И.С. Павлов
ПСИХОТЕРАПИЯ
в практике

Игорь Степанович Павлов
Психотерапия в практике

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=12037762
И. С. Павлов. Психотерапия в практике: ПЕР СЭ; Москва; 2006
ISBN 5-98549-014-9

Аннотация

Книга представляет собой уникальное учебное пособие по психотерапии. Современные методики психотерапии описаны в ней не абстрактно, а в применении к лечению конкретных расстройств: депрессии, страха, навязчивости, заикания, табакокурения, избыточного веса и др. Особое внимание уделяется психотерапии алкоголизма. Автор предлагает оригинальную концепцию алкогольной зависимости и формирования трезвого образа жизни. Психотерапевтические подходы изложены в контексте последних достижений психологии и социологии. Книга рассчитана на широкий круг специалистов – психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов.

Содержание

Предисловие автора 5
Введение 11
Глава 1. Психогении и расстройства зрелой личности и поведения у взрослых 71
1. Психогении 71
2. Психотерапия неврозов, общие вопросы, закономерности психотерапевтического процесса 73
3. Психотерапия неврастении 90
4. Психотерапия депрессивного невроза 97
Конец ознакомительного фрагмента. 100

И. Павлов
Психотерапия в практике

© И. С. Павлов, 2006
© ПЕР СЭ, оригинал-макет, оформление, 2006

* * *

Предисловие автора

В этой монографии автор сделал попытку обобщить свой более чем тридцатилетний опыт работы в практической психотерапии и двадцатичетырехлетний опыт преподавательской деятельности, показать видение психотерапии, исходя из опыта практической лечебной работы, поиска решения некоторых задач, стоящих перед психотерапией и преподавательской деятельностью.

Тенденции развития психотерапии, как науки, практическая работа психотерапевта, преподавание психотерапии тесно связаны между собой и потенцируют друг друга. Именно подготовка и усовершенствование психотерапевтов вскрывают положение дел, сложившихся в психотерапии. В процессе преподавания мы видим, какие трудности возникают при становлении врача как психотерапевта. На циклах усовершенствования мы слышим, как психотерапевты осмысливают свою работу, какие сложились у них рабочие концепции, психотерапевтические подходы к лечению тех или иных расстройств.

Прав В. В. Макаров, когда говорит: «Мир психотерапии не просто разнообразен – он необозрим. Каждый специалист видит лишь какую-то его часть. И называет только эту часть психотерапевтической». Можно сказать, что пока в психотерапии дело не дошло до Вавилонского столпотворения, хо-

тя психотерапевты разных направлений уже плохо понимают друг друга.

Отрадно, что есть факторы, которые должны объединять психотерапевтов, но, к сожалению, которые не освещены, не акцентированы в психотерапии – это процесс перевода человека из одного состояния (нежелательного) в другое (желательное), то есть из больного в здоровое при острых заболеваниях и относительного здоровья, компенсации при хронических формах заболевания. Если брать в расчет целостный подход к природе человека, а не отдельные его свойства, то этот процесс перевода из одного состояния в другое един, его конкретное содержание едино. Именно разработка конкретного содержания этой работы, ее этапов перевода из одного состояния в другое едины, пусть даже в разных формах исполнения, используемых методик. То есть не поиск наиболее эффективной, стопроцентной методики для психотерапии в целом, а на почве клинического, целостного восприятия человека разработка психотерапевтической технологии, содержания этой работы, ее этапы и на этих этапах поиск наиболее адекватных психотерапевтических приемов, действий для достижения этих подцелей, этапов. Технология процесса превращения больного в здорового, акцентирование внимания к этапам, достижение оптимальности на этапах углубляют психотерапевтический процесс, то есть перенос с целого на его промежуточные состояния психотерапевтического процесса. Эта работа должна преломляться не

только сквозь призму нозиса, но топологического, личностного подхода, а также и индивидуального. Чтобы не затруднять восприятия технологий лечения, мы давали материал на уровне нозиса и лишь как пример дифференцированного личностного подхода отразили в главе «Психотерапия алкогольной зависимости», принципы применения которого при желании можно перенести на другие нозологии.

Клиническая психотерапия – это не история и никогда не будет историей. Клиническая психотерапия или медицинская психотерапия за рубежом – это сама психотерапия в прошлом, настоящем и будущем, это Alma mater всех разновидностей (модальностей) психотерапий, так как все они вышли из нее, порождены ее феноменами, фактами и факторами. Будущее за целостным, реальным человеком, а не за его отдельными концепциями, базирующимися на его отдельных, акцентированных свойствах.

Наблюдения при присутствии на клинических разборах в начале моей работы на кафедре психотерапии ЦИУ врачей показали мне, что приблизительно 80 % времени, если не больше, уходило на клиническую оценку больного, а конкретно психотерапии посвящались общие высказывания (рациональная, психотерапия, гипнотерапия, коллективная психотерапия, функциональные тренировки и т. д. и т. п.). Анализ литературных источников также показал, за редким исключением, отсутствие разработанной подробной технологии психотерапевтического процесса при лечении различ-

ных расстройств, на которую мог бы опираться психотерапевт в своей повседневной работе, внося в нее свою индивидуальность, или предлагая свой вариант по конкретной, поэтапной психотерапии, исходя из клинической природы расстройств, целостной сущности человека. Мы и начали разрабатывать эти вопросы, то есть технологию психотерапевтических процессов, ее конкретного содержания в своей повседневной работе. Это очень актуально сейчас, когда психотерапия трактуется в основном, как отдельные ее виды, техника, то есть модальности. В тех случаях, когда при преподавании на циклах усовершенствования делался акцент на изучении только модальностей, психотерапевты-практики ставили законный вопрос, а как лечить, что делать при тех или иных расстройствах, с которыми приходят пациенты.

Во введении даны некоторые взгляды на развитие психотерапии, на предмет психотерапевтического воздействия – личность, на пути развития психотерапии. В первой главе освещен вопрос психогений (неврозы, реактивные состояния), расстройств личности и поведения у взрослых (психопатий), даны этапы и конкретное содержание психотерапевтической работы при их лечении.

Во второй главе освещены клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости, конкретное содержание и этапы психотерапевтического процесса, особенности проведения дифференцированной психотерапии в зависимости от типологических свойств личности больного, затро-

нут культуральный аспект алкоголизма.

В третьей главе даны психотерапевтические подходы к формированию полноценной жизнедеятельности, как заключительного психотерапевтического процесса лечения тех расстройств и случаев, где это актуально.

В четвертой главе освещены вопросы семейной психотерапии в клинике пограничных состояний и других расстройств, принципы ее организации и проведения, описаны приемы ее проведения.

В пятой главе дана психотерапевтическая тактика лечения некоторых расстройств, конкретное содержание этой работы.

В шестой главе даны основные положения психотерапевтических модальностей (методик), сжато описаны, но освещены основные базисные процессы модальностей, необходимая информация для проведения психотерапевтической работы в психотерапевтическом кабинете, их практическое освоение.

Содержание монографии расположено в таком порядке, чтобы акцентировать внимание на тактике построения психотерапевтического процесса, его конкретного содержания, то есть технология психотерапевтического лечения, так как содержание этой работы перманентно, а модальности (методики) вторичны. Модальности выполняют роль реализации содержания этого психотерапевтического процесса.

Некоторые небольшие по размерам, но важные по содер-

жанию повторения освещают моменты, вызванные контекстом раскрытия тех или иных этапов и свойств психотерапевтического процесса, понимание его сущности и лишают читателя необходимости обращения по этому вопросу в другие разделы, делают контекст цельным.

В данной монографии мы предлагаем читателю наши авторские варианты технологии психотерапевтического процесса. Ведь технология психотерапевтического процесса является основой, базисом психотерапии.

Материал книги базируется в основном на материалах наших методических рекомендаций, утвержденных МЗ СССР и МЗ РФ (1975–2001 гг.).

Введение

Все существующее время от времени по каким-то параметрам отклоняется от нормы, выходит в той или иной мере и степени из строя, и поэтому все имеет службу помощи. Такое сложное явление как целостная природа человека и ее интегрирующая функция – личность имеют психотерапию. Элементы психотерапии, ее интуитивные формы возникли вместе с появлением человека и носили форму «жизненной» помощи на уровне интуитивного понимания сущности человека, его жизни в тех условиях (советы, народная мудрость, магическое мышление, ритуальное устранение расстройств, внушение, косвенное, чрезпредметное внушение и т. д.). Ведь у человека всегда было желание помочь другому, облегчить его страдания тем или иным способом вне ситуации соперничества, а душевную боль смягчить свойствами и состояниями своей души (сочувствие, сострадание, отвлечение, успокоение, утешение, воодушевление и т. д.). Интуитивно развивалась характериология, стимулируя развитие языка и речи.

Люди, чувствуя не психогенную, не корригирующую природу некоторых расстройств, обособляли, выделяли их в особую категорию явлений, что способствовало развитию психиатрии, в то время как психотерапия оставалась на уровне взаимопомощи, и особенно у людей, наиболее спо-

собных к этому (колдуны, целители, жрецы и т. д.).

Научная эра психотерапии началась во второй половине девятнадцатого столетия. Месмер, хотя и заблуждался относительно флюида, но дал факты использования внушения в процессе лечения, а английский хирург Брэд дал концепцию о гипнозе и ввел понятие «гипноз».

В конце девятнадцатого века возникла экспериментальная психология (В. Вундт). До ее возникновения, да и в настоящее время люди усваивают особенности психики человека из реальной жизни своего окружения, а в еще большей мере – из художественной литературы, что и рекомендовал делать наш отечественный психолог К. К. Платонов, а не по учебникам психологии, в которых в основном можно усвоить особенности психических процессов.

Развитие гипнологии (Брэд, Льебо, Шарко, Бернгейм, Крафт-Эбинг, Форель, А. А. Токарский, В. М. Бехтерев и др.) стимулировало развитие рациональной психотерапии (Дюбуа), как ответ на игнорирование разума в психотерапевтическом процессе. Процесс гипнотерапии, феномен постгипнотического внушения стимулировали развитие психоанализа (З. Фрейд). В ответ на «переоценку» либидо классическим психоанализом А. Адлер ввел понятие «комплекса неполноценности», а К. Юнг понятие «архетипов».

Психоанализ на почве американской культуры претерпел трансформацию в сторону акцентуирования культуральных и межличностных особенностей человека (Э. Фромм,

К. Хорни и др.). В противовес психоанализу появилось гуманистическое направление в психотерапии, отражая соответствующие стороны природы человека. На базе учения И. П. Павлова об условных рефлексах появились многочисленные направления поведенческой психотерапии (И. Ф. Случевский, А. А. Фрикен, Н. В. Канторович, Г. Олпорт, А. Бандура, Б. Скиннер и др.).

Ряд сторонников психоанализа развили впоследствии другие направления в психотерапии: гештальт-терапия (Ф. Перлз); трансактный анализ (Э. Берн); психосинтез (Р. Ассоджиоли).

Важно посмотреть, что мы имеем сейчас на фоне бурного развития психотерапии. В настоящее время существует множество методик, техник, направлений, школ психотерапии, которых в данный момент от 400 до 700 (В. В. Макаров и др.). При этом они разнообразны, нередко конкурируют, противоречат друг другу и нередко представляют несовместимые между собой подходы.

Наличие такой ситуации не должно обескураживать, если понимать, что психотерапия это не просто набор школ, направлений, методик, техник. Объектом и фундаментом психотерапии как дисциплины является личность, природа человека. Именно понимание сложности и многогранности предмета, объекта психотерапии, то есть личности, дает подход к пониманию к этому множеству школ, направлений, методик и техник. Нужно учитывать, что до сих пор нет об-

щепринятых определений личности, взгляда на природу и сущность человека, которые охватили бы всю совокупность свойств человека, его глубину и многообразие, удовлетворили бы психотерапевтов во всех случаях практической работы, высвечивали бы мишени психотерапевтического воздействия, показали бы ширину и глубину расстройств функционирования личности на социально-психологическом уровне и органном физиолого-биохимическом реагировании и показали бы возможные предположительные особенности психотравмы и характер реагирования как в рамках нормы, так и патологии.

Положение дел в психотерапии характеризуется многообразием ситуаций, неповторимостью личного развития каждого человека, и в то же время типизацией личностей на определенном уровне. Совпадение этих многообразий, их частота повторений высвечивает те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования. Все это содействовало и будет содействовать формированию многочисленных подходов к личности человека путем решения его проблем как в «нормальном», так и в «патологическом» состояниях.

Человек с его проблемами, потребностями, требованием развития, самоутверждения, с его необходимостью чувствовать свою значимость, смысл своей жизни, свое величие, с желанием получать и продуцировать чувственные впечатления, с его потребностью развивать, индуцировать и реализо-

вывать свой потенциал, удовлетворять свою жажду познания является центром развития цивилизации. Важно уточнить, что человек не изучает ядерную физику, астрономию, социологию, а он решает свои проблемы в области познания природы для использования в своих целях, для решения своих задач. Познавая что-то, он избавляется от неопределенности, неясности, расширяет степень своей свободы, приспосабливает видимый, а теперь и невидимый мир в своих целях. При этом сам развивается, усовершенствуется, усложняется. Непознанные, неясные, скрытые явления и закономерности природы всегда несут определенную опасность, которую он не может предвидеть или не знает. В то же время конечного состояния, конечной цели нет, есть только развитие человека в частности и цивилизации в целом. Так что все науки служат человеку, его самоутверждению и развитию. В настоящее время можно констатировать факт, что относительно немного тратится материальных средств и усилий общества на изучение самого человека по сравнению с затратами и усилиями, направленными на освоение природы окружающего мира в целом. Все науки, изучающие самого человека, изучают отдельные стороны сущности человека. Так, например, философия изучает абстрактную, обобщенную сущность человека саму по себе, физиология и биохимия – физиологическую и биохимическую сущность его жизни, лингвистика – языковую, юриспруденция – правовую сторону жизни человека, психология – психические процес-

сы, социология – общественные закономерности в жизни людей. Вследствие такого положения дел в Москве в конце девяностых годов состоялся симпозиум «Проблемы человека», на котором констатировалась тревога ученых, что человек в его изучении разъединен. Даже психиатрия изучает и занимается преимущественно выраженными расстройствами психики человека, которые резко дезадаптируют его жизнь.

На этом фоне только психотерапия изучает и имеет дело с единым, неделимым человеком, его сущностью в единстве всех его многообразий. В кабинете психотерапевта человек един и неделим, он представлен во всех его множественных связях и состояниях, интегрированных в единое целое, в его сущность. Так подспудно исторически сложилось, что с единым, цельным человеком в такой степени выраженности имеет дело только психотерапевт, хотя идеальным было бы, чтобы врачи других специальностей также учитывали личность человека, ее реакцию на расстройства и на лечебные мероприятия.

Психотерапия – не междисциплинарная профессия, ее объектом изучения и терапии является человек в его единстве, целостности, многообразии проявления его природы, человек в своей сущности на данном отрезке времени. Повторяем, человек в кабинете психотерапевта един, неделим со всеми его проблемами, чаяниями, страданиями, и он воспринимается так, как он есть, во всей совокупности его внут-

реннего мира и внешних связей. Психотерапия, как и другие научные дисциплины, заимствует знания о человеке из других дисциплин, обогащаясь их сведениями об отдельных сторонах и явлениях жизни человека, но не более.

В подтверждение этого важно констатировать тот факт, что в сфере психотерапии и пограничной психиатрии, где психотерапевтический подход доминирует, больше всего разработано и предложено концепций и теорий личности.

Для понимания сложности, многовариантности, динамизма и изменчивости нашего предмета изучения (личности) с нашей попыткой организации ему помощи, вызвать у него процесс желаемого изменения приводим примеры подхода разных ученых к изучению личности, так как важно для психотерапевта знать, чувствовать и видеть это многообразие, динамизм личности в его кабинете.

Личность. Протогор: «Человек есть мера всех вещей».

Основоположник отечественной психиатрии С. С. Корсаков придавал большое значение личности в психиатрической клинике: «Личностью человека мы называем совокупность его душевных качеств: совокупность свойственных ему чувствований, его способ мышления, характер его поступков… Но это мало: личность не есть простая совокупность душевных свойств, а организованное их сочетание. Подобно тому, как ткани нашего тела слагаются в телесный организм, так и душевные свойства, сочетаясь по законам жизни, образуют личность». Автор пишет: «Все идеи, чув-

ствования и побуждения слагаются вместе, и общий вид, общая сумма всего этого есть личность. Нужно прибавить, что сумма эта организованная, то есть в ней все отдельные составные части находятся в определенном взаимном и притом живом отношении друг к другу; между этими составляющими частями особенно важную, доминирующую роль играют те идеи, побуждения и чувствования, которые наиболее часты у данного человека, которые составляют его существенную особенность, которые суть почти постоянная его принадлежность. Эта часть как бы господствует над другими; она управляет и ходом идей, и поступками, она подчиняет все своему влиянию, направляет психическую деятельность сообразно своим делам. Эта часть теснее всего соединена с теми представлениями и понятиями, которые образуют группу “я”».

С. С. Корсаков дает физиологическое обоснование своему пониманию личности: «В основе личности лежит своеобразная анатомическая организация, именно – совокупность нервных клеток и связывающие их соединительные пути, из которых одни, так сказать, более проторены, другие менее проторены, чем и обусловливается большая возможность одних комбинаций психических явлений перед другими».

Подчеркивая значения личности в клинике, С. С. Корсаков пишет: «Живая душа должна быть видна во всем и прежде всего в индивидуализации каждого больного. Больной не должен быть номером, а должен быть личностью…

разумное понимание личности больного, связанное со специальным знанием патологии, является важнейшим элементом того строя жизни, которым действует психиатрическая лечебница».

Вот та главная линия нашей отечественной клиники, которая отличается самобытностью, целостным подходом к больному. Это звучит современно и актуально в настоящее время.

В России проблеме изучения личности уделялось большое значение, и по инициативе В. М. Бехтерева в Психоневрологическом институте А. Ф. Лазурским была создана специальная Лаборатория по изучению личности. Издавался журнал «Вопросы изучения и воспитания личности».

В. М. Бехтерев, исходя из того, что он для воздействия на человека с целью его лечебного изменения предложил триоду (разъяснительная психотерапия, внушение в гипнотическом состоянии и самовнушение в просоночном состоянии), видел сложность личности, ее самозащищенности и поэтому предлагал воздействовать на сознание, бессознательное и актуализация и активация собственных ресурсов, включенность активности больного в лечебный процесс. А. Ф. Лазурский изучал «состав личности и те элементы, из которых она складывается». Он определял личность, как сложное сочетание, организованное единство элементов, объединяемых в две большие группы: эндопсихические элементы (психофизическая организация человека – темперамент и харак-

тер) и экзопсихические элементы (то или иное отношение человека к различным объектам и проявлениям окружающей действительности) в их единстве, взаимосвязи и взаимовлиянии.

А. Ф. Лазурский придавал большое значение делению личностей по их психическому содержанию на группы и типы и выделил следующие типы:

I. Чистые типы различных уровней.

1. Низший тип (а. рассудочные; б. аффективные – подвижные, чувственные, мечтатели; в. активные – энергичные низшего порядка, покорно деятельные, упрямые).

2. Средний тип (а. непрактичные теоретики – идеалисты, художники, религиозные созерцатели; б. практики – реалисты, альтруисты, общественники, властные, хозяйственные).

3. Высший тип.

А. Ф. Лазурский считал, что уровни типов не изолированны, а являются этапами развития: «Так большинство типов среднего уровня представляют собой лишь последовательное развитие соответствующих им по своей эндопсихике низшего уровня с той только разницей, что здесь больше выражено психосоциальное».

В высшем уровне благодаря значительному богатству, сознательности и координированности душевных переживаний экзопсихическая сторона личности в ее высших идеальных проявлениях достигает необычного развития; эндопсихика, находящаяся в ней в полном согласии, составляет лишь

ее подоснову.

4. Комбинированный тип (а. научно-практичные; б. научно-общественные; в. художественно-практичные; г. религиозно-практичные).

5. Извращенные типы.

Ученик В. М. Бехтерева и А. Ф. Лазурского В. Н. Мясищев подчеркивал, как и его учителя, целостность и единство личности, «личность не разлагается на части, она – органическое целое, в котором можно выделить те или иные стороны лишь для удобства анализа на определенной стадии, и личность имеет различные свойства, но не сводится к отдельным свойствам или к их совокупности».

По А. Н. Мясищеву «исследование личности является в значительной степени ее исследованием в ее отношениях», и в то же время «отношение человека это не часть личности, а потенциал ее психической реакции в связи с каким-либо предметом, процессом или фактом действительности». Он выделял в развитии и становлении личности усложняющиеся, обогащающиеся, углубляющиеся связи с действительностью, накопление в мозгу потенциала действий и переживаний, то есть опыта. Опыт существует в форме накопления: 1) знаний; 2) навыков; 3) умений; 4) отношений. Но вместе с тем ясно, что личность характеризуют не знания, навыки и умения, а «отношения».

В. Н. Мясищев, что особенно важно, подчеркивал динамизм и изменяемость личности: «Личность имеет характе-

ристику не линейную и не плоскостную. Если пользоваться пространственным образом, личность представляется только трехмерной величиной, как статуя, но в отличие от нее, она динамична и различна, в разных системах меняется в процессе жизни».

Учение о личности В. Н. Мясищева, как о системе отношений индивида с окружающей средой, получило дальнейшее развитие в стенах Института им. В. М. Бехтерева, на кафедре психотерапии ЦИУ врачей, в других учреждениях.

Большой вклад в изучение личности внес П. Б. Ганнушкин с учетом того факта, что каждому типу психопатии соответствует нормальный тип личности, и типы личностей имеют широкий диапазон от нормы до патологической выраженности. Мы взяли за основу в своей работе типы личности П. Б. Ганнушкина.

О. В. Кербиков придавал большое значение влиянию на личность и ее трансформации под влиянием ситуаций неблагоприятного воспитания.

В. Е. Рожнов в его взгляде на сущность человека подчеркивал роль не только антагонизма, но и синергизма сознания и бессознательного в жизни человека, а также отмечал большую роль эмоционально-стрессового фактора в жизни людей.

К. К. Платонов выделил в структуре личности следующие подструктуры: 1) социально обусловленная (направленность, отношения, моральные качества); 2) опыт (знания, на-

выки, умения и привычки); 3) индивидуальные особенности форм отражения; 4) биологически обусловленная подструктура (темперамент, органические особенности).

С. Л. Рубинштейн указывал на три плана личности: 1) направленность (установки, интересы, потребности); 2) способности; 3) темперамент и характер.

В. С. Мерлин акцентировал внимание на целостность во всем в личности: «Неразложимые далее компоненты – это ее свойства. Каждое свойство личности одновременно является выражением и направленностью и характера и способностей, оно формируется в деятельности и вместе с тем в той или иной степени зависит от наследственных задатков».

А. Н. Леонтьев – «главная задача в том, чтобы выявить действительные «образующие» личность – это высшее единство человека изменчиво, как изменчива сама его жизнь, и вместе с тем сохраняющее свое постоянство, свою аутентичность». Он подчеркивал известное противоречие между очевидной изменчивостью человека и устойчивость его как человека: «…в исследовании личности нужно исходить из развития деятельности, ее конкретных видов и тех связей, в которые они вступают друг с другом». Динамика жизни в сдвиге мотивов на цели, изменение их иерархии и рождение новых мотивов, новых видов деятельности.

А. В. Петровский рассматривал «личностное, как системное качество индивида, начинающее выступать в виде особой социальной ценности, своеобразного образца для осво-

ения и реализации в индивидуальной деятельности людей и эталона «быть личностью», выступать в качестве предмета потребности индивида». Эта потребность «быть личностью» реализуется «в стремлении субъекта быть представленным в других людях, жить в них путем поисков деятельных средств, полагания себя в другого человека».

А. Г. Асмолов, рассматривая личность, считает, что «главными вопросами становятся вопросы о преобразовании закономерностей биологической эволюции в историческом процессе развития общества и системной детерминации жизни личности, способов существования и развития, которой является совместная деятельность в социально конкретно-историческом образе жизни данной эпохи».

Б. С. Братусь определяет личность в узком понимании (ядро личности) – «это не способ осуществления позиции, а сама позиция человека в этом сложном мире, которая задается системой общих смысловых образований». В широком понимании, с его точки зрения, личность включает и характер, это – «динамическая система смысловых образований, опосредующих ее главные мотивы и способы их реализации».

Что особенно важно, знание разнообразных подходов, попыток уловить сущность личности, ее структуру и взаимосвязь между элементами структуры, образующими личность, как единое целое, формирует у психотерапевта определенный преднастрой на восприятие личности больного,

его природы и факторов, влияющих на него, высвечивают на этом фоне его проблемы, патопластику расстройств.

Отечественные авторы в своих подходах к изучению личности не допускали доминирования какого-то фактора, определяющего жизнь человека, а рассматривали все возможные составляющие жизни человека, их взаимосвязь в развитии, взаимообусловленность, целостность и единство личности в его многообразии и сложности, ее динамизм, изменчивость и константность.

Не менее интересными представляются и зарубежные подходы к изучению личности, которые хотя и в своих подходах выделяют отдельные системообразующие факторы, как определяющие всю сущность человека, его природу часто без взаимосвязи с другими факторами, присущими целостной природе человека. Они позволяют посмотреть, как под увеличительным стеклом на те или иные факторы, которые действуют в природе человека и в определенных ситуациях, на определенных этапах развития человека становятся ведущими.

Датой зарождения психоаналитического воззрения на личность и природу человека можно считать 1899 год, когда молодой З. Фрейд в Нанси у Бернгейма наблюдал давно известный специалистам факт постгипнотического внушения и призадумался над тем, что человек после выхода из гипнотического состояния не помнит о сделанных внушениях, но выполняет их и пытается как-то объяснить эти свои дей-

ствия, при этом не ссылается на внушения и содержание сделанных внушений. З. Фрейд по аналогии сделал предположение, что и в реальной жизни люди совершают поступки, выполняют действия, реализуют намерения, не всегда осознавая истинные причины этих действий. Эти факты послужили для З. Фрейда поводом к изучению скрытых аспектов человеческой деятельности, к изучению роли бессознательной сферы в жизни людей.

Основоположник психоанализа в организации модели личности выделил три уровня: 1) сознание (то, что осознается в данный момент; 2) предсознательное (все то, что не осознается в данный момент, но может спонтанно или произвольно вернуться в сознание); 3) бессознательное (хранилище инстинктивных тенденций и представлений, которые по своему содержанию неприемлемы и вытеснены в эту сферу).

В структуре личности З. Фрейд выделил три подструктуры:

1. Ид (оно), которое содержит врожденные примитивные, инстинктивные тенденции личности и функционирует в бессознательной сфере, порождая те или иные тенденции, реакции, является посредником между сомой и психическими процессами в организме и подчиняется принципу удовольствия. Движущей силой «ид» является либидо и тонатос.

2. Эго (Я) испытывает влияние ид (оно) и, учитывая суперэго, пытается реализовать тенденции ид. Является ре-

зультатом взаимодействия энергии ид (катексис) с воздействием энергии суперэго (контркотенсис) и обеспечивает социальность человека и подчиняется принципу реальности.

3. Суперэго (сверх-Я) содержит модель усвоенных общечеловеческих норм и стандартов поведения в обществе.

А. Адлер делал упор в своем понимании личности на том, что индивидуум не может быть отделен от социума, и ввел понятие «индивидуальная психология» (индивидуальный – дословно: неделимый, сущность, которую нельзя разделить). Он считал, что основной движущей силой человека является комплекс неполноценности, который формируется в детстве как реакция детей на взрослых и как компенсация этого чувства в жизни, стремление к совершенству, к превосходству и власти, что и является ведущей мотивационной силой человека. Гиперкомпенсация этого чувства – комплекс превосходства.

Мы нарушим хронологию с целью показать динамику взглядов на личность, трех представителей Венской школы в психотерапии и приводим взгляд В. Франкла. В. Франкл видел основной движущей силой в личности, системообразующим фактором стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни, как врожденную мотивационную тенденцию. Отсутствие смысла порождает состояние экзистенционального вакуума. Так что на примере взглядов всех трех представителей Венской школы психотерапии (З. Фрейд, А. Адлер, В. Франкл) можно проследить диалек-

тику и динамику взглядов на личность, ее многозначимость и многомерность. Развитие взглядов на личность идет от инстинктивных тенденций к стремлению к совершенству и власти в микросреде до поиска человеком смысла своей жизни.

К. Юнг расширил понятие З. Фрейда о бессознательном за счет эволюционных процессов и выделил в структуре личности (души): эго, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Эго: центр сферы сознания, все те мысли, чувства, воспоминания, ощущения, благодаря чему мы чувствуем целостность, постоянство и воспринимаем себя людьми.

Личное бессознательное: в прошлом пережитое и осознаваемое, но в настоящее время забыто, вытеснено, скопление эмоционально заряженных переживаний, комплексов из личного опыта или из родового, наследственного и может оказывать даже очень сильное влияние на жизнь человека.

Коллективное бессознательное: хранит латентные следы памяти человечества, то есть общие для всех человеческих существ мысли и чувства, как результат нашего общего эмоционального прошлого, духовное наследие человеческой эволюции, возродившейся в структурах мозга каждого индивидуума, называемое «архетип». В архетипах – врожденные идеи или воспоминания, предлагающие воспринимать, переживать и реагировать на события определенным образом, то есть предрасполагающие факторы.

К. Юнг в структуре личности выделяет:

• **персона** – наше публичное лицо, наше «Я» в отношении с другими людьми. Ее цель – производить впечатление на других людей или утаивать от них свою внутреннюю сущность. Персона нужна для жизни среди других людей;

• **тень —** подавленная, темная, животная, неприятная сторона сущности человека. Содержит аморальные мысли и страсти, агрессивные сексуальные тенденции.

В архетипах: анима – внутренний образ женщины в мужчине, его бессознательная сторона; анимус – внутренний образ мужчины в женщине, ее бессознательное мужское.

Архетип самость – сердцевина личности, системообразующий архетип, вокруг которого формируются все элементы личности, целостность и единство, обнаруживается в мифах, в религиозном и мистическом опыте, сне, фантазии.

Типы личностей по К. Юнгу – экстраверты и интраверты.

Психоанализ на почве американской культуры претерпел трансформацию в сторону акцентирования культуральных и межличностных особенностей личности.

Э. Фромм полагал, что личность – продукт динамического взаимодействия между врожденными потребностями и давлением социальных норм и предписаний, и люди борются за достижение большей личной свободы в развитии всех своих потенциальных возможностей. В то же время за значительную степень автономии и свободы выбора, которыми наслаждаются люди современного общества, платится чувством утраты полной безопасности и отсутствия чувства своей зна-

чимости. Ценой возникновения чувства отчуждения от природы и общества люди платят за свободу и автономию. Путем отказа от свободы и подавления своей индивидуальности люди преодолевают чувства одиночества, незначительности, отчужденности, но есть позитивная свобода, когда человек чувствует себя частью мира и в то же время не зависит от него. Так что конфликт в личности уже носит другой характер – между стремлением к свободе и стремлением к безопасности, имеет наиболее мощную мотивационную силу в жизни людей и обусловлен экзистенциальными потребностями: 1) в установлении связей; 2) в преодолении; 3) в корнях; 4) в идентичности; 5) в системе взглядов и преданности.

Соответственно своей концепции Э. Фромм выделяет следующие типы личности: 1) рецептивный; 2) эксплуатирующий; 3) накапливающий; 4) рыночный; 5) продуктивный.

К. Хорни создала социокультуральную теорию личности, резко отрицая постулат З. Фрейда о психологии женщины, особенно в том, что движущей силой женщины является «зависть к пенису». К. Хорни в своих теоретических воззрениях исходила из базисных потребностей ребенка – потребность в удовлетворении и потребность в безопасности, то есть быть любимым, желанным и защищенным от опасности или враждебного мира. Когда родители препятствуют удовлетворению потребности в безопасности, то возможно патологическое развитие личности и развитие у ребенка базальной враждебности. Формируется конфликт между зави-

симостью от родителей и чувство враждебности к ним, который вытесняется, а отсутствие чувства безопасности продуцирует тревогу. К. Хорни выделяет три типа ориентации людей: 1) ориентация на людей – уступчивый тип; 2) ориентация от людей – обособленный тип; 3) ориентация против людей.

Г. Оллпорт в структуре личности уделял большое внимание характеру влияния когнитивных и мотивационных процессов на саму личность. Личность по Г. Оллпорту – это «динамическая организация тех психофизических систем внутри индивидуума, которые определяют характерное для него поведение и мышление». Любой человек ведет себя с определенным постоянством и не так, как другие… и причина этого в его «чертах». Черта – предрасположенность вести себя сходным образом в широком диапазоне ситуаций, и разнообразные стимулы могут вызвать одинаковые ответные реакции, и в то же время множество реакций могут иметь функциональное одинаковое значение. В дальнейшем понятие «черта» получило развитие в понятии «индивидуальные диспозиции». Он выделял в личности диспозиции: 1) кардинальная, пронизывающая личность полностью, и все поступки человека можно свести к ним; 2) центральная – блоки, составляющие индивидуальность; 3) вторичные – менее заметные, менее устойчивые (например, предпочтение в чем-то).

Г. Оллпорт в понимание личности включает ее единство, структуру и интеграцию всех аспектов индивидуального, да-

ющие личности ее самость (ощущение самоидентичности, самоуважения, расширения самости, образ себя, рациональное управление самим собой, ощущение своего тела, жизненные цели). Г. Оллпорт, что особенно важно, вводит понятие «зрелой личности».

Б. Скиннер создал теорию оперативного научения, отражающую свойства личности как обучающейся системы. Он делает акцент в изучении личности и ее свойств на то, что внешние воздействия определяют человека, в частности, возможностью подкрепления. Б. Скиннер игнорировал интрапсихические и биологические факторы из-за того, что их нельзя измерить. «Люди – очень сложные явления, но все же машины», – считал Б. Скиннер и возражал против понятия свободы выбора, полагая, что поведение человека контролируется аверсивными (болевыми, неприятными) стимулами. Его понятия «респондентское поведение» соответствует учению И. П. Павлова. Поведение контролируется и базируется на ответе на знакомый стимул и на результате полученного после ответа.

Альберт Бандура ввел понятие «взаимный детерминизм» – взаимодействие внутренних детерминантов поведения (ожидание, предположение, вера) и внешних (поощрение, наказание) и подчеркивал роль способности оперировать символами, саморегуляции и познания в поведении, научение через моделирование и, как результат этого – самоэффективность (умение осознавать свои способности, выстра-

ивать поведение, соответствующее целям и задачам человека с учетом ситуации). Самоэффективность формируется и приобретается путем формирования способности выстроить поведение из косвенного опыта, вербального убеждения, эмоционального подъема.

Д. Келли предложил психологию личностных конструктов и выделил главной чертой личности ее когнитивные процессы, как системообразующую черту функционирования человека. По определению Д. Келли, человек – ученый, исследователь, стремящийся понять, интерпретировать, предвидеть и контролировать мир своих переживаний, для того чтобы эффективно взаимодействовать с ним. Он подчеркивал такое свойство личности, как возможность многообразно и альтернативно воспринимать мир и его факты существования, и свойство человека рассматривать их с различных точек зрения. Восприятия преходящие, и они редко бывают сегодня такими же, как были вчера или будут завтра. На это свойство человеческой психики Д. Келли вводит понятие «личностный конструкт – идея или мысль, которую человек использует, чтобы осознать или интерпретировать, объяснять или предсказывать свой опыт. В новых ситуациях человек действует в цикле: ориентировка – выбор – исполнение и конструктная система человека меняется в соответствии с успешностью интерпретации повторных явлений. Личность по Д. Келли – это система личностных конструктов, то есть набор гипотез о нашем вечно меняющемся мире,

которые постоянно проверяются опытом, и люди действуют только в пределах конструктов, которые они приобрели.

А. Маслоу видел в творчестве людей их основное свойство, но, к сожалению, многие люди теряют это свойство в процессе их «окультуривания». Творчество проявляется во всех сферах самовыражения.

В структуре личности А. Маслоу выделил следующие потребности по мере их возникновения и удовлетворения: 1) физиологические; 2) безопасности, защиты; 3) принадлежности и любви; 4) самоутверждения; 5) самоактуализации, или личного усовершенствования; 6) в познании и понимании; 7) эстетические. Важно подчеркнуть иерархию потребностей в динамике их удовлетворения и возникновении новых.

А. Маслоу считал, что системообразующим фактором личности является самоактуализация, которая проявляется в 1) более эффективном восприятии реальности; 2) принятии себя, других и природы такими, какими они есть; 3) непосредственности, простоте, естественности; 4) центрированности на проблеме; 5) независимости (потребности в уединении); 6) автономии (независимости от культуры и окружения); 7) свежести восприятия; 8) вершинных или мистических переживаний; 9) общественных интересах; 10) глубинных межличностных отношениях; 11) демократическом характере; 12) разграничении средств и целей; 13) философском чувстве юмора; 14) креативности; 15) сопротив-

лении окультурованию.

К. Роджерс сформировал феноменологическую теорию личности. Поведение человека можно понимать только в терминах его субъективного восприятия и познания действительности, и оно играет ключевую роль в определении внешнего поведения человека. Второй важный фактор в том, что люди свободны в решении, какой должна быть их жизнь в контексте врожденных способностей и ограничений и воспринимать себя в качестве основного контролирующего фактора своей жизни. Третий фактор во взгляде К. Роджерса на природу человека в том, что он в своей основе добр и обладает стремлением к совершенству и самая важная сущность природы человека в ориентировании на движение вперед к определенным целям, конструктивности, реалистичности и заслуживает доверие. Человек самоуправляем, а не управляем силами, не подвластными ему, человек позитивное и разумное создание, которое в глубине своей души хочет жить в гармонии с собой и с другими.

Полноценно функционирующий человек по К. Роджерсу это: 1) открытость к переживанию; 2) экзистенциальный образ жизни; 3) организмическое доверие; 4) эмпирическая свобода; 5) креативность. К. Роджерс в своей теории личности опирается на понятие «самость», как дифференцированную часть феноменологического (осознанное восприятие Я, то есть, что он собой представляет, как мы видим себя в связи с различными ролями).

Ирвин Ялом видит сущность человека в его базисном конфликте, который обусловлен «конфронтацией индивидуального с данностями существования». Данности существования – определенные конечные факторы, являющиеся неотъемлемой, неизбежной составляющей бытия человека в мире. И. Ялом выделяет четыре конечные данности: смерть, свобода, изоляция и бессмысленность. Для изучения содержания переживаний этих данностей необходима глубинная личностная рефлексия (отвлечение от повседневности, свобода, молчание и время).

Э. Берн в своем взгляде на личность как на комплекс интерперсональных отношений оригинален структурой личности, своеобразной трансформацией психоаналитической (в век операций, игр, алгоритмов) структуры личности (ид, эго, суперэго – в ребенок, взрослый, родитель) и особенностями трансакций в интерперсональном взаимодействии, наличием игр как механизмов психологической защиты жизненных сценариев (жизненных планов личности, неосознанных пьес, которые человек проигрывает в течение своей жизни). Один из учеников З. Фрейда Отто Ранк писал: «Психологические теории меняются, как мода, и по необходимости вынуждены меняться, чтобы стать доступными и описать существующий тип человека в его динамической борьбе за выживание и бессмертие». Да, действительно, теории личности возникают, но не сменяют друг друга, а дополняют, высвечивают более ярко те или другие стороны природы личности

человека, его сущности, пытаясь глубже проникнуть в закономерности ее функционирования.

История учения о человеке, его личностной природе во всем динамизме взглядов и воззрений на человека еще не написана, но она важна для психотерапевта в формировании у него понимания сущности человека в его повседневной жизни. Мы видим, что психотерапия – это не методики, техники, а нечто большее, куда и входят методики и техники.

Конечно, историю учения о человеке, его личности надо начинать с библейских времен, Гиппократа, Лукреция («О природе вещей»), Гельвеция («Об уме, о человеке»), Декарта («О правилах руководства ума»), Гегеля («Феноменология духа») и других исследователей.

Наша цель в том, чтобы дать материал для раздумий психотерапевту, в формировании у него тенденции вскрытия человека в его сложном многоуровневом, многофакторном, индивидуальном, неповторимом, уникальном в своем роде аспекте, то есть целостно в совокупности всех его проявлений на данном этапе развития.

Все приведенные воззрения ученых на личность, природу человека взяты из реальности, они искренне стремились познать истину такого сложного и универсального явления, как человек во всей его многоликости и многообразии жизненных проявлений, но с разных точек зрения. Психотерапевту важно быть знакомым с этими воззрениями, так как они дадут ему возможность уловить сущее, главное в данном

моменте жизненной ситуации пациента.

Приведенные выше взгляды на личность разных авторов преследовали прежде всего цель показать сложность и многогранность вопроса природы и сущности личности. В этом вопросе не следует искать предпочтительные, наиболее идеальные взгляды на личность, так как они отражают ту или иную сторону сущности человека, ту или иную позицию взгляда на человека. Этот раздел не был предназначен для освещения теорий личности, их изучения (для этого есть специально предназначенные монографии), а для общего ощущения сложности сущности личности, для того чтобы иметь в своем пассивном арсенале многогранность взгляда на личность.

Любая их этих теорий взята из реальной жизненной ситуации, в которой оказалась личность на каком-то этапе своего динамического развития, и стечение явлений и обстоятельств высветили те или иные свойства личности, которые наиболее актуальны в этой ситуации.

Важно помнить, что личность настолько сложна, что все эти теории верны и отражают реальность с учетом ситуаций и внутриличностной динамики. Они могут абстрактно противоречить друг другу, но в контексте личности с ее сложностью, многоуровностью, многофакторностью и изменчивостью – нет. Усвоив их как возможные варианты, имея в своем пассивном арсенале, врач, повторяем, может глубже уловить непосредственно свойства личности пациента.

Как считал К. Ясперс «по своей природе человек – существо незавершенное и потому он, именно как человек, не доступен познанию». В данном случае вернее сказать, что человек по своей природе неисчерпаем, бездонный, не застывший, развивающийся. Даже физиологически человек не застывший, неисчерпаем, и об этом говорят спортивные достижения, которые прогрессируют, а тем более психологические, личностные возможности развития в освоении окружающей действительности, использовании их в реальной жизни. Безграничность человека в его делах как фактор безграничности человека.

В то же время К. Ясперс определяет целое как «та незаметная на первый взгляд основа, которая управляет всеми частностями, ограничивает их и определяет пути и характер нашего понимания частностей». Мгновенное целое – «форма, в которой протекает психическая жизнь в данный момент времени». То есть врач в целом и психотерапевт в частности имеет дело с ситуационным целостным, целостным человеком в данной ситуации.

В заключение по данному вопросу К. Ясперс констатирует: «…постижение целостности отдельного человека – это не что иное, как обнаружение связей между всем тем, что нам известно об этом человеке… целостность заключается в идее всеобщей взаимосвязанности познаваемого». Он констатирует, что сумма характерологических качеств есть сущность души, а совокупность психических понятных связей – ее бы-

тия, и теории отражают истинную реальность, причинные связи составляют суть вещей. Только клинический подход учит и дает возможность специалисту в уме сделать относительно всеобщую взаимосвязь познаваемого, учитывать целостность пациента в данной его жизненной ситуации, с которой ему необходимо работать. Клинический метод позволяет в уме синтезировать все характерологические качества с учетом всех связей в целостную функциональную систему. К. Ясперс прав, что полного, всеобщего познания человека нет, так как и абсолютной истины нет, есть относительная, которая стремится приблизиться к абсолютной, и клинический метод идет этим путем, приближаясь к истинному познанию. То есть клинический метод обеспечивает наиболее приближенное понимание человека в его состоянии для наиболее адекватного психотерапевтического воздействия.

Основным методом исследования личности в медицинской практике, как известно, по-прежнему является клинический метод (В. М. Мясищев, В. Е. Рожнов, М. С. Лебединский, Б. Д. Карвасарский, Г. Е. Сухарева, М. Е. Бурно, В. Я. Семке и др.).

По этому поводу С. Я. Рубинштейн говорит: «Само собой разумеется, что в психиатрии, как и в любой области медицины, клинический метод исследования, синтезирующий все объективные данные о больном и о течении его заболевания, является основным методом исследования».

Клинический метод исследования личности целенаправ-

лен: «Клиницист ставит себе проблему, создает гипотезы, меняет условия в процессе своих исследований и, наконец, проверяет каждую отдельную гипотезу реакциями, вызванными беседой. Он является ведущим беседу и одновременно ведомым…» Ж. Пиаже (цит. по В. Г. Норанадзе).

Даже с практической точки зрения нет возможности исследовать всех больных экспериментально-психологическими методиками, так как нагрузка патопсихолога – исследование двух больных в день или 20–25 заключений в месяц (С. Я. Рубинштейн).

Сущности клинического метода, то есть целостного восприятия сложного объекта (человека), не придавалось большого значения в науке как методу. Сейчас вопросы и методы целостного восприятия сложных объектов стали актуальными в научной методологии в связи с появлением компьютерных технологий, методологий, восприятием сложных объектов, явлений, с оценкой общей ситуации.

Медицина с древнейших времен строилась на целостном восприятии такого сложного явления, как человек, на том, что в общенаучном плане только недавно началось изучаться. Важно отметить, что еще в одной сфере деятельности с самого начала был положен принцип целостного восприятия человека – это искусство и художественная литература. Отмечено, что искусство еще теснее, чем наука, связано с процессами непосредственного восприятия. Переводя общеизвестные факты прошлого на современный научный

язык, можно сказать, что искусство, по сути дела, – это метод изучения сложных систем, и наука и искусство объединяют, во-первых, предмет изучения (реальный мир, в том числе и человека), во-вторых, творческое начало. Клинический метод, клиника использовала в своем развитии с самого начала свойства человека, развивающие как науку, так и искусство.

В общем плане, в познании окружающей действительности и самого себя человеком наука и искусство дополняют и обогащают друг друга. Недаром Р. Л. Грегори считал восприятие прототипом мышления, а науку «своего рода опосредованным восприятием». Можно с полной уверенностью сказать, что на стыке соприкосновения науки и искусства, а вернее – на заре возникновения науки как феномена и искусства, возник клинический метод. Клинический метод, клиничность обозначают, в первую очередь, восприятие всех проявлений свойств и состояний человека, как соматически, так и психически с учетом социальных факторов. Выделение из этого множества проявлений свойств и явлений существенного, актуального, которое имеет доминирующее значение и которое влияет в первую очередь на состояние человека, даже если это на первый взгляд неочевидно для непосвященного.

В изучении такого сложного объекта, как личность, играет существенную роль структурный подход, то есть изучение структуры (архитектоники), функций составляющих свойства личности, их положения и роль внутри личности,

характера связей с целым, характера влияния частей на целое, их соединения в целом. В какой степени свойства целого повторяются в свойствах его отдельных составляющих.

Как при взаимодействии со средой у личности формируются новые свойства (вызов на требование среды и ситуации), так эти свойства интегрируются в целостную личность, ее объединяющий фактор.

Важную роль в формировании такого сложного целостного объекта, как личность, играет свойство внутриличностной гармонии или дисгармонии в патологии. Греческое слово «гармония» (hormonia) значит уравновешенность внутренних составляющих, соразмерность, стройность, соподчиненность, упорядоченность свойств, повторяемость целого в его частях, в их единстве.

Личность – динамическая система и в первую очередь обусловлена динамичностью ее интересов в зависимости от внутреннего состояния и меняющихся ситуаций, статусов, динамичности свойств частей и целостной личности, их взаимовлияния. В восприятии личностных внутренних свойств играет роль вскрытие латентных внутренних свойств, которые в любой момент могут вступить в действие, понимание их структуры и глубинных внутренних связей, взаимосвязей, назначений, причин и следствий.

Процесс понимания личности – это восприятие целостной структуры, где все свойства занимают свои положения и проявления, взаимосвязи, смысловые взаимодействия в дан-

ном случае на основе предыдущего опыта, узнаваний, уяснений. Чувствовать целостность – значит, иметь в виду, что человек рожден, учился ходить, говорить, ходить в школу, усваивал культуру микросреды, а в чем-то отрицал, развивался, самоутверждался в своем окружении, решал так или иначе свои проблемы, возникающие на всех этапах развития, приобретал опыт. Его сущность проявлялась и проявляется во внутренних переживаниях, размышлениях, в сформированной у него картине мира, в его восприятии этого мира, проявлениях эмоциональной, интеллектуальной и волевой сферах. Он через них выражает свою сущность, обладает самосознанием, конкуренцией своей сущности, которая существует латентно и проявляется в ситуациях ее актуализации, в гармонии и дисгармонии, в расстройствах, патологии.

Важно, как показывают наблюдения, постоянно помнить и чувствовать, что он живое существо, то есть постоянно чувствующее, переживающее, заботящееся о себе, о своем самочувствии, здоровье, формировании и поддержании себя как человека с определенным самосознанием.

Важно учитывать личность в ситуации, и как результат этого – ситуационная личность, то есть перестроенная своими внутренними составляющими соответственно ситуации, но сохранившая свою самоидентичность в ситуации, это интересы личности в данной ситуации. Ситуационная личность – это позиция личности, ее Я в данной ситуации, ее стратегия и тактика, то есть оппозиции или синергизма, человек

весь в ситуации или у него преобладают более высокие тенденции, чем ситуации, и т. д. Клинический метод предполагает изучение личности с ее особенностями, и расстройств в их диалектическом единстве, базирующемся на биологической почве, в взаимосвязи психики и сомы.

Клинический метод, подход формировался еще до нашей эры в процессе изучения сущности человека в его многообразии единства психики и сомы, сущности расстройств, нарушений функций организма, в том числе и в сфере психики человека. В процессе изучения этого единства происходил и происходит анализ взаимосвязей этих факторов, проникновение в глубину сущности связей между расстройствами породило нозологию. Все это составляет клинический подход, и он углубляется и расширяется за счет многих новых способов, методов исследования, асимилируя их для единой цели – более полного и более углубленного изучения природы и сущности расстройств с целью более успешного лечения, коррекции этих расстройств и болезней. Не надо забывать и тот факт, что многие так называемые психологические методики изучения личности вышли из клинического метода. Так, MMPI и другие тесты явились результатом наблюдения над работой психиатров, записи их вопросов, статистического и иного обобщения их работы.

Общеизвестно, что в познании личности человека следует выделять свойства человека и свойства, особенности восприятия воспринимающего, изучающего, то есть процесс и

результат восприятия целостного образа зависит от свойств и особенностей самого объекта восприятия. Способность психотерапевта воспринимать другого человека, его сущности, его проблемы, соотношение сущности человека и проблемы, проблемы через сущность.

Клинический метод предполагает восприятие, узнавание типичного, сомнение в типичности, проверка и перепроверка этого, анализ соотношения признаков с другими типичностями в их варианте атипичности, возможными вариантами, синтез всего полученного материала, допущение возможности случая, еще не известного, расширение возможности случая других категорий, отделение существенного в данном случае от несущественного, допущение вероятности роли несущественного. Синергизм и антагонизм свойств и явлений, и на этой почве при полном синергизме одно, при антагонизме другое, а при наличии того и другого третье.

Поэтому при клиническом подходе имеет главенствующее значение опыт, наблюдение над случаями, взаимоотношение опыта и теории, при котором теория обогащает опыт, делает его более глубоким, разносторонним, дает оттенок вероятного прогнозирования при недостаточности данных, ранних этапах расстройств, а опыт уточняет теорию. Анализ и синтез полученных данных, их соотношения с нозология-ми, их вариантами приближают нас к истине. Здесь важны уровни базисных, исходных знаний, накопленного опыта, то есть видеть случаи, их варианты и инварианты.

Клинический вариант изучения случая Т Н И, где Т – типология личности, Н – нозологии, расстройства и их типологическая сущность и И – индивидуальность, неповторимость личности и случая, хотя предварительно рассматриваются жалобы пациента, свойства расстройств.

Психотерапия, по нашему мнению, прежде всего – наука о человеке, его жизнедеятельности, в том числе и душевных трудностях, страданиях, отклонениях в природе его функционирования (как в рамках нормы – психопрофилактика, так и патологии) и на этой основе его трудности и трудности его окружения и с помощью психотерапевтической деятельности нормализация функционирования человека, устранение или облегчение страданий, трудностей у него и его окружения. Определение чего-то не может полностью отобразить сущность явления, тем более такого, как психотерапия, но все освещают существенное по их понимании.

В. Е. Рожнов определил психотерапию, как «комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе и своему состоянию и окружающей среде», которое носит и педагогический оттенок, потому что сразу указывает психотерапевту, что делать в своей работе. Б. Д. Карвасарский дает определение более лаконичное и академическое: «…психотерапия как система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного». Оба

определения носят лечебный, медицинский уклон.

В. В. Макаров определяет: «Психотерапия – это процесс психологического упорядочивания прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонизации с собой и миром в настоящем», что делает упор на гармонизацию развития.

Клиническая психотерапия. Как из стволовых клеток вырастают все органы и ткани, так из клинической психотерапии появляются разные модальности. Брались и берутся одни из сторон клинического, целостного подхода факторы, проявления, абсолютизируются до свойств целостного человека эти отдельные факторы, проявления личности и появляются, таким образом, модальности. То есть, происходит редукция, упрощение человека, его природы, проявлений, сущности. Так же происходит и редукция психотерапевтических воздействий. Например, в гештальттерапии – это проблема фигуры и фона (гештальта), в поведенческой психотерапии проблема условного и операционного подкреплений, в психодрамме – явление катарсиса и формирование других способов поведения, в психоанализе – проблема соотношения оно (либидо в широком смысле этого слова), то есть катексис и контрккатексис, в символодрамме через мотивы проекции, осознание вытесненных комплексов, в психосинтезе – формирование и укрепление объединяющего центра «Я», которое подчиняло и управляло бы всеми сферами человеческой жизни и т. д. Модальности, их развитие играют положительную роль, так как изучают, разрабатывают в тон-

костях и глубоко отдельные стороны психической деятельности, отдельные, фрагментарные психотерапевтические механизмы. Так что, модальности вышли из клинической психотерапии, обогатились отдельными тонкостями, глубиной отдельных факторов, проявлений, и могут быть возвращены на свое место в целостное восприятие человека, в целостное воздействие по нормализации его жизнедеятельности.

Бесспорно одно, психотерапия – это всегда помощь, которая носит характер, исходящий из понимания природы человека, его личности, природы расстройств, их сущности. Поэтому разные психотерапевтические школы, исходящие из своих представлений о причинах, природе и механизмах расстройств, имеют свои модели помощи.

Бесспорно, жизнь человека – это изменения и перемены, этапы дезадаптации и адаптации. Естественно, человек изменяется волнообразно и парциально. Есть этапы ригидности в целом, есть этапы изменения в чем-то, но сохранения себя без изменений в чем-то ином, то есть изменения не носят тотальный характер, не захватывают личность в целом. У человека присутствуют этапы зависимости от среды и этапы автономности, он управляем средой и в то же время он влияет на свою среду, управляет ею в какой-то мере, может сменить ее, среда оказывает на него влияние, и он влияет или пытается оказывать влияние на нее.

Вопросы изменения человека, его развитие и константности, их периоды, этапы, тотальность в этих вопросах и пар-

циальность, закономерности этих естественных процессов, к сожалению, недостаточно освещены в литературе, хотя для развития психотерапии имеют важное значение.

Психотерапия – наука о человеке, о целостном человеке (в отличие от психологии, физиологии, биологии и т. д.) в многогранности и единстве его бытия, как о самоорганизующейся и развивающейся живой (чувствующей) единице в физической, душевной и духовной, социальной сферах одновременно, чего ни одна из других дисциплин сделать не может в силу своей специфики, и на этой основе нормализация ее жизни во всех сферах, в частности и в ее сущности в целом. ***Хочется повторить еще раз, что в кабинете*** психотерапевта человек един, неделим с его проблемами, расстройствами, и его состояние зависит от общего состояния здоровья, самочувствия, душевных переживаний, самореализации, саморазвития, материальной удовлетворенности, чувства уверенности в безопасности, отношений в микросреде, и все это в динамике, в прогрессивном развитии. Слова С. Л. Рубинштейна верны, как никогда, когда он говорит о том, что личность целиком не входит в психологию и не может быть предметом изучения только психологии.

Личность, человеческий индивид, как результат социально-психологического и биологического единства в своем обособлении, имеющий свое развитие и функционирование, направленное на полноценную, приемлемую для него жизнедеятельность, развивающийся под влиянием контакта, взаи-

модействия своего внутреннего мира и среды. Человек формирует свои цели, задачи, смысл своего существования в своем внутреннем мире и среде, осваивает природу в своих целях и создает культуру своей среды, проявляет единство, неповторимость и в достаточной степени общность с окружающей микросредой, обществом в целом для совместной жизнедеятельности. Он формирует с помощью механизмов самосознания свою сущность и защищает ее с помощью механизмов психологической защиты.

На базе клиники, клинического подхода развилась психотерапия за рубежом и у нас. Повторяем, так же, как MMPI и другие тесты явились результатом наблюдения над работой психиатров, статистического и иного обобщения их работы, так и все «неклинические» психотерапевтические методики в большей или меньшей степени вышли из клинической психотерапии.

Многие психотерапевты, работая в клинике, в силу тех или иных причин начали придавать большое значение каким-то отдельным факторам, присутствующим в общей клинической картине или вскрываемым в процессе проводимой психотерапевтической работы, развивали их до отдельных методик, направлений в психотерапии. Так, например, К. Роджерс создал свои «помогающие отношения», которые многим психотерапевтам даны от природы и они говорят: «А разве может быть иначе в подавляющем большинстве случаев в процессе проведения психотерапии, разве другие от-

ношения возможны». Эти факторы проявляются и в других сферах человеческой деятельности. Так, К. С. Станиславский, будучи второсигнальным, мыслительным типом с вечными сомнениями (психастеник), попав в театральную среду, в силу личностных особенностей трудно входил в роль и внутренне был вынужден создать свою театральную школу. По таким или иным аналогиям, очевидно, создавались многие психотерапевтические школы, то есть компенсаторно или по пути личностного роста и развития.

У нас в стране в целом развивалась клиническая психотерапия, хотя в публикациях в некоторых случаях и были цитаты и высказывания идеологического характера, но в целом она развивалась сообразно клинической картине болезни или расстройства и носила лечебный характер. В этом ее непреходящая ценность и актуальность в настоящем и будущем.

Да, важно изучение в наше время вопроса агрессии в целом, разработка механизмов ее возникновения (фрустрационная, наученная и т. д.), но важно идти дальше и устанавливать, у кого они проявляется, в рамках каких расстройств и ситуаций (незнакомая ситуация, некомпетентность в ней; у фрустрированного человека, который в преморбиде был в рамках нормы; у человека уже с невротическими расстройствами или реактивным состоянием; у психопатической личности; у душевнобольного человека, у человека с органическим поражением ЦНС и т. д.).

Случившийся разрыв в развитии психотерапии в нашей стране носит искусственный, кажущийся характер. Психотерапия в реальности развивается плавно, исходя из наличного этапа развития, ускоряя или замедляя свое развитие в целом, и в отдельных странах в частности. Так, психоанализ был порожден гипнозом, его феноменами. В то же время своеобразный «экстремизм» классического психоанализа породил многие школы, которые компенсировали его «односторонность» взгляда на сущность человека. С. И. Косторум считал, что появление рациональной психотерапии, работы П. Дюбуа и Э. Дежерина, явились результатом желания компенсировать односторонность гипнотерапии путем воздействия на интеллектуальную сферу с целью перестройки личности пациента. Когнитивная психотерапия как трансформация рациональной психотерапии – направление, которое придерживается мнения, что образ мышления, стиль восприятия окружающей действительности определяют настроение, самочувствие человека (а не наоборот). Нейролингвистическое программирование (НЛП) зиждется на феноменах самовнушения, внушения, принципах построения лечебных внушений в гипнозе, условных рефлексах и т. д. Гештальт-терапия базируется на таких понятиях как «доминанта», «установка», «напряженность поля», на феноменах неоконченных действий. Терапевтические сообщества напоминают нам до боли знакомые принципы А. С. Макаренко. Так что привнесенные западные техники, методики для оте-

чественных клинических психотерапевтов не являются чем-то инородным, так как фрагменты их присутствовали в их повседневной работе, оттуда они и вышли (представив их выпукло, формализовав, придав им форму отдельных направлений). Если на таком генетическом уровне посмотреть на них, понять их терапевтические механизмы, проанализировав свою практическую работу, то тогда они легко усваиваются, утилизируются в практическое применение.

Особым, вторым потоком (исключая упомянутые выше клинические психотерапевты) идут «психотерапевты новой волны», усвоившие и имеющие в своем арсенале одну или несколько только западных техник и методик. Как справедливо отмечено в литературе, механическое перенесение западных подходов в наши условия привело к некоторому разочарованию в их эффективности (В. В. Макаров). Это действительно так и обусловлено тем, что:

1. У данной группы психотерапевтов нет четкого представления о механизмах целебного воздействия техник, методик, их точки приложения.

2. Развивающаяся своеобразная вера, фанатизм в возможности данной техники или методики, исключая другие пути воздействия, и ставятся задачи, превышающие их возможности, не всегда учитывающие особенности данного клинического случая.

3. На Западе эти техники, методики применяются на стадиях первичных реакций на психотравму, так как там об-

ращаемость к психотерапевту на второй, третий день, то есть до появления стойких расстройств (на донозологической стадии по МКБ-9). У нас их, как правило, применяют уже на стадии сформированных стойких расстройств.

Трудности в становлении врача как психотерапевта в том, что он недостаточно усваивает общие тенденции развития психотерапии, ему чаще преподаются разрозненные отдельные методики, тогда как справедливо, что обучение специалиста в данной ситуации должно носить ориентирующий характер, дающий врачу возможность ориентироваться в многочисленных методиках, школах и литературе о них.

Прошли времена, когда психотерапия противопоставлялась другим методам лечения. Наоборот, сейчас все видят эффект взаимопотенцирования психотерапии и других методов лечения. Был этап в развитии психотерапии ортодоксального отношения к методикам, утверждение какой-то одной методики и отрицание других. Это позволяло некоторым ученым выражать скепсис по отношению к состоянию дел в психотерапии (гипнолог говорит: «Закрой глаза, и ты будешь здоров»; сторонник рациональной психотерапии: «Открой глаза, и ты будешь здоров»; психоаналитик: «Полюби меня, и ты будешь здоров»).

Наличие на данном этапе развития психотерапии еще большего множества психотерапевтических школ, направлений, методик, техник можно приветствовать только при некоторых условиях.

Во-первых, психотерапия – это не просто набор методик. Объектом и фундаментом психотерапии как науки является личность. Именно понимание сложности и многогранности предмета, объекта психотерапии, то есть личности, дает уважение к этому множеству школ, направлений, методик и техник. Нужно учитывать, что до сих пор нет общепринятого определения личности, которое охватило бы всю совокупность свойств человека, его глубину и многообразие, удовлетворяло бы психотерапевтов во всех случаях практической работы, высвечивало бы мишени психотерапевтического воздействия, показывало бы ширину и глубину расстройств функционирования личности на социально-психологическом уровне и органном физиолого-биохимическом реагировании и высвечивало бы возможные предположительные особенности психотравмы и характер реагирования как в рамках нормы, так и патогенные.

Многообразие ситуаций, неповторимость личностного развития, и в том числе типизация на определенном уровне, совпадение этих многообразий, их частота повторений высвечивают те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования. Все это содействовало и будет содействовать формированию многочисленных подходов к личности человека, путей решения его проблем как в «нормальном», так и в «патологическом» состояниях.

Вторым условием является четкое понимание терапевтических механизмов каждой из методик, тех задач, которые

каждая из них наилучшим образом решает, учет терапевтических концепций, временных возможностей психотерапевта, его профессиональных навыков, культуральных особенностей больного и его среды.

В-третьих, (что в литературе не отражено, но имеет большое значение для практической работы), ***это – путь, направления, этапы, психотерапевтическая тактика процесса «превращения» больного в здорового***.

Как показал анализ работы психотерапевтов, сейчас психотерапия работает в большей степени на уровне сопричастия психотерапевта с пациентом, его волнениями, беспокойствиями, расстройствами. Именно эффект сопричастия, прикосновения к беде другого человека играет сейчас ведущую роль в механизме психотерапевтического воздействия, то есть разделить с ним его переживания, дать возможность пациенту найти не только сочувствующего, созвучного ему, но и единомышленника в этом вопросе. Пациент действительно от такого контакта испытывает облегчение своего состояния. Поэтому и роль психотерапевта занимает сейчас доминирующее, подавляющее значение в психотерапевтическом процессе, но при этом упускаются, затушевываются другие составляющие процесса психотерапии. Не снижая роли психотерапевта важно разрабатывать, внедрять и увеличивать удельный вес, значение в лечебном процессе технологии, конкретное содержание превращения пациента в здорового при острых заболеваниях или состоянии компенса-

ции, относительно здорового при хронических заболеваниях. Ведь наука начинается там, где есть возможность повторения, а не уникальность исполнителя, трудности исполнения повторяемости. Отсутствие в психотерапевтической работе такой целенаправленной деятельности психотерапевтов в какой-то степени низводит психотерапию только к духовной деятельности, к работе «духовника» на его уровне. Ведь психотерапевт должен работать не только на духовном уровне (священник делает это намного лучше, пациент и ждет от него этого), но и на уровне специалиста – осуществление технологии превращения больного в здорового, конкретного содержания этого психотерапевтического процесса. Сопричастность, хороший контакт психотерапевта с пациентом повышает эффективность реализации этой технологии. Психотерапия будет развиваться за счет увеличения удельного веса технологии психотерапевтического процесса, разработки ее конкретного содержания, уменьшения роли субъективного характера. Пациент для психотерапевта должен проходить по этой технологии, а для психотерапевта пациент хочет ее пройти, чтобы быть здоровым.

Этот путь имеет общие закономерности, задачи, и этапы, и понимания этих закономерностей необходимо. Поэтому важно на данном этапе развития психотерапии (когда оно шло только путем разработок новых методик, техник, направлений) переключить внимание как в теоретическом, так и в практическом аспектах на «технологию» психотерапев-

тического процесса и этапы «превращения» больного в здорового или достижения стойкой ремиссии.

Психотерапевтическую «технологию» и тактику нельзя формализировать как «техническую» технологию, даже как хирургическую. Каждый психотерапевт индивидуален, неповторим и для себя и для больного является «своей особенностью». Но психотерапевт, чтобы иметь право использовать свою индивидуальность, свой особый творческий путь, должен не только знать механизмы психотерапевтического воздействия основных школ и направлений, но и иметь (и это важно) в своих профессиональных представлениях общие закономерности, этапы тактики превращения больного в здорового. Выработать у себя особый «психотерапевтический здравый смысл» является основой этой цели. Такой подтекст дает возможность психотерапевту реализовать свою творческую индивидуальность в работе, придерживаясь терапевтической целесообразности.

До настоящего времени психотерапия развивалась за счет расширения количества методик, техник, направлений в поисках наиболее эффективной, что способствовало одностороннему более глубокому познанию природы человека, а в совокупности – его многогранности. Делалась попытка повышения эффективности путем интеграции методик, то есть интегративной психотерапии, которая строится на концептуальных тезисах различных теоретических систем психотерапии.

Наш подход предполагает не синтез различных методов психотерапии с целью более полного, тотального воздействия на больного, а опирается ***на закономерности процесса превращения больного в здорового, технологию этого процесса, его конкретное содержание***. По аналогии, например, в строительстве есть много видов кладки кирпича, но все дело в том, что архитектор хочет строить, какое здание, какую технологию выбирает. Так же в психотерапии процесс восстановления нормального функционирования психики и сомы в их единстве, особых взаимосвязях, с учетом природы и сущности расстройств, то есть процесс превращения человека с расстройствами в здорового, учет этапности этого процесса, конкретное содержание психотерапевтической работы в этом процессе. Те или иные методики применяются в зависимости от этапа психотерапевтического процесса, его задач, временных возможностей и их затрат, культуральных и личностных особенностей больных.

Надежды найти особую, совершенную, «абсолютную» психотерапевтическую методику нет и быть не может, иначе произошло бы порабощение человека, и его природа, сущность позаботилась об этом. Так что будущий этап развития психотерапии – исследование, усовершенствование процесса превращения человека с расстройствами в здорового, этапов этого процесса и конкретного содержания этой работы.

Важно также подчеркнуть, что психотерапия проводится на уровне обыденного сознания, так как в некоторых ситуа-

циях люди часто стремятся «жить в кабинете психотерапевта» на уровне интеллектуальной сферы, а не реальной жизни, своих реальных действий и поступков, и это надо учитывать в построении психотерапевтической тактики. Выражение «О как печально, что истина так проста» имеет отношение и к психотерапии. Поэтому важно не усложнять, интеллектуализировать ее, а вскрывать глубинные корни, составляющие этих простых истин.

Как показал наш опыт, психотерапевтическую технологию превращения больного в здорового целесообразно осуществлять комплексно, воздействовать на больного в бодрствующем состоянии и в гипнотическом, то есть, как сейчас говорят, в трансовом. Наши исследования эффективности воздействия на больного с целью изменить параметры определенной школы MMPI по сравнению с исходными до воздействия показали, что наименее эффективно воздействие и по степени и по длительности сохранения этих изменений при работе с больным лишь только в бодрствующем состоянии. Более выражена степень воздействия при воздействии в гипнотическом состоянии, но наиболее при сочетании работы с больным в бодрствующем состоянии и закрепление всего этого в гипнотическом. Работая с больным в бодрствующем состоянии, пытаться, чтобы он сознательно, исходя из своей сущности, а не ситуационного состояния, перерабатывал наше воздействие, принял бы его не только к сведению, но и внутренне усвоил его, сознательно не только смирился

с чем-то новым, необходимым, но и стал его сторонником. В гипнотическом состоянии закрепить все это, то есть воздействовать прямо на бессознательную сферу. Вторым моментом является перестройка восприятия микросреды под таким углом, чтобы эти восприятия поддерживали изменения и не возвращали к старому.

В клинической психотерапии кроме технологии процесса превращения больного в здорового, комплексного воздействия идет еще и третий процесс – воздействия на уровне психотерапевтического процесса:

Н Т И.

При этом: первый уровень – нозис (Н), то есть решение тех целей психотерапевтического процесса, которые решаются в рамках сущности нозологии, общие для всех больных с данной нозологией; второй уровень – личностно-типологический (Т), то есть адаптация психотерапевтического процесса к личностным особенностям с их учетом; третий уровень – индивидуальный (И), то есть учет неповторимости, индивидуальности каждого человека и особенностей расстройств данного индивида.

Клинический подход – это не статика, а динамика, то есть оценка состояния пациента в динамике, и на этом основании построение и коррекция лечебного процесса с целью достижения нужного в данном случае результата.

В психотерапевтической литературе не уделяется должного внимания материальному субстрату, на котором разыгрываются психические процессы, не поднимается вопрос соотношения материального и идеального, степень зависимости идеального от материального. Еще математик Пифагор за несколько столетий до нашей эры высказал свое суждение о том, что мозг является местом средоточения психической деятельности. Аристотель средоточением психической деятельности, то есть жизни человека, считал сердце. Оба они по-своему правы, потому что сердце является средоточением психической деятельности виртуально, а мозг – материально. В то же время в литературе психическая деятельность освещается как виртуальные процессы, существующие сами по себе. Данные исследований, приводимых в сугубо медицинской литературе, показывают, что вес мозга человека составляет 2 % от веса всего тела (1500 г), но кровоток в мозгу составляет 15–17 % от всего кровотока в организме. На функционирование мозга затрачивается 20 % кислорода и 25 % глюкозы от потребления всем организмом. Мозг из кровотока утилизирует 50 % кислорода и 10 % глюкозы. То есть мозговая деятельность обеспечивается высокими энергетическими затратами, высоким уровнем метаболизма.

Психогении, то есть неврозы, реактивные состояния, постстрессовые расстройства, декомпенсации личностных расстройств возникают вследствие интенсивности, личной значимости и длительности истощаемого воздействия на

ЦНС в целом и на нейрон, и он в истощенном состоянии не справляется с обеспечением протекания психических процессов и происходит формирование расстройств. Поэтому наряду с проведением психотерапии важно укреплять нейроны, их энергетические возможности, что будет способствовать повышению стрессоустойчивости человека, создавать почву для успешности психотерапии, так как в конечном итоге результат психотерапевтического воздействия обеспечивается и закрепляется функциональным состоянием нейронов. Важно и необходимо включать в психотерапевтический процесс и общеукрепляющее лечение, чему не уделяется внимание в психотерапевтической литературе последних лет.

У многих людей возникают психологические проблемы из-за нарушения процесса научения, процесса развития в положительном направлении, и одной из целей психотерапии является восстановление этих процессов. Особенно это актуально при наличии пограничной патологии (неврозы, реактивные состояния, расстройства личности, зависимости). Поднять с больными вопрос положительного развития как непременного атрибута жизни. Поставить им вопрос о том, куда они идут в своей жизни, в какую сторону развиваются, какие новые свойства, способности, умения, процессы формируются в процессе их жизнедеятельности. Происходит ли становление, формирование внутренних чувств состояния психической стабильности, устойчи-

вости как предпосылок адекватного, положительного целенаправленного развития. Важен фактор формирования правильной претензии к своему состоянию, самочувствию, учитывая особенности и потенциал функционирования сомы и психики, процесс и характер адаптации к естественной жизни.

В процессе жизни идут два процесса, часто сочетаясь. Первый – функционирование, то есть применение уже существующих навыков, способностей, ресурсных состояний психической деятельности. Второй – становление качественно новых, формирование ранее не имеющихся свойств и приемов душевной жизни, переход функционирования психики на новый уровень, то есть того, что способствует развитию целесообразности в жизни (выживанию, самосохранению, самоутверждению в общечеловеческом смысле, повышению своего статуса как человека с определенными душевными качествами), в противоположность негативному развитию, приобретению навыков.

Развитие себя через положительное подражание другим людям, подражая их стремлению к развитию, к прогрессу, и закалять себя к испытаниям, которые могут встретиться в жизни, умению разрешать противоречия в пользу стабильности, положительному самоутверждению в жизни в целом, а не сиюминутно, ситуационно.

Способствовать возникновению идей, мыслей, представлений, возможностей, навыков изживать, справляться со

страстями, желаниями, которые приводят к неадекватному, отрицательному пути развития и дезадаптации. Эгоизм – это удовлетворение каких-то страстей, желаний сиюминутного характера, болезненного самолюбия и, в конечном итоге, во вред себе в общечеловеческом плане.

О психотерапевте, его качествах, свойствах существует огромная литература (В. М. Бехтерев, К. И. Платонов, В. Н. Мясищев, В. Е. Рожнов, И. С. Сумбаев, И. З. Вельвовский, Н. В. Иванов, П. Д. Карвасорский, Д. В. Панков, В. Я. Семке, В. В. Макаров, М. Е. Бурно, А. Б. Хавин, В. П. Колосов, Ю. Л. Понровский, Ю. В. Мельников, А. С. Слуцкий, Н. Н. Свидро, Б. Е. Егоров и др.). Хочется только упомянуть некоторые емкие и актуальные высказывания по этому вопросу К. Ясперса. Он главным видит в психотерапевте сочетание высокой мудрости, непоколебимой доброты и неискоренимой надежды. По его словам, важно психотерапевту выработать у себя противоядие к презрительному отношению к людям (цинизм), так как нередко пациенту психотерапевтов, своими поступками могут вызвать эти чувства, и психотерапевт может защититься только своей фундаментальной позицией – стремление оказать помощь человеку как таковому. Необходимо обладать жизненным и практическим опытом, определенным объемом медицинских знаний, интенсивной духовной работой, самодисциплиной, опытом познания мира и людей. К. Ясперс подчеркивал, что врач и пациент часто вступают в борьбу друг с другом.

В одних случаях это борьба за превосходство, в других – за достижение большой ясности.

До настоящего времени личностный фактор психотерапевтом играл центральную роль. Такая позиция в психотерапии и остается, но необходимо делать все больше акцент на технологию психотерапевтического процесса, его содержательной стороны – превращения больного в здорового и в состояние компенсации при хронических заболеваниях. Необходима в первую очередь готовность больного пройти этот путь, осознание потребности этого в его случае, настрой и формирование способности меняться, становиться другим, здоровым, то есть подвергнуться психотерапевтическому воздействию, трансформироваться в человека с другими свойствами и требуемого характера, изменяться в чем-то.

Важно менять имидж психотерапии, то есть не просто оказание помощи, облегчение страданий, хотя это и делается на начальном периоде психотерапевтического процесса, психотерапевтической технологии, но это не ее главная цель. Необходим настрой на свои изменения, личностный рост на фоне редукции расстройств. Сперва обговаривание с пациентом этого процесса, настрой на него, самовоображение и самопредставление этого процесса своего изменения под руководством психотерапевта. Выполнение этого адаптационного процесса в состоянии аутогенного погружения, техники НЛП, закрепление всего этого в гипнотическом состоянии.

По поводу личного анализа и личного тренинга, что является необходимым атрибутом для западных психотерапевтов, можно сказать, что он начинает внедряться у нас, стоит на повестке дня для наших психотерапевтов. Естественно, личный анализ и тренинги важны в арсенале психотерапевта, так как дают ему возможность почувствовать эти процессы психотерапии на себе, дают опыт и представления о том, что происходит с их пациентами (осознание себя, своих свойств, движущих сил, заставляющих человека поступать так, а не иначе, отстаивать что-то, какие-то ценности, видеть свое достоинство в тех или иных проявления, а также, что значит отказываться от каких-то своих атрибутов жизни, ценностей, представлений и меняться, менять свои представления о ценностях, значимостях и атрибутах жизни, механизмах психологической защиты, сопротивление психотерапевтическим воздействия).

Проведение глубинного личностного анализа не редко способствует своеобразной стигматизации, типизации, шаблонизации, возникновению сопротивления другому, которого не было в процессе его анализа.

Так, К. Ясперс цитирует высказывание Кунца: «Случайно ли, что только «непроанализированному» Фрейду удается время от времени преодолевать горизонты психоанализа, и тогда как никто из его «проанализированных» последователей так и не сумел осуществить ничего подобного».

Важно личный анализ психотерапевта, тренинги не абсо-

лютизировать и относиться к ним диалектически, ведь проходить самому и делать, проводить это у других не одно и то же, не идентичные процессы, разные позиции видения психотерапевтической технологии. На это нужно нацеливать психотерапевтов при их подготовке как специалистов.

Необходимо помнить в своей терапевтической работе, что есть расстройства, где первичную, главенствующую роль играют нарушения биологического уровня, а не психологического, то есть психологические нарушения вследствие биохимических поломок, и повлиять на них, изменить их психотерапевтически в начале лечения сложно. В данных случаях необходимо произвести сперва сдвиг на биологическом, а в дальнейшем присоединить психотерапевтический уровень. Так что на первом уровне работы в таких случаях не анализировать, не разбирать на психическом уровне, а диагностировать расстройства сами по себе. Избегать биологизации и психологизации, а видеть диалектическую взаимосвязь и понимать, что есть явления психического характера, на которые нельзя повлиять биологическими методами лечения и есть расстройства биологического уровня, на которые так просто повлиять психотерапевтически нельзя. Переоценка психотерапии, психотерапевтических методик, их возможностей, только вредить, дискредитирует психотерапию.

Реалистическое, сдержанное отношение к биологическим методам лечения приносит реальный успех лечению соматических заболеваний, но в то же время упускаются психи-

ческий фактор, психическая среда человека, личностная реакция на болезнь. Все же соматологи больше уделяют внимание психическим факторам, расстройствам при соматических заболеваниях, чем психотерапевты биологическим нарушениям, которые проявляются на психическом уровне.

Еще раз подчеркиваем необходимость не допускать трансфер личного анализа, перенос его на пациентов, осторожно включать в психотерапевтический процесс. Важно знать и всегда помнить, что это твой анализ, твой опыт, а пациенты – люди другие, другие типы личности, другой опыт, другая специфика нарушения, другой контекст жизненной ситуации пациентов.

Мы не должны забывать, пренебрегать медицинским опытом подготовки специалистов, то есть знать психопатологию, нозологию, клинические типы личности, клинические демонстрации, разборы. Большим подспорьем в приобретении психотерапевтических знаний являются образные клинические описания, которые дают возможность представить, прочувствовать природу нарушений, процесса психотерапевтических технологий, внутренние механизмы изменений у пациентов при психотерапевтических изменениях.

Глава 1. Психогении и расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

1. Психогении

Понятие психогении обозначает класс расстройств, обусловленных возникновением, наличием личностно значимых психотравм. В класс психогений входят неврозы, реактивные состояния. Важно учитывать тот факт, что психические травмы приводят к состоянию декомпенсации при расстройствах личности и поведения у взрослых (психопатии), утяжеляют форму течения многих заболеваний, а при ремиссиях часто приводят к рецидиву многих заболеваний, в том числе и соматических.

Психическая травма, как своеобразный психический феномен, недостаточно разработана (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1974 г.). Одно и то же «событие» в жизни одного человека не является психической травмой, которая вызывала бы переживания патологической степени выраженности, а у другого является. Все зависит от того, с чем человек себя идентифицирует, что входит в его структуру Я, через какие явления, события он выражает свою сущность,

также от силы его Я, умения дистанцировать это Я от патогенных воздействий, расширять эти переживания до понимания таких же переживаний многих людей и проявлений этих психогений в обществе.

Психогенность, то есть способность вызывать психогении, того или иного явления, зависит от микросреды – реакция престижной группы, дух соперничества, ситуационно актуализиция каких-то сторон жизни, качеств, степень признания микросредой каких-то свойств, качеств человека.

В клинической картине реактивных состояний психическая травма звучит в жалобах больных, в их переживаниях, которые лежат на поверхности (катастрофы, потеря близких, оскорбления, унижения и тому подобное).

В клинической картине неврозов при наличии невротических расстройств (астенический, обсессивно-фобический синдромы, истерические моносимптомы) психическая травма не осознается вовсе или осознается, но не соотносится с невротическими расстройствами напрямую. В некоторых случаях при уточнениях может больным признаваться существование и проблемы психотравмирующей ситуации, но в жалобах звучат расстройства, озабоченность ими.

2. Психотерапия неврозов, общие вопросы, закономерности психотерапевтического процесса

С тех пор как W. Gullen в 1776 г. ввел термин «невроз», его рамки клинических проявлений расширялись, суживались или вообще его существование пытались отрицать как самостоятельную форму заболевания, но понятие «невроз» продолжает существовать и его актуальность только возрастает.

Диагноз «невроз» в конечной ситуации будет существовать пока существует человек, так как это расстройство вскрывает сущность человека, его природу и в какой-то мере способствует жизни человека в трудных, психотравмирующих условиях, а не дань исторической традиции, как трактуют некоторые авторы. Тенденция редукции, упрощения наблюдается и в клинике пограничной психиатрии. Унифицирование через редукцию, к сожалению, упрощает клинические тонкости, играющие важную роль в построении терапевтической программы.

Невроз – специфическая форма существования для данного человека с учетом его индивидуально-личностных особенностей, в психотравмирующей обстановке, с возникновением невротических расстройств, носящих психогенную

причинность, функциональный, обратимый характер как компенсация за смягчение или ситуационное снятие патогенного воздействия психотравмирующего фактора. Подчеркиваем, невроз – вынужденный способ существования человека в трудной, почти непереносимой психотравмирующей для него обстановке, то есть своеобразный способ компенсации.

В силу травматизации, ее выраженной значимости для человека порождается аффект, который непереносим и вытесняется. Вытесненный аффект создает своеобразную почву для своего уравновешивания путем формирования расстройств как эквивалента компенсации этих аффективных состояний, их уравновешивания.

Вытеснение аффекта, подавление – это не психоанализ в прямом смысле слова, это факты природы, встречающиеся при этих расстройствах, а вскрытие этих фактов более выпукло сделано в рамках психоанализа. Клиника, клинический подход исходят из учета природы и сущности расстройств, беря из всех дисциплин то, что вскрывает сущность человека и расстройств. Нельзя смотреть на клинический случай сквозь очки определенной школы, направления – это ограничивает рамки целостного видения случая, а следует изучать и учитывать сущность расстройств, исходя из их природы.

И. И. Сергеев подчеркивает, что один из постулатов лечения неврозов – это ведущая роль психотерапии и подчинен-

ное, вспомогательное место психофармакологии[1].

Исходя из клинической сущности природы невроза построена наша технология лечения, ее этапы, конкретное содержание психотерапевтического процесса.

Во вступившей в действие МКБ-10 имеется большой раздел расстройств (F-4) «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Для психотерапевтов важно учитывать, что во введении к МКБ-10 указывается: «В этом разделе находится большинство расстройств, рассматривающихся в качестве неврозов теми, кто использует эти понятия, за исключением депрессивного невроза и классифицированных в последующих разделах других невротичесских расстройств». Хотя традиционной дифференциации между неврозами и психозами в МКБ-10 нет, но симптомы невротического регистра могут встречаться не только в чистом виде (т. е. невроза в МКБ-9), но и при шизотипических расстройствах, расстройствах зрелой личности и поведения у взрослых (МКБ-10), сочетаться с органическими заболеваниями (F-0), то есть необходимо наряду с невротическими расстройствами в ряде случаев констатировать и расстройство по другим рубрикам. По этому поводу во введении к МКБ-10 констатируется: «Клиницистам рекомендуется следовать общему принципу кодирования стольких диагнозов, сколько необходимо для того, чтобы отразить клини-

---

[1] *Сергеев И. И.* Психофармакотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакология. 2003. № 6. С. 230–235.

ческую картину». Важно отметить, что вместо психогенных (МКБ-9) рекомендовано говорить о психологических причинах (МКБ-10).

В предисловии к МКБ-10 констатируется: «Следует подчеркнуть, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами), и она не должна подменять собой концептуальные классификации, сохраняющие свое значение для психиатрической науки и практики». Поэтому важно наряду с введением МКБ-10 разрабатывать психотерапевтические тактики, новые подходы в лечении неврозов. В то же время при переходе на МКБ-10 важно помнить, что при изменении названий заболеваний, расстройств природа и сущность их не меняется и невротические расстройства, расстройства личности и поведения у взрослых «унаследовали» все свойства неврозов, невротических реакций, реактивных состояний, психопатий.

Люди, страдающие неврозами, расстройствами личности и поведения у взрослых, субдепрессиями и депрессиями, тропны посещать всевозможные психологические тренинги, тогда как часто основой их проблем являются выше названные расстройства. Тренинги в какой-то мере могут оказаться полезными при условии предварительного психотерапевтического лечения этих расстройств, а не отвлекающим действием или терапией занятостью. Не редко не леченные

неврозы и другие расстройства переходят в невротическое развитие личности, невротический стиль жизни, и смыслом жизни таких людей становится постоянное решение невротических проблем по поводу душевных терзаний, страданий. То есть, стремление к несовместимым явлениям жизни (стремление к браку и личностная свобода, владение чем-то и быть от этого не зависимым, хотя «чем ты владеешь, то тобой владеет», не нести ответственности, боязнь продешевить в жизни, не нужное соперничество и т. д.).

Подчеркиваем, что ***лечение невротических расстройств психотерапевт должен дешифровать для себя как психотерапевтическую тактику «превращения» больного в здорового***. При этом необходимо иметь четкое представление конкретного содержания этой психотерапевтической работы, ее этапности, цели и задачи на каждом этапе и механизмы реализации этой тактики в зависимости от временных возможностей, от культуральных и личностных особенностей больного, его личностных предрасположенностей и предпочтений.

Наш опыт работы в рамках клинической психотерапии показал целесообразность и обоснованность выделения следующих этапов этой работы, которые ведут больного к выздоровлению:

1. Лечение астенического синдрома, который в той или иной форме и степени присутствует при любой форме невротических расстройств. Астенический компонент в кли-

нической картине невротических расстройств надо учитывать при более тонкой, дифференцированной психотерапевтической тактике. Варианты течения астенического синдрома (гипостенический и гиперстенический) отражают функциональное состояние нервной системы, и их учет в терапии немаловажен, хотя его гиперстенический вариант может шифроваться рубрикой тревожных расстройств. Поэтому важно проводить нормализацию психосоматического статуса, подготовку к дальнейшему, более плодотворному восприятию больным проводимой психотерапевтической работы. В данном случае проводятся удлиненные сеансы гипнотерапии по В. Е. Рожнову с соответствующими внушениями нормализации жизненного тонуса, глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, хорошего самочувствия, внимания, памяти, внутренней готовности к любому виду деятельности, предрасположенности и положительным эмоциям. Также полезна в этом плане аутогенная тренировка, другие психотерапевтические методики, восстанавливающие ресурсный потенциал организма. Те же цели преследует и медитация на дыхании в психосинтезе и тренировка процесса сознавания в гештальттерапии. Здесь важно и общеукрепляющее медикаментозное лечение.

2. Достижение адекватного осознания своих расстройств («болезни»), то есть коррекция типа реакции человека на свои расстройства. Обычно у пациентов с невротическими расстройствами повышенная реакция на них, их гипербо-

лизация, ситуационно обусловленная актуализация, отсутствие адекватного понимания их функциональности и обратимости. Важно на этом этапе психотерапии провести коррекцию внутренней картины болезни (расстройств) в сторону ее адекватности с пониманием уровня расстройств (количественный, функциональный, обратимый), типичность случая, отсутствие особой исключительности. На этом этапе следует проводить разъяснительную, рациональную психотерапию, и ее сегодняшнее видоизменение – когнитивную психотерапию. Можно использовать методики изменения убеждения, визуально-кинестетическую диссоциацию из нейролингвистического программирования.

3. Особенность невротических расстройств (F-4 в МКБ-10), которые в МКБ-9 обозначены как неврозы, в том, что в клинической картине не звучит психотравма, она не предъявляется пациентами в жалобах, пациенты ее не осознают, так как вытеснена из сознания, но даже если и осознают, то не соотносят ее с расстройствами, не осознают их причинности. Поэтому важно вскрытие и осознание больным этой психотравмы как причины расстройств, осознание этого соотношения, связи между психотравмой и болезненной симптоматикой необходимо. Переработка этой психотравмы без ее вытеснения, «ухода» от нее, меняясь в чем-то, преобразовывая себя, меняя свое «Я», адаптируя себя к новым обстоятельствам, которые породила психотравма. Естественно, важно учитывать специфику психотравмы при каж-

дом виде расстройств (неврозов), природу и общие принципы психотравмы во взаимоотношении сознания и бессознательного, разработанного в нашей отечественной психотерапии (В. Н. Мясищев, В. Е. Рожнов).

4. Дезактуализация психической травмы и конфликта в целом с дальнейшей потерей внимания к ним, снятие актуальности и насущности в сфере, соответствующей конфликту, своеобразное успокоение (путем аналогии данного конфликта, его типичности, а не единичности). Малоценность этих переживаний по сравнению с жизнью в целом, с тем, что у человека имеется в арсенале душевных переживаний. Идентификация конфликта больного с конфликтами такого рода у известных людей, литературных героев, типы разрешения данного вида конфликта у них. Рассмотрение конфликта под углом отношений «Я» и «Я» в психотравмирующей ситуации. «Я» в конфликте, как это выглядит со стороны. Адекватность, солидность, человечность, гуманность, проявляемые в данной конфликтной ситуации, даже снисходительность к другим людям, со всеми их слабостями. Осознание переживаемости момента психотравмы – другие люди переживали эту психотравму, конфликты, а теперь и на мою долю выпало это переживание. Разбор с больным судьбы его переживаний в перспективе выхода из этой психотравмы. Как больной видит свое «Я», перенесшее эти переживания, как он стал более опытным, закаленным, обогащенным определенной гаммой переживаний, их естествен-

ностью для него. Понимание сущности жизни, того, что более ценное, а что во времени становится менее актуальным, малоценным и т. д.

В этом случае не только действенны аналогии, сопоставления с тем, что раньше очень беспокоило, волновало, а со временем эти переживания кажутся смешными. Соответствующие внушения в гипнотическом состоянии, самовнушения в состоянии аутогенной погруженности, взмах, взрыв, визуально-кинестетическая диссоциация в рамках нейролингвистического программирования, разотождествление из психосинтеза.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие невротических расстройств (симптомов и синдромов). Еще в недавнем прошлом вся тактика лечения невротических расстройств (неврозов) сводилась только к этой тактике, что не обеспечивало стойкий ее характер. В настоящее время также есть угроза к возвращению такого положения дел, если психотерапевт работает в рамках какой-то одной психотерапевтической методики, например, нейролингвистического программирования, бихевиоризма, психосинтеза и т. д., а не исходит из учения о неврозах, их этиологии и генеза. Действительно, только такое психотерапевтическое вмешательство недостаточно, но после достижения адекватного осознания болезни, вскрытия и осознания психотравмы, дезактуализации ее в какой-то мере является адекватным. На данном этапе, после предшествую-

щей психотерапевтической работы, когда психотравма, «породившая» эти расстройства, потеряла актуальность, дезактуализировалась, тактика на обратное развитие расстройств имеет перспективу. Исходя из арсенала психотерапевтических методик, которыми владеет психотерапевт, проводятся внушения соответствующего содержания в гипнотическом состоянии или самовнушение в состоянии аутогенной погруженности, соответствующие техники из нейролингвистического программирования, только уже направленные на расстройство, то есть противоположность предыдущему параграфу, где психотерапевтическое воздействие было направлено на психотравму. На данном этапе является актуальной поведенческая психотерапия, функциональные тренировки, когнитивная психотерапия.

6. Формирование мотива к выздоровлению. Человек строит свою жизнь, делает поступки сообразно своему самосознанию. Он не может просто так, самопроизвольно, быстро изменить себя, свою сущность. Это можно сделать, изменив его самосознание, самопредставление, то есть концепцию «Я» реального. Человек оперирует в своем уме, в своих высказываниях своим «Я», а поступает сообразно своему самосознанию, самопредставлению, «Я» – реальному. Формирование мотива к изменению себя у пациента происходит как раз путем коррекции самосознания, реального «Я» по отношению к нужному «Я», и двигаться к желаемому, к тому «Я», которое привело бы его к желанным для него результа-

там, то есть соответствовать желаемому.

Рекомендуется давать задание рассмотреть вопросы:

а) каким он (она) себя считает. Пусть рассмотрит себя по всем параметрам, включая душевные качества, умения, способности;

б) каким он (она) хочет, чтобы его (ее) считали, есть ли недовольство собой в чем-то и т. д.;

в) каким его (ее) считают другие. Попытаться посмотреть на себя глазами своих родных и близких, сослуживцев, учитывая особенности их отношения к нему, его отношения к ним, характер этих отношений, поступков. Например, к своим детям, какие качества своих душевных особенностей проявляет (доброта, внимательность, душевность), в чем выражаются реально, как часто. Может быть, за реальными поступками кроются его эгоистические тенденции. Как выглядит в глазах родителей, характер отношения его к ним – сколько он тратит времени и усилий в реальной жизни на эти отношения. В глазах сослуживцев выдержан, терпелив, снисходителен к каким-то их слабостям. Как выполняет «роль» отца (матери соответственно) в отношении своих детей, «роль» брата (сестры соответственно), мужа (жены соответственно), какие душевные качества проявляет, как удовлетворяет их ожидания. Ведь люди судят не по тому, как человек себя мыслит, представляет, считает, а по тому, что он делает в реальной жизни, какие душевные качества проявляет, как выполняет должное своих жизненных статусов;

г) какой он (она) есть на самом деле – здесь важно резюмировать все. Его действия, эмоциональные и болезненные проявления, поступки, душевные тенденции. Какую реакцию вызывает все это среди окружения. Может быть и так, что ничего предосудительного в своих действиях, душевных тенденциях больной не видит, а для родных, близких, окружения это все является неприятностью, страданием и т. д. Ведь они могут ответить тем же, и тогда он будет страдать! Здесь важно прививать мысли и чувства о том, что другие люди такие же, как и он, также страдают, чувствуют прекрасное, имеют такие же права, как и он. Часто можно видеть в жизни, что когда человеку плохо, он переживает, страдает, осуждает окружение, но почти нечувствителен к тому, что он приносит для окружения, особенно в те моменты, когда от него страдают другие. На что он рассчитывает? Именно важен подтекст того, чтобы человек видел и в других то же самое, что в себе, признавал также их уникальность. Каждый человек, это удивительное явление со своим внутренним миром, хочет быть человеком с большой буквы, чувствовать себя им, иметь смысл жизни, что-то дорогое для себя и т. д. Важен факт признания права других людей на достойную жизнь. Трения, конфликты в других плоскостях не ведут в большинстве случаев к невротическим конфликтам. Обсудить эти явления в группе, поднять дискуссию в плане того, как это все мы постоянно осознаем и чувствуем в повседневной жизни. Как в своей повседневной жизни, чувствах,

переживаниях мы признаем уникальность других людей.

Вся эта психотерапевтическая работа важна, так как в большинстве случаев люди реагируют на собственную интерпретацию действительности, свои представления о ней в большей степени, чем на непосредственную реальность.

Такая попытка коррекции самосознания, концепции реального «Я» способствует порождению мотива к выздоровлению, к изменению больного.

7. Преодоление механизмов психологической защиты. Так как невротические расстройства возникают как компенсация, разрядка психологического конфликта (психотравмы) и устанавливают своеобразное психологическое «равновесие» по отношению к психологической причине, но с присутствием невротических расстройств. Естественно такое «равновесие», которое в какой-то мере сняло внутреннее напряжение, такую невротическую жизненную позицию больной неосознанно защищает. Больной в любой ситуации осознанно и неосознанно стремится поддержать свой личностный статус, свое «Я» и в негативной форме реагирует на воздействия, которые угрожают его самоуважению, нарушают душевный «комфорт». Механизмы психологической защиты проявляются в виде рационализации, вытеснения, проекции, низведения, реактивных образований, в своеобразных играх невротиков. Больные часто пытаются навязать окружению определенное представление о себе, чтобы возможно было сохранить свои престижные притязания. Ме-

ханизмы психологической защиты участвуют и в патогенезе невротических расстройств, то есть вытеснение психологических проблем (психотравмы) и формирование невротических расстройств. Но они продолжают действовать в процессе развития и стабилизации расстройств (невроза) и продолжают проявляться по отношению к микросреде, к самому больному, к его самосознанию и, наконец, по отношению к психотерапевтическому воздействию. Механизмы психологической защиты возникают, формируются и закрепляются ситуационно (аффект сохранения невротической позиции, защиты своего «Я», престижа). Какие механизмы наиболее эффективно защищают «Я» в данной ситуации при данных обстоятельствах, те интуитивно больными и используются. Если одни механизмы не срабатывают (например, рационализация, вытеснение), тогда включаются другие (низведение и т. п.). Важно путем аналогий вытормаживать их проявление при психотерапевтической работе. Хорошо работают в этом плане роджеровские «помогающие отношения».

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, по возможности достижение зрелости функционирования в эмоциональной, волевой и интеллектуальной сферах, налаживание процесса личностного роста и психологической устойчивости.

Именно прививание, внушение в бодрствующем состоянии и в гипнотическом душевной зрелости, солидности, здравомыслия, выдержки, терпения, великодушия, снисхо-

дительности в некоторых ситуациях к другим людям, их слабостям, частом непонимании положения реальных дел, сложившейся ситуации. Проявление понимания контекста данной ситуации, но в то же время преобладание интересов, исходящих из контекста своей жизненной ситуации, над интересами данной ситуации, если они идут вразрез с интересами его общей жизненной ситуации. Все это следует закреплять в групповой психотерапии, ее вариантах, в проведении техник нейролингвистического программирования, когнитивной психотерапии, элементах высшей ступени аутогенной тренировки, поведенческой психотерапии, психосинтеза, символодрамы.

Целесообразно формировать избирательное взаимодействие мотивов, интересов, целей, актуализацию латентных их состояний в данной ситуации, но имеющих важное для больного жизненное значение. Зрелая суммация мотивов с выделением главного, который определяет его положение дел, поддерживает его человеческую сущность, его реальную положительную концепцию «Я». Умение противопоставлять какому-то желанию, становление более важных мотивов, значимость более ценного для человека. Умение подавлять, изживать нежелательные влечения, действия, наносящие вред личности в целом. Способность любить себя по-настоящему, себя как непреходящую для себя ценность, все то, что способствует этому больше, чем какое-то мимолетное увлечение. Способность отличать сиюминутные желания от

глубоко личностных, дающих человеку прогресс, достижение главного в жизни.

Важна способность зрелой личности не переносить свои внутренние настроения на других людей, не имеющих отношения к причине их плохого настроения. Не проецировать свое состояние на окружение, явления, а воспринимать их такими, какие они есть, реальное, непредвзятое восприятие окружающей действительности. Способствовать формированию здравого смысла, в котором проявлялся бы личностный опыт, понимание контекста ситуации, умения учитывать все действующие факторы (открытые, явные и скрытые, подтекст) в данном явлении. Зрелым личностям свойственно сочетание своих интересов с интересами других людей, родных и близких, чувство того, что от моих каких-то действий будут страдать родные и близкие, вытормаживает многие желания и действия.

Следует подчеркивать в подтексте то, как выгодно быть зрелой личностью и решать свои дела реально без невротических механизмов, жить свободно, временами переживая трудности жизни, неудачи временного характера, закаляясь в этих трудностях.

Все это способствует формированию мотива к зрелости, выздоровлению.

Такую психотерапевтическую тактику можно выполнять как в процессе индивидуальной, так и групповой психотерапии, включая в зависимости от этапа и целей психотерапев-

тического процесса те или иные методы, техники, подключая и такую форму проведения психотерапии, как семейная.

С целью экономии времени и усилий психотерапевта некоторые этапы психотерапевтической тактики лучше проводить в условиях группы, где и групповой эффект повышает степень психотерапевтического воздействия. Так, например, удлиненные сеансы гипнотерапии, достижение адекватного осознания болезни, преодоление механизмов психологической защиты, личностного роста целесообразнее проводить в группе, а на других этапах на группу выносить какие-то фрагменты, а остальную работу выполнять в форме индивидуальной психотерапии.

3. Психотерапия неврастении

Неврастения как форма невроза была окончательно оформлена G. Beard'ом в 1880 году.

Неврастения – тип невроза, при котором ведущим в клинической картине является астенический синдром психогенного характера.

Астенический синдром – синдром раздражительной слабости, характеризует особое функциональное состояние психической сферы человека, является неспецифическим в силу повреждающего влияния на психическую сферу многих факторов (инфекции, соматические неврологические заболевания, травмы, экологическое неблагополучие), в том числе и при чисто психогенном повреждающем факторе. В последнем случае мы говорим о неврастении.

Астенический синдром в зависимости от нозологической обусловленности имеет некоторые свои особенности (Б. С. Бамдас, М. Е. Бурно, Д. В. Панков, В. П. Колосов, М. М. Ракитин, Б. Е. Егоров, Ю. Л. Покровский, В. Е. Смирнов и др.).

В современных учебниках по психотерапии мало уделяется внимания функциональному состоянию психики, процессу его нормализации, хотя раньше, исходя из работ И. П. Павлова и его учеников, психотерапевты уделяли этому большое внимание (К. И. Платонов, В. Е. Рожнов,

И. З. Вельвовский и др.).

В структуру астенического синдрома входят:

1. Повышенная утомляемость, истощаемость, отсутствие внутренней готовности к выполнению той или иной деятельности, в начале снижение проявления активности, снижение четкости и активности внимания, его концентрации, спонтанной сосредоточенности, в силу чего снижается память, появляются ошибки при выполнении сложной деятельности, снижается уровень общего самочувствия, который отражается на настроении, восприятии окружающего.

2. Повышенная раздражительность, возбудимость, количественная выраженность неадекватности в реакциях на окружающую действительность, в силу чего развивается своеобразная функциональная дезадаптация.

3. Возможность наличия сомато-вегетативных расстройств разнообразного характера.

Если в клинической картине преобладают утомление, истощаемость над раздражительностью, возбудимостью, это говорит об ***гипостеническом*** варианте астенического синдрома, а если раздражительность, возбудимость над истощаемостью, то о ***гиперстеническом*** варианте. Оба эти варианта течения астенического синдрома могут претерпевать определенную динамику и переходить друг в друга, к ним могут присоединяться другие невротические расстройства.

Отметим некоторые особенности психотерапии неврастении, исходя из общего содержания и этапов практической

работы в психотерапии неврозов:

1. Астенический синдром в клинике неврастении может придавать больному оттенок пессимизма в отношении лечения на фоне стремления к лечению, и в данном случае важно попытаться сразу улучшить общее состояние пациента. Здесь важны сеансы гипнотерапии с внушением глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, восстановления хорошего жизненного тонуса, самочувствия. Если позволяют условия и временные возможности, то проводятся удлиненные сеансы гипнотерапии по В. Е. Рожнову, гипноз-отдых по И. З. Вельвовскому, медитационные техники, АТ, электросон, физиотерапия, налаживание полноценного сна, отдыха, отвары и настои трав седативного действия, транквилизаторы.

2. Достижение адекватного осознания болезни достаточно актуально. Важно попытаться в разговоре с больным достичь у него глубинного осознания психогенного, функционального характера заболевания, обратимости расстройств. Здесь царство разъяснительной и рациональной психотерапии. Показать в разговоре с подтекстом, аналогиями, что это не тупик, не крах, а этап развития человека, умение преодолевать трудности, приобретение способности меняться в чем-то. Ведь человек в какой-то мере есть то, что он пережил, что испытал (по этому поводу можно применить много поговорок как пример народной мудрости), и это этап его развития, хотя все это не очень приятно, но умение меняться,

становиться более зрелым необходимо. Выход есть, это приходящее состояние, и важно формирование чувства временности этих расстройств, переживаний, их обратимость, исчезновения. Важен прием «тайного», самостоятельного чтения учебника больным в разделе «Неврастения».

3. Вскрытие психотравмы. При неврастении обычна жалоба на несправедливое отношение на работе, дома, отсутствие понимания их со стороны окружения, конфликтные ситуации на работе, дома, повышенную раздражительность, истощаемость, усталость. Попытки прямого решения возникших проблем (отношение дома, на работе, самочувствие) не дают стойкого существенного улучшения.

Как известно, психотравма при неврастении носит характер повышенных претензий к себе, стремление реализовать эти проблемы в жизни и невозможность это сделать. Поэтому очевидно, что попытка решения каких-то отдельных конфликтов, проблем второго ряда (порождаемых также астеническим синдромом, который порожден в свою очередь базисным конфликтом) не ведет к нужным результатам, порождает новые проблемы, что часто пытаются делать психотерапевты новой волны, то есть решение этих вторичных проблем, а не лечение неврозов в целом, базисно.

Совместный анализ с больным ведущего при данном виде невроза конфликта, приведшего к возникновению расстройств астенического характера, совместный поиск его во всех сферах жизни, осознание его необходимы. Именно осо-

знание, глубинное осознание причины, характера этого базисного конфликта, разграничение проблемы и следствия, осознание больным алгоритма своей жизни, сущности.

4. Дезактуализация психической травмы, внутреннего конфликта носит прежде всего процесс выделения в жизни главного, существенного, то, что определяет успешность жизни в целом, важного, первостепенного. Можно даже сказать: проиграть в каких-то тактических планах, но выиграть в главном, стратегическом направлении. Например, важнее спокойствие в семье, здоровье детей, их учеба, здоровье членов семьи, чем наличие каких-то престижных вещей, истощение себя и других из-за стремления их приобрести. Алкоголизм или измена мужа, конечно, не радость, а огорчение, но не претензии к себе (я плохая жена, у хорошей жены муж не спивается, не изменяет ей, надо быть лучше, внимательней), самообвинения другого порядка. В данных случаях важна оценка жизненной ситуации в целом и на этом фоне психотравма, завышенные претензии к себе, самообвинения. Ведь есть ситуации, которые не зависят ни от нее, ни от брачного партнера. Тот, другой, брачный партнер поступает так, потому что он по своей природе такой или стал таким. В таких случаях проводится семейная психотерапия, лечение, например, алкоголизма у мужа и т. д. Важно придерживаться принципа соразмерности возможности, ценить то, что есть, и помнить, что нет абсолютно удовлетворенных всем людей. Путем аналогий, сравнений, сопоставлений дезактуали-

зировать психическую травму, показать, что можно, нужно и целесообразно делать. В этих ситуациях показывать, что нельзя себя идентифицировать с брачным партнером, можно оставаться с чувством собственного достоинства, чести и при плохом супруге, честь жены здесь ни при чем. Наоборот, в такой жизненной ситуации она хорошая мать, домохозяйка, жена и в этих случаях часто говорят, что такому нехорошему человеку досталась такая хорошая жена. Здесь важны элементы психосинтеза с приемом разотождествения, самоидентификацией, отождествлением чувства собственного достоинства.

5. Психотерапевтическая тактика, направленная на редукцию, обратное развитие невротических расстройств. Уже не временное смягчение астенических расстройств, а их устранение и профилактика возникновения в будущем. Внушение в гипнотическом состоянии ощущения везде и всюду хорошего самочувствия, хорошего внимания, памяти, внутреннее чувство комфорта, естественности жизненных ситуаций, присутствие духа, оптимизма, внутренняя готовность выполнять любую нужную работу, радость жизни. Занятие АТ и соответствующие самовнушения в состоянии аутогенной погруженности, техники НЛП – взмах, формирование нужных ресурсных состояний, анализ сценария жизни из трансактного анализа.

6. Формирование мотива к выздоровлению. Показываются пациенту преимущества зрелой жизни, опирающейся

на реальные закономерности жизни, когда человек сознательно и целесообразно распоряжается своей жизнью, самостоятельно решает свои проблемы без возникновения расстройств.

7. Преодоление механизмов психологической защиты, которая бессознательно работает в отношении тех желаний, стремлений, с которыми больные себя идентифицируют, защищают невротический уровень жизни, и важно понимать эти механизмы (рационализация, проекция, вытеснение, возведение в сверхценность, психологические игры неврастеников).

8. Психотерапевтическая тактика, направленная на личностное развитие, рост, актуальна и отражена полностью в разделе общих закономерностей психотерапии неврозов.

4. Психотерапия депрессивного невроза

Раньше клиницисты не выделяли депрессивный невроз в отдельную нозологическую единицу, а включали его в структуру неврастении, основываясь на астено-депрессивном синдроме. А. М. Свядощ, как и ряд других психиатров-психотерапевтов, указывает на сходство с гипостенической формой неврастении, хотя и выделяет депрессивный невроз. Депрессивный невроз – ведущий в клинической картине, является астено-депрессивным синдромом, вызванным психогенными факторами.

Отметим некоторые особенности психотерапии этого типа невроза, исходя из общих закономерностей лечения неврозов.

1. Психотерапия астено-депрессивных расстройств. Важно улучшить общее самочувствие пациента: гипнотерапия с соответствующим внушением, АТ, нормализация сна и отдыха, поиск ресурсных состояний в рамках НЛП.

2. Достижение адекватного осознания болезни не требует больших усилий, устраняя в некоторых случаях опасения о тяжелом депрессивном заболевании.

3. Вскрытие конфликта дает анализ жизни больного, так как при этом типе невроза конфликт носит характер нарушения динамического стереотипа, т. е. устоявшегося, привыч-

ного, что и порождает депрессивный синдром. Здесь имеет место нарушение изменения или внешних атрибутов в жизни, или из-за вынужденной внутренней смены стереотипа жизни. Возможно, что в некоторых случаях пусковым механизмом формирования дистимий может служить именно депрессивный невроз.

4. Дезактуализация психотравмы состоит в адаптации пациента к его изменившейся обстановке, особенностям новой жизни, вовлечение жизнедеятельности пациента в эту жизнь, формирование новых интересов. В некоторых случаях применяется катарсис, гипнокатарсис с целью оживить эти переживания и отреагировать, ценить то, что есть сейчас, чтобы потом не страдать о том, что есть сейчас.

5. Обратное развитие расстройств, то есть астено-депрессивного синдрома. В первую очередь, соответствующие внушения в гипнозе (хорошего самочувствия, глубинного внутреннего спокойствия, уравновешенности, легкости на душе, хорошего жизненного тонуса, оптимизма, внутреннего чувства радости жизни от своих дел, жизнедеятельности, интереса к жизни), АТ, НЛП – поиск ресурсных состояний и другие техники.

6. Формирование мотива к зрелой жизни проводится с подтекстом способности адаптации, изменения, но при этом пациент с его чувством «Я» остается самим собой.

7. Преодоление механизмов психологической защиты. В данном случае механизмы психологической защиты носят

характер отрицания, вытеснения факта нарушения стереотипа в жизни как фактор, причина возникновения астено-депрессивных расстройств, хотя признают эти изменения как факт. Все эти явления важно терпеливо в беседах преодолевать, устанавливая прямую зависимость расстройств от этих фактов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.