

## ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

**Составитель: доцент кафедры социальной и семейной психологии БГПУ, кандидат психологических наук Гонга Анастасия Викторовна**

### **ЛЕКЦИЯ 1. История появления современной психотерапии (2 часа)**

*Цель* – изучить этапы появления современной психотерапии, ее цели и задачи.

*Вопросы для рассмотрения:*

1. Научные и донаучные этапы в развитии психотерапии
2. Определение психотерапии
3. Цели и задачи психотерапии

*Основные понятия:* психотерапия, история психотерапии, цели и задачи психотерапии.

*Литература:*

1. Романин, А.Н. Основы психотерапии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Н. Романин. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 208 с.

2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: Рук. для врачей/ В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. — 4-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Выш. шк., 1999. - 524 с.

3. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук [и др.]. — СПб. Питер, 2007. — 480 с.

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

Донаучный период психотерапии пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка, и появились попытки соответствующего их лечения.

Впоследствии, в средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко

это отмечалось в период раннего Ренессанса с его процессами психически и нервнобольных и казнями ведьм. И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии в целом и психотерапии. По разрешению Центрального бюро коммуны Пинелли снимаются цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., в это же время, в 1775 г., была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (Mesmer F. A., 1734-1815). На выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста присутствовал английский врач Брэд (Braid J.). Увиденное им заставило Брэда повторно посетить эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном».) В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени. К 80-м гг. XIX в. относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало, в свою очередь, большое влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов.

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад И.Р. Тарханов, В.М. Бекетерев, А.Я. Боткин, разработав собственные оригинальные приемы.

С конца 90-х гг. XIX в., как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа (Dubois P.), он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нанси, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, противопоставил его гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» (рациональная терапия критиковалась, так как избегалась эмоциональная поддержка пациента).

Оригинальный психотерапевтический метод — «аретерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом А. И. Яроцким. Свообразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским (Marcinowski J.) в 1909 г., суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного мирозерцания, в результате чего пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался известный психотерапевт С.И. Консторум (1890-1950). Он разработал

оригинальный подход, названный им активизирующей психотерапией В СССР только к 1962 г. сложились более благоприятные условия для развития медицинской психологии и психотерапии. При Академии медицинских наук СССР в 1962 году была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил В. Н. Мясищев. На базе патогенетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными (Рожнов В. Е., Бурно М. Е. и др.) была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Ученые Харькова (Вельвовский И. З., Телешевская М. Е., Липгарт Н. К., Филатов А. Т.), развивая наследие К. И. Платонова, внесли значительный вклад в гипнотерапию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы.

2 вопрос. Психотерапия (от греч. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение) – особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиенту оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при возникновении у него проблем или затруднений психического характера. (R. Bastine, 1982). Это способ лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм человека. Психотерапия – это средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными; это специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья.

В настоящее время словом "психотерапия" (П.) часто называют крайне различные действия, осуществляемые при этом разными особями. Нередко на практике психотерапия не функционирует согласно своему истинному лечебному назначению, исходя из понимания его основы: (*therapia* – означает лечение).

О различном понимании «психотерапии» говорит и множество существующих определений этого понятия.

Так по определению С.Кратохвила: "Психотерапия – это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами".

К. Роджерс: "Это такой способ пребывания с другой особой, который способствует здоровым изменениям и облегчает развитие".

В современной психологической литературе сложилось несколько подходов, которые характеризуют соотношение между психологическим консультированием и психотерапией (Дуткевич):

1) психотерапия и психологическое консультирование — это разные по содержанию и задачам виды деятельности;

- 2) психотерапия и психологическое консультирование тождественны, имеют идентичные теоретические и практические основы, но отличаются в деталях;
- 3) психологическое консультирование имеет дело с межличностными проблемами, а психотерапевт — с внутренне личностными.

О.Ф.Бондаренко утверждает, что основные различия психологического консультирования от психотерапии оказываются относительно трактовки человека как объекта воздействия.

В процессе психотерапии люди меняются вместе с их моделями мира. Сегодня известно около 100 различных психотехник психотерапии. Все они не только находят сторонников, но и позволяют эффективно оказывать психологическую помощь. Каждая из разновидностей психотерапии направлена на то, чтобы помочь клиентам успешно действовать в мире.

3 вопрос. Психотерапия направлена на глубинное проникновение в личность и осуществления прогрессивных сдвигов в ее взаимодействии с миром через изменение само- и мировосприятия и предусматривает создание условий для полноценного становления личности.

Цель психотерапии — содействие в становлении полноценной личности, способной занимать активную и творческую позицию относительно себя и своей жизнедеятельности, справляться с травмирующими ситуациями и переживаниями, принимать решения и продуктивно, нешаблонно и достойно действовать в соответствующих социально-культурных условиях.

Задачи психотерапии включают:

1. Выбор наиболее адекватных методов воздействия на пациента;
2. Совместный поиск психотерапевтом и пациентом причин возникновения психологических проблем;
3. Эмоциональную поддержку пациента и искреннее внимание к его переживаниям;
4. Изменение отношения пациента к психологической проблеме в позитивную сторону;
5. Повышение толерантности пациента к кризисам и стрессам, формирование навыков психологического преодоления жизненных трудностей;
6. Установку на гибкость в установках и поведении пациента;
7. Формирование у индивида способности самостоятельно и адекватно принимать важные решения;
8. Развитие коммуникативных возможностей пациента, обучение построению межличностных отношений.

## **ЛЕКЦИЯ 2. Междисциплинарные аспекты психотерапии (2 часа).**

*Цель* – изучить междисциплинарные аспекты психотерапии.

*Вопросы для рассмотрения:*

1. Интеграция психотерапии и «соматической» медицины

2. Использование психотерапии в диагностическом процессе клинической медицины.

3. Междисциплинарная кооперация при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию.

*Основные понятия: психотерапия, диагностический процесс, клиническая медицина, междисциплинарная кооперация.*

*Литература:*

1. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж. Кори. – М., 2003. – 638 с.

2. Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. – М.: Класс, 2001. – 272 с.

3. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, ОПЛ, 2002. – 464 с.

4. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М., 1990. – 368 с.

5. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. – М.: Академический Проект, 2000. – 432 с.

1 вопрос. В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Основная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспособливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда,

например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью.

2 вопрос. Элементы первого психотерапевтического интервью имеют существенное значение также и в области клинической медицины, помогая прояснению влияния психосоциальных факторов на патогенез и патофизику. Следующие факторы могут быть прямо или косвенно связаны с симптоматикой, выступать в качестве причины или следствия симптомов или и того и другого:

- ситуативные факторы в смысле или острых тягостных жизненных событий (утраты, разрывы), или длительных жизненных ситуаций (брак, учеба, профессия);
- конфликты в отношениях с референтными личностями и группами (проблемы зависимости, позиция отверженного и т. д.);
- установки пациента, которые могут пониматься как значимые в патогенетическом отношении диспозиции (типичные неперотические формы защиты, гиперкомпенсаторная установка на успех и т. д.);
- отношение к здоровью, отношение к болезни.

Должны быть четко выявлены структуры жизнедеятельности пациента, которые приводили, приводят и, возможно, будут приводить к болезни.

Тем самым внимание направляется в первую очередь на определенные основные модели представляющего угрозу заболевания. Наряду с генетическими факторами, физическими и иными вредными воздействиями и в связи с ними следует отметить следующие препятствия в преобразовании и разрешении жизненных ситуаций, имеющие психосоциальную природу:

- жизнь в зависимости от других личностей;
- жизнь в зависимости от внутренних конфликтов;
- жизнь под постоянным напряжением;
- жизнь в разлуке;
- жизнь в изоляции.

Беседа - это совместный поиск истины. Формулирование гипотезы о психосоциальных явлениях, способствовавших заболеванию, должно базироваться на определенной общности точек зрения: лишь в этом случае терапия может оказаться успешной.

3 вопрос. Происходящий от латинского *integrare* («восстанавливать», «сделать целым») наш термин «интеграция» подразумевает возникновение целого в результате добавления к чему-либо по-настоящему ему принадлежащей, но до сих пор отсутствовавшей части.

Но «соматический» врач имеет в этом отношении свои притязания.

Прежде всего рассмотрим способы отношения к предложению психотерапевта. В соответствии с личностью «соматического» врача и той «моделью сопротивления», с которым он реагирует на более или менее опасное предложение сотрудничества со стороны психотерапевта или специалиста в области психосоматики, можно, согласно Ротманну и Карстенсу (Rotmann und Karstens, 1974), выделить четыре типа отношения

врача к требованию учитывать психосоциальную ситуацию.

1. Нечувствительный и откровенно скептически настроенный врач, который не делает тайны из своих сомнений в пользу психологической точки зрения и который не слишком готов к кооперации.

2. Амбивалентно настроенный врач, колеблющийся между отрицанием и интересом. В этом случае имеют место различные нарушения в отношениях между психотерапевтом и клиницистами. Склонность такого врача выдвигать большие претензии к специалисту-психосоматiku таит опасность появления между ними своего рода соперничества по отношению к пациенту.

3. С мотивированным врачом, проявляющим активный интерес к социальным процессам, затрагивающим пациента, едва ли возникнут принципиальные проблемы. Проявляемая и консультантом, и консультируемым врачом забота о пациенте при определенных обстоятельствах может привести к тому, что между ними возникнет конкуренция за пациента.

4. Любезный, но не идущий на контакт врач располагает, очевидно, наиболее эффективным способом уклониться от сотрудничества с консультантом, заключающимся в форме нарциссического отхода от контактов с психотерапевтом. Он вежливо и любезно выслушивает предложения и рекомендации психотерапевта, не принимая их в дальнейшем во внимание. Врач-консультант также едва ли будет реагировать на такого рода деликатное игнорирование нервно или раздраженно.

Сам психотерапевт или специалист в области психосоматики, который иногда, чтобы работать на «границе между двумя профессиями и двумя концепциями понимания человеческой болезни», профессионально идентифицирует себя как «специалист в области психического» (Joraschky und Köhle, 1986), при этом, естественно, в значительной мере теряет уверенность и должен обладать ярко выраженной способностью переносить связанные с этим проблемные ситуации. По оценке Паснау (Pasnaу, 1975) для достижения соответствующей готовности требуется не менее 5 лет. Последний, как и Липовски (Lipowski, 1967), подчеркивает среди прочего и важность фазы «вхождения в доверие», во время которой требования к консультируемому коллеге или его команде относительно невелики, а сам врач-консультант активно приспосабливается к ожиданиям этой группы.

## ТЕМА II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ (7 часа).

### **ЛЕКЦИЯ 1. Классификация психотерапевтических подходов (1 час).**

*Цель* – рассмотреть классификацию психотерапевтических подходов.

*Вопросы для рассмотрения:*

1. Многоосевая классификация
2. Модели психотерапии