотя лекарства, несомненно, применяются против специфических нарушений, они не всегда эффективны, так как диагности­ческие показания не вполне ясны или точны. В тех случаях, когда фарма­кологическое воздействие не приводит к желаемому симптоматическому об­легчению, эффект плацебо от применяемых лекарств может быть использо­ван для дальнейшего терапевтического процесса. Например, переговоры с па­циентом о значении лекарства могут заложить основание, на котором стро­ится терапевтическая связь.

Фармакотерапия может усилить реакции переноса аналогично тем, ко­торые имеют место без лекарственной терапии. Требование пациента о на­значении медикамента может выявить лежащие в глубине зависимые или иные переносные взаимоотношения точно так же, как переговоры о лекар­ствах могут способствовать выявлению характерных особенностей, имеющих место при других межличностных отношениях. Лекарственные предписания могут помочь в понимании ключевых динамических процессов, относящихся к сопротивлению, переносу, контрпереносу, и в целом содействовать изме­нениям в процессе работы.

Ниже рассматриваются особенности соотношения психотерапии и фар­макотерапии при трех группах заболеваний — неврозах, психосоматических расстройствах и психозах с учетом различной представленности в их пато­генезе биологических и психосоциальных воздействий и той роли, которую приобретает в их лечении современная психофармакологическая терапия.

Последовательное рассмотрение неврозов как основной группы психоген­ных заболеваний определяет и ведущий метод их лечения, а именно каузаль­ную психотерапию, в то время как фармакотерапия, в том числе с помощью психотропных средств, оказывает при неврозах преимущественно симптома­тический эффект. Действие этих препаратов развертывается на относительно более низких уровнях механизмов развития невротических состояний, пока еще далеких от тех, к которым, по сути, и обращена личностно-ориентирован­ная психотерапия.

Хотя психотропные средства воздействуют скорее на эмоциональное со­стояние и лишь опосредованно через него — на патогенные обстоятельства и личность, тем не менее существует ряд положительных сторон их действия, о которых уже говорилось выше. В отличие от сторонников тезиса о капи­туляции перед больным неврозом в случае активного использования психо­тропных средств, их противники, не противопоставляя психотерапии фар­макотерапию, видят основное назначение последней в том, что она «откры­вает двери для психотерапии». Даже кратковременное симптоматическое улучшение состояния в начале лечения способствует психотерапии, в част­ности повышая веру больного в выздоровление. Психотропные средства, оказывая нормализующее влияние на эмоциональную сферу больных, созда­ют условия для быстрого включения и более конструктивного участия ин­дивида в разрешение психотравмирующих ситуаций, вызвавших невротичес­кую декомпенсацию и поддерживающих ее. Таким образом, система психо­терапевтических и фармакотерапевтических воздействий может служить той основой, которая обеспечит наилучшие условия для устранения невроза, со­отношение же этих компонентов должно определяться с учетом конкретных обстоятельств. Чем более выражены в сложном патогенезе невроза биологи­ческие механизмы, тем большее значение приобретает фармакотерапия. Вместе с тем, при всей важности и перспективности биологических видов лечения, последние, особенно при неврозах развития, уступают психотера­пии, решающей стратегические задачи достижения более длительного и ус­тойчивого терапевтического результата. Это не исключает того положения, что при достаточном знании патогенеза невротического состояния и целена­правленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные его звенья действие фармакологических веществ, по крайней мере в отношении отдельных симптомов и синдромов, может приближаться к па­тогенетическому.

Необходимо указать на ряд общих особенностей действия психотропных средств при неврозах. В связи с задачами лечебной практики представляет­ся важным рассмотрение высокой чувствительности больных неврозами к психотропным средствам в двух планах — биологическом и психологичес­ком. С одной стороны, это обстоятельство диктует необходимость установ­ления оптимальной дозировки психотропных средств, начиная с самых ми­нимальных доз, что особенно существенно при назначении производных фе- нотиазина, с другой стороны, врач должен детально знать психические и со- матовегетативные сдвиги, вызываемые применяющимися психотропными средствами, с тем чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометирует» психотропные препараты, что создает серьезные психотерапевтические трудности для их применения, в том числе и в тех слу­чаях, когда назначение их безусловно показано.

Проведение сочетанной психотерапии и фармакотерапии у больных не­врозами требует учета как положительных, так и возможных отрицательных аспектов их взаимодействия. Фармакотерапия может оказывать неспецифи­ческое воздействие, косвенно потенцирующее психосоциотерапевтические мероприятия. Психотропные препараты, уменьшая аффективные и сенсор­ные расстройства, способствуют успокоению больного, повышению его веры в правильность диагноза и терапии, установлению оптимального контакта с врачом. Кроме того, ослабление интенсивности симптоматики позволяет врачу в процессе психотерапии сосредоточить внимание пациента на обсуж­дении его невротических проблем, а не симптомов болезни. Реакция боль­ного на фармакотерапию часто становится тонким индикатором эмоциональ­ных взаимоотношений его с психотерапевтом. Пациент может подавлять в себе неудовлетворенность врачом, но она проявится в характере не свой­ственного данному препарату побочного действия или даже в восприятии па­циентом седативного средства как стимулирующего и наоборот.

В клинике неврозов необходимо учитывать исходную установку больного на фармакотерапию. Некоторые считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием своего выздоровления. Отрицательное от­ношение других обусловлено рядом причин: отсутствием результата от при­менявшихся ранее препаратов, боязнью побочных действий, даже минималь­ных изменений самочувствия, вызванных лекарствами. Нередко источником негативного отношения больных неврозами к лекарственным препаратам яв­ляется неправильная информация, полученная от других пациентов, средне­го медицинского персонала или при чтении аннотаций, на основании чего де­лается вывод, что психотропные средства применяются только при психозах — шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других психических забо­леваниях. Адекватная психотерапевтическая коррекция, нередко с компонен­тами прямой или косвенной суггестии, является непременным условием пос­ледующего эффективного использования психотропных средств в общем ком­плексе лечения больных неврозами. Характер установки больных относитель­но психотерапии и фармакотерапии зависит также от типа внутренней кар­тины болезни (Ташлыков). При соматоцентрированном типе (представления больного сосредоточены на предполагаемых им соматических или церебраль­ных причинах его болезни) пациент выше оценивает фармакотерапию, чем психотерапию. У пациентов с психоцентрированным типом внутренней картины болезни (происхождение невроза связывается больным с психической травматизацией) психотерапия рассматривается ими как ведущий метод ле­чения. Установка на фармакотерапию, как правило, сочетается со склоннос­тью больных избегать ответственности и самостоятельности в разрешении своих трудностей, она может быть обусловлена такими личностными позици­ями больных неврозами, как автономность и нежелание выносить на обсуж­дение свои внутренние проблемы, а также их стремление к проведению эффек­тивной краткосрочной терапии. Задача психотерапевта — не следуя предпоч­тениям больных в отношении того или иного метода лечения, вместе с тем учи­тывать особенности этих установок в своей терапевтической тактике. Седатив­ный и миорелаксирующий эффекты психотропных препаратов могут быть использованы при гипнотерапии и аутогенной тренировке.

При проведении комплексной терапии неврозов, особенно их затяжных форм, врач нередко оказывается в затруднительном положении. В его поведе­нии в противоречие могут вступить роли «психотерапевта» и «фармакотера­певта». Необходимость снятия остроты эмоционального реагирования паци­ентов в условиях проведения групповой психотерапии при раскрытии эмоци­ональной проблематики членов группы приводит к установке врача на отказ от активного применения психотропных средств. В то же время выраженность тревоги, фобических переживаний вегетативных кризов диктует необходи­мость использования современных психотропных средств и вегетативных гар- монизаторов с учетом их высокой избирательной эффективности. В этих ус­ловиях выбор транквилизаторов с ограниченным седативным действием ста­новится актуальным и позволяет избежать указанных затруднений.

Широкий диапазон современных психотропных средств и методов пси­хотерапии дает возможность оптимально сочетать их в зависимости от кли­нической формы невроза, целей терапии и организационных форм лечебной помощи. Так, в психотерапевтическом кабинете общесоматической поликли­ники и психоневрологического диспансера определяющее значение имеют кратковременность и интенсивность психотерапии и практически всегда — сочетание психотерапии с биологической терапией, прежде всего с психо­тропными средствами. В стационарной комплексной терапии тяжелых, за­тяжных форм неврозов с частой декомпенсацией больных (при наличии не только субъективно, но и объективно трудной жизненной ситуации) совре­менные психотропные средства часто приобретают важное значение.

Хотя вопрос о совместимости психотерапии и современных психотропных средств все еще дискутируется, в целом отмечается тенденция к более актив­ному дифференцированному применению их в клинике неврозов. Устранение с помощью фармакологических средств ведущих симптомов невроза, даже при сложных личностно обусловленных расстройствах, может, с одной стороны, привести к таким изменениям отношений с окружающей средой, которые по­влекут за собой конструктивные сдвиги в первоначальной конфликтной ситу­ации, а с другой — обусловить изменение самовосприятия, самооценки боль­ного, что в конечном счете будет способствовать восстановлению нарушенной психодинамики при неврозах.

Применяя транквилизаторы при неврозах, необходимо помнить о побоч­ных явлениях и осложнениях (Александровский). К их числу относятся, во- первых, миорелаксация, атаксия и связанные с ними жалобы на вялость, сла­бость, сонливость, неточность моторных реакций и др., затрудняющие выра­ботку необходимой ответственности и активное участие в системе психо- и со­циотерапевтических мероприятий, во-вторых, вероятность психологического привыкания к «защитному» анксиолитическому действию, опасение его ли­шиться и страх перед «жизнью без таблеток»; в-третьих, появление в редких случаях физической зависимости от транквилизаторов; в-четвертых, «парадок­сальный» психотропный эффект — усиление тревоги, страха и психоаналеп- тического действия.

Соотношение психо- и фармакотерапии при так называемых психосома­тических заболеваниях (гипертонической болезни, ишемической болезни сер­дца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и др.) определяется ролью биологических и психосоциальных факто­ров в их этиопатогенезе. Представляет интерес соотношение психотерапев­тических и лекарственных воздействий при трех вариантах участия психи­ческого фактора в развитии данных заболеваний: «ситуационном» (первич­но-психогенном), «личностном» и «психопатологическом», описанных Губа- чевым.

При «ситуационном» варианте в центре психотерапии — особенности механизмов психологической защиты, выработка оптимальных форм реаги­рования в конфликтных ситуациях, характеризующихся абсолютной или от­носительной неразрешимостью. В связи со сложностью овладения оптималь­ной стратегией реагирования, требующей длительного психотерапевтическо­го воздействия, целесообразно на первых этапах лечения смягчить патоген­ное действие эмоционального стресса с помощью психофармакологических средств, увеличивающих адаптационные ресурсы нервной системы. Однако недостаточность фармакологической коррекции эмоциональных расстройств, нежелательность и даже вред длительной редукции эмоциональной сферы требуют проведения дополнительных мероприятий, обеспечивающих защи­ту вегетативных систем вегетотропными средствами, блокирующими пере­дачу избыточной импульсации на рецепторные аппараты внутренних орга­нов. При втором, «личностном», варианте длительный гипертрофированный или извращенный тип психологического реагирования дисгармоничной лич­ности является причиной развития хронического эмоционального стресса, роль которого в пагогенезе психосоматических расстройств является обще­признанной. Наряду с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией, а также психотерапией когнитивно-поведенческого плана та­ким больным показана психотропная и вегетолитическая медикаментозная терапия, смягчающая психоэмоциональное перенапряжение. При «психопа­тологическом» варианте важным элементом терапии является дифференци­рованная с учетом регистра психических расстройств психофармакотерапия; цели, задачи и приемы психотерапевтических воздействий в этом случае оп­ределяются с учетом таковых при психических заболеваниях.

Следует трезво оценивать возможности различных средств лечения на раз­ных этапах становления психосоматической патологии В функциональной, начальной стадии заболевания психотерапия и психофармакотерапия выпол­няют функцию основных, а нередко — и единственных методов лечения. Фор­мирование органического соматического дефекта создает условия для аутоки- неза патологического процесса и ограничивает эффективность психотропной терапии, сводя ее к сдерживанию дальнейшего развития болезни. Психотера­певтические воздействия в этом случае играют симптоматическую роль. Это значит, что они в большей степени направлены непосредственно на функци­ональные «наслоения», на динамические симптомы и в меньшей степени — на патогенетические механизмы развития болезни.

Проблема соотношения фармакотерапии, выступающей в качестве ведуще­го метода лечения при эндогенных психозах, и психотерапии приобретает все большее значение по мере развития реабилитационного направления в психи­атрии (Кабанов).

Благодаря фармакологическому ослаблению психотических симптомов, де­зактуализации бредовых и других психопатологических образований удается быстрее установить психотерапевтическую связь с пациентом. Укрепление по­добной связи, перерастание ее в психотерапевтический контакт с больным спо­собствует созданию у пациента правильного отношения к лекарственным средствам. Известно, что настороженное, а подчас и негативное восприятие больными используемой терапии, возникшее на фоне каких-либо побочных эффектов фармакологических воздействий, в дальнейшем может зафиксиро­ваться и явиться причиной негативной установки на фармакотерапию вооб­ще, что затрудняет проведение лечения в целом и поддерживающей терапии в особенности.

В настоящее время многими специалистами разделяется положение о том, что методами психотерапии можно стабилизировать антипсихотическое дей­ствие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эф­фект, а также в случае уменьшения эмоционально-аффективного напряжения психотических пациентов методами психотерапии снизить дозировки психо­тропных препаратов.

**трольныи вопрос**

1**.**



**Сочетание психотерапии и фармакотерапии целесообразно; исключение состав­ляет одно утверждение:**

**О фармакотерапия «открывает двери для психотерапии» при значительной выраженности эмоционально-аффективных расстройств;**

**© существуют трудности удовлетворения всех нуждающихся в адекватной и полноценной психотерапии;**

**© назначение фармакотерапии (например, при неврозах) можно рассмат­ривать «как капитуляцию психотерапевта перед пациентом», учитывая психогенный характер заболевания;**

**© несомненны успехи современной психофармакологии при устранении психопатологических расстройств.**

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Психотерапия как один из методов психологического вмешательства на­ходится в сложном психопрофилактическом, терапевтическом и реабилита­ционном комплексе помощи при различных видах нарушений. Применение конкретных форм и методов психотерапии зависит от характера психопро­филактических и реабилитационных мероприятий.

Психопрофилактика является областью психиатрии, а в более широком контексте — разделом общей профилактики. Она разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению психических заболеваний и их хрони- зации, а также способствует реабилитации психически больных. Отмечает­ся тесная связь понятий психопрофилактики и психогигиены. Их разграни­чение (особенно первичной психопрофилактики и психогигиены) достаточ­но условно. Основным отличием является разная направленность этих дис­циплин. Психогигиена главной своей целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей при­родной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а психопрофилактика направлена на предупреждение психических рас­стройств. Отличие психогигиены и психопрофилактики заключается в объекте их исследования и практического применения. Психогигиена на­правлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика зани­мается субклиническими и клиническими нарушениями.

Проблемам психопрофилактики придавалось значение с давних пор, но на­чало систематизированной психопрофилактической деятельности в отече­ственной психиатрии обычно связывают с именем Мержеевского, который на Первом съезде психиатров России в 1887 г. поднял вопрос о «социальной» этиологии психических заболеваний. Он указал на то, что нервные и психи­ческие болезни часто являются следствием неблагоприятных социальных усло­вий в результате войн, экономических кризисов, банкротств, низкой культуры, чрезмерных требований в школе, злоупотребления спиртными напитками и др. Затем Корсаков выдвинул идею «государственной психиатрической профилак­тики», которую считал разделом общественной психиатрии, и предложил ее программу, включавшую борьбу с эпидемиями, алкоголизмом, наркоманией, охрану здоровья детей и беременных женщин, правильное воспитание, разра­ботку законодательства, регулирующего время труда рабочих, и др. Эти про­грессивные идеи отечественных психиатров актуальны и сегодня.

Выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Пер­вичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возник­новению нервно-психических расстройств. Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение пато­логических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, ре­цидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Су­ществуют и другие взгляды на психопрофилактику: психопрофилактика скла­дывается из общих мероприятий, направленных на повышение уровня психи­ческою здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических наруше­ний (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень).

Психопрофилактика находится в тесной взаимосвязи с другими дисципли­нами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представи­тели разных профессий — врачи, психологи, педагоги, социологи, юристы. При­влечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и их вклад зависит от вида психопрофилактики. Так, для первичной психопрофилактики особенно значимы психогигиена и ши­рокие социальные мероприятия по ее обеспечению: борьба с инфекциями, трав­мами, патогенными воздействиями окружающей среды, вызывающими те или иные нарушения психики. К задачам первичной психопрофилактики относит­ся также определение групп лиц с повышенной угрозой заболевания или ситу­аций, несущих в себе угрозу вследствие повышенного психическою травматиз­ма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Здесь важную роль играют такие дисциплины, как медицинская психология, педагогика, социология, юридическая психология и др., позволяю­щие осуществить превентивные меры в отношении семейных конфликтов, пра­вильное воспитание детей и подростков, организационные и психотерапевтичес­кие мероприятия в остроконфликтных ситуациях (с помощью кризисной интер­венции), профилактику профессиональной вредности, правильную профессио­нальную ориентацию и профессиональный отбор, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Во вто­ричной психопрофилактике ведущую роль играет комплексная фармако- и пси­хотерапия. При третичной психопрофилактике основное значение приобретает социальная реабилитация.

Вторым важным моментом в разграничении задач и методов психопро­филактики могут являться особенности и вид психических расстройств, в от­ношении которых проводится психопрофилактическая работа: преимуще­ственно функциональная или органическая природа психической патологии; реактивная или процессуальная форма течения: обратимость болезненных явлений; ведущее значение биологического или социального фактора. Учет перечисленных моментов требует дифференцированной психопрофилакти­ки с обращением внимания на нозологию психических расстройств.

В комплексе психопрофилактических мер следует учитывать как факто­ры окружающей среды, так и этиологические и патогенные факторы, связан­ные с человеком, обусловленные его конституцией и преморбидными лич­ностными особенностями. Здесь нужно иметь в виду три аспекта (Мягер): а) личностный, б) характер интерперсонального взаимодействия и в) ситу­ационный — в их взаимосвязи. При проведении психопрофилактики долж­ны использоваться защитные силы самого организма, сохранные стороны психики, которые следует стимулировать, усиливая сопротивление организ­ма и личности болезни и компенсируя ее последствия.

Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных практических психиатрических, психотерапевтических и психологических учреждений (дневных стациона­ров, ночных профилакториев, психотерапевтических кабинетов, кризисных центров, психологической службы по телефону и т. п.), а также совершен­ствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими, ларвированными формами психических расстройств.

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время Второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохра­нения и социального обеспечения восточно-европейских стран, согласно ко­торому 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 и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация пред­ставляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего фор­мируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жиз­ни и труду после болезни, но прежде всего — личностный подход к больно­му человеку (Кабанов). В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других бо­лезнях, происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциали­зация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной цен­ности больных, их личного и социального статуса. Кабанов относит к основ­ным принципам реабилитации партнерство, разносторонность усилий, един­ство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Ее этапами являются вос­становительная терапия, реадаптация, реабилитация в собственном смысле этого слова. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстанов­ление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиоло­гические и психологические механизмы, и метод подхода к больному.

Наиболее адекватно целям реабилитации (также как и психопрофилакти­ки) служит психотерапия. Смягчение проявлений и течения психических за­болеваний и расширение возможностей современного психофармакологичес­кого лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективнос­ти психотерапевтического воздействия. При этом «точкой приложения» пси­хотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам па­тологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности человека бесспорна), а личность пациента и система его отно­шений к действительности.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интен­сивности как той, так и другой. Индивидуальная работа с больным важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, форми­рования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррек­ции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психоте­рапия во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наи­более адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не толь­ко неврозами, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновре­менное влияние на все основные компоненты отношений — познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социаль­ность и самостоятельность. Групповая психотерапия способствует восстанов­лению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приве­дению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, то есть реше­нию тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента. Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации:

1. Терапевтические вмешательства, направленные на социальное поведе­ние больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разре­шению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объе­диняют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, комму­никативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.
2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациен­тов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собра­ния больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб паци­ентов и т. п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение соматобиологических и индивидуально­психологических факторов в формировании картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно менять­ся не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывает­ся активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социально­го окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимо­сти от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и о перестройке малоэффективных, но сло­жившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало при­меров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразум­ном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

Таким образом, психотерапия вместе с социотерапией, фармакотерапи­ей, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцирован­ной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного со­циального и трудового восстановления пациентов, оптимизации их личнос­тного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону пси­хотерапии на различных этапах реабилитации.

Представленные общие принципы психопрофилактики и реабилитации больных с нервно-психическими заболеваниями и роль в их осуществлении методов психотерапии оказали в последние десятилетия существенное влия­ние на разработку и внедрение прежде всего реабилитационных и в меньшей степени психопрофилактических программ практически во всех областях ме­дицины. Цели, задачи и конкретное содержание этих программ определяют­ся особенностями клинических проявлений болезни, ее течением, прогнозом, соотношением биологических, психологических и социальных механизмов в возникновении и развитии патологических расстройств.



**Объектом исследования и практического применения психопрофилактики яв­ляются:**

**О психическое здоровье;**

**© субклинические и клинические психические нарушения;**

**© органические соматические расстройства;**

**© невротические, внутриличностные конфликты.**

2**.**

**Психопрофилактика включает:**

**О только первичную психопрофилактику;**

**© первичную и вторичную психопрофилактику;**

**© первичную, вторичную и третичную психопрофилактику; © психогигиену.**

3**.**

**В каком периоде болезни реабилитация включает профилактику, лечение, при­способление к жизни и труду, личностный подход к больному?**

**О В остром.**

**© В подостром.**

**© В периоде хронизации.**

**© Во всех периодах болезни.**

4**.**

**Наиболее адекватна целям реабилитации при психозах: О психофармакотерапия;**

**© психотерапия;**

**© терапия средой;**

**© трудотерапия.**

ТРЛНСКУЛЬТУРНЫЙ подход В ПСИХОТЕРАПИИ \*

Замечания по поводу понятия «транскультурная психотерапия». Введен­ное Виттковером понятие «транскультурная психиатрия» является общепри­нятым и получило широкое распространение как в публикациях, так и в дея­тельности профессиональных организаций, например, создание секции транс­культурной психиатрии во Всемирной психиатрической ассоциации. По Виттко- веру транскультурная психиатрия представляет собой раздел социальной пси­хиатрии, который занимается культурными аспектами возникновения, частотности, форм и лечения психических расстройств в различных культурах. Приставка «транс» (лат.: через, после, исходя из, с того времени как) означа­ет культурно-обусловленную точку зрения, хотя прежде всего важно понять пациента и его картину заболевания, исходя из собственной культуры. В ан­глийском языке используется в основном понятие «кросскультурный» (cross­cultural), по-видимому, под этими терминами подразумевается одно и то же. В связи с этим обсуждались также такие понятия, как «этнопсихиатрия», «культурная психиатрия», «культурно-обусловленная» или «культурно-ори­ентированная психиатрия» и «антропологическая психиатрия».

Н. Пезешкианом и некоторыми другими применено и распространено поня­тие «транскультурной психотерапии». Оно еще только внедряется в качестве субспециальности и пока не представляет собой самостоятельный предмет, по крайней мере в немецкоязычных странах. Используемые понятия в сущности описывают одно и то же: наблюдение, признание, осознание и применение зна­чения и влияния культурных факторов в широком смысле слова на пациента,

Этот раздел написан немецким психиатром-психотерапевтом Х. Пезешкианом и публи куется с его согласия. — Прим. автора.

психотерапевта и психотерапевтические отношения. Возможно, это лишь пере­ходное понятие, до тех пор пока психотерапевтический аспект культурных фак­торов не будет учтен и представлен в каждой форме психотерапии. Транскуль­турная психотерапия должна рассматриваться в этом смысле как всеобъемлю­щее понятие, а не только как сравнение между различными культурными тра­дициями. Следовало бы уточнить само понятие «культура». Речь о транскуль­турной или культурно-ориентированной психотерапии может иметь смысл только тогда, когда оговаривается, что следует понимать под словом «культу­ра». Понятие культуры само по себе является культурно-обусловленным. Пфайффер под культурой понимает совокупность передающихся из поколения в поколение опыта, представлений, ценностей, а также общественные порядки и способы поведения. Речь идет о категориях и правилах, при помощи которых люди интерпретируют свой мир и каким образом направляют свою деятель­ность. Клейнманн отмечает, что культура состоит из локальных миров ежеднев­ного опыта. Культура может быть понята из ежедневных примеров повседнев­ных поступков. Автор применяет всеобъемлющее понятие культуры, которое, наряду с культурными аспектами, учитывает также этнические, национальные и расовые факторы.

Ниже излагаются (Пезешкиан Х., 1998) такие основные понятия, как «пациент», «психотерапевт» и «особенности психотерапии» в транскультур­ном сравнении (глазами иностранного специалиста в течение многих лет ин­тегрированного в теорию и практику российской и западной психотерапии).

Пациент в России. Следующие характеристики типичного российского пациента основаны на опыте клинической работы в амбулаторной и стаци­онарной практике и результатах статистического исследования.

1. Работая с российским пациентом, необходимо учитывать его широко распространенное принятие того, что жизнь трудна, и требуется огромное, с западной точки зрения почти бескрайнее, терпение при многочисленных по­вседневных проблемах. Это распространенное по всему миру убеждение о судьбе (или предопределении — сейчас часто говорят о карме), которой не стоит сопротивляться. Судьба также может измениться и к лучшему. «Все будет хорошо», это широко распространенный подход к жизни, который по­дает надежду, нужно только достаточно терпеливо подождать.

Транскультурное сравнение. Когда американский психиатр Скотт Пек опуб­ликовал в 1978 г. свою книгу «Нехоженая тропа» («The road Less Travelled»), она стала национальным бестселлером, вышедшим общим тиражом 5 млн эк­земпляров. Первая фраза книги воспринималась как новая идеология: «Жизнь трудна» («Life is difficult»). И далее следовало: «Ведь если один раз принять это, то ничего не стоит тот факт, что жизнь трудна». Широко распространен­ная на Западе жизненная установка, что жизнь должна быть без проблем, яв­ляется важной темой в работе с западными пациентами и требуется иногда много сеансов, чтобы пациент оказался готов хотя бы в целом принять про­блемы как составную часть жизни. В связи с этим Н. Пезешкиан говорит о том, что «не тот здоров, у кого нет проблем, а тот, кто умеет преодолевать воз­никающие трудности».

1. Пациент быстро подхватывает отводящуюся ему пассивную роль и пе­реносит ответственность за лечение на врача, а тот ее благодарно принима­ет. Собственной инициативы практически не существует. Психотерапевт ве­дет пациента. Темы обсуждений на сеансах должны задаваться психотера­певтом, а сеансы часто проходят в директивном стиле. Пациент почти не пишет домашних заданий и редко «доделывает» их.

Транскультурное сравнение. Особенно американские пациенты часто на­читанны в психологических вопросах (или, по крайней мере, стараются выг­лядеть начитанными) и часто берут на себя активную роль пациента. Пси­хотерапевт нередко должен ясно указывать пациенту на границы, если пос­ледний не старается их придерживаться. Пациент часто приходит на сеан­сы со своими темами, которые он хотел бы обсудить. Психотерапевт скорее является сопровождающим или партнером для пациента. Пациент нередко ведет дневник, просит задания, которые хотел бы выполнить дома, пишет за­данное и приносит на следующий сеанс.

1. Ожидание быстрого (чудесного) исцеления, лучше всего за один сеанс. Пациент хотел бы чувствовать себя лучше после каждого сеанса, и это яв­ляется важным критерием оценки компетентности и способностей врача. Психотерапевт должен конкурировать в этом со всякого рода целителями, обещающими моментальное излечение. Лечение длительностью в 5 сеансов кажется уже достаточно долгим.

Транскультурное сравнение. В Германии пациент нередко должен не­сколько месяцев или даже целый год ждать очереди на амбулаторный при­ем у психотерапевта (список ожидания). Часто пациенты сами считают, что им необходимо многолетнее лечение, чувствуют себя обиженными и непо­нятыми, когда психотерапевт предлагает им краткосрочную психотерапию («Вы считаете мою проблему столь незначительной, раз собираетесь так быстро разрешить ее?»).

1. Предшествующее знание о сущности психотерапии, ее эффективности и лежащих в основе техниках очень ограничены. «Психотерапевтической культуры» в России мало, есть небольшое количество книг о самопомощи. Проблемы обсуждаются с подругами, друзьями и родственниками по телефо­ну или на работе («Почему я должен пойти к чужому человеку, который вовсе меня не знает, рассказывать ему о моих проблемах, да еще и платить за это деньги?»).

Транскультурное сравнение. Многие пациенты на Западе хорошо осве­домлены и приходят к врачу с определенными ожиданиями. Например, аме­риканские пациенты достаточно часто приходят на прием с прямой просьбой прописать им конкретное лекарство, они прочитали о его эффективности в различных книгах и даже пытаются давить на психотерапевта («Что, Вы не знаете об этом лекарстве?»). В Западной Европе посещение психиатра ста­ло почти социальной стигмой, но социальное признание врачей в последние годы отчетливо изменилось.

1. Взгляды на возникновение, причины и лечение психических заболева­ний. В каждой культуре существуют социально принимаемые заболевания. Депрессия в России скорее считается настроением, нежели заболеванием, и человеку чаще советуют взять себя в руки. Генетическим причинам придает­ся очень большое значение. В то же время психотерапевт вынужден противо­стоять убеждению многих пациентов в том, что заболевания и нарушения мо­гут иметь магические или предопределенные причины. Господствует органи- чески-биологическая ориентация в отношении развития нарушений («У него с рождения был непростой характер», «Роды были тяжелыми»).

Транскультурное сравнение. В США совершенно естественно говорить о посещении психиатра, о работе над собой под его руководством. Пациента поддерживают в намерении посещать психотерапевта и в случае необходи­мости принимать лекарства. Можно наблюдать, как часто возникают разно­гласия в результате того, что, например, «повышенная температура» для рос­сийских коллег является поводом не идти на работу, что приводит к полно­му непониманию западных сотрудников, а с другой стороны «депрессия» для иностранца является поводом пойти к врачу, тогда как российские сослу­живцы убеждены, что сейчас плохо всем и в депрессивном настроении нет ничего необычного (Кому сейчас хорошо?).

1. Открытость, интерес и готовность к новым подходам. Почти всегда можно наблюдать готовность экспериментировать в том, что касается новых подходов и возможностей психотерапии, даже если последние не получили научного подтверждения. Если что-либо доступно объяснить, пациент будет готов это принять («Кто лечит, тот и прав»).

Транскультурное сравнение. Пациенты хотят подробнейших сведений о «вмешательстве», аннотация о лекарствах всегда прочитывается самым тща­тельным образом, непременно выясняется вопрос о научной проверке при­меняемого метода; вследствие неминуемого судебного разбирательст-ва при врачебной ошибке врач находится почти в перманентном напряжении.

1. Вера в сверхъестественное, в предопределение и духовные силы (магичес- ки-мистическое мышление). Убеждение в возможности быть заколдованным или заговоренным достаточно широко распространено. Собственные болезни при­водятся в прямую взаимосвязь с этими силами. Психотерапевт, который не ве­рит в гороскопы, влияние родовой травмы, электромагнитного излучения, вли­яние звезд и приливов, реинкарнацию или сверхъестественные силы, в глазах пациента может утратить свою компетентность. Парапсихология социально признана, хотя официально лишь немногие психотерапевты причисляют себя к ней и прочим сверхъестественным силам и практикам.

Транскультурное сравнение. Полное отвержение такого рода мнений в за­падных кругах специалистов. Даже если втайне человек считает возможны­ми магические причины заболеваний, он никогда не выскажет эти мысли в профессиональном кругу. Только эмпирически доказанные знания академи­ческой медицины могут учитываться в работе и являются социально призна­ваемыми. В последние годы в Германии, например, различные «психологи­ческие» институты стали предлагать за большие деньги подготовку по аст­рологической психологии, ароматерапии, психологии почерка, тайдзи, тантре, дзэн, графологии, танцу дервишей, йоге, медитации, психологии имени и т. д., что доказывает растущий интерес к альтернативным направлениям.

1. Роль семьи. Так как каждый живет в семье или в течение всей жизни «опекается» ею, личные проблемы тесно связаны с проблемами коллектива (здесь: семьи). Создание семьи (свадьба, дети) является целью почти всей молодежи и практически не оспаривается. Это социально ожидаемый шаг в планировании жизни, несмотря на увеличивающиеся проблемы, вроде раз­водов, насилия и неудовлетворенности.

Транскультурное сравнение. Институт семьи поставлен под вопрос, созда­ны новые так называемые альтернативные жизненные сообщества (напри­мер, контрацепция партнеров на период жизни, гомосексуальные браки, бан­ки спермы и пр.). В Германии 34% всех домашних хозяйств ведутся одним че­ловеком, в крупных городах их число составляет более половины. В то время как в 1900 г. примерно 44% всех немецких домов включали 5 или более чело­век, в 1992 г. их было лишь 5%.

1. Существование транскультурного сознания. В многонациональной России каждый пациент имеет друзей, знакомых, коллег и родственников из других культур, с которыми ежедневно общается. Это приводит к относи­тельной открытости по отношению к другим концепциям и делает относи­тельными собственные.

Транскультурное сравнение. Многие пациенты стоят на монокультурной точке зрения, мало общаются с иностранцами и не имеют почти никаких воз­можностей подвергнуть сомнению свои убеждения. Это изменяется вслед­ствие притока иностранцев и превращения общества в многонациональное.

1. Реализация и признание духовных потребностей. Даже так называемые атеисты верят в существование души, говорят о духовном вакууме и духовных потребностях. Духовные элементы являются составной частью психотерапии.

Транскультурное сравнение. Согласно исследованию Американской психи­атрической ассоциации, психиатры реже верят в Бога, чем в среднем населе­ние США. Со времени религиозной критики Фрейда религия и духовность

отмежевались от психотерапии, и психоанализ стал зачастую социально бо­лее приемлемой заместительной религией. При психотерапевтическом образо­вании учат, что собственные религиозные убеждения не должны переносить­ся на пациентов и не являются составной частью подготовки. В последние годы благодаря New-Age-движению и альтернативным психотерапевтическим направлениям духовные элементы стали занимать больше места в (западной) психотерапии.

1. Вопросы гарантии успеха психотерапии возникают уже на первом се­ансе (часто с этим связана оплата). За неудачу психотерапии считается от­ветственным преимущественно психотерапевт.

Транскультурное сравнение. Н. Пезешкиан пишет, что «во многих восточ­ных культурах врачу платят до тех пор, пока пациент здоров». Каждый пси­хотерапевт поостережется предоставлять гарантии, хотя бы из страха дальней­шей юридической ответственности, а пациент поощряется в принятии на себя активной роли в процессе лечения. В «сомнительных случаях» в провале пси­хотерапии виновен пациент вследствие своего сильного сопротивления.

1. Доверие к врачу и его способностям («Вы врач, скажите мне, что я должен делать»). Но это доверие еще относительное, поскольку было поколеблено богатым негативным опытом. Психотерапевту с авторитетом — не обязательно профессиональным, а просто благодаря его харизме — чаще верят, по крайней мере сначала, бессознательно, если возникают положи­тельные отношения и имеется одинаковый взгляд на причины болезни.

Транскультурное сравнение. Благодаря влиянию средств массовой инфор­мации (объявление в одном немецком журнале: «Если вы не довольны сво­им врачом, найдите другого»), дискуссий о доходах («врачи зарабатывают много денег»), возрастающему влиянию денег и бизнеса в медицине, росту судебных процессов (профессиональные ошибки), влиянию больничных касс и контролю гражданских организаций отношения врач—пациент больше не являются простыми и представляют собой нечто большее, чем психотерапев­тические отношения. Они строятся на основе совместного (лечебного) кон­тракта (иногда действительно подписываемого), в котором обе стороны вы­ступают в качестве равноправных партнеров и несут определенную ответ­ственность.

1. Советский опыт. Согласно Лауринайтису, типичного советского пациен­та и психотерапевтические отношения можно описать следующими семью кри­териями: а) базальная тревога и страх взять на себя всю полноту ответствен­ности и принять решение; б) отсутствие интереса к окончательному результа­ту собственной деятельности при одновременных опасениях взять на себя ответ­ственность за независимый шаг; в) глубокое расщепление между открыто выра­жаемыми ценностями общества и индивидуума («говорить одно, думать другое, делать третье»); г) глубокое недоверие к средствам массовой информации и воз­можной манипуляции посредством психологических механизмов; д) привычная высокая степень контроля во всех жизненных сферах, осуществляемая государ­ственными органами и их представителями, которыми могут быть даже друзья и родственники; е) как результат этой системы все члены общества находились под высоким давлением витального страха, одним из путей борьбы с которым был алкоголизм; ж) случаи злоупотребления психиатрией государственными органами и отсюда недоверие к любой психиатрии.

Транскультурное сравнение. Согласно американскому психологу Сатир су­ществуют следующие предпосылки, чтобы избежать изменения личности при психотерапии:

1. Видеть и слышать, что здесь происходит, вместо того, что должно быть или будет.
2. Говорить, что чувствуешь и думаешь, вместо того, что должен.
3. Чувствовать, что чувствуешь, вместо того, что должен.
4. Спрашивать и просить, что хочешь, вместо ожидания разрешения.
5. Рисковать, пробуя новые возможности, вместо того, чтобы выбирать «проверенные» пути и никогда «не ушибаться».

Психотерапевт в России. Рассматривая «типичного» российского пси­хотерапевта, можно выделить его следующие характерные черты.

1. Личность и поведение. Примечательна альтруистическая базовая уста­новка российских психотерапевтов. Она проявляется в неподдельной заинте­ресованности помочь страдающему пациенту («каждому приходится страдать, и когда-нибудь нам потребуется помощь других»); в выполнении профессио­нальной поддержки без соответствующего материального стимула (низкая зарплата, которая может задерживаться и зачастую не может служить основ­ным средством к существованию); в бесплатной помощи нуждающимся, но не обеспеченным материально пациентам. Это основывается как у пациентов, так и у врачей на широко распространенном взгляде, что неэтично и не мораль­но брать деньги с того, кто попал в беду. Существует моральная ответствен­ность в том, чтобы помочь этому человеку. Далее следует назвать простоту в понимании человеческих проблем, а также гуманную позицию в отношении психических аномалий, что может быть обусловлено исторически (Каркос).

Транскультурное сравнение. В то время как раньше часто говорили о при­звании, теперь психотерапия все больше рассматривается как «нормальная» профессия, в которой нет места альтруизму. Напротив, говорят о «синдро­ме помогающих людей», о том, что «помощь утомляет», о «синдроме профес­сионального сгорания», а в процессе обучения и повышения квалификации специалистов все больше внимания уделяется необходимости навыков ус­танавливать собственные границы. Одним из аспектов установки границ яв­ляется вопрос оплаты. Финансовые проблемы пациентов наряду с другими рассматриваются как лимитирующий фактор, и, если пациент не в состоянии оплатить лечение или за него не заплатит больничная касса, «не существует возможности для адекватного лечения» (Раймер). Требуется, чтобы ответ­ственные психотерапевты были в состоянии устанавливать собственные гра­ницы, воспринимать лимитирующие условия со стороны пациентов и опреде­лять ограничения, возникающие в совершенно специфическом взаимодействии или констелляции между участниками процесса. Как ключ к этому рекомен­дуется постоянная супервизия.

1. Применяемые методы и техники. Почти не существует психотерапев­тов, работающих в одном направлении (по западному образцу), обычно ком­бинируются элементы различных методов. В большинстве психотерапевти­ческих направлений работают психотерапевты различной специализации, лечение основывается на междисциплинарном аспекте, Существует огром­ный интерес (и необходимость) к краткосрочной психотерапии, поэтому так популярны и пользуются спросом психологические техники. Применяются преимущественно директивные и суггестивные методы, чисто аналитических почти нет. Предпочитаются холистические и семейно-центрированные ме­тоды. Психотерапия понимается широко и, наряду с «чисто» психотерапев­тическими элементами, применяются физикальные (как массаж, ванны, за­нятия спортом), а также акупунктура, двигательная терапия, релаксация, искусство и литература. Лечение разносторонне и целостно в смысле «ком­плексной психотерапии».

Согласно Барашу, прошлый опыт России имеет также позитивные аспек­ты, которые приводят к тому, что российские специалисты более свободны, чем их западные коллеги, в выборе и принятии идеи и методов работы.

Транскультурное сравнение. Клиники и институты известны теми метода­ми, которые они представляют, а лечебный план основывается на одном-един- ственном базовом методе (например, аналитические клиники, клиники пове­денческой терапии и т. д.). В Германии врачу можно получить 4-летнее пси­хотерапевтическое образование только в одном институте, сертификаты, по­лученные где-либо еще, не признаются. Психотерапевт идентифицируется со своим методом и/или институтом. Акцент ставится на индивидуальную пси­хотерапию. Различные техники представляют самостоятельные направления и интегрируются в лечебный план другими психотерапевтами. В последние годы, однако, возрастает интерес к эклектической и интегративной психотера­пии.

1. Форма психотерапии. Психотерапия носит преимущественно суп- портивный характер. Глубинно-психологический процесс встречается редко. Психотерапевт работает в основном директивно-суггестивным способом и «ведет» пациента. Техники и методы не всегда различаются и часто приме­няются одновременно. Психотерапевтический процесс часто включает инди­видуальную, а также семейную и групповую формы лечения. Психотерапевт стремится быстро достичь субъективного улучшения у пациента и вынужден укладываться в рамки 5-10 сеансов. В психотерапию нередко вовлекаются социальные проблемы (работа, квартира, семья, закон, деньги), и психотера­певт вынужден заниматься и этими проблемами.

Транскультурное сравнение. Психотерапевты работают преимущественно глубинно-психологически, чаще в индивидуальной форме. В Германии лечение рассчитано в среднем на 50 сеансов, так как в таком объеме оно оплачивается больничными кассами. Социальные проблемы решаются социальными работ­никами и соответствующими службами, так что практикующий психотерапевт лишь изредка сталкивается с этими факторами.

1. Образование. Психотерапевтическое образование и особый метод рабо­ты психотерапевт должен выбрать самостоятельно, так как в настоящее вре­мя практически не существует института, который предлагал бы полноценное многолетнее обучение. Подготовка занимает несколько месяцев, акцент в ней делается на теорию. Собственный опыт не предполагается, для супервизии почти не существует опытных практикующих психотерапевтов. Психотерапевт — своего рода «один в поле воин», зачастую он очень творческий, гибкий и от­носительно уверенный в себе.

Транскультурное сравнение. В Германии психотерапевтическое обучение и повышение квалификации сопутствуют профессиональному и осуществля­ются обычно в течение 4 лет в признанном институте постдипломного обра­зования. Обучение финансируется участниками самостоятельно и часто представляет собой серьезную финансовую проблему. Акцент образования делается на собственном опыте (самоанализе) обучающихся; важны также теоретическая подготовка, практика, супервизорство и пациент-центриро- ванные группы (балинтовские группы). Следует, однако, заметить, что пос­ле окончания обучения у психотерапевта еще мало практических познаний, которые он должен будет получить затем в самостоятельной работе.

1. Положение в обществе. Психотерапевт постоянно сталкивается с вызо­вом всякого рода целителей и шарлатанов, обещающих чудесное исцеление («лечу все болезни», «избавлю от алкоголизма за один сеанс»), а в обществе существует немало невежественных, наивных пациентов. Даже самый серьез­ный психотерапевт должен иметь в своем репертуаре «экспресс-техники». Од­новременно многие психотерапевты на рабочем месте также подвергаются значительному давлению с требованиями успешного лечения. Руководитель часто не осведомлен о механизмах действия в психологии и психотерапии, так что психотерапевту приходится регулярно доказывать свои способности и оп­равданность своего существования («Если Вы психотерапевт, решите пробле­мы этого сотрудника», «Сделайте что-нибудь с моим ребенком, чтобы он луч­ше учился»). Его зарплата нередко приводится в соответствие с его успешно­стью. Окружающими психотерапевт иногда воспринимается как маг и волшеб­ник, нередко наделяется сверхъестественными способностями («Вы же психо­терапевт — что Вы можете сказать обо мне?»). Здесь — в обществе — он в ко­нечном счете находит признание и восхищение своей деятельностью.

Транскультурное сравнение. Психотерапия рассматривается как серьезная профессия. А в оценке профессии часто исходят из того, какое она предпо­лагает образование. Общепризнанно, что психотерапия представляет собой длительный, нередко многолетний процесс, который не всегда может быть успешным. Общественное положение не отличается существенно от других академических профессий и обычно связывается с базовым образованием, на­пример, медицинским, психологическим или педагогическим.

1. О нарушениях, которые подлежат лечению. К психотерапевту обраща­ются пациенты с различными расстройствами, ожидая если не излечения, то уж наверняка облегчения. Низкая самооценка существует почти у всех паци­ентов; многие это осознают и хотели бы изменить. Почти все пациенты ис­пытывают значительные проблемы и надеются избавиться от них в ходе пси­хотерапевтического процесса. Тема смерти, как и на Западе, является совер­шенно вытесненным феноменом. Однако многие чувствуют облегчение в свя­зи с предложением поговорить об этом (что, к сожалению, психотерапевты делают редко, поскольку не до конца прояснили свое собственное отношение к смерти и умиранию!). Мало специальных психотерапевтических стациона­ров.

Транскультурное сравнение. Показания к психотерапии достаточно узки. Пациенты сначала обследуются врачом на предмет органических заболева­ний и только после исключения органической патологии направляются к психотерапевту. В среднем проходит несколько лет, пока пациент с органи­ческим заболеванием будет направлен к психотерапевту. Пациенты, прихо­дящие на лечение, страдают в основном депрессиями, страхами, психосома­тическими нарушениями и невротическими расстройствами. Трудные паци­енты могут быть приняты в психотерапевтические и психосоматические от­деления.

Особенности психотерапии в России: расстановка (setting), психотера­певтический альянс и отношения психотерапевт—пациент. Ниже приведены результаты транскультурного сравнения различных элементов психотерапев­тического союза.

Российские психотерапевты работают в различных институтах и организа­циях, психотерапевт сталкивается с определенными трудностями, так что его деятельность должна соответствовать этим условиям. Большое число практику­ет в больницах, поликлиниках или частных центрах. Психотерапевтов можно встретить в школах, педагогических учреждениях, медицинской службе крупных фирм и предприятий, военных и государственных учреждениях.

Большинству психотерапевтов не приходится находить себе пациентов, так как их либо направляют к ним, либо психотерапевту по различным при­чинам не удается уклониться от пациентов. «Быть направленным» к пси­хотерапевту в связи с этим означает, что другие коллеги направляют к пси­хотерапевту пациента, нуждающегося, на первый взгляд, в психотерапии, без всякого предварительного выяснения его мотивации и готовности к пси­хотерапии. Если состояние пациента, например, поведение «трудного» ре­бенка, не улучшается — это вина исключительно психотерапевта. Роль, за­дача и ответственность пациента в психотерапевтическом процессе почти не учитываются и не являются значимыми. Сильно также семейно-социальное давление с необходимостью лечения родственников и друзей, а отказ воспри­нимается как оскорбление, критерий ненадежности дружбы и т. д.

Психотерапевт должен прежде всего исходить из того, что пациент чаще придет всего на один сеанс. Вернется ли он еще раз после первой беседы, зависит от многих факторов, в существенной степени от того, насколько «успешным» и убедительным показался психотерапевт (не пациент!). Па­раметрами хорошего психотерапевта являются улучшение самочувствия после сеанса, принятие субъективной позиции, устраивающей пациента, и сообщение практических техник и советов, которые могут быть употреблены сразу же. Психотерапевт постоянно находится под гнетом достижения эф­фекта и цейтнота, так как при «плохом начале» пациент просто больше не придет.

Обсуждение формальных условий психотерапии затруднительно для обеих сторон. Если пациент наконец обрел доверие к психотерапевту и начал сво­бодно высказываться, то последний не может ограничить время сеанса или объяснить, что отведенное время истекло. Доверие, чувства и эмпатия не хо­тят подчиняться никакой регламентации. Так, психотерапевтический сеанс может длиться 90 мин, а иногда и 2-3 часа. Здесь отчетливо проступает транскультурный аспект психотерапевтических отношений, в то время как на Западе психотерапевтический союз является деловым соглашением, в России на первый план выступают человеческие отношения. Если психотерапевт вы­держит временные рамки, он вступит в конфликт со своей совестью, правиль­но ли он поступил, прервав страдающего пациента только лишь потому, что окончилось время.

Вопрос оплаты — еще один сложный аспект. В государственных учрежде­ниях, таких как больницы и поликлиники, существует положение, что психотерапевты обслуживают пациентов бесплатно, и психотерапевт обязан принять каждого желающего. Многочисленные психотерапевты имеют не­большую частную практику, помимо официальной деятельности, чтобы зара­батывать деньги, а также заниматься «чистой» психотерапией. Типичный па­циент почти не имеет финансовых возможностей для такого лечения, так что в последнее время очень благоприятной клиентурой являются в основном так называемые новые русские и в особенности их жены.

Брать деньги за услуги, особенно для человека, обязанного помогать, счи­тается неэтичным (новые русские являются исключением). Все работающие сегодня психотерапевты пережили советское время и помнят общественно­идеологическую установку по отношению к деньгам. Еще одну проблему пред­ставляет собой необязательность пациентов и их частые финансовые пробле­мы. Особенно сложно, когда пациент мотивирован на психотерапию, однако не имеет на это денег. Отказать такому пациенту практически невозможно как с общественной позиции, так и эмоционально, об этом трудно договориться с собственной совестью. В повседневности же получается так, что существует слишком мало платежеспособных пациентов, которые бы позволили обслужи­вать других неимущих пациентов. Часто оплата обусловливается успехом пси­хотерапии («Заплатите в соответствии с оценкой моей работы и Вашего выз­доровления»), явкой пациента или его общими представлениями («Заплати­те столько, сколько считаете нужным» или «Сколько не жалко»).

Психотерапевтический процесс предполагает преимущественно индивиду­альную психотерапию. Часто на первый сеанс пациента приводят родствен­ники (довольно часто матери), это они сказали ему о необходимости лечить­ся, однако впоследствии они редко появляются на сеансах, особенно если пси­хотерапевт (прямо или косвенно) замечает, что они — родственники — также причастны к заболеванию.

Частым феноменом является вопрос вины. Нередко уже в первой беседе звучит следующее «Мы расскажем Вам ситуацию, а Вы скажите, кто вино­ват». Происхождение вопроса вины, безусловно, имеет исторические корни в недавнем прошлом («поиск “врагов народа” и виноватых»). Психотерапевт наделяется ролью судьи, он должен обладать достаточным опытом, чтобы не принять эту роль, а сконцентрироваться на содержательном аспекте отноше­ний.

Отношения между психотерапевтом и пациентом продолжаются после се­анса и после завершения лечения, как это принято и требуется в коллективи­стских обществах. Прерывание отношений в смысле «психотерапевтической абстиненции» психоанализа истолковывается пациентом как обесценивание и не вызывает понимания. Пациенты в дальнейшем часто становятся хороши­ми друзьями психотерапевта и готовы оказать помощь, обычно связанную с их профессиональной деятельностью (ремонт автомобилей, приобретение води­тельских прав и т. д.). Карвасарский указывает на то, что ни в какой другой области медицины этические аспекты не имеют такого значения, как в психо­терапии.

Транскультурное сравнение. Во время лечения внимание уделяется не только психотерапевтическим отношениям, но уже с самого начала работы — общению психотерапевта и пациента, которое начинается с установления контакта. Уже сам способ установления этого контакта должен указывать психотерапевту на характер нарушения, особенности ожидаемых в последу­ющем взаимодействий и на прогноз возможного лечения. Было установлено, что качество психотерапевтического альянса в начале психотерапии суще­ственно коррелирует с результатом лечения. При первой беседе, психотера­певтическом сборе анамнеза, речь идет, наряду с постановкой диагноза, преж­де всего об оценке показаний или противопоказаний возможной психотера­пии. Для «процесса определения показаний» значимыми являются четыре аспекта: пациент, расстройство, форма психотерапии и психотерапевт. Пси­хотерапевт заинтересован в том, чтобы последовательно проверить мотива­цию пациента, и не только с точки зрения выраженности его страдания, но и исходя из представлений пациента о ценности и необходимости психоте­рапии.

С транскультурной точки зрения здесь особенно интересен вопрос так на­зываемого соответствия. Не только пациент, но и психотерапевт должен быть мотивирован на начало лечения. Он должен проанализировать свои чувства к пациенту (эмпатию, антипатию) и вполне вправе отказать пациенту. «Толь­ко мазохисты лечат всех одинаково охотно», — говорят в психотерапевтичес­ких кругах на Западе.

Существует список показаний к глубинно-ориентированной психотера­пии. Только если эти критерии выполняются, может быть начата собствен­но психотерапия. Аналогично существуют и противопоказания. Большое значение придается процессу окончания психотерапии, поскольку он акту­ализирует предыдущий опыт расставаний и потерь. Здесь используются не­которые техники, так же как пробное расставание и последующие беседы, которые должны помочь пациенту (и психотерапевту) подготовиться к рас­ставанию и периоду после завершения психотерапии.

Важной целью первой беседы, наряду с диагностической и психотерапев­тической функциями, является обсуждение формальных и содержательных рамок психотерапевтического процесса, которым придается существенное значение в успехе лечения. В основном при этом речь идет о выборе психо­терапевта, формы психотерапии, частоте и длительности сеансов, оценке длительности психотерапии и условиях оплаты.

В формальных условиях психотерапии различают пространственные и временные факторы. Под пространственными условиями понимают, поми­мо прочего, расположение пациента и психотерапевта во время работы, вплоть до угла между ними (оба должны сидеть под углом 90 градусов друг к другу). Под временными условиями понимаются частота и длительность сеансов. Как правило, при глубинно-психологическом лечении речь идет об од­ном сеансе в неделю (около 50 мин) и общей длительности психотерапии от двух до пяти лет. В Германии, например, пациенты вынуждены ждать места на лечение до года, будучи включены в специальный список ожидающих пси­хотерапевта. Это, помимо прочего, должно усилить страдания пациента и про­верить его мотивацию — и то, и другое можно считать хорошей предпосылкой для успешной психотерапии.

При формулировании содержательных условий психотерапии пациент рас­сматривается как (нуждающийся в помощи) партнер, который должен участво­вать в планировании психотерапии. Принято говорить о «максимально возмож­ной открытости» по отношению к пациенту, о «совместно запланированной ра­боте и сотрудничестве». При этом речь идет об установлении рабочего союза, формулировании совместных представлений о цели, концентрации на «акту­альном невротическом конфликте» и выяснении защитных механизмов, таких как регрессия, перенос и контрперенос.

С транскультурной точки зрения вопрос оплаты особенно интересен. В США не только принято, но даже поощряется обсуждение оплаты в кон­це первого сеанса. В целом пациент должен соответствовать финансовым критериям психотерапевта или подыскать себе другого (соответствующего возможностям) врача. Категорически не рекомендуется лечить пациента бес­платно или принимать оплату ниже установленной психотерапевтом грани­цы. Последнее может привести к контрпереносу, например, к потере инте­реса или скуке. Есть психотерапевты, которые требуют оплаты любого про­пущенного сеанса (включая болезнь или отпуск пациента) или допускают 24-часовую отсрочку оплаты.

Отношения с пациентом вне психотерапии рассматриваются как неэтич­ное поведение и нарушение закона абстиненции. Фрейд сформулировал пси­хоаналитическое правило абстиненции, сущность которого выражается так: «Лечение должно проводиться в абстиненции». В последние годы в связи с этим широко дискутируется вопрос о сексуальном злоупотреблении психо- терапевтами-мужчинами (каждый сексуальный контакт между психотера­певтом и пациентом, в том числе и вне сеанса, рассматривается как злоупот­ребление). Появились многочисленные публикации специалистов и постра­давших. Психотерапевтическая абстиненция распространяется не только на сексуальные отношения, но и на другие этические проблемы, например, ре­стриктивное финансовое регулирование, перенос собственных ценностных представлений и идеологии на пациентов, обязанность психотерапевта кон­тролировать свои нарциссические, эмоциональные потребности по отноше­нию к пациенту (нарциссическое злоупотребление) и сохранение интимно­сти и анонимности пациента. Проводятся специальные семинары, посвящен­ные вопросам этики.

Психотерапия в многонациональном обществе XXI в. должна быть транс­культурной. Россия уже является многонациональной страной, и эта тенден­ция охватывает весь мир.

Ниже приведены сравнительные данные исследования некоторых аспектов психотерапии, проведенных в России и Германии (Х. Пезешкиан).

В среднем длительность одного сеанса колеблется от 45 до 60 мин. Не­мецкие психотерапевты иногда работают менее 30 мин, причиной этого яв­ляется то, что проведение краткосрочной психотерапии узаконено в больнич­ных кассах в пределах 25 мин. Частота сеансов составляет 1 раз в неделю и идентична в обеих странах. Длительность психотерапии отличается весьма существенно. В 88% случаев в России психотерапия длится максимум 10 се­ансов. В Геpмaнии в 63% случаев проводится от 11 до 30 сеансов. Российский психотерапевт, таким образом, располагает только третью времени по срав­нению с немецким. Значимо отличие в том, что на Западе называют паци­ентами, прерывающими психотерапию. Четверть российских психотерапев­тов вынуждена считаться с тем, что пациент после первой беседы с вероят­ностью в 30-40% больше не придет. Напротив, немецкий психотерапевт мо­жет быть уверен, что пациент не прервет начатое лечение. Это определяет форсирование успеха российскими психотерапевтами, успех должен быть до­стигнут на первом сеансе или сразу после него, поскольку, возможно, это был последний сеанс. Интерес к техникам и краткосрочной психотерапии, скорее всего, связан с этой причиной. В России вопрос, относящийся к гарантии ус­пеха, гораздо шире распространен, чем в Германии.

Отношение к пациентам, которые не в состоянии платить за лечение, — это проблема для российских психотерапевтов, в то время как свыше тре­ти всех немецких психотерапевтов никогда не бывали в такой ситуации. Около 90% всех российских психотерапевтов не отказали бы в помощи па­циентам, лишенным средств, немецкие коллеги занимают такую же пози­цию в 60% случаев (однако гораздо реже имели дело с такими пациентами). Более трети немецких психотерапевтов никогда не оказывали бесплатную помощь. Организационные условия психотерапии чаще обсуждаются немец­кими коллегами, чем российскими, из которых около 30% вообще никогда не делают этого или делают крайне редко. Российские психотерапевты в боль­шей степени проявляют сочувствие и сострадание к пациентам. Как приня­то в коллективистских обществах, важнейшим являются отношения между двумя людьми, а не деньги или другие факторы. Эта поддерживающая отно­шения тенденция в России сказывается на различных аспектах психотера­пии, в том числе на обсуждении финансовых вопросов с пациентами.

Российские психотерапевты чаще верят в сверхъестественное в широ­ком смысле, чем их немецкие коллеги, и чаще используют эти элементы в ра­боте.

**трольные вопросы**



1**.**

**Для традиционной российской психотерапии характерно все указанное, кро­ме:**

**О психотерапевт работает глубинно-психологически, обычно в индивиду­альной форме;**

**© психотерапевт «ведет» пациента в основном «суггестивно-директивно»;**

**© преобладает суппортивный характер психотерапии (поддерживающая психотерапия);**

**© психотерапевт чаще использует методы краткосрочной («комплекс­ной») психотерапии.**

2**.**

**Для традиционной российской психотерапии характерно все указанное, кро­ме:**

**О психотерапевт подвергается давлению со стороны руководителей, ко­торые требуют от него успешного лечения многих пациентов, не буду­чи осведомленным о возможностях и границах психотерапии;**

**© пациент также требует от психотерапевта быстрого успешного лечения, нередко при этом он наделяется почти сверхестественными способно­стями;**

**© психотерапия воспринимается как длительный лечебный процесс, ко­торый не всегда может быть успешным;**

**© психотерапевт должен учитывать, что в обществе существует немало наивных пациентов, которые верят альтернативным целителям, поэто­му должен иметь в своем репертуаре магические элементы или экс­пресс-техники.**

3**.**

**Для западной психотерапии более характерно все указанное, кроме:**

**О психотерапевт идентифицируется с одним методом (институтом) и ра­ботает только в этом направлении;**

**© акцент на индивидуальной психотерапии;**

**© сертификат психотерапевта можно получить только в каком-либо одном институте после 3-4-летней специальной подготовки в нем;**

**© лечение разностороннее и целостно в смысле «комплексной» (интегра­тивной) психотерапии.**

4**.**

**Для западной психотерапии характерно все указанное, кроме:**

**О вопрос оплаты открыто обсуждается психотерапевтом уже в самом начале психотерапии;**

**© характер психотерапии должен соответствовать финансовым критериям (подбор метода психотерапии в соответствии с финансовыми возможно­стями пациента);**

**© психотерапевт в большой степени проявляет сочувствие и сострадание к пациентам, большинство психотерапевтов не отказали бы в помощи па­циентам, лишенным средств;**

**© категорически не рекомендуется лечить пациента бесплатно или при­нимать оплату ниже установленной психотерапевтом границы.**

*А*

Г л а в а

**ОРГАНИЗАЦИЯ**

**ПСИХО­**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ**

**ПОМОЩИ**

*Особенности и различные формы организации психотерапевтической помощи* ■

*Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи* ■

*Обучение в области психотерапии* ■

ОСОБЕННОСТИ И РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляет­ся системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотера­певтических подразделений (других учреждений) лечебно-профилактической сети. Находясь на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управ­ления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации. Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической службой, вме­сте с которой, а также с кризисной, сексологической, а в ряде регионов и ме­дико-психологической и др., образует региональную систему охраны психичес­кого здоровья населения.

Основные подходы к организации психотерапевтической помощи:

* принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, со­здание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреж­дениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;
* принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;
* принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и под­разделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уров­нях.

В структуре психотерапевтической помощи основными являются психоте­рапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтичес­кий центр; к вспомогательным психотерапевтическим учреждениям относят­ся кабинеты психологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, психологические консультации, психотерапевтические клубы и «клу­бы бывших пациентов», психотерапевтические студии.

В последние годы в нашей стране начали организовываться подразделения внебольничной психотерапевтической помощи - внутрибольничные психоте­рапевтические центры, осуществляющие психотерапевтическую работу с па­циентами, проходящими лечение в стационарных отделениях, их родственни­ками, больными в ходе реабилитации и поддерживающей психотерапии пос­ле курса основного лечения.

Психотерапия в России за последние годы получила значительное разви­тие как самостоятельная медицинская дисциплина и самостоятельная систе­ма помощи населению. В становлении психотерапии с собственными научно­организационными и методическими подходами большую роль сыграло при­знание ее профессиональным психиатрическим сообществом. Психотерапия понимается сегодня в России как медицинская специальность, исторически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медици­ны с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими при­кладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингви­стикой.

Пройдя длительный период (более 20 лет) активного «импорта» пси­хотерапевтических технологий из зарубежных школ, отечественная психотера­пия, поддерживая различные научно-обоснованные направления и модели психотерапии, способствующие ее развитию, государственные и негосудар­ственные формы организации, сосредоточивает свое внимание на научно-при­кладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирова­ния психотерапии как медицинской специальности. При этом учитывается специфика традиционных школ отечественной психотерапии, смежных с ней научных дисциплин, а также результаты научных исследований, особенности российского здравоохранения. Укрепление психотерапии в уже определив­шихся в настоящее время законодательно-правовых рамках в наибольшей сте­пени соответствует ее задачам в конкретных социально-экономических и куль­турных условиях современной России. Переживаемый страной в настоящее время этап значительных социально-политических и экономических измене­ний только усиливает значение психотерапии как области науки и практичес­кой деятельности, способной в возможной для медицинской практики мере оказать влияние на негативные последствия переживаемых трудностей для личности, семьи и общества, и нацеливает психотерапевтов на скорейшее вне­дрение оправдавших себя методических и организационных подходов. Этого требует и значительное увеличение числа пограничных психических рас­стройств и пациентов с суицидальным поведением. Фактически для еще мо­лодой и только сформировавшейся психотерапевтической службы происходя­щие социально-экономические процессы могут стать своеобразным экзаменом на прочность.

Становление отечественной психотерапевтической службы в последние годы определялось развитием ее нормативной базы — Законом Российской Федерации от 02.07.92 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с дополнениями и изменениями, другими за­конодательными актами Российской Федерации и ее субъектов. Большое зна­чение для развития психотерапии как медицинской специальности сыграли федеральные и региональные целевые программы по реализации неотложных мер совершенствования психиатрической помощи (1995-1997, 1998-2003, 2004-2010 годы), которые, в частности, включали меры по улучшению подго­товки специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, организации психотерапевтических отделений, региональных психо­терапевтических центров. Они получили развитие в федеральной программе «Неотложные меры совершенствования психиатрической помощи (2005-2010 годы)» и в действующих региональных программах, которые формулируют целостные концепции совершенствования психотерапевтической службы. Важ­ную роль сыграло здесь привлечение Министерством здравоохранения и со­циального развития России широкого круга организаторов, ученых и практи­ков в области психотерапии для разработки стратегии развития специально­сти и службы, а также экспертизы проектов директивных и методических до­кументов. Результатом усилий большой группы специалистов, в том числе Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России (Санкт-Петербург) и Российской психотерапевтической ассоциации, стала серия приказов Минздрава России, определяющих направления и усло­вия развития отечественной психотерапии.

Приказом от 13.02.95 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказы­вающих психиатрическую помощь» определены штаты врачей-психотерапев- тов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе в психиатрических учреждениях. В настоящее время в психиатрических стационарах предусмотрены штаты врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и социальных работников, из расчета 1 должность каждого из перечисленных специалистов на 50 коек. Включение этих специа­листов в работу психиатрических учреждений способствовало значительной гуманизации психиатрической помощи, создало предпосылки для внедрения в широкую лечебную сеть бригадного подхода в организации психотерапевти­ческого процесса.

Приказом Минздрава России от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» сформулированы основные требования, опре­деляющие дальнейшее развитие психотерапии не только в рамках психиатри­ческих учреждений. В нем, в частности, содержались Положения о враче-пси- хотерапевте, медицинском (клиническом) психологе, специалисте по социаль­ной работе и социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и пси­хотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штаты. Согласно этому, в настоящее время утратившему силу приказу, указанные подразделе­ния могли быть развернуты практически в любом специализированном или многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Этот приказ сыг­рал важную роль в развитии психотерапевтической службы нашей страны, заложив системные стандарты развития психотерапевтической специальнос­ти.

В приказе Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 приводятся требования к профессиональной непрерывной подготовке медицинских психологов, а так­же методические рекомендации по взаимодействию основных специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе: врача-психотерапевта и меди­цинского (клинического) психолога.

Приказом Минздрава России от 28.07.97 г. № 226 определены требования к подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников.

На настоящим этапе развития психотерапевтической помощи, ее основные принципы и критерии сформулированы в Приказе Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи». В этом нормативном до­кументе, который с учетом новых условий продолжает традицию упомянутого выше Приказа Минздрава России от 30.10.95 г. № 294, представлены положе­ния об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психо­лога и специалиста по социальной работе, положения и штатные нормативы психотерапевтических кабинетов и психотерапевтических стационарных отде­лений. Значительным достижением в плане дальнейшего развития психотера­пии явилось официальное признание региональных психотерапевтических цен­тров, их штатного расписания и положения об организации их деятельности.

В перечисленных нормативных документах была сформулирована концеп­ция дальнейшего совершенствования психотерапевтической службы, в основу которой положены следующие элементы:

* разработка образовательных стандартов и требований к подготовке спе­циалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, в частности по специ­альности «психотерапия» для врачей-психотерапевтов и унифицированных требований для медицинских психологов (Унифицированные программы пос­ледипломной подготовки по специальности «Клиническая (медицинская) пси­хология» утверждены 25.04.2002 г. Минобразованием и Минздравом Российской Федерации);
* система образовательных учреждений, проводящих подготовку вышеука­занных специалистов;
* внедрение в практику принципов и создание организационных условий по взаимодействию специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь;
* совершенствование оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений), создание региональных психотерапевтических цен­тров;
* гибкое развитие инфраструктуры психотерапевтической службы в соот­ветствии с потребностью в психотерапевтической помощи для населения, со­четания государственных и частных, амбулаторных и стационарных, терапев­тических и реабилитационных психотерапевтических подразделений;
* сохранение технологического единства психотерапевтических учрежде­ний, входящих в психотерапевтическую службу.

В дальнейшем при реализации данной концепции определились еще не­сколько чрезвычайно важных направлений в развитии психотерапевтической помощи: профессиональная экспертиза при сертификации, лицензировании и аккредитации специалистов, чему было посвящено специальное методическое письмо Минздрава России № 97/58 «Вопросы экспертизы при сертификации врачей-психотерапевтов и лицензировании учреждений, оказывающих психо­терапевтическую помощь»; определение перечня психотерапевтических мето­дов, используемых в нашей стране (с целью улучшения работы комиссий по лицензированию и аккредитации медицинской деятельности), для чего Феде­ральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской пси­хологии специально изучены подходы к преподаванию методов психотерапии на кафедрах и курсах психотерапии медицинских вузов, а также обучение ме­тодам психотерапии в негосударственных образовательных учреждениях. В ре­зультате проведенной работы по созданию нормативно-методических докумен­тов, конкретной организационной деятельности региональных психотерапев­тических служб, инициативной работы врачей-психотерапевтов за последнее время отмечена положительная динамика в показателях развития психотера­певтической службы.

Активная разработка бригадной модели оказания психотерапевтической помощи, основанной на современных принципах организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современной их формы на основе концепции «терапевтического поля» позволила не только интегрировать в об­щемедицинскую практику сочетание психотерапевтической и психиатрической помощи в узком понимании, но также приблизить медико-психологическую и социальную работу к населению за счет создания в психоневрологических дис­пансерах, поликлиниках и многопрофильных больницах психотерапевтических кабинетов. В состав терапевтических бригад в психиатрических и психотерапев­тических учреждениях наряду с врачом включены также медицинский (клини­ческий) психолог и социальный работник.

Специальное исследование показало постепенное улучшение материально­технической базы психотерапевтической службы. Несмотря на трудное эко­номическое положение учреждений здравоохранения, материально-техничес­кое оснащение трети психотерапевтических кабинетов приближается к стан­дарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического каби­нета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического (медицинского) психолога и социального работника.

В большинстве случаев психотерапевтические кабинеты располагают персо­нальными компьютерами, аудиосистемами, то есть необходимым оснащением и условиями для проведения эффективной помощи пациентам. Важным пока­зателем является рост числа психотерапевтических кабинетов в многопро­фильных больницах и профильных медицинских центрах, что указывает на оправдавшую себя стратегию приближения реальной помощи по охране пси­хического здоровья к населению.

В здравоохранении активно осваиваются новые формы организации психо­терапевтической помощи: значительно увеличилось число психотерапевтичес­ких стационарных отделений (специализированных подразделений больничных учреждений, где психотерапия играет ведущую роль в лечении заболеваний и применяется в сочетании с другими методами). Значительно возросло число психотерапевтических стационарных отделений в многопрофильных больницах и в психиатрических стационарах. Многие из этих отделений становятся базой для подготовки врачей-психотерапевтов и других специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи населению. Признаком интеграции психотерапевтической помощи в различные области медицинской практики яв­ляется значительное расширение спектра стационарных подразделений боль­ниц, использующих психотерапию в лечении широкого круга невротических и психосоматических расстройств.

Становлению самостоятельной психотерапевтической службы в системе учреждений по охране психического здоровья населения способствовало зна­чительное увеличение числа и организационно-методического потенциала ре­гиональных психотерапевтических центров. Эти специализированные учреж­дения не только оказывают сложные виды психотерапевтической помощи на­селению на территории обслуживания, но и формируют систему оказания пси­хотерапевтической помощи, осуществляют координацию деятельности всех психотерапевтических подразделений на основе современных технологий и ме­дико-экономических стандартов, что способствует дальнейшей интеграции психотерапевтической помощи в развивающиеся системы регионального здра­воохранения.

Значимым элементом развития психотерапевтической службы явился ин­ститут главных психотерапевтов региональных органов управления здраво­охранением. Именно их усилиями в значительной мере определяется качество развития психотерапевтической помощи на территориях субъектов Россий­ской Федерации.

Одной из отличительных особенностей специалистов в области психотера­пии является их стремление к созданию профессиональных объединений. Наи­более крупными являются Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА) и Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ). Их работа способствовала координации усилий профессионального психотерапев­тического сообщества по подготовке, поддержке и защите интересов специали­стов, улучшению качества организации психотерапии в регионах.

В настоящее время в учреждениях, оказывающих психиатрическую и пси­хотерапевтическую помощь в стране, работает свыше 3000 врачей-психотера- певтов, более 2500 психологов и около 800 специалистов по социальной работе, тогда как специалистов по социальной работе требуется не менее 2 500, соци­альных работников со средним образованием — не менее 9 000, медицинских (клинических) психологов — 12 000—15 000 и врачей-психотерапевтов — не ме­нее 8000.

Предусмотренный норматив открытия психотерапевтических кабинетов: из расчета 1 кабинет на 25 тыс. взрослого населения и 1 кабинет на 200 коек в многопрофильных больницах; создание психотерапевтических отделений: из расчета 1 отделение на 200 тыс. взрослого населения, организация региональ­ных психотерапевтических центров в столицах субъектов Российской Федера­ции и городах с населением не менее 500 тыс. человек. В последние годы от­мечались значительные колебания численности психотерапевтических кабине­тов в территориальных поликлиниках, многопрофильных больницах, специ­ализированных учреждениях, отражающие значительные социально-экономи­ческие изменения в стране. Их организация значительно приближает квалифицированную психотерапевтическую помощь к населению и при над­лежащем ее обеспечении кадрами медицинских психологов и социальных ра­ботников создает предпосылки к интеграции психологической и социальной помощи в традиционную для России медицинскую модель здравоохранения. По данным Федерального научно-методического центра Минздрава России, который функционирует на базе Санкт-Петербургского научно-исследователь­ского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Приказ Минзд­рава России от 26.11.96 г. № 391) и проводит мониторинг состояния психотерапевтической помощи в стране, в период с 1989 до 1997 г. отмечался неуклонный рост числа психотерапевтических кабинетов — с 642 кабинетов (1989 г.) до 2125 (1997 г.). В условиях экономического кризиса в 1998 г. число кабинетов уменьшилась на 10%. Затем наблюдался период относительного восстановления численности кабинетов. В 2003 г. их было уже 2036. В послед­ние годы, в связи с реформой отечественного здравоохранения, затрагиваю­щей основы организации медицинской помощи в стране в целом, происходит процесс структурной реорганизации специализированной медицинской помо­щи, при которых ответственность за финансирование специализированной помощи передается на уровень субъектов Российской Федерации. Из-за неспо­собности руководства ряда региональных психотерапевтических служб к ра­боте в условиях реформы здравоохранения общее число психотерапевтических кабинетов сократилось до 1680 (данные на конец 2005 г.). При этом снижение численности психотерапевтических кабинетов отмечалось не во всех субъектах

Российской Федерации, а в тех, где психотерапевтическая служба не имела прочных традиций и ее организаторы не опирались на новое федеральное за­конодательство. В ряде регионов отмечалась позитивная динамика числа пси­хотерапевтических кабинетов, создавались новые психотерапевтические отде­ления и центры.

Сама реформа здравоохранения осуществляется на основании ряда нор­мативно-правовых документов и в первую очередь на основании Федераль­ного Закона Российской Федерации от 4 июля 2003 г. № 95 «О внесении из­менений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах орга­низации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», где на основа­нии подпункта 21 пункта 2, статьи 26.3 организация оказания специализи­рованной медицинской помощи производится за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации. При этом подчеркивается, что Федераль­ное законодательство определяет объем и принципы финансирования специ­ализированной медицинской помощи (пункт 6 статьи 26.3). Кроме того, на основании этого же пункта статьи 26.3 предусматривается, что согласно за­конам субъектов Российской Федерации органы местного самоуправления могут наделяться отдельными государственными полномочиями субъектов Российской Федерации по вопросам организации специализированной меди­цинской помощи. Федеральным Законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российс­кой Федерации в связи с принятием Федеральных Законов «О внесении из­менений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах орга­низации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федера­ции» указаны принципы оказания и финансирования первичной медико-са­нитарной помощи (пункт 10 статьи 35) и финансирования специализиро­ванной медицинской помощи (пункт 32 статьи 35).

Специальным постановлением Правительства Российской Федерации (от 26 ноября 2004 г. № 690 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год») определены принципы ее оказания и способы финансирования.

Кроме того, психотерапевтическая помощь может осуществляться в струк­туре и первичной медико-санитарной помощи и финансироваться из муници­пальных источников (Приказ МЗ и СР РФ от 13.10.2005 г. № 633 «Об орга­низации медицинской помощи»).

Подобные мероприятия, осуществляемые в ряде регионов Российской Фе­дерации, способствовали увеличению объемов оказания психотерапевтической помощи. При этом существующие должности психотерапевтов городской по­ликлиники (муниципальный уровень) могут быть переданы в региональный психотерапевтический центр (региональный уровень).

В настоящее время существуют необходимые и достаточные правовые осно­вания не только для сохранения, но и развития медицинской специальности «Психотерапия», которая включена в номенклатуру (классификатор) специаль­ностей лиц с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреж­дениях здравоохранения Российской Федерации (Приложение 1 к приказу Минздрава России от 27.07.99 г. № 337). Специальность 040115.01 «Психотера­пия» требует углубленной подготовки на базе специальности 040115 «Психиат­рия». Врачом-психотерапевтом является врач, имеющий сертификаты по спе­циальностям «Психиатрия» и «Психотерапия». В Приложении 2 к приказу Минздрава России от 27.07.99 г. № 337 в разделе 3, п. 48 указано, что специаль­ности «Психотерапия» соответствует должность «врач-психотерапевт».

Этапы психотерапевтической помощи. В качестве первого этапа психоте­рапевтической помощи больным неврозами и другими пограничными психи­ческими расстройствами выступает психотерапевтический кабинет основного звена лечебного обслуживания — поликлиники. По данным литературы, у не­вропатологов поликлиник лечится 49—57%, а у терапевтов 34—47% больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Психотерапевтическая по­мощь, оказываемая в поликлиниках, имеет свои особенности, к которым отно­сятся быстрое установление контакта между врачом и пациентом; мобилиза­ция всех неспецифических факторов лечебного процесса; краткосрочность и интенсивность психотерапевтической помощи, преобладание рациональной психотерапии и косвенного внушения; сочетание психотерапии с другими ви­дами лечения.

В связи с перераспределением контингентов больных с психическими рас­стройствами и увеличением круга пограничных расстройств и психических за­болеваний в состоянии ремиссии, увеличением числа подготовленных врачей- психотерапевтов, признанием роли психотерапевтического кабинета в качестве основного элемента в структуре психотерапевтической службы, значительной специализации психотерапевтического процесса, расширения спектра психоте­рапевтических методов, развития бригадных подходов при оказании психотера­певтической помощи, следует признать, что проведение психотерапии неспеци­алистами (врачами общей практики) имеет уже лишь историческое значение. В основном их роль в обеспечении современного психотерапевтического процес­са сводится к ранней диагностике и своевременному направлению пациентов в психотерапевтический кабинет, который и проводит все необходимые меропри­ятия. При этом врач-психотерапевт, имеющий специальную подготовку по пси­хиатрии, на данном этапе осуществляет задачи взаимодействия психотерапев­тического кабинета с психоневрологическими диспансерами и другими учреж­дениями, оказывающими психиатрическую помощь. В связи с повышением роли психотерапевтического кабинета как самостоятельного подразделения психоте­рапевтической службы и системы охраны психического здоровья в целом, пер­вый этап психотерапевтической помощи может и выходить за пределы терри­ториальной поликлиники. Эту же роль может выполнять психотерапевтический кабинет медико-санитарной части промышленного предприятия, гастроэнтеро­логического, кардиологического, пульмонологического специализированных ста­ционаров, профильного центра профилактики ВИЧ, венерологического диспан­сера, а также психотерапевтические кабинеты многопрофильных больниц. Важ­ную роль при оказании психотерапевтической помощи выполняет специализи­рованный психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера. При сходстве структуры и организации своей деятельности с психотерапевти­ческим кабинетом других лечебно-профилактических учреждений такие кабине­ты проводят лечение больных с более тяжелыми психическими расстройствами, а также пациентов с пограничной патологией, сопровождающейся более выра­женными, чем у пациентов поликлиник, психопатологическими нарушениями. При хорошей организации психотерапевтической службы, психотерапевтичес­кие кабинеты разных учреждений координируют свои действия, оказывая по­мощь пациентам различной нозологической принадлежности.

Следующее, второе звено психотерапевтической помощи — стационарные и полустационарные психотерапевтические отделения, а из них — специали­зированные отделения для лечения неврозов. Такие отделения могут созда­ваться на базе многопрофильных и психиатрических больниц, психоневроло­гических диспансеров. Их особенностями является проведение интенсивной психотерапии пациентов с хроническими, тяжелыми формами невротических расстройств, неврозами и непсихотическими психическими расстройствами на фоне органических заболеваний головного мозга, больных, для которых по­вседневное социальное окружение является условием декомпенсации и тяже­лого эмоционального стресса настолько, что это делает чрезвычайно трудной или почти невозможной их амбулаторную психотерапию. Доминирующим видом психотерапии в таком отделении являются личностно-ориентирован­ные методы, в частности, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Отделение предполагает значительную интенсификацию ле­чебного процесса в сравнении с тем, что осуществляется амбулаторно. Пребы­вание пациента в отделении в течение дня или части дня позволяет органи­зовать распорядок таким образом, что практически все проводимые меропри­ятия обладают психотерапевтическими свойствами, при этом нередко стира­ется грань между социотерапевтическим и собственно психотерапевтическим воздействием, повышается мотивация пациентов к участию в психотерапии, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических мероп­риятий. В отделениях используются различные виды групповой психотера­пии. Важнейшей спецификой деятельности современного психотерапевтичес­кого отделения является проведение комбинированного лечения, преимуще­ственно основанного на методах психотерапии, а также организация психоте­рапевтической среды и психотерапевтического сообщества, создание интегра­тивных психотерапевтических программ на основе бригадного взаимодействия и модели «терапевтического поля». Психотерапевтические отделения, создава­емые в различных лечебно-профилактических учреждениях, различаются по своей спецификации и контингентам обслуживаемых пациентов.

С учетом интеграции в отечественную психотерапию методов долгосрочной психотерапии и признания достижений школы динамической психотерапии, а также в связи с тем, что за сравнительно короткое время пребывания пациен­та в психотерапевтическом отделении (от 1 до 3 мес) не удается в полной мере выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, психотерапевтичес­кое отделение не может рассматриваться в качестве единственно возможной специализированной и завершающей формы организации психотерапевтичес­кой помощи, а выступает в единстве стационарной, полустационарной и амбу­латорной форм психотерапевтической помощи.

Третьим этапом психотерапевтической помощи становятся активно созда­ющиеся региональные психотерапевтические центры — учреждения, осуществ­ляющие разнообразные виды психотерапевтической помощи, имеющие в сво­ем составе кабинеты, специализирующиеся на проведении сложных видов пси­хотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам), а также дневные стационары и стационарные психотерапевтические отделе­ния. Психотерапевтические центры выступают в качестве третьего звена пси­хотерапевтической помощи. Это учреждения, которые в определенной мере оп­равдали высказывавшиеся в свое время прогнозы относительно возможности создания психотерапевтических диспансеров со специфическими для психоте­рапевтической специальности особенностями, представляющие собой учреж­дения-координаторы психотерапевтической работы на определенной террито­рии, создающими предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов.

Организация работы психотерапевтических подразделений. Психоте­рапевтический кабинет является основным структурным подразделением психотерапевтической службы и основной формой организации психотера­певтической помощи. В территориальных поликлиниках психотерапевтичес­кие кабинеты начали создаваться с 1986 г. на основании приказа Минздра­ва России от 19.12.86 г. № 903. Содержание и порядок работы психотерапев­тического кабинета определяются приказом Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438. Психотерапевтические кабинеты создаются в территори­альных поликлиниках из расчета один психотерапевтический кабинет на 25 тыс. населения, в специализированных центрах гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического и другого профиля, а также в мно­гопрофильных больницах из расчета один кабинет на 200 коек. Детский пси­хотерапевтический кабинет организуется в детских поликлиниках из расче­та один психотерапевтический кабинет на 12 тыс. детского населения. В за­дачи психотерапевтического кабинета в территориальной поликлинике вхо­дит: проведение консультативной помощи пациентам, направленным учас­тковыми врачами и врачами-специалистами; отбор больных для психоте­рапии в условиях поликлиники; лечение пациентов с неосложненными фор­мами неврозов, другими пограничными состояниями, психическими и психо­соматическими заболеваниями в ходе осуществления индивидуализирован­ных комплексных терапевтических и реабилитационных программ; направление больных для лечения в психоневрологический диспансер или другое специализированное учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

В штат психотерапевтического кабинета входят по одной должности вра- ча-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, социального ра­ботника.

Прием ведет врач-психотерапевт, который осуществляет общее руковод­ство работой кабинета, привлекая для психологического обследования па­циента и проведения психотерапевтических и социотерапевтических меро­приятий медицинского (клинического) психолога и специалиста по социаль­ной работе (социального работника). Психотерапевтический кабинет обеспе­чен техническими средствами для проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий. Для получения права на психотерапевтичес­кую деятельность врач-психотерапевт сдает в установленном порядке серти­фикационный экзамен. Оформление специально оборудованных помещений должно учитывать особенности контингентов больных, обеспечивать благо­приятное психологическое воздействие элементов дизайна, создавать непри­нужденную обстановку, уют и комфорт. Психотерапевтический кабинет рас­полагается в нескольких помещениях, пространственно удаленных от других помещений или от территории лечебно-профилактического учреждения, в структуре которых разворачивается психотерапевтическая служба. Хорошие условия работы кабинета обеспечиваются такой его организацией, при кото­рой имеются приемная комната, кабинет врача-психотерапевта, помещения для индивидуальной психотерапии и групповых занятий. Созданию общих предпосылок для установления психотерапевтического контакта между врачом и пациентом помогает оформление приемной комнаты, в ней находится кни­га отзывов пациентов, завершивших лечение, удостоверения о квалификации психотерапевтов, плакаты с выдержками из популярной психотерапевтичес­кой литературы и др. В кабинете психотерапевта, в котором начинается обще­ние с пациентом, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняется мотивация обращения пациента за лечением с использованием ме­тодов психотерапии. Здесь же может находиться рабочее место среднего меди­цинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации.

Переход в другое помещение для проведения собственно психотерапии подчеркивает смену обычного стиля медицинского врачебного приема на не­формальный стиль психотерапевтического действия. Необходимость разделе­ния кабинета на помещения для приема и помещения для проведения психо­терапевтической работы становится более очевидной при ориентации психо­терапевта на современные гуманистические варианты психотерапии, предпо­лагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и психотерапев­том. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается воп­рос о выборе модели психотерапии и стиля поведения врача. Наличие отдельного помещения для групповых занятий отражает тенденцию современ­ной психотерапии, предполагающую сочетание различных методов и форм воздействия на пациентов, а в условиях поликлиники способствует также ин­тенсификации лечебного процесса.

Организация работы кабинета в определенной мере зависит от принятого порядка деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого расположен кабинет. Наиболее частой организационной формой движения па­циентов являются листы самозаписи или талонная система, в некоторых слу­чаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с пер­вичными пациентами и для повторных встреч. Из деонтологических соображе­ний, а иногда и в целях обеспечения анонимного обращения в кабинете созда­ется отдельная от общей регистратуры картотека медицинских документов (ам­булаторных карт), ведется другая необходимая отчетно-учетная документация.

Специализированную помощь оказывают психотерапевтические кабинеты, созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. На­пример, в кардиологических диспансерах и центрах врачи-психотерапевты оказывают помощь больным с сердечно-сосудистой патологией, в гастроэнте­рологических центрах — с патологией желудочно-кишечного тракта, в нарко­логических диспансерах проводят анонимное лечение зависимости от алкого­ля, табака и токсических веществ, на базе физкультурных диспансеров осуще­ствляют психологическую подготовку спортсменов. Для работы в таких каби­нетах требуется дополнительная подготовка врачей-психотерапевтов в соот­ветствии с профилем обслуживаемого контингента.

Требования, предъявляемые к работе психотерапевтических кабинетов, не входящих в государственные и муниципальные системы здравоохранения, не должны отличаться от требований к работе традиционных психотерапевтичес­ких кабинетов.

Психотерапевтические отделения организуются в соответствии с приказом Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438. Они создаются в республиканских, окружных, краевых, областных, административных центрах, а также в городах с населением не менее 250 тыс., в многопрофильных больницах, психотерапев­тических центрах, психоневрологических диспансерах и психиатрических боль­ницах. Эти отделения выступают в качестве одного из звеньев общей системы психотерапевтической помощи. По своей организации и целям оказания помо­щи они предназначаются для лечения больных неврозами и другими погранич­ными состояниями, с нервно-психическими и психосоматическими расстройства­ми, больных с психическими заболеваниями в состоянии ремиссии. Основной контингент психотерапевтических отделений — пациенты с тяжелыми форма­ми неврозов, для которых их обычное социальное окружение является постоян­ным психотравмирующим фактором.

В психотерапевтическом отделении многопрофильной больницы основную часть пациентов составляют лица, страдающие соматическими заболеваниями, в психиатрической больнице — лица с малопрогредиентными формами психи­ческой патологии, неврозоподобными расстройствами. Так называемые отделе­ния динамической психиатрии организуются для лечения пациентов с психичес­кими заболеваниями на стадии формирующейся ремиссии.

Психотерапия в условиях психотерапевтического отделения отличается от проводимой в амбулаторной практике своими особенностями, среди которых можно выделить следующие. Доминирующее значение имеет личностно-ориен­тированная (реконструктивная) психотерапия, направленная на смягчение и ликвидацию тяжелых форм невротических и других пограничных нервно-пси­хических расстройств. Позитивный терапевтический эффект достигается благо­даря максимальному использованию межличностного взаимодействия персона­ла отделения с больными, а также элементов самоуправления пациентов («со­ветов больных»), способствующих самоорганизации и вовлечению максималь­ного числа больных в деятельность, направленную на активное преодоление болезни. Создание психотерапевтической среды предполагает дополнительную подготовку специалистов и медицинского персонала.

Еще один фактор, способствующий повышению эффективности лечения в психотерапевтическом отделении — это использование дифференцированных режимов. При улучшении состояния больного для практического разрешения актуальных личностных проблем, выявленных в процессе психотерапии, его переводят на более активирующий режим. Своевременное изменение режима пребывания пациента в отделении способствует восстановлению утраченных в период болезни социальных связей и служит профилактике явлений «госпи- тализма».

Специальное назначение психотерапевтического отделения может быть ре­ализовано при наличии необходимой материально-технической базы. Отделе­ние рассчитано на 30-60 коек. Его работа обеспечивается опытными врачами- психотерапевтами, медицинскими (клиническими) психологами, специалиста­ми по социальной работе, социальными работниками, средним и младшим ме­дицинским персоналом.

В качестве варианта организации психотерапевтической помощи необхо­димо создание полустационарного отделения в двух формах: дневной и ночной стационары. Их отличает режим частичной госпитализации, предполагаю­щий направление в них на лечение пациентов с более легким течением забо­левания.

Психотерапевтические центры. Первоначально они создавались для ре­ализации современных интегративных тенденций в области психотерапии. Это можно было видеть на примере объединения психотерапевтических ка­бинетов в территориальные психотерапевтические центры, бравших на себя функции координации деятельности всей психотерапевтической службы.

В настоящее время психотерапевтический центр - это лечебно-профилак­тическое учреждение, которое организуется по представлению главного пси­хотерапевта и главного психиатра в областях, краях, республиках, округах, а также городах с населением не менее 500 тыс. населения. Нормативы орга­низации психотерапевтических центров, положение об организации и дея­тельности психотерапевтических центров приведены в приказе Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438. В настоящее время в стране (на конец 2005 г.) существует 39 региональных психотерапевтических центров, созданных по различным организационным моделям. Вышедшие нормативные положения помогут упрочить роль региональных психотерапевтических центров, пре­вратить их в головные учреждения региональных психотерапевтических служб. Существующие модели организации региональных психотерапевти­ческих центров можно подразделить условно на региональные и профиль­ные, специализирующиеся на оказании какого-либо вида психотерапевтичес­кой помощи (например, для работы с подростками, помощи женщинам, пе­режившим насилие, и др.), или центры кризисной психологической помощи.

Некоторые из них являются самостоятельными юридическими лицами, другие — подразделениями психиатрических или общесоматических учрежде­ний. В центрах появляется возможность оказания более квалифицированной и разнообразной помощи за счет деятельности коллектива психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, а также специализации психоте­рапевтических кабинетов и отделений для детей и подростков, людей пожи­лого возраста, семейно-супружеской психотерапии, групповой психотерапии и др. В региональных центрах создаются условия для повышения квалифи­кации работающих в них специалистов. В территориальных психотерапев­тических центрах, как правило, имеется психологическая лаборатория, организационно-методический отдел, создаются кризисные службы с теле­фонами экстренной помощи, сексопатологические отделения и кабинеты для оказания лечебно-профилактической помощи больным с половыми рас­стройствами. Кроме того, в их состав могут входить психотерапевтические полустационары.

трольные вопросы



1.

Нормативы для открытия психотерапевтического кабинета:

О в поликлиниках — из расчета на 30 тыс. взрослого населения, в стацио­нарах на 300 коек;

© в поликлиниках — из расчета на 25 тыс. взрослого населения, в стацио­нарах на 300 коек;

© в поликлиниках — из расчета на 45 тыс. взрослого населения, в стацио­нарах на 200 коек;

© в поликлиниках — из расчета на 25 тыс. взрослого населения, в профиль­ных центрах кардиологического, гастроэнтерологического, пульмоноло­гического профиля и др. из расчета на 200 коек.

2.

Основными формами организации психотерапевтической помощи являются:

О психотерапевтический кабинет территориальной поликлиники, психоте­рапевтический кабинет медико-санитарной части;

© психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психо­терапевтический центр;

© психотерапевтический кабинет, отделение пограничных состояний, реа­билитационный центр;

© психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психо­соматический центр.

3.

В штаты психотерапевтического кабинета включены следующие должности:

О врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, социальный работник;

© врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, социальный работник, медицинская сестра — из расчета одна должность на 25 тыс. человек;

© врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог;

© врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, медицинская сестра — из расчета одна должность на 25 тыс. человек.

РОЛЬ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с современной концепцией организации психотерапевтичес­кой помощи в здравоохранении врач-психотерапевт — это специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» или «Педиат­рия», прошедший профессиональную переподготовку по психиатрии и психоте­рапии. Признание необходимости двойной подготовки врачей-психотерапевтов знаменует собой окончания научной дискуссии, которая развернулась в отече­ственной медицине в 1990-1995 гг., о роли и месте психотерапии как самостоя­тельной области медицины в ряду других дисциплин и ее взаимоотношениях с психиатрией. Опыт организации психотерапевтической помощи в различных регионах России показал, что в условиях территориально организованного здра­воохранения, ориентированного на профилактику, оптимальной является дея­тельность врача-психотерапевта, который для определенной группы пациентов является лечащим врачом, то есть полностью отвечает за весь комплекс лечеб­но-диагностических и профилактических мероприятий. Такое понимание специ­альности врача-психотерапевта обусловлено рядом обстоятельств. Во-первых, сама логика и история развития психотерапии, выделение психологических ме­ханизмов в качестве ведущих при ряде пограничных форм патологии убеди­тельно свидетельствуют о целостности психотерапевтического подхода и его са­модостаточности для лечения группы непсихотических психических расстройств. С другой стороны, одним из известных последствий введения в деятельность Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 г. № 3185-1 явилось значительное пере­распределение контингентов людей, страдающих психическими расстройства­ми и обращающихся за помощью в психоневрологический диспансер и психо­терапевтический кабинет территориальной поликлиники. Если раньше боль­шинство психоневрологических диспансеров в равной мере оказывало помощь пациентам, по своему состоянию принадлежавших к «большой» и «малой» пси­хиатрии, то в настоящее время численность так называемой консультативной группы больных, наблюдаемых участковым психиатром, уменьшается за счет более частого их обращения в психотерапевтические кабинеты поликлиник, мед­санчастей и других лечебно-профилактических учреждений. Врач-психотера­певт — это специалист, сочетающий в лечении пациентов методы психотерапии и психофармакотерапии. Психотерапия сегодня является самостоятельной ме­дицинской специальностью, генетически связанной с психиатрией. Врач-психо­терапевт должен проводить патогенетически, клинически и психологически обо­снованное лечение широкого круга пациентов, обратившихся за психотерапев­тической помощью. Это понимание специальности, в частности, исключает та­кую практику, когда врач-психотерапевт может специализироваться на каком- либо одном методе, например, гипнотерапии (были случаи обращения подобных психотерапевтов в органы управления здравоохранением с предложением утвер­дить в номенклатуре врачебных специальностей особую специальность «врача- гипнотизера»). Если учесть, что врач-психотерапевт в России отвечает за лече­ние больных, проживающих на определенной территории (психотерапевтичес­кие кабинеты и отделения организуются по территориальному принципу), то представляется естественным, что он должен лечить пациентов с различными заболеваниями. В случае, например, если у пациента диагностируется невроти­ческая реакция, то после установления с ним психотерапевтического контакта в его лечении может быть обоснованным применение симптомо-ориентирован­ных методов (классическая гипнотерапия, эриксоновский гипноз, нейролингви­стическое программирование, поведенческая психотерапия, психосинтез). Для группы пациентов с затяжными формами неврозов, при наличии «сплава» кли­нических и личностных проявлений, более показанным будет включение в ин­дивидуальную психотерапевтическую программу личностно-ориентированных методов — например, личностно-ориентированной (реконструктивной) психо­терапии, различных видов динамической психотерапии, методов экзистенциаль­но-гуманистической направленности (недирективной психотерапии Роджерса, гештальт-психотерапии). В поликлинику могут обратиться пациенты по пово­ду невротического развития, для лечения которых в комплексе с другими пси­хотерапевтическими методами может быть применена социально ориентирован­ная психотерапия (семейная, групповая, поведенческий тренинг). Для пациен­тов с изменениями личности вследствие перенесенного органического или пси­хического заболевания в первую очередь показана клинически обоснованная суппортивная (поддерживающая) психотерапия. Естественно также обращение к врачу-психотерапевту пациентов различных возрастных групп (детей, подро­стков, лиц среднего и пожилого возраста), в лечении которых необходимо ис-

пользовать специальные варианты групповой психотерапии. Пациенты могут иметь различный уровень образования, различные культурные особенности, и тогда индивидуальная психотерапевтическая программа строится с учетом и этих факторов. Например, при недостаточно высоком уровне интеллектуально­го развития пациента применение динамической или когнитивной психотера­пии вряд ли целесообразно.

Следовательно, врач-психотерапевт психотерапевтического кабинета дол­жен профессионально владеть таким спектром подходов и методов, которые обеспечат его успешную психотерапевтическую работу со всеми пациентами, обратившимися за этим видом помощи. Это не исключает в дальнейшем спе­циализации врачей-психотерапевтов для использования в большей степени тех или иных методов психотерапии в условиях психотерапевтического отде­ления, психотерапевтического центра, специализированных клиник.

В соответствии с этими положениями и проводится додипломная подго­товка врача и последипломная подготовка врачей-психотерапевтов.

Положения об организации деятельности врача-психотерапевта, психоте­рапевтического кабинета и ряд других документов, использование которых не­обходимо для практической организации психотерапевтического процесса, ут­верждены приказом Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотера­певтической помощи».

Ниже представлены рекомендации по проведению психотерапевтической работы врачами-психотерапевтами в психотерапевтическом кабинете, обслужи­вающем различные контингенты, а также их работы в других подразделени­ях — психотерапевтическом отделении и психотерапевтическом центре.

Как показывает имеющийся опыт и сложившаяся практика работы веду­щих учреждений России, для организации психотерапевтической деятельнос­ти необходимо определение контингентов, обслуживаемых врачом-психотера- певтом. Самостоятельно он проводит необходимые консультативно-диагности­ческие, лечебные, реабилитационные, психопрофилактические и психогигиени­ческие мероприятия для пациентов при наличии у них реакций дезадаптации, стрессовых и постстрессовых расстройств, неврозов и других пограничных и психосоматических расстройств. Совместно с основным лечащим врачом (пси­хиатром, интернистом), в качестве консультанта или в качестве участника те­рапевтической бригады, врач-психотерапевт принимает также участие в лече­нии и реабилитации больных с психическими или соматическими заболевани­ями в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существен­ную роль играют психосоциальные факторы.

По критериям (МКБ-10) к таким показаниям относятся следующие.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4), включая тревожно-фобические расстройства (F40); другие тревожные расстройства (F41); обсессивно-компульсивные расстройства (F43); реакцию на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43); диссоциативные (истери­ческие) расстройства (F44), за исключением диссоциативного ступора (F44.2); соматоформные расстройства (F45); другие невротические расстрой­ства (F48).

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), включая расстройства приема пищи (F50.0); рас­стройства сна неорганической природы (F51); половую дисфункцию, не обус­ловленную органическим расстройством или заболеванием (F52); психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и некласси­фицируемые в других разделах (F53), за исключением тяжелых психических и поведенческих расстройств, связанных с послеродовым периодом и неклассифи­цируемые в других рубриках, в том числе послеродового психоза (F53.1); пси­хические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболева­ниями, классифицированными в других рубриках (F54); злоупотребление веще­ствами, не вызывающими зависимости (F55).

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6), включая спе­цифические расстройства личности (F60); другие расстройства личности (F61), хронические изменения личности, не связанные с повреждением или за­болеванием мозга (F62), расстройства привычек и влечений (F63), расстрой­ства половой идентификации (F64), расстройства сексуального предпочтения (F65), психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуаль­ным развитием и ориентацией (F66), другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F68).

Общими противопоказаниями для назначения психотерапии в качестве ос­новного или единственного вида лечения можно считать:

все соматические заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения;

острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;

все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения и посто­янного специального ухода;

все венерические заболевания в острой стадии;

все болезни крови и органов кроветворения в острой стадии и стадии обо­стрения;

злокачественные новообразования;

кахексия любого происхождения.

Как показывает практика работы лицензионных комиссий, в настоящее время психотерапевтические кабинеты организуются не только в территори­альных поликлиниках, но и в других медицинских учреждениях. Психотера­певтические отделения также имеют различную специализацию, особенно ког­да они создаются в многопрофильных и психиатрических больницах, психо­терапевтических центрах со стационаром. С учетом этого, контингенты паци­ентов, проходящих психотерапевтическое лечение, условно можно разделить на следующие.

Профилактический — пациенты психотерапевтических кабинетов про­филакториев, домов отдыха, профилактических центров, центров планиро­вания семьи, в структуре психологических центров. В основном в эти каби­неты обращаются здоровые люди с психологическими проблемами и реакци­ями дезадаптации, помощь которым может оказываться с применением раз­личных методов психологического консультирования и краткосрочной пси­хотерапии.

Санаторный — пациенты психотерапевтических кабинетов санаториев с различной, чаще хронической патологией. Обычно они страдают соматичес­кими заболеваниями, а в качестве сопутствующих у них выступают невро­тические расстройства, патологические реакции на болезнь, а также разно­го рода вегетативные нарушения. Особенностью этого контингента являются чрезвычайно сжатые сроки проведения лечения. Поэтому в целом в этих ка­бинетах проводится краткосрочная и симптомо-ориентированная психоте­рапия; предпочтение отдается когнитивно-поведенческим тренингам и ин­тегративному подходу при психосоматических расстройствах (например, программы по снижению алекситимии путем использования телесно-ориен­тированной психотерапии, поведенческих тренингов, тренингов саморегуля­ции).

Реабилитационный — пациенты психотерапевтического кабинета реаби­литационного центра, отделения, профильного центра (кардиологического, га­строэнтерологического, центра СПИД, центра иммунологической коррекции). Особенностью контингента психотерапевтического кабинета является преоб­ладание среди его посетителей пациентов, страдающих различными заболева­ниями, в том числе в активной форме, что способствует формированию невро­тических реакций, например нозофобий у пациентов онкологических, карди­ологических центров, центров СПИД. Психогении в этих случаях способству­ют хронизации основного заболевания. Таким пациентам показана симптомо­ориентированная психотерапия, краткосрочная психотерапия, тренинги саморегуляции.

Поликлинический — пациенты психотерапевтических кабинетов тер­риториальной поликлиники, медсанчасти, психоневрологического дис­пансера, кабинета частнопрактикующего врача-психотерапевта. В этих ка­бинетах оказывается помощь всем пациентам, у которых имеются показания для психотерапии. Психотерапевтические программы отличаются большим разнообразием, включающем весь спектр психотерапевтических методов.

Полустационарный — пациенты, психотерапия которым проводится в ус­ловиях дневного или вечерне-ночного пребывания. Это, как правило, пациен­ты с нерезко выраженной пограничной и психотической патологией при на­личии, в частности, семейно-бытовой психотравмирующей ситуации. В этих условиях может проводиться интенсивная личностно-ориентированная психо­терапия, в частности в групповой ее форме, семейно-супружеская психотера­пия, терапия средой, социотерапия.

Стационарный — пациенты с пограничной патологией психотерапевти­ческих отделений. В зависимости от места организации психотерапевтичес­кого отделения стационарные контингенты также могут различаться по сво­ей специализации (отделение психотерапии в многопрофильной больнице, отделение психотерапии психиатрической больницы). Здесь используется широкий арсенал психотерапевтических методов и мероприятия, обеспечи­вающие создание терапевтической среды и психотерапевтического сообще­ства. Концепция «терапевтического поля» предполагает вовлечение пациен­та в широкие психотерапевтические программы, рассчитанные на большую часть времени пребывания пациента в отделении. В таких отделениях обя­зательными являются вспомогательные элементы психотерапии: мероприя­тия по самоорганизации пациентов; терапия занятостью, организация «со­циальной семьи», направленной на реадаптацию в социальной среде, восста­новление навыков конструктивного сотрудничества, структурирование вре­мени, планирование жизни. Это представляется чрезвычайно важным из-за опасности формирования в отделениях, где большинство больных составля­ют пациенты с невротическими расстройствами, так называемой «антитера­певтической среды». Последняя представляет собой ряд взаимосвязанных и устойчивых социально-психологических феноменов с тенденцией формиро­вания общественного сознания и установок, препятствующих полноценному участию в психотерапии, и склонностью определять свою болезнь как забо­левание органической природы, а нередко и активно противодействовать раскрывающей психотерапии и принятию ответственности за участие в ле­чебном процессе.

Различия в контингентах обслуживания являются основой для ориентации психотерапевтического учреждения (подразделения) на содержание индивиду­альных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения и планирование работы психотерапевтичес­кого учреждения, предусматривающее преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

При ведении обратившегося к нему пациента врач-психотерапевт прово­дит консультативно-диагностические мероприятия, психотерапевтическое ле­чение, осуществляет меры реабилитационного, психопрофилактического и психогигиенического характера.

Консультативно-диагностические мероприятия особенно необходимы в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. На этом этапе врач-психоте­рапевт, поскольку он одновременно является специалистом в области психи­атрии, в соответствии с частью 2 статьи 20 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», обла­дает правом психиатра на установление психиатрического диагноза. В этих случаях врач-психотерапевт использует клинико-психопатологические методы исследования, то есть проводит подробное изучение жалоб, анамнеза, уточня­ет особенности структуры и динамики психического состояния лица, обратив­шегося за психотерапевтической помощью. При уточнении показаний и про­тивопоказаний для самостоятельного ведения пациента врачом-психотерапев- том (см. выше перечень расстройств, являющихся показанием для направле­ния в психотерапевтический кабинет), последний составляет и реализует ин­дивидуальную психотерапевтическую программу. При необходимости врач-психотерапевт поручает медицинскому (клиническому) психологу прове­дение патопсихологического обследования в целях обеспечения дифференци­альной диагностики, приглашает консультантов. По окончании консультатив­но-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий дает клиническую оценку состояния пациента по своей специальности, учитывая в клиническом диагнозе клинико-синдромальные, психологические и соци­альные особенности случая.

При диагностике психического заболевания в острой форме принимает ре­шение о направлении пациента для дальнейшего ведения к участковому пси­хиатру. В необходимых случаях врач-психотерапевт принимает решение об оказании психиатрической помощи (госпитализации) в принудительном по­рядке. Проводя эти мероприятия в соответствии с действующим законодатель­ством, врач-психотерапевт обязан обеспечить соблюдение этико-деонтологи­ческих норм и правил.

Лечебная работа врача-психотерапевта проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение врач-психо­терапевт уделяет созданию психотерапевтического контакта, атмосферы безус­ловного принятия и доверия со стороны пациента. Индивидуальная психоте­рапевтическая программа составляется с учетом необходимости достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки, для чего используются методы ин­дивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение от­дельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий врач- психотерапевт поручает другим сотрудникам кабинета или другого психоте­рапевтического подразделения — медицинскому (клиническому) психологу, специалисту по социальной работе (социальному работнику). При сотрудни­честве с ними врач-психотерапевт пользуется методическими и нормативны­ми документами, в частности, методическими рекомендациями о сотрудниче­стве врача-психотерапевта и медицинского (клинического) психолога, утвер­жденными приказом Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке ме­дицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и пси­хотерапевтическую помощь» (приложение 3).

Для проведения реабилитационной работы в психотерапевтическом каби­нете могут создаваться группы суппортивной (поддерживающей) психотера­пии, клубы бывших пациентов, осуществляются периодические консультации, планируются и проводятся курсы повторного лечения. Для целей реабилита­ции привлекается медицинский (клинический) психолог, который осуществля­ет психологическое консультирование, работу с семьей пациента и различные виды тренинга. Социальный работник (специалист по социальной работе) по поручению врача-психотерапевта проводит социально-реабилитационные ме­роприятия (терапию средой, терапию занятостью, решение социальных воп­росов).

Разделу психопрофилактики, включающей меры по предупреждению пси­хических расстройств и их хронизации, врачами-психотерапевтами уделяется, к сожалению, еще недостаточно внимания. Вследствие недооценки данного важ­ного аспекта психотерапевтической работы они не планируются в психотерапев­тических учреждениях и на них не выделяется необходимое время. В то же вре­мя опыт работы ряда региональных психотерапевтических учреждений страны свидетельствует о высокой эффективности использования психологических и психотерапевтических методов при осуществлении мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

Можно выделить несколько направлений психопрофилактической дея­тельности психотерапевтических учреждений.

Это — первичная психопрофилактика применительно к здоровым лю­дям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и клинической (медицинской) психологии, формированию современного имиджа психотерапевтических уч­реждений; встречи врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) пси­хологов и специалистов по социальной работе с населением, лекции и бесе­ды на предприятиях и в медицинских учреждениях, издание популярной те­матической литературы. Важным направлением деятельности психотерапев­тических учреждений по первичной профилактике пограничных психических расстройств является активная методическая и практическая работа с вра­чами других специальностей по обучению их основам психотерапии, контак­ты с лечебно-профилактическими учреждениями, позволяющие своевремен­но выявлять больных неврозами и другими пограничными психическими расстройствами, которые обращаются в общесоматические поликлиники. По данным литературы, из числа обратившихся за помощью в территориаль­ные поликлиники от 20 до 60% пациентов страдают пограничными рас­стройствами или нуждаются в консультации психотерапевта. Важной сторо­ной сотрудничества врача-психотерапевта с медицинским персоналом лечеб­но-профилактических учреждений, чаще всего там, где располагается психо­терапевтическое подразделение, является проведение психопрофилактичес­ких мероприятий с самими медицинскими работниками с целью повышения их психологической компетенции, предотвращения конфликтов с пациента­ми и их родственниками, а также с целью профилактики профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациен­тами при оказании им профессиональной помощи (так называемого «синд­рома профессионального сгорания»).

Необходимо создание в психотерапевтических учреждениях условий для обращения за психологической помощью и психотерапией здоровых лиц с психологическими проблемами, реакциями дезадаптации. Для этой цели в психотерапевтическом кабинете могут создаваться группы личностного роста, семинары и тренинги, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение здоровых людей благотворно влияет на имидж врача-психотера- певта и психотерапевтического кабинета, снижает «порог обращаемости» на­селения на территории обслуживания, что в конечном счете увеличивает ве­роятность ранней обращаемости больных.

В настоящее время не существует обязательных нормативов времени вра­чебного амбулаторного приема в лечебно-профилактических учреждениях. Су­ществующая практика, однако, показывает, что затраты труда врачей-психо- терапевтов могут измеряться тремя основными способами.

1. На основе количества посещений пациентов (нормативный вариант). При этом учитывается время приема одного пациента, составляется план при­ема на функцию врачебной должности.
2. В качестве единицы учета труда используется условный законченный слу­чай, оцениваемый с учетом разработанных медико-экономических стандартов и клинико-статистических групп (технологический вариант). Это более сложный вариант планирования объема психотерапевтической помощи, предполагающий проведение специальных методических разработок, учитывающих специфику и технологию организации всей системы здравоохранения региона. В этом случае используются условные параметры времени и методы, необходимые для лече­ния пациентов с конкретным диагнозом. Лечение проводится до выздоровления или подтвержденного с применением специально разработанных критериев улучшения состояния больного. При выздоровлении или улучшении состояния пациент переводится в соответствующую клинико-статистическую группу па­циентов, у которых достигнуто значительное улучшение здоровья.
3. Промежуточный вариант учитывает разработанные условные единицы для измерения затрат труда врача-психотерапевта. Каждому элементу рабо­ты врача присваивается определенное количество условных единиц. Напри­мер, первичная встреча — 5 баллов, проведение симптоматической психотера­пии — 10 баллов, личностно-ориентированной психотерапии — 25 баллов. Далее проводится анализ количества баллов, «отработанных» врачом-психо- терапевтом за определенное время.

Два последних варианта позволяют осуществлять более гибкое управление психотерапевтическим процессом, создавать контрактные условия оплаты труда для врача, исходя из интенсивности и качества проведенной психотера­пии. В настоящее время эти более сложные системы организации помощи со­здаются в некоторых регионах России. Они требуют большего привлечения интеллектуальных и экономических ресурсов, более широкого внедрения в ме­дицинскую практику персональных компьютеров.

Существующая практика организации работы врача-психотерапевта в психотерапевтическом кабинете показывает, что основное время врача-психо- терапевта отводится на индивидуальный прием пациентов. Продолжитель­ность приема одного пациента составляет 50 мин. Десятиминутный перерыв позволяет переключиться на прием другого пациента. В рабочем графике вы­деляется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). При распределении времени одна его треть отводится на первичных пациен­тов, а две трети — на повторных. При общей продолжительности рабочего дня 5 ч 40 мин врач-психотерапевт принимает ежедневно 1-2 первичных пациен­тов и 2-3 повторных.

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Продол­жительность занятия группы составляет в среднем 1 ч 30 мин. Перерыв после работы с группой — 15 мин. Групповая психотерапия может проводиться через день. Более интенсивной она может быть при наличии медицинского (клиничес­кого) психолога, который принимает участие в ведении тренинговых групп и групповой психотерапии. Продолжительность сеансов семейно-супружеской психотерапии соответствует продолжительности группового занятия.

При планировании работы на неделю врач-психотерапевт вносит в свой график и другие мероприятия: выделяет специальное время для проведения мер психопрофилактики вне психотерапевтического кабинета (лекции, встре­чи с населением, работа со средствами массовой информации), клинико-тера­певтических конференций, встреч с пациентами психотерапевтического каби­нета при участии медицинского психолога, социального работника (специали­ста по социальной работе) и консультанта (супервизора). Планируют также проведение психопрофилактических мероприятий в коллективе самого лечеб­но-профилактического учреждения.

Психотерапия не без основания относится к видам творческой деятельно­сти и поэтому врачи-психотерапевты нередко пренебрегают чисто организа­ционными аспектами своей работы и планированием. Вместе с тем очевидно, что по-настоящему творческая работа может осуществляться только при усло­вии тщательного планирования, соблюдения бригадного стиля работы психо­терапевтического кабинета, а также поддержания оптимальных производ­ственных отношений с коллективом лечебно-профилактического учреждения, на базе которого кабинет функционирует.

Для иллюстрации приводим пример индивидуальной психотерапевтичес­кой программы пациента психотерапевтического кабинета территориальной поликлиники.

В., 40 лет. Диагноз: фобический невроз с вегетативными кризами.

Основные проявления: страх смерти от инфаркта миокарда, снижение настроения и работоспособности, периодические симпатико-адреналовые кризы, трудности передвижения в транспорте, семейные конфликты.

Проводилась дифференциальная диагностика с гипоталамическим син­дромом на органической основе.

1. Консультативно-диагностический этап.

Первая встреча.

Клинико-психологическое обследование медицинского (клинического) психолога кабинета.

Консультация невропатолога.

Заключительная консультация врача-психотерапевта.

1. Терапевтический этап.

Обсуждение психотерапевтического контракта — 1 встреча.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) пси­хотерапия — 10 встреч (5 встреч через день. 5 встреч 1 раз в неделю)

Групповая психотерапия — 18 занятий по 3 ч, продолжительностью 7 нед (3 занятия в неделю). Психотерапию проводят врач-психотерапевт и меди­цинской (клинический) психолог кабинета.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психо­терапия с элементами когнитивно-поведенческой психотерапии — 6 встреч (1—2 раза в неделю).

Параллельно со вторым этапом индивидуальной психотерапии — 4 встре­чи с применением методики системной семейной психотерапии с частотой 1 раз в неделю; проводят врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психо­лог кабинета.

Общая продолжительность лечения 4 мес.

1. Реабилитационный этап.

Занятия в группе арттерапии — 6 занятий, 1 раз в неделю; проводит ме­дицинский (клинический) психолог кабинета.

Группа коммуникативной практики — 6 занятий, 1 раз в неделю; проводит специалист по социальной работе кабинета.

Семейная встреча через 3 мес после окончания терапии (проводят совме­стно врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета).

трольные вопросы



1.

В обязанности врача-психотерапевта входит:

О проведение консультативно-диагностических мероприятий, направление пациента к психиатру для консультации, проведение психотерапии, про­ведение реабилитационных и профилактических мероприятий;

© проведение консультативно-диагностических мероприятий, проведение психотерапии, проведение поддерживающей психотерапии на реабили­тационном этапе ведения пациента;

© проведение консультативно-диагностических мероприятий, направление пациента к психиатру для консультации, а также принятие решения о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу, проведе­ние психотерапии, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий;

© проведение различных вариантов психотерапии по направлению врача- психиатра.

2.

Врач-психотерапевт должен владеть:

О симптомо-ориентированным методом психотерапии, личностно-ориенти­рованным методом;

© симптомо-ориентированным, личностно-ориентированным, социоориен­тированным методами психотерапии;

© качественно каким-либо одним методом психотерапии, чтобы иметь воз­можность оказывать помощь обратившимся пациентам;

© гипнотерапией, гештальт-терапией, когнитивно-поведенческой психоте­рапией, семейно-супружеской психотерапией.

ОБУЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и мето­дов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Важ­нейшей задачей является создание и реализация последовательной системы, преемственных и взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуще­ствлять додипломную и последипломную подготовку психотерапевтов. Про­граммы непрерывного обучения и примерные тематические учебные планы подготовки по специальности «психотерапия» утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

В период додипломной подготовки студенты младших курсов проходят обучение по общей, социальной и медицинской психологии с элементами психотерапии и психиатрии, что формирует базу для последующей подго­товки по психотерапии. Студенты старших курсов (5-й курс) на цикле «Ос­новы психотерапии» получают представления о современной психотерапии, её основных направлениях, осваивают коммуникативную сторону лечебного процесса, знакомятся с принципами оказания психотерапевтической помо­щи.

Начало последипломной подготовки осуществляется в ходе первичной специализации по специальности «психиатрия» (интернатура). Дальнейшее усовершенствование по психотерапии проводится в виде участия в темати­ческих циклах в учреждениях последипломного образования. Высшей фор­мой подготовки высококвалифицированных специалистов в области психо­терапии являются клиническая ординатура и аспирантура. Для получения сертификата врача-психотерапевта необходимо выполнение определенных требований, изложенных в образовательном стандарте по психотерапии (обязательный минимум), которые предполагают не только наличие опреде­ленного психиатрического и психотерапевтического стажа работы, но и обу­чение продолжительностью не менее 500 учебных часов (в настоящее время этот норматив пересматривается и в ближайшее время будет увеличен).

Актуальными в настоящее время являются: повышение знаний в области психотерапии всех врачей; тематическое усовершенствование врачей ряда спе­циальностей, где психотерапия может играть существенную роль в комплек­сном лечении больных; профильное обучение врачей, для которых психотера­пия предполагается в качестве основной специальности.

Многие организаторы здравоохранения считают необходимым безотла­гательное повышение уровня подготовки врачей общей практики в области психотерапии как важнейшую задачу развития здравоохранения. При пере­числении основных предпосылок к обучению основам психотерапии всех врачей на первое место обычно ставят наличие достаточно четких теорети­ческих представлений о клинике и природе неврозов и других пограничных психических расстройств, надежность диагностических и терапевтических методов, которыми мог бы овладеть врач и которые он смог бы применить в пределах возможных для него затрат времени. Подчеркивается также не­обходимость интереса, установки на овладение методами психотерапии у широкого круга врачей, и при этом признается, что профессионализм в данной области знаний требует соответствующего изменения взгляда врача на пациентов, страдающих психогенными заболеваниями, а также на ме­тоды их лечения. Без достаточной численности хорошо подготовленных спе­циалистов психотерапевтов-преподавателей не может быть осуществлено качественное повышение знаний в области психотерапии основной массы врачей.

Повышение знания широкого круга врачей в области психотерапии не только позволит приблизиться к решению наиболее актуальных лечебно­профилактических задач современного здравоохранения (с учетом числа та­ких больных и в целом верного замечания Гауснера о том, что «толщина ам­булаторной карты отражает величину эмоционального стресса у пациента»), но и обеспечит своевременную диагностику неврозов и близких к ним погра­ничных психических расстройств. Оперативное направление больных к вра- чу-психотерапевту, лечение неосложненных форм психогенных расстрой­стве — все это требует от каждого врача владения некоторыми методиками с широким спектром действия: методы релаксации; приемы поведенческой, когнитивной, позитивной психотерапии и, возможно, гипноза.

Кафедры психотерапии в большой степени могут способствовать реше­нию еще одной задачи — тематическому усовершенствованию врачей раз­личных специальностей. Н изменяя своей профессии, они получают знания в области психотерапии, ее теории и методологии для последующего исполь­зования в комплексном лечении пациентов применительно к своей специ­альности. Такая система подготовки сохраняет за врачами их клиническую профилизацию и при овладении психотерапевтическими методами обеспечи­вает квалифицированное их применение в своей области.

Что касается последипломной подготовки врачей-психотерапевтов и пре­подавателей, то основой ее является 3—4-месячная специализация и 1-месяч­ное общее усовершенствование на кафедрах психотерапии. Программа такой подготовки включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками их использования в практичес­кой работе с больными. Основными принятыми формами обучения на фа­культетах последипломного усовершенствования врачей являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции и др. Клинический и личностный подходы пронизывают все формы преподавания психотерапии на кафедрах. Профильную специализацию получают в основ­ном психиатры. Однако, поскольку в реальных условиях на обучение направ­ляются также врачи других специальностей (неврологи, интернисты, дерма­тологи и др.), в программе значительное место занимают вопросы из облас­ти психиатрии (общая психопатология и основные формы психических забо­леваний). Для многих врачей это дополнительная возможность возвращения к предмету психиатрии в своем последипломном образовании. Непрекраща­ющиеся дискуссии о том, из какой базисной специальности должен «вырас­тать» психотерапевт, с позиций клинического реализма носят беспочвенный характер. На данном этапе формирования психотерапии как самостоятельной специальности ее фундаментом являются знания по психиатрии, особенно в той ее области, которую принято обозначать «малой психиатрией», где от врача-психотерапевта требуется еще более тонкое владение психопатологи­ческим анализом, чем в области «большой психиатрии», учитывая общий па- томорфоз психических заболеваний, увеличение числа стертых форм эндоген­ной психической патологии с их сложной дифференциальной диагностикой и повышенной в связи с этим суицидальной опасностью.

В последние десятилетия все больше внимания обращается на необходи­мость расширения выбора методов обучения психотерапии с тем, чтобы они были направлены главным образом на освоение психотерапевтических тех­ник, необходимость использования таких форм подготовки и повышения квалификации, в которых акцент был бы сделан на развитие чувствитель­ности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его взаимо­отношениях с пациентом, на развитие умения использовать обратную связь с пациентом, увеличение гибкости и эффективности общения, осознание вли­яния собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения. В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в тренинговых психотерапевтических груп­пах. Тренинговые психотерапевтические группы можно подразделять на сле­дующие виды: методические тренинговые группы, ориентированные на обу­чение методам психотерапии; тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику; тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Методические тренинговые группы имеют своей целью и задачами озна­комление и овладение отдельными методами и приемами психотерапии. Кроме основных задач можно также отметить развитие у психотерапевта психологи­ческих знаний, формирование представлений о психотерапевтическом и диаг­ностическом потенциале отдельных методик и возможностях их использования при работе с различными контингентами больных. Оптимальная численность методических тренинговых групп — 10-15 человек, общая продолжительность работы зависит от конкретного метода.

Цели и задачи тренинговых групп, ориентированных на групповую дина­мику (динамические тренинговые группы), заключаются в ознакомлении уча­стников с групповой динамикой на собственном опыте, повышении чувстви­тельности к групповым процессам, развитии навыков распознавания и анали­за групповых феноменов и использовании групповой динамики в психотера­певтических целях. Оптимальная численность динамических тренинговых групп — 10-12 человек. В такие группы могут включаться специалисты раз­ного уровня подготовки. Продолжительность занятий в группах — не менее 24 ч, оптимальная продолжительность — 40 ч.

Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (лично­стные тренинговые группы), имеют различные названия: лабораторный тре­нинг, тренинг сенситивности, группы развития личности, группы личностного роста и т. д. Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопоз­нании, является непременным условием профессионального совершенствова­ния психотерапевта. Основной задачей групп личностного роста является развитие самопознания — познание самого себя, становление адекватной са­мооценки, отношение к себе и развитие саморегуляции. Оптимальная числен­ность групп личностного тренинга —10-12 человек. Продолжительность заня­тий — не менее 30 ч (оптимально — 60 ч). Опыт показывает, что наиболее эф­фективной формой организации работы является «марафон» (несколько дней подряд по 8-10 ч).

Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значи­тельное распространение группы Балинта. Занятия проводятся в малых груп­пах (до 12 человек). Каждый должен принять участие не менее чем в 30 заня­тиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие у пси­хотерапевтов в процессе проводимой ими индивидуальной и групповой пси­хотерапии. Каждый участник на занятиях представляет несколько подобных ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой (различные способы понимания ситуации, анализ поведения психотерапевта в его взаимоотношениях с больным и др.).

Важнейшим элементом подготовки в области психотерапии является су- первизия — наиболее быстрый и надежный способ вхождения в профессию психотерапевта. Рассмотрим этот вопрос на модели последипломной подго­товки врача по психотерапии, во время которой супервизия представляет со­бой важную часть учебного процесса. В зависимости от этапа обучения или предпочтений преподавателя и врача могут использоваться различные соот­ношения таких технических подходов, как дидактический, или когнитивный, поведенческий, гуманистический, динамический, или личностный. Дидактичес­кий подход позволяет заполнить пробел в знаниях и опыте врача при их пря­мой передаче или с помощью активного совместного обсуждения проблем. Подвергаемый супервизии получает рекомендации и указания по проведению клинической работы, диагностике личности, определению и выбору психоте­рапевтических «мишеней» и методов. В центре такой ориентации на обучение главным объектом анализа становится пациент. Это обычная учебная ситуа­ция. Преобладание данного подхода к супервизии может сопровождаться не­достаточным развитием инициативы и самостоятельности ординатора. Пове­денческий подход позволяет обучающемуся перенимать конструктивные спо­собы мышления и поведения преподавателя, который на основе моделирова­ния и положительного подкрепления ускоряет освоение врачом нового опыта. Однако и в этом подходе супервизор занимает лидирующую, директивную позицию, что ограничивает развитие индивидуального психотерапевтическо­го стиля врача. Динамический, или личностный, подход наполнен обсуждени­ями с супервизором незамеченных обучающимся и обнаруженных супервизо­ром мешающих психотерапии установок, эмоциональных реакций, стереоти­пов поведения как пациента, так и врача. Следует подчеркнуть, что речь идет лишь о выявлении у обучающегося врача «слепых пятен», а не об анализе и интерпретации его неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций. Не­которые врачи периодически высказывают потребность в обсуждении своих личных проблем и анализе их происхождения. Однако в данном типе обуче­ния супервизия понимается, прежде всего, как обучающая, педагогическая, а не как психотерапевтическая консультация. Необходимым элементом является также гуманистический подход, позволяющий супервизору создать довери­тельную атмосферу отношений с обучающимся, учебный союз по типу сотруд­ничества, совместного исследования психотерапевтического процесса с ис­пользованием при необходимости эмоциональной поддержки и эмпатической проработки переживаний врача. В ряде случаев полезным оказывается ис­пользование аудиовидеозаписи, анализ которой позволяет прояснить некото­рые стороны психотерапевтического процесса. Важной формой супервизии, особенно на начальном этапе обучения, является групповая супервизия по типу балинтовских групп.

Вопрос о том, что обсуждается на консультациях с супервизором, может иметь отношение к специфике применяемого метода психотерапии, напри­мер, семейной психотерапии. В данном случае речь идет о супервизии в пси­хотерапевтической подготовке врачей, в которой решающую роль играет интегративный подход в системе личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии, как в индивидуальной, так и групповой ее формах. Основными аспектами содержания консультаций с супервизором являются: 1) систематизация знаний применительно к конкретному клиническому ма­териалу, формирование клинического мышления; 2) когнитивный стиль, спо­собы мышления, особенно творческого и независимого, поиск нового взгля­да при подходе к решению проблем терапии; З) взаимоотношения психоте­рапевт-пациент, способы установления и использования психотерапевтичес­кого контакта, освобождение от мешающих стереотипов, обнаруживаемых при общении ординатора с разными типами больных; 4) навыки владения методиками психотерапии, периодическое сосредоточение внимания на тео­ретических и практических сторонах той или иной методики, например, гип­нотерапии, применяемой врачом в отношении конкретного пациента; 5) осоз­нание проблем личности обучающегося, создающих помехи в ходе психоте­рапии; 6) осознание проблем личности врача, создающих трудности в про­цессе супервизии (здесь следует подчеркнуть важную роль самонаблюдения супервизора, иногда своими позициями и поведением вносящего свой вклад в трудный процесс супервизии).

Супервизия в ходе психотерапевтической подготовки врачей осуществля­ется в три этапа, и в соответствии с существующей практикой ей отводится не менее 50 ч. На первом, «вводном» этапе (не менее 12 ч) супервизия проводит­ся в рамках балинтовских групп. На втором, «базисном» этапе (не менее 12 ч) проводится индивидуальная форма супервизорских консультаций, в ходе ко­торых супервизор активен, прибегает иногда к встречам с пациентом для уточ­нения и прояснения клинической или психотерапевтической ситуации, осуще­ствляет корректирующий консультативный диалог с врачом. На третьем, «продвинутом» этапе (не менее 26 ч) супервизор предоставляет инициативу в обсуждении процесса психотерапии врачу, способствует развитию у него твор­ческого подхода к терапии, поддерживает более свободное поведение в диало­ге с супервизором, материалом для обсуждения и анализа являются записи врача о своих встречах с пациентом, обычно в письменном виде. Результаты супервизии отражаются в совместной оценке преподавателя и врача и касают­ся достигнутого относительно изложенных выше аспектов содержания кон­сультаций с супервизором.

По мере проявления все большей тенденции интеграции психотерапии с лечебной, психопрофилактической и психогигиенической практикой возника­ют новые задачи в области психотерапевтического образования. Проводится подготовка по психотерапии спортивных, школьных врачей, врачей медико-са­нитарных частей промышленных предприятий и др. Возрастает потребностьв детских и подростковых психотерапевтах. Все большее признание получает деятельность консультаций «брак и семья», работа кризисных центров и др., что приводит к росту потребности в квалифицированных специалистах по се­мейной психотерапии и необходимости планирования и осуществления их под­готовки.

Заслуживают внимания вопросы обучения элементам психотерапии меди­цинских сестер. В практической работе хорошо проявили себя медицинские се­стры, которым под контролем врача поручается проведение поведенческой, двигательной терапии, арттерапии и некоторых других психотерапевтических, обычно групповых занятий. В связи с отсутствием специальных учреждений для указанной подготовки она обычно осуществляется на базе крупных науч­но-исследовательских и учебных центров, разрабатывающих теоретические и практические аспекты психотерапии. Обучение проводится врачами и меди­цинскими (клиническими) психологами, предпочтение отдается лабораторно­му тренингу.

Эффективное обучение психотерапии в настоящее время уже не мыслит­ся без использования видеотехники, специальных теле- и кинофильмов, сте­нограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необ­ходимости к воспроизведению занятий терапевтических групп и групп лабо­раторного тренинга психотерапевтов, анализ отдельных эпизодов занятий, ос­нованный на стенографии и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического образования.

Последипломное обучение и повышение квалификации клинических пси­хологов в области психотерапии осуществляется в институтах усовершенство­вания врачей на кафедрах психотерапии и клинической психологии, на фа­культетах клинической психологии медицинских вузов.

трольные вопросы



1.

Для работы балинтовских групп характерны следующие особенности, кроме:

О обсуждения записи психотерапевтического случая;

© обсуждения коммуникации психотерапевт-пациент в конкретном случае; © эмоциональной поддержки ведущим «докладчика»;

© осознание «слепых пятен» в межличностных отношениях и самовоспри-

ятии.

2.

Необходимыми элементами в работе балинтовской группы являются следую­щие, кроме:

О недирективного стиля ведущего;

© создания атмосферы безопасности и доверия в группе;

©клинического анализа обсуждаемого случая;

© обратной связи.

3.

Супервизия является одной из следующих форм обучения, кроме:

О передачи теоретических знаний супервизируемому;

© клинической консультации;

© обсуждения процесса конкретного курса психотерапии;

© ролевой игры.

4.

Основным содержанием консультаций с супервизором является следующее, кроме:

О взаимоотношения психотерапевт-пациент;

© интерпретации неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций су­первизора;

© трудностей и ошибок в проведении психотерапевтического процесса;

© навыков владения методиками психотерапии.

Шифры заболеваний по Международной классификации болезней (10-й пересмотр), упоминаемых в учебнике

|  |  |
| --- | --- |
| Агорафобия | F 40.0 |
| Алкоголизм | F 10 |
| Анорексия | R 63.0 |
| Анорексия нервная | F 50.0 |
| Арахноидит церебральный | G 03 |
| Артрит ревматоидный | M 05 |
| Астма | F 54; J 45 |
| Астма бронхиальная | F 54; J 44 |
| Атака паническая | F 41.0 |
| Аутизм | F 84.0 |
| Афазия | R 47.0 |
| Болезнь гипертоническая | I 10 |
| Боль головная | R 51 |
| Бессонница | F 51.0 |
| Поражение печени токсическое | K 71 |
| Гепатит вирусный | B15 - B19 |
| Гипотония артериальная | I 95 |
| Деменция | F 00 - F 03 |
| Депрессия | F 32 |
| Депрессия невротическая | F 32.0 |
| Диабет сахарный | Е 10 - Е 14 |
| Диспноэ | F 45.33 |

Дистония вегето-сосудистая

Дистрофия нервно-мышечная

F 45.3 G 71.0 G 04 G 25.2 F1x.2 F 98.5 I 64 F 44

I 20 - I25 F 40.2 F 44

G 24.3; F 45.8 F 45.3 F 60.9 F 98.5 G 43 I 21

F 11, F 12, F 14 F 48.0 F 42 F 42 F 41.1 F 40 F 45.3 F 40 - F 49 F 98.8 G 24.4 J 18

I 05 - I 09 F 31 F 43.0 F 60 - F 69 F 60.5 F 60.7 F 60.3 F 60.4 F 60.3 F 60.3 F 48.8 F 60.7 F 60.3

Диэнцефалит

Дрожание интенционное

Зависимость лекарственная

Заикание

Инсульт

Истерия

Ишемическая болезнь сердца Клаустрофобия Конверсия истерическая Кривошея спастическая Криз вегетативный Личность невротическая Логоневроз Мигрень

Миокарда инфаркт

Наркомания

Неврастения

Невроз навязчивых состояний Невроз обсессивно-компульсивный Невроз тревоги Невроз фобический Неврозы органные Невротические расстройства Онихофагия Параспазм лицевой Пневмония хроническая Порок сердца ревматический Психоз маниакально-депрессивный Психоз реактивный Психопатия

Психопатия ананкастическая Психопатия астеническая Психопатия гипертимная Психопатия истерическая Психопатия лабильно-аффективная Психопатия неустойчивая Психопатия психастеническая Психопатия сенситивная Психопатия циклоидная

Психопатия шизоидная Психопатия эпилептоидная Рак

Рак легкого

F 60.1 F 60.30 C 00 - C 97 C 34 C 50

F 60 - F 69 F 68.8 F 45.9 F 52 F 43.21 F1x.2 G 35 F 63.0 F 70 - F 79 F 43.0 F 48.8 B 24 I 20

X 60 - Х 84 F 17 F 95

F 13, F 15, F 16, F 18 A 15.0 - A 15.3 F 40.2 F 20 - F 29 F 21 F 45.31 I 73.1 F 98.1 G 04 G 40 K 26 K 25

Рак молочной железы

Расстройства личности

Расстройства патохарактерологические

Расстройства психосоматические

Расстройства сексуальные

Реакция депрессивная пролонгированная

Синдром зависимости

Склероз рассеянный

Склонность патологическая к азартным играм Слабоумие

Состояние реактивное Спазм писчий СПИД Стенокардия Суицид

Табачная зависимость Тики

Токсикомания Туберкулез легких Фобия Шизофрения

Шизофрения малопрогредиентная Эзофагоспазм

Эндартериит облитерирующий

Энкопрез

Энцефалит

Эпилепсия

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки Язвенная болезнь желудка

Ответы на контрольные вопросы (тестовый контроль)

Определение психотерапии и содержание основных понятий

1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©.

Краткий исторический очерк  
**1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©.**

Научные основы, психотерапии

1) ©; 2) ©.

Клинические основы психотерапии

1) ©.

Физиологические основы, психотерапии

1) ©.

Психологические основы, психотерапии

1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©.

Механизмы лечебного действия психотерапии

1) ©; 2) ©; 3) ©.

Взаимоотношения врача и больного в психотерапии

1) ©; 2) ©; 3) ©.

Оценка эффективности психотерапии

1) ©; 2) ©.

Альтернативная психотерапия

1) ©; 2) ©.

Динамическое направление в психотерапии

1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©; 5) ©; 6) ©; 7) О; 8) ©; 9) ©. **Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии** 1) ©; 2) ©; 3) О; 4) О; 5) ©; 6) ©. **Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии** 1) ©; 2) О; 3) ©; 4) О.

Индивидуальная психотерапия **1) ©; 2) ©; 3) О.**

Семейная психотерапия

1) ©; 2) ©; 3) О; 4) О; 5) О; 6) ©; 7) ©; 8) ©.

Групповая психотерапия

1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©; 5) ©.

Психотерапевтическая среда и терапевтическое сообщество

1) ©; 2) ©.

Суггестивная психотерапия

1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) ©.

**Арттерапия** 1) ©; 2) ©.

Телесно-ориентированная терапия

1) ©; 2) ©.

Трансактный анализ

1) ©; 2) ©.

Кризисная психотерапия

1) ©.

Терминальная психотерапия

1) ©.

Краткосрочная психотерапия

1) О; 2) ©; 3) ©.

Интегративные тенденции в психотерапии

1) ©.

Психотерапия в психиатрии

1) ©; 2) О; 3) ©; 4) ©; 5) ©; 6) ©.

**Психотерапия в наркологии** 1) ©; 2) ©; 3) ©; 4) О; 5) ©.

Психотерапия в неврологии

1) О; 2) ©.

Психотерапия в соматической медицине

1) О; 2) ©.

Психотерапия в хирургии

1) О; 2) О; 3) О; 4) ©.

Психотерапия у детей и подростков

1) О; 2) О; 3) О; 4) ©; 5) О; 6) О; 7) О; 8) ©.

Психотерапия в геронтологии

1) ©; 2) ©.

Психотерапия и фармакотерапия

1) ©.

Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация

1) ©; 2) ©; 3) О; 4) ©.

Транскультурный подход в психотерапии

1) О; 2) ©; 3) О; 4) ©.

Особенности и различные формы организации психотерапевтической помаши

1) О; 2) ©; 3) ©.

Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи

1) ©; 2) ©.

Обучение в области психотерапии

1) О; 2) ©; 3) ©; 4) ©.

Именной указатель

|  |  |
| --- | --- |
| А  Абабков В. А. | Вырубов Н. А. Вяземский И. В. |
| Авербух Е. С. Александров А. А. Александровский Ю. А. Амбрумова А. Г. Ананьев Б. Г.  Анохин П. К.  Асатиани М. М.  Б  Бабин С. М. | Г  Гаврилюк Ю. Н. Гнездилов А. В. Голубев В. Л. Григорьев Г. И. Гриненко А. Я. Громов С. А. Губачев Ю. М. Гузиков Б. М. |
| Балунов О. А. Бараш Б. А. Баскаков В. Басов М. Я. Бернштейн Н. А. Бехтерев В. М. Бирман Б. Н. Бойко В. В. Боткин С. П. Буль П. И. Бурно М. Е. | **Д**  Давиденков С. Н. Данилевский В. Я. Демиденко Т. Д. Дмитриева Н. В. Дмитриева Т. Б. Днепровская С. В. Добрынин Н. Ф. Довженко А. Р. Долецкий С. Я. Дядьковский И. Е. |
| В  Варшавский К. М. Введенский Н. Е. | Е  Ерышев О. Ф. |
| Ваисов С. Б. Валентик Ю. В. Вельвовский И. З. Вид В. Д.  Вовин Р. Я. Воловик В. М. Вольперт И. Е. Вульф М. В. Выготский Л. С. | З  Зайцев В. В. Зайцев В. П. Захарьин Г. А. Зачепицкий Р. А. Зейгарник Б. В. Зобнев В. М. Зорин Н. А. Зыбелин С. Г. |

И

Иванец Н. Н.

Иванов В. В.

Иванов Н. В. Игнатьева Н. Д. Исурина Г. Л.

К

Кабанов М. М. Казаковцев Б. А. Каннабих Ю. В. Канторович Н. В. Карвасарский Б. Д. Карпов П. И.

Ковалев В. В.

Козина Н. В. Кононова М. П. Консторум С. И. Коркина М. В. Корнилов К. Н. Короленко Ц. П. Корсаков С. С. Костерева В. Я. Коцюбинский А. П. Креславский Е. С. Крупицкий Е. М. Кузнецов Ю. В. Кулаков С. А. Куликов В. Н.

Л

Лазурский А. Ф. Лапин И. П. Лауринайтис Э. Ф. Лебединский М. С. Лещенко А. Г.

Либих С. С.

Личко А. Е.

Лобзин В. С.

Ломов Б. Ф.

Лурия А. Р.

М

Макаров В. В. Майоров Ф. П. Маковенко С. В. Мамардашвили М. К. Манассеин В. А. Мельник Е. М. Мержеевский И. П. Михайлова Т. Р. Мишина Т. М. Морозов В. И. Мудров М. Я.

Мурзенко В. А. Мягер В. К.

Мягков И. Ф. Мясищев В. Н.

Н

Назыров Р. К.

О

Осипов Н. Е.

П

Павлов И. П.

Панов А. Г.

Панько Т. В.

Петлис В. Е. Платонов К. И. Плотникова Е. Е. Подсадный С. А. Подъяпольский П. П. Положий Б. С. Полторак С. В.

Попов Ю. В.

Р

Решетников М. М. Рожнов В. Е. Розенталь Т. Г. Рыбакова Т. Г.

С

Свядощ А. М. Сеченов И. М. Слободяник А. П. Случевский И. Ф. Страумит А. Я.

Т

Тарханов И. Р. Ташлыков В. А. Телешевская М. Э. Тибилова А. У. Токарский А. А. Тупицын Ю. Я.

У

Ухтомский А. А.

Ф

Федоров А. П. Филатов А. Т. Филиппов В. Л. Фридман Б. Д. Фрикен А. А.

Х

Хайкин Р. Б.

Хвиливицкий Т. Я.

Холмогорова А. Б.

Ц

Цетлин Н. Г.

Ч

Чехлатый Е. И.

Ш

Шамов С. А.

Шевченко Ю. С.

Шкловский В. М.

Шогам И. И.

Э

Эйдемиллер Э. Г.

Эльконин Д. Б.

Ю

Юрданов В. С.

Юстицкий В. В.

Я

Яковлева Е. К.

Янушкевич И. Л.

Яроцкий А. И.

Яцков Л. П.

A

Adler A. - Адлер

Aleksandrowicz J. W. - Александрович

Alexander F. G. - Александер

Alexander F. M. - Александер

Allen F. - Аллен

Ammon G. - Аммон

Anastasi A. - Анастази

Arendsen-Hein G.W. - Арендсен-Хейн

Ayllon T. - Айллон

Axline W. - Экслайн

Azrin N. H. - Азрин

B

Babinski J. - Бабинский Bahnson C.B. - Бансон Bandler R. - Бендлер Bandura A. - Бандура Bastine R. - Бастин Battegay R. - Батегей Bateson G. - Бейтсон Baudouin Ch. - Бодуэн

Baumann U. - Бауманн Bayrakal S. - Бэйракал Beaunis - Бони Beck A.T. - Бек Beitman B. D. - Бейтман Bergin A. E. - Бергин Berne E. - Берн Bernheim H. - Бернгейм Beutler L. E. - Бютлер Bibring E. - Бибринг Binet A. - Бине Binswanger L. - Бинсвангер Bleuler E. - Блейлер Boadella D. - Боаделла Boss M. - Босс Braid J. - Брэд Breuer J. - Брейер Bridgeman B. - Бриджмен Bugental S. - Бьюдженталь Bumke O. - Бумке Bunge M. - Бунге

C

Cautela J. R. - Каутела Charcot J. M. - Шарко Chertok L. - Шерток Cohen M. - Коэн Chomsky N. - Хомский Corsini R. J. - Корзини Coue E. - Куэ Curtis H. C. - Куртис Custer R. L. - Кастер

D

Dabrowski S. - Дабровский Dejerine J. - Дежерин Delfino-Beighley C. - Дельфино- Бейли

Deutsch F. - Дойч Dubois P. - Дюбуа

E

Ellis A. - Эллис English F. - Инглиш Erickson M. H. - Эриксон Erikson E. - Эриксон Eysenck H. J. - Айзенк

F

Fairweather G. W. - Ферветер Faria - Фариа Federn P. - Федерн Feldenkrais M. - Фельденкрайз Fere Ch. - Фере

Flechsig P. - Флексиг

Foley I. P. - Фолей

Forel A. - Форель

Frankl V. E. - Франкл

Freidenberg H. G. - Фрейденберг

Freud A. - Фрейд А.

Freud S. - Фрейд З.

Fromm E. - Фромм

Fromm-Reichmann F. - Фромм-Райхманн

G

Garfield S. L. - Гарфилд Gendlin E. T. - Гендлин Gilligan S. G. - Гиллиген Gindler E. - Гиндлер Goldstein A. P. - Гольдштейн Goldstein K. - Гольдштейн Goulding M. M. - Голдинг М. Goulding R. L. - Голдинг Р. Grawe K. - Граве Grimm L. G. - Гримм Grinder J. - Гриндер Gunther B. - Гунтер

H

Haley S. - Хейли Hall C. S. - Холл Harris T. A. - Харрис Heidegger M. - Хайдеггер Нте F.- Хайн H ck K. - Хёк Horney K. - Хорни Howard K. I. - Ховард Hull C. L. - Халл Husserl E. - Гуссерль

J

Jacobson E. - Джекобсон Jakab I. - Джекаб James W. - Джеймс Janet P. - Жане Janov A. - Янов Jaspers K. - Ясперс Jones M. - Джонс Jung C. G. - Юнг Junova H. - Юнова

K

Kallinke D. - Каллинке Kanfer F. H. - Кэнфер Karasu T. B. - Карасу ^staneda K. - Кастанеда

Kernberg O.F. - Кернберг Klein M. - Кляйн Kleinmann A. - Клейнманн Klerman G.L. - Клерман Klumbies G. - Клумбиес Konig W. - Кёниг Kraepelin E. - Крепелин Krafft-Ebing R. - Краффт-Эбинг Kratochvil S. - Кратохвил Kretschmer E. - Кречмер Kubie S. - Куби

L

Lambert M. J. - Ламберт Landgarten H. - Ландгартен Lazar S. G. - Лазар Lazarus A. A. - Лазарус Leder S. - Ледер Lehr U. - Лер Lewin K. - Левин Liebault A.A. - Льебо Lindemann E. - Линдеманн Lindzey G. - Линдзей Lowen A. - Лоуэн Luthe W. - Луте

M

Madejska N. - Мадежска Magnan V. - Маньян Maher E. - Махер Mahoney MJ. - Махони Malan D.H. - Малан Malkolm M. - Малколм Marcinowski J. - Марциновский Marmor J. - Мармор Maslach S. - Маслах Maslow A.H. - Маслоу Masserman J.H. - Массерман May R. - Мэй

Meichenbaum D. - Мейхенбаум

Mesmer F.A. - Месмер

Meyer A. - Майер

Minuchin S. - Минухин

Moll A. - Молль

Moreno J.L. - Морено

Muller-Hegemann D. - Мюллер-Хеге-

манн

N

Naumburg M. - Наумбург Nelson-Jones R. - Нелсон-Джоунс

O

Orlinsky D.E. - Орлински

Osgood C.E. - Осгуд Oudshoorn D. N. - Оудсхорн

P

Parloff M.B. - Парлофф Peck S. - Пек Perls F.S. - Перлс Perrez M. - Перре Peseschkian H. - Пезешкиан Х. Peseschkian N. - Пезешкиан Н.

Pfeiffer W.M. - Пфайффер Pinel Ph. - Пинель

Porembsky-Grau B. - Порембски-Грау Pratt J. - Пратт Prinzhorn H. - Принцхорн Puysegur Ch. - Пьюсегюр

R

Rachman S. - Рахман Rank O. - Ранк Rassel B. - Рассел Reich W. - Райх Reimer C. - Раймер Remschmidt H. - Ремшмидт Rhodes R. - Родес Richet Ch. - Рише Rogers C. R. - Роджерс Rolf I. - Рольф Rose H.-K. - Розе Rosen M. - Розен

S

Sartre J.-P. - Сартр Satir V. - Сатир Schilder P. - Шильдер Schindler R. - Шиндлер Schmidtchen St. - Шмидхен Schulz J. H. - Шульц Selye H. - Селье Selver C. - Селвер Shapiro A. - Шапиро Shepard H. - Шепард Shorr J. - Шорр Sifneos P. E. - Сифнеос Simon M. - Симон Skinner B. F. - Скиннер Skoda C. - Шкода Slavson S. R. - Славсон

Sonnenberg S. M. - Зонненберг Stekel W. - Штекель Stokvis B. - Стоквис Stone L. - Стоун Strupp H. H. - Струпп Sullivan H. S. - Салливан Surman O. S. - Шуман

T

Taber J. - Табер Taft D. - Тафт Tausch R. - Тауш Thorndike E. L. - Торндайк Tolman E. C. - Толмэн Tourette de la G. - де ля Туретт Tuke D. - Тьюк

U

Ursano R. J. - Урсано

V

Varach Ch. - Вара **W**

Watson J. B. - Уотсон Weiner M. F. - Вейнер Weise H. - Вайзе Х.

Weise H. - Вайзе К.

Weissman M. M. - Вейссман Weitzenhoffer M. M. - Вайценхоффер Wertheimer M. - Вертхаймер Wetterstrand O. - Веттерстранд Whitaker C. A. - Витакер Wittkower E. D. - Виттковер Wolberg A. - Волберг Wolf A. - Вольф Wolpe J. - Вольпе Wysokinska T. - Высокиньска

Y

Yalom I.D. - Ялом Young K. - Янг

Z

Zeig J. K. - Зейг

Список рекомендуемой литературы

Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб.: Изд. СПб Уни­верситета, 1998. — 76 с.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: Институт обществен­ных исследований, 2004. — 336 с.

Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2004. — 480 с.

Берн Э. Исцеление души. Трансакционный анализ в психотерапии. — Ека­теринбург: Литур, 2003. — 272 с.

Браун Дж, Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001.— 352 с.

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. 2-е изд., доп. и пер. — М.: Академический проект, 1999. — 364 с.

Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. — СПб.: Питер, 2001.— 304 с.

Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2001.— 432 с.

Гнездилов А. В. Путь на голгофу. Очерки работы психотерапевта в онко­логической клинике и хосписе. — СПб.: Клинт, 1995. — 136 с.

Групповая психотерапия/ Под ред. Б. Д. Карвасарского и С. Ледера. — М.: Медицина, 1990. — 384 с.

Завьялов В. Ю. Музыкальная релаксационная терапия. — Новосибирск, 1995.

Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб.: Союз, 2004. — 336 с.

Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд. СПб НИИ им. Бехтерева, 1998. — 256 с.

Казаковцев Б. А. Организация психиатрической помощи. — М., 1996.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М.: Ин-т психиат­рии МЗ РСФСР, 1962. — 224 с.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Ме­дицина, 1991. — 336 с.

Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у под­ростков. — М.: Фолиум, 1998. — 70 с.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Мо­рено. — М.: Прогресс-Универс, 1994. — 352 с.

Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1986. — 280 с.

Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проект, 1999. — 416 с.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М.: Класс, 2006. — 296 с.

Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М.: Класс, 1994.

* 144 с.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд. Ленинградского универси­тета, 1960. — 247 с.

Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб.: Питер, 2000.— 464 с.

Носачев Г. Н. Введение в психотерапию.— Самара: Самарский дом печати, 1977. — 312 с.

Носачев Г. Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. — Са­мара: Парус, 1998. Т. 1. — 288 с. Т. 2. — 296 с.

Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. — М.: Класс, 2003. — 336 с.

Основные направления современной психотерапии. — М.: Когито-Центр, 2000. — 374 с.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. — 464 с.

Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии. — Архангельск: Изд. АМИ, 1993. — 116 с.

Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарс- кого. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Про­гресс, 2001. — 480 с.

Рудестам К. Групповая психотерапия. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 384 с. Руководство по психотерапии /Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е изд. — Ташкент: Медицина, 1985. — 719 с.

Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (уроки гипноза).

* М.: Класс, 2006. — 336 с.

Томэ Г., Кэхеле Х. Современный психоанализ: исследования. — СПб.: ВЕИП, 2001. — 174 с.

Урсано Р, Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. — М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. — 158 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.— 368 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1989. — 455 с. Фромм Э. Иметь или быть? — М.: Айрис-пресс, 2004. — 384 с.

Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф, Отт Ю, Рюгер У. Базисное руководство по пси­хотерапии. — СПб.: Речь, 2001. —783 с.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М.: Айрис-пресс, 2004. — 464 с.

Шевченко Ю. С., Добридень В. П. Онтогенетически-ориентированная пси­хотерапия. — М.: Российское психологическое общество, 1998. — 157 с.

Шкловский В. М. Заикание. — М.: Медицина, 1994. — 248 с.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.

Юнг К. Аналитическая психология. — СПб.: Мартис, 1995. — 320 с.

Ялов А. М. Краткосрочная позитивная психотерапия. — СПб.: Речь, 2000.— 220 с.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. — СПб.: Питер, 2000. — 640 с.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». (Введен в действие с 1 января 1993 г.). — М.,1993.

Приказ МЗ РФ от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапев­тическую помощь». — М., 1996.

Приказ МЗ РФ от 28 июля 1997 г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании пси­хиатрической и психотерапевтической помощи». — М., 1997.

Приказ МЗ РФ от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах уч­реждений, оказывающих психиатрическую помощь». — М., 1995.

Приказ МЗ и СР РФ от 16 сентября 2003 г. № 428 «О психотерапевтичес­кой помощи». — М., 2003.

Психотерапия

Учебник для вузов  
4-е издание

Заведующий редакцией Редактор

П. Алесов Т. Ульянова К. Радзевич Т. Дубраво Е. Паллей

Художественный редактор

Корректор

Дизайн и верстка

ООО «Мир книг», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;

95 3005 — литература учебная.

Подписано в печать 23.12.11. Формат 70х100/16. Усл. п. л. 54,180. Тираж 1500. Заказ 0000.  
Отпечатано по технологии CtP в ОАО «Первая Образцовая типография», обособленное подразделение  
«Печатный двор». 197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ПОМ



ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР»  
предлагают профессиональную и популярную литературу по различным  
направлениям: история и публицистика, экономика и финансы, менеджмент  
и маркетинг, компьютерные технологии, медицина и психология.

РОССИЯ

Санкт-Петербург: м. «Выборгская», Б. Сампсониевский пр., д. 29а  
тел./факс: (812) 703-73-73,703-73-72; e-mail: [sales@piter.com](mailto:sales@piter.com)

Москва: м. «Электрозаводская», Семеновская наб., д. 2/1, стр. 1  
тел./факс: (495) 234-38-15; e-mail: [sales@msk.piter.com](mailto:sales@msk.piter.com)

Воронеж: тел.: 8 951 861-72-70; e-mail: [hitsenko@piter.com](mailto:hitsenko@piter.com)  
Екатеринбург: ул. Бебеля, д. 11а

тел./факс: (343) 378-98-41,378-98-42; e-mail: [office@ekat.piter.com](mailto:office@ekat.piter.com)  
Нижний Новгород: тел.: 8 960 187-85-50; e-mail: [yashny@yandex.ru](mailto:yashny@yandex.ru)

Новосибирск: Комбинатский пер., д. 3  
телУфакс: (383) 279-73-92; e-mail: [sib@nsk.piter.com](mailto:sib@nsk.piter.com)

Ростов-на-Дону: ул. Ульяновская, д. 26  
тел./факс: (863) 269-91-22, 269-91-30; e-mail: [piter-ug@rostov.piter.com](mailto:piter-ug@rostov.piter.com)

Самара: ул. Молодогвардейская, д. 33а, офис 223  
тел./факс: (846) 277-89-79,229-68-09; e-mail: [pitvolga@smrtlc.ru](mailto:pitvolga@smrtlc.ru), [pitvolga@mail.ru](mailto:pitvolga@mail.ru)

УКРАИНА

Киев: Московский пр., д. 6, корп. 1, офис 33  
телУфакс: (044) 490-35-69,490-35-68; e-mail: [office@kiev.piter.com](mailto:office@kiev.piter.com)

Харьков: ул. Суздальские ряды, д. 12, офис 10  
тел./факс: (057) 7584145, +38 067 545-55-64; e-mail: [piter@kharkov.piter.com](mailto:piter@kharkov.piter.com)

БЕЛАРУСЬ

Минск: ул. Розы Люксембург, д. 163  
телУфакс: (517) 208-80-01,208-81-25; e-mail: [gv@minsk.piter.com](mailto:gv@minsk.piter.com)

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству зарубежных торговых партнеров или посредников, имеющих выход на зарубежный рынок телУфакс: (812) 703-73-73; e-mail: [rodionova.tatyana@piter.com](mailto:rodionova.tatyana@piter.com)

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству авторов телУфакс издательства: (812) 703-73-72, (495) 974-34-50

^ Заказ книг для вузов и библиотек

телУфакс: (812) 703-73-73, доб. 6250; e-mail: [fokina@piter.com](mailto:fokina@piter.com)

Заказ книг по почте: на сайте [www.piter.com](http://www.piter.com); по тел.: (812) 703-73-74, доб. 6225