Введение

В научной литературе насчитывается несколько сот определений понятия «психотерапия», одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических сторонах. По мнению Карвасарского Б.Д. отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т.е. входит в компетенцию медицины. В определениях, которые можно назвать условно медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику на организм), т.е. подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. Обе позиции являются объяснимыми. Так, с одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души, т.е. указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию понятия «физиотерапия, иглотерапия и др.» указывают на средства воздействия.

В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Таким образом, процесс развития психотерапии, как научной дисциплины, предполагает все более четкое определение ее категориального аппарата и сущности самого понятия «психотерапия». Однако, термины «воздействие», «вмешательство», «интервенция» входят в самые различные определения психотерапии и психокоррекции.

Цель - определение психотерапии и ее основных понятий.

1. Определение психотерапии

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

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

Психотерапия —

— «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;

— «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;

— «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

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

психотерапия —

— «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»;

— «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

— «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

— «персонализованная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

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

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

2. Основные понятия психотерапии и психокоррекции

2.1 Психотерапевтическое вмешательство

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

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

2.2 Клинико-психологические вмешательства

Для более четкого понимания соотношения понятии психотерапевтические и клинико-психологические вмешательства следует рассмотреть основные характеристики клинико-психологических вмешательств.

С точки зрения Перре и Бауманна клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Психологическая коррекция

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

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

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

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

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

2.4 Психологическое консультирование

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

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

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

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

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и психотерапии, в качестве различий указывают следующее: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью); 6) психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но их осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии — сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

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

Основные характеристики:

1. Средства воздействия (методы): психотерапия и психологическое консультирование используют психологические средства воздействия, однако в психологическом консультировании информирование является ведущим приемом.

2. Цели: психотерапия и психологическое консультирование имеют своей целью достижение более выраженных позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности, психотерапия при этом направлена на достижение значительных личностных изменений, а консультирование — на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни.

3. Функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реабилитации, а психологическое консультирование — профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функции могут пересекаться).

4. Теоретическая обоснованность: психотерапия и психологическое консультирование имеют в качестве своей научной основы психологические теории.

5. Эмпирическая проверка: психотерапия и психологическое консультирование нуждаются в изучении эффективности воздействий.

6. Профессиональные действия: психотерапия и психологическое консультирование осуществляются специалистами в профессиональных рамках. Дополнительные характеристики:

7. Продолжительность воздействий: психотерапия предполагает продолжительность не менее 15-20 сеансов, психологическое консультирование может ограничиваться 1-5 сеансами.

8. Место изменений: в психотерапии изменения происходят непосредственно в ходе терапии и являются сущностью психотерапевтического процесса, в психологическом консультировании анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляются человеком не в рамках консультирования, а по его окончании.

9. Степень самостоятельности клиента: в психотерапии процесс изменений сопровождается психотерапевтом, в психологическом консультировании изменения осуществляются человеком самостоятельно без сопровождения консультанта.

3. История развития психокоррекции и психотерапии

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

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

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

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

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

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

В 1860 г. врач Льебо (Нанси, Франция) испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представления о засыпании неторопливым тихим голосом. Гипнотический сон Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга Льебо заключается в том, что он первый систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так с 1860 по 1885 годы к Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и подобные ему состояния...», где отстаивал естественно-научный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль.

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

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

Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство илиискусственный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспериментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими.

Согласно взглядам Нансийской школы гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния, последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством исследователей в области гипноза.

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

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

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

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

В 1895 г. Брейер и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта, находящемуся в гипнотическом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации Брейер и называл «катарсисом». Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Брейера дал ему ключ к пониманию истерии. В этом же году Фрейд отказывается от использования гипноза и начинает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами — психоанализ. Фрейд тщательно занимался самоанализом и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Основным средством самоанализа Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ.

В 1902 г. к Фрейду обратилась группа студентов, в том числе Адлер и Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Так возникла психоаналитическая школа Фрейда, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии — динамического направления, объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опирающихся на концепцию бессознательного.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений от Фрейда отошел Адлер — основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распространяться по всей Европе. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в возникновении неврозов.

В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. Юнг разработал собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко известные в настоящее время.

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

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

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

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

Заключение

В настоящее время не существует даже единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Основными понятиями психотерапии и психокоррекции являются: психотерапевтическое вмешательство, психологическая коррекция, психологическое консультирование

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

Список используемой литературы

1. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия.-М.: Академический проект: Гаудамус, 2005-464с.

2. Линде Н. Д Основы современной психотерапии. - М.: Изд. Центр «Академия», 2002-208с.

3. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Карвасарского Б. Д.-Спб.: Питер Ком, 199-752с.

4. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. - Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001-576с