

Recenzent - Reviewer - Рецензент:

Artykuł recenzowany przez dwóch niezależnych recenzentów – wykaz na rewersie strony tytułowej.

An article reviewed by two independent critics – see a list on the back of the title page.

Статья, оценивается двумя независимым рецензентами - перечень на обороте заглавного листа.

Securitologia/Securitology/Секьюритология
2013, nr 1(17). ISSN 1898-4509

Ksenia Serhiyvna MAXIMENKO (Ксения Сергеевна МАКСИМЕНКО)*

**ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ «Я»
В КЛИНИКЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ**

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена анализу проблематики терапевтической реконструкции «Я» в клинике непсихотических личностных расстройств, вызванных состояниями стресса, особенностями системы отношений, конфликтными ситуациями и пр. Анализируются личностные особенности пациента, которые влияют на специфику переживания психической травмы, рассматриваются механизмы психотерапевтических интервенций и модели личностных изменений. В статье вводится различие понятий «факторы» и «механизмы» лечебного воздействия психотерапии.

Ключевые слова: непсихотическое личностное расстройство, психотерапевтическая реконструкция «Я», психотерапевтический механизм, психотерапевтический фактор, личностное изменение.

**PSYCHOTHERAPEUTICAL SELF RECONSTRUCTION APPROACHES
IN THE NONPSYCHOTIC PERSONALITY DISORDERS' CLINICAL PICTURE
ABSTRACT**

The article deals with the problem of therapeutic reconstruction of the “Self” in the clinical process of non-psychotic personal disorders, caused by stress, relations, conflicts etc. Personal features of a patient which influence a dynamics of coping with psychological trauma both with mechanisms of psychotherapeutic interventions and models of personal transformations are being analysed. Differentiation of the notions “factor” and “mechanism” of therapeutic influence are being introduced and discussed.

* Ksenia Serhiyvna MAXIMENKO (Ксения Сергеевна МАКСИМЕНКО) - Інститут Психології ім. Г.С.Костюка АПН України, Київ (Україна)

Key words: non-psychotic personal disorder, pschotherapeutic “Self” reconstrution, psychotherapeutic mechanism, psychotherapeutic factor, personal transformation.

1. Постановка проблемы

В современной психиатрии и медицинской психологии сложилась традиция дифференцировать психические расстройства по принципу «психотическое-непсихотическое», определяющему уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. Психотический уровень расстройства психической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотический (Менделевич, 2005).

По данным большинства отечественных авторов непсихотическими считаются две группы расстройств, которые до недавнего времени именовались «неврозы» и «психопатии», а в современной терминологии «невротические расстройства» и «расстройства личности». Для отечественной психиатрии достаточно длительное время была распространена точка зрения, что неврозы возникают, как правило, у психопатических личностей как самостоятельное психическое расстройство, острая реакция на психотравмирующее событие. Позже закрепилось представление о том, что неврозы неспецифичны личностям, страдающим психопатиями или с выраженными психопатичными чертами характера. Таким образом, принципиальным считалось разделение неврозов и психопатий (Карвасарский, 1990). Данные группы расстройств действительно существенно отличаются по глобальности и длительности личностных изменений, вкладу психогенных и конституциональных факторов, степени критичности к собственному состоянию. Однако общим для неврозов и психопатий является возникновение декомпенсаций на различные психотравмирующие воздействия, вследствие чего ярко выражены нарушения эмоционально-волевой сферы, нарушения социального взаимодействия при отсутствии патопсихологических нарушений, в первую очередь мышления и сознания. Для неврозов и психопатий не свойственно возникновение дефекта личности. Таким образом, исходя из традиционного представления отечественной психиатрии, расстройства непсихотического уровня в МКБ-10 могут быть представлены большинством расстройств из рубрики «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-48), а также некоторыми группами расстройств рубрики «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F60-69), в первую очередь «специфическими расстройствами личности» (F60).

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства в МКБ-10 определяются как связанные с психологическим стрессом, что соответствует представлениям о психогенной природе невротических нарушений, которая определяется существованием связи между клинической картиной

невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией.

2. Роль личностных особенностей в переживании психической травмы

Обозначив круг расстройств, подлежащих анализу, приступим к характеристике их психологической специфики. Прежде всего, стоит определить *значение психической травмы* для невротических и личностных расстройств. Под психической травмой, как правило, понимают жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. В качестве психотравмы рассматривают отдельные стимулы (объекты или действия), эпизоды (значимые события), ситуации, окружение и среду (совокупность физических и социальных переменных внешнего мира). Существуют разные точки зрения относительно связи содержания психической травмы с невротической симптоматикой. Так, К. Ясперс считал, что между психотравмой и симптомами невроза существуют психологически понятные связи. Э. Кречмер настаивал на том, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, а лишь на ту, которая затрагивает особо значимые стороны отношений больного, зависящие от особенностей его характера. В.Н. Мясищев разделил психотравмы на объективно-значимые (значимость которых можно считать высокой для подавляющего числа людей) и условно-патогенные (вызывающие переживания, в силу особенностей иерархии ценностей человека), подчеркивая тем самым семантическую роль события и определяющее значение отношение личности к психотравмирующей ситуации как патогенной. Он считал, что ситуация становится патогенной при условии невозможности её рациональной переработки, её преодоления или отказа от неосуществимых влечений. В.Н. Мясищев также подчеркивал наличие содержательной связи между характером психотравмы, клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и связанных с нею переживаниях.

Реакция на травматическое событие, с одной стороны, зависит как от характеристики психотравмы, внезапности ее возникновения и интенсивности влияния, а с другой, – от индивидуальных особенностей восприятия, оценки, интерпретации данного события (содержательная сторона). Специфичными являются реакции на стрессовые жизненные события, которые возникают независимо от индивидуально-психологических особенностей личности. Стресс может иметь универсальные характеристики, нивелирующие необходимость учитывать индивидуальную уязвимость для объяснения его сильного воздействия на личность.

Действие стрессовых жизненных событий отражается, в первую очередь, на особенностях эмоционального реагирования – вызывает депрессивные и тревожные переживания или агрессивные реакции, обязательным компонентом которого являются и соматовегетативные функциональные нарушения. Также нарушаются некоторые познавательные функции: сужение внимания,

дезориентация, амнезия при острой реакции на стресс; навязчивые воспоминания, нарушение способности к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни при ПТРС. Что, в целом, приводит к общей и социальной дезадаптации, социальной отгороженности и отчужденности, изменению отношению к другим и самоотношения. Однако такой тип реагирования на психотравму мало отражает ее содержательный аспект и не является «личностно специфическим».

По мнению В.Н. Мясищева именно субъективное отношение личности к психотравмирующей ситуации, а также особенности функционирования механизмов психологической защиты определяют тип и характер психогенного расстройства. Психотравмирующее событие, взаимодействуя с особенностями личности у больных неврозами, формирует интрапсихический невротический конфликт (психологический, мотивационный конфликт), который при определенном уровне устойчивости и силы приводит к продуцированию болезненных симптомов.

В обеих патологиях тип и характер невротических или личностных нарушений предопределяют также врожденно-конституциональными особенностями. Однако многие авторы подчеркивают значение **социальных условий развития и воспитания** в возникновении и неврозов, и психопатий. Так, в качестве причин расстройств личности, наряду с конституционально-наследственными и врожденными факторами, рассматривают неблагоприятные социально-психологические факторы и недостатки воспитания, такие как плохие условия жизни в детстве, сиротство, родительская холодность либо гиперопека, антисоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей, утрата одного из родителей, распад родительской семьи и другие стрессовые события. О.В. Кербиков определил такой процесс термином «патохарактерологическое развитие», который понимал как форму становления психопатической личности.

В основе клинических проявлений и невротических расстройств, и расстройств личности лежат схожие психологические феномены, прежде всего это касается **нарушений эмоциональной сферы**. По мнению большинства авторов в клинической картине неврозов доминируют эмоционально-аффективные нарушения, такие как фобии, патологическая тревога и депрессия. Клиническая картина психопатий характеризуется выраженными признаками расстройств эмоционально-волевой сферы, например, такими как лабильность эмоций, импульсивность, вспышки гнева, неконтролируемость эмоциональных реакций, тревожность и неуверенность. Доминирование эмоциональной неустойчивости и выраженной тревоги являются определяющими для невротических расстройств и для некоторых форм психопатий.

Расстройства **когнитивной сферы** не являются специфическими ни для невротических расстройств, ни для расстройств личности. Однако существует ряд особенностей функционирования когнитивной сферы, которые указывают на наличие невротических или психопатических черт. Большинство авторов в качестве таких выделяют ригидность мыслительных процессов, неспособность идти на компромиссы, догматичность мышления и отсутствие прогностичности,

а также искаженный характер восприятия и интерпретации различных явлений, людей и событий. E. Bleuler указывает на практическую беспомощность невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта, которую он обозначил как «относительное слабоумие». E. Bleuler подчеркивает разительное противоречие между формально высоким интеллектом и беспомощностью невротиков и психопатов в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений (Менделевич, 2005).

Для большинства невротических расстройств характерны нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания; нарушения мнестических функций, таких как лучшее запоминание невротизирующей реальности («фиксация на препятствии»). В.Д. Менделевич указывает на то, что качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств, и что ассоциативный процесс остается в целом, логически выверенным. Невротическое депрессивное состояние может сопровождаться некоторым замедлением мышления. Фиксация на определенных образах, мыслях, воспоминаниях может наблюдаться при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах. Познавательные процессы невротиков характеризуется рядом особенностей, к которым можно отнести общую низкую способность к обучению и усвоению нового.

Многие авторы определяющей характеристикой непсихотических расстройств считают нарушение *отношения к самому себе и к другим*, характер и манеру установления взаимоотношений с окружающими, а также способы регулирования межличностных ситуаций. Для большинства невротических расстройств характерно амбивалентное эмоционально-ценностное отношение к себе и заниженная самооценка, вследствие чего происходит нарушение межличностного общения и взаимодействия с окружающими. При неврозах часто наблюдаются противоречивые сочетания, как осложнение взаимоотношений с окружающими при чрезмерной ориентации на их мнение, заинтересованности в поддержании отношений.

Разработкой проблемы отношений личности и ее взаимосвязи с непсихотическими, в частности, с невротическими, расстройствами занимался В. Н. Мясищев (Мясищев, 1960), автор личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Разработанная им теория отношений объясняет психологические механизмы возникновения, формирования и развития *внутриличностного конфликта*, переживание которого становится источником невроза: истерического, обсессивно-психастенического или неврастенического. Базовые параметры личности, моральные и социально-психологические характеристики, сложившихся в процессе развития личности как составляющие ее системы отношений, являются определяющими в проявлениях эмоционального и поведенческого реагирования, прежде всего, на психотравмирующие события.

Следует отметить, что углубление невротической психопатологической симптоматики может переходить на качественно иной, более выраженный уровень – тогда говорят о формировании невротического развития личности.

По мнению Н.Д. Лакосиной и М.М. Труновой (Лакосина, Трунова, 1994) в структуру невротического развития личности входят те же синдромы, что и в структуру невроза. Однако если при неврозах, ведущее место занимают вегетативные, сенсомоторные и аффективные расстройства, то при невротическом развитии личности они утрачивают свою выраженность и появляются психопатические черты. Возникающая чрезмерная аффективность нарушает адаптацию, приводит к межличностным конфликтам, лишает личность ранее выработанных форм поведения.

Таким образом, прослеживается четкая связь между содержанием внутриличностного конфликта, особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы. Причем эти патологические способы реагирования всегда имеют компенсаторный характер.

3. Механизмы лечебных воздействий и интервенций в психотерапии

Рассмотрение проблематики психотерапевтических механизмов лечебных воздействий и интервенций наталкивается на ряд сложностей уже на своих первоначальных этапах. Основная сложность анализа, заключается в обильном понятийной синонимичности, которая вносит определенную «зашумленность» в понимание указанных механизмов. Так, в качестве взаимозаменяемых понятия «психотерапевтические механизмы лечебных воздействий и интервенций», в литературе можно встретить понятия: «факторы лечебных воздействий психотерапии», «общие для всех методов психотерапии переменные», «основные ресурсы изменения личности при психотерапии» и другие. В определенном смысле само понятие механизма наиболее соответствует *основным эвристикам* в контексте рассматриваемой проблемы. Так, исходя из понятия «фактор» (как наиболее часто встречающийся синоним), в понимании его как источника влияния, факторы лечебного воздействия психотерапии, рассматриваются как решающие источники психотерапевтического эффекта. А это, в свою очередь, может приводить к выходу в анализе таких факторов за пределы характеристик самого психотерапевтического процесса (например, как при рассмотрении в качестве таких условий пола и возраста пациента и т.д.). Слово «механизм» является более удачным с точки зрения семантической апелляции к конструкции самого психотерапевтического процесса, логики его строения. Если понятие «факторы лечебных воздействий психотерапии» семантически выражает (или провоцирует соответствующее семантическое понимание) в большей степени условия лечебных воздействий психотерапевтической ситуации, то понятие «механизмы лечебных воздействий психотерапии» скорее указывает на пути (топографию) этих лечебных воздействий. То есть, факторы лечебных воздействий психотерапии больше указывают на то, что именно обеспечивает лечебный эффект, а механизмы - каким образом обеспечивается этот эффект. Иными словами, «механизмы лечебных воздействий психотерапии» и выступают теми «внутренними условиями» психотерапевтической ситуации, которые и обеспечивают «факторизацию» всех саногенных воздействий в процессе психотерапии (наделяют тот или иной момент психотерапевтического процесса

ролью «фактора»), а также выступают пояснительными моделями эффективности психотерапевтических воздействий.

Следующее осложнение анализа проблемы заключается в терминологической синонимии понятия «механизм». Так, при рассмотрении ряда психотерапевтических механизмов лечебных воздействий и интервенций на операционального уровня, четко определяется их функциональная и, условно говоря, топографическая идентичность. Однако сама терминологическая синонимия механизмов, может быть затруднена для прояснения в зависимости от принадлежности автора к той или иной психотерапевтической школы (например, «обратная связь», «конфронтация» и «интеракция» пример такой понятийной синонимии по сути одного и того же механизма лечебного воздействия психотерапии).

Еще одной сложностью выделения механизмов является их определенная разноуровневая (или степень конкретизации). Так, в специальной литературе можно встретить как психотерапевтические механизмы лечебного воздействия «научение» и, например, «обретение новой оценки окружающих» (что является конкретизированной областью приложения научения) (напр. Айви, 1999; Муллан, 1999; «Психотерапия – что это?», 2000).

И наконец (в значительной степени, и в связи с вышеперечисленным) в рамках теоретического рассмотрения затруднено выделение психотерапевтических механизмов специфических вмешательств. Согласно существующей парадигме специфических вмешательств, и сами психотерапевтические вмешательства, и их психотерапевтические механизмы являются специфическими. Сами механизмы имплицитно заложены в значениях формулы «Какое лечение, в *чем* исполнении наиболее эффективно для *данного* человека с *данным* специфическими проблемами и при *данных* обстоятельствах?» (Носачев, 1998, с. 486). И, следовательно, для того, чтобы их (механизмы) раскрыть в конкретном случае (с охватом всех возможных переменных самого психотерапевтического процесса), необходимо выявить «как для *данного* фактора *данное* вмешательство привело к *данным* изменениям с *данным* результатом». Противниками подхода специфических вмешательств отмечается, что подобный проект требует использования совершенно нереалистичной схемы. Так, для оценки 10 типов клиентов, столько же терапевтов, видов техник и условий необходимо использовать матрицу (механизмов) из 10000 ячеек (Носачев, 1998).

Вышеперечисленные сложности, и, вместе с тем, видение большинством современных авторов перспективы развития психотерапии именно в попытке синтеза ее концепций и технических приемов, и обуславливают поиск общностей, не зависящих от определенной теоретической направленности в восприятии базовых принципов психотерапевтического процесса (Бурлачук, 1999; Кондрашенко, Донской, 1997; Макаров, 1999; Романин, 1999). Одним из важных условий такого развития является изучение общих факторов психотерапии, в том числе и общих психотерапевтических механизмов лечебных воздействий и интервенций (там же, и «Клиническая психология», 2006; Носачев, 1998; «Психотерапия: психологические модели», 2008; Сирота, Воробьева, 2006). В исследованиях психотерапии постоянно возникают и обсуждаются такие

концепции, которые не ориентировались бы на психотерапевтические школы или терапевтические направления, а были бы общими для всех школ. Об этом, в частности, говорит существование таких понятий, как общая психотерапия, интеграция, эклектизм (Ташлыков, 1992; «Эволюция психотерапии», 1998). Главной задачей интеграции является теоретическое объединение различных подходов. То есть, существенное значение при интеграции имеет связь с теорией и разработка общих положений. Эклектизм же означает такую методологическую позицию, когда отбираются действенные элементы – несмотря на их теоретическую совместимость, и комбинируются между собой. Общее между ними – отказ от соблюдения единой терапевтической школы и принятие во внимание более одного направления («Клиническая психология», 2003).

Собственно, исследователи в области психотерапии давно указывают на феномены, при которых совсем разные направления психотерапии, дают примерно одинаковые результаты. Такое отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов психотерапевтического воздействия по сравнению с другими, является одной из причин существования различных методов психотерапии (Абабков, 1998; Буль, 1974; Завьялов, 1999). В то же время, потребность толкования факта, что различные подходы – и в том, что касается теории, и в том, что касается практики – дают положительные результаты, выдвигает предположение, о действии в разных подходах общих механизмов, которые влияют на результат терапии. Часто в литературе можно встретить категории «универсальные» и «неспецифические» относительно механизмов или факторов лечебных воздействий психотерапии, что дает повод для возникновения многих недоразумений. В отличие от них, категории «общие» и «базовые» являются более удачными, и не ограничивают рамок понимания, при которых эти механизмы могут быть совершенно специфическими по своему влиянию и не просто заранее присутствовать и реализовываться при всех видах психотерапии с равной силой, но могут чрезвычайно варьироваться в своей выразительности (например, в зависимости от самого вида психотерапии – индивидуальной, групповой, семейной) («Клиническая психология», 2003). И как результирующее, констатируется, что без принятия базисной функциональной тождественности различных форм и видов психотерапевтического вмешательства нельзя разработать модель эффективной психотерапии (Хайгл-Эверс и др., 2001).

Основным отличительным признаком психотерапии от других методов лечения является то, что при ее проведении используются *психологические средства* трансформации личности, связанные с использованием основ психологии (в отличие от используемых в медицине, фармакологии, педагогике, социологии и юриспруденции). Признак психотерапии, при которой основной акцент делается на личностной трансформации, отличает ее, например, от психологического консультирования, которое направлено в большей степени на решение ситуативных вопросов и улучшения качества жизни (Нельсон-Джоунс, 2000; «Руководство по психотерапии», 1985; «Техники консультирования и психотерапии», 2000).

4. Базисные модели личностных изменений в психотерапии

В современной литературе выделяют пять основных «моделей личностных изменений [пациента]», которые являются сосредоточением всех психотерапевтических механизмов и факторов лечебных воздействий и интервенций («Клиническая психология», 2003): 1) изменение личности пациента в процессе (понимающих, особых) межличностных отношений; 2) изменение личности пациента посредством взаимодействия; 3) изменение личности пациента в результате преодоления кризисов развития и переломных моментов в жизни, которые происходят в основном благодаря регрессии пертурбации; 4) модель изменения личности пациента с помощью научения; 5) модель изменения, которая подчеркивает соматопсихическое взаимовлияние, которое имеет особое значение для телесно-ориентированных методов.

Изменение личности в разном её модусе, как результирующее действие психотерапии, происходит с помощью ряда собственно психотерапевтических воздействий и интервенций. Как правило, именно эти влияния и интервенции и выступают единицей анализа психотерапевтического процесса.

Понятие «интервенция» употребляется для обозначения структурированной процедуры или методики, предназначенной для того, чтобы прерывать, изменять и вмешиваться в определенный текущий процесс. Психотерапевтические интервенции (вмешательства) выступают при этом видом (типом, формой) психотерапевтического воздействия, которое характеризуется определенными целями и соответствующими средствами воздействия – методами (Бурно, 2006; Вельвовский, 1984; «Справочник практического психолога», 2007). Термин «психотерапевтическое вмешательство» может определить конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация и др., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесно связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства, целями и задачами психотерапии) («Клиническая психология», 2006; Рожнов, 1971). Также психотерапевтическая интервенция рассматривается как клинко-психологическая интервенция, осуществляемая с целью терапии (Бурно, 2006; Вельвовский, 1984; «Клиническая психотерапия в общей врачебной практике», 2008; Менделевич, 2005; Ташлыков, 1984).

Согласно концепции К.Граве, независимо от психотерапевтических теорий и подходов, в психотерапевтическом процессе всегда присутствует активация основных механизмов личностной трансформации у пациента. Эти механизмы активизируются терапевтическими методами, причем различные методы разной степени активируют (или не активируют) некоторые механизмы (Федоров, 2002).

Первый механизм, «компетентность в овладении / преодолении» («mastery / coping»), касается способности пациента к приобретению отсутствующих при данном расстройстве умений и навыков совладающего поведения. Благодаря способности к адекватному поведению в проблемных ситуациях пациент изменяет также «вторичную оценку» своих умений, и ожидание самоэффективности повышается. Вторым основным механизмом К. Граве считает «прояснение и коррекцию значений» («clarification of meaning»), изменение

«первичной оценки». Так, например, страх может быть результатом оценки какой-то ситуации как угрожающей главным целям, терапевтическое воздействие должно помочь осознать и прояснить его. Третий механизм, «актуализация проблемы», заключается в актуализировании проблемных паттернов эмоций и поведения с целью создания оптимальных условий обучения, чтобы стимулировать процессы изменения не только в плоскости символических языковых взаимодействий. Тем самым становится возможным непосредственное получение нового опыта. Это обеспечивается, например, в таких видах терапии, как психодрама, в ролевых интерактивных играх, а также при трансферных отношениях (переносе) и при их переработке. Четвертый механизм, «активация ресурсов», означает мобилизацию сил со стороны пациента, необходимую для того, чтобы в нем произошли и стабилизировались изменения.

Еще одну общую для всех теорий концепцию предлагают Дж. Прохазка, Е. Д. Клемента и Дж. Норкросс, которые различают десять общих для всех школ психотерапии основных механизмов влияния и интервенций и соответствующих им процессов изменений (по «Клиническая психология», 2003). Процессы изменений они определяют как открытые и скрытые виды деятельности, в которые включаются индивиды, если хотят изменить свою проблемное поведение. Эти процессы могут иметь разное значение в зависимости от терапевтических целей. Различные методы при этом ставят акцент на различных процессах изменений: самоэксплорация / саморефлексия (consciousness raising); изменение самооценки (self-reevaluation); самоосвобождение (self-liberation); контрбусловленность (counter-conditioning); контроль стимула (stimulus control), который вызывают проблемное поведение; процедуры подкрепления (reinforcement management); отношения помощи (helping relationships); облегчение выражение эмоций (dramatic relief); новая оценка окружающих; социальное освобождение (social liberation) как приобретение или закрепление конструктивного поведения в социуме.

Заслуживает внимания также модель С. Гарфилда, в которой он систематизировал свой сорокалетний опыт исследования этой проблемы. В качестве таких механизмов (сам автор употребляет синонимические «механизму» понятия «фактор» и «переменная») общих для разных школ и видов психотерапии, им были выделены: психотерапевтические отношения; интерпретация, инсайт и понимание; эмоциональная разрядка; подкрепление; десенсибилизация; противостояние трудностям. Кроме названных основных общих механизмов (факторов) психотерапии, С. Гарфилд указывает на существование и других механизмов, действующих в большинстве психотерапевтических методов, например – вселение уверенности, поддержка и предоставление информации. Вместе с тем, он подчеркивает, что все приведенные выше «психотерапевтические факторы или переменные не следует рассматривать как изолированные механизмы психотерапии. Наоборот, они взаимосвязаны с другими психотерапевтическими переменными, личностными особенностями и проблемами клиента, формируемые психотерапевтическими отношениями и профессионализмом психотерапевта».

Классификацию механизмов лечебного действия психотерапии в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека – эмоциональным, познавательным (когнитивным) и поведенческим – предложил Б.Д. Карвасарский (Карвасарский, 2011). Именно соотношение механизмов по трем соответствующим сферам ранее осуществлялось Р. Корсини, однако принцип выделения самих механизмов у Б.Д. Карвасарского несколько отличается.

Так, в процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональной сферой связаны безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация. В этой же плоскости, но с ориентированностью на будущее, находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели.

Преимущественно к когнитивной сфере относятся получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализация, обратная связь, самоэксплорация, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). Как отмечает Б.Д. Карвасарский, в эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые служили источником декомпенсации, их обесценению. Происходит расширение образа Я за счет включения в него аспектов, которые ранее были отторгнутыми: представление о себе, своем поведении, целях, способах их реализации.

К поведенческой сферы Б.Д. Карвасарским отнесены имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. По его словам, научение в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо – через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно – путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (Карвасарский, 2011).

Сгруппировав вышеуказанные (и приведенные другими авторами) механизмы лечебного действия психотерапии, а также приняв во внимание результаты соответствующего опроса самих пациентов, Б.Д. Карвасарский выделил три базовых или основных механизма. Это – конфронтация, корректирующее эмоциональное переживание (корректирующий эмоциональный опыт) и научение, которые охватывают все три плоскости изменений – когнитивную, эмоциональную и поведенческую (Карвасарский, 1985; “Психотерапевтическая энциклопедия”, 2000; Соколова, 2006).

В семейной психотерапии выделяются фактически те же механизмы лечебного действия, что и в групповой. Однако, указывается и на существование ряда других, специфических механизмов именно для семейной психотерапии. Так, в последнее десятилетие разработана технология присоединения психотерапевта к семье как к целостной системе, так и к отдельным ее членам, что существенно ускоряет процесс семейной психотерапии. Основой при этом

выступает установление конструктивной дистанции и принятие психотерапевтом «семейного мифа», сохранение семейного «статус-кво», то есть публичного защитного образа и той структуры семейных ролей, которые демонстрирует семья во время психотерапии. Это способствует снижению уровня эмоционального напряжения и тревоги, которые есть у членов семьи, которые впервые решились на раскрытие семейных тайн объективному наблюдателю. Дальнейшие инициативы психотерапевта могут быть адресованы представителям разных подсистем семьи с целью активизации их деятельности и тем самым ослабление активности других подсистем. Психотерапевт также создает условия для того, чтобы члены семьи устанавливали такие внешние и внутренние границы, при которых был бы возможен свободный обмен энергией и информацией. Такие действия психотерапевта вызывают в семейной системе сильные флуктуации, в результате которых семейная система пробует усложнять и дифференцировать свой опыт приспособительного поведения.

Заключение

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что резонанс целей достигается в процессе психотерапии, обработки целеполагания («создание рамки психотерапевтических целей») также относятся к эффективным механизмам лечебных воздействий в семейной психотерапии.

Резюмируя проведенный анализ, отметим, что раскрытие психотерапевтических механизмов лечебных воздействий и интервенций позволяет не только определить универсальные составляющие психотерапевтического процесса, но и установить точки пересечения феноменов «лечение души» и «лечение душой» в рамках различных психотерапевтических парадигм.

Особого внимания при этом заслуживают психотерапевтические подходы к реконструкции личностного «Я» в клинике непсихотического уровня расстройств, специфика которого состоит в том, что им не свойственно возникновение личностного дефекта. Именно аффективные и ценностно-смысловые нарушения, а не нарушения когнитивного порядка делают вышеуказанную группу пациентов целевой для реконструктивной психотерапии.

Анализ реконструктивных психотерапевтических подходов и механизмов интервенций и личностных изменений в первом приближении позволяет сформулировать следующее положение: при всем разнообразии теоретико-методологических основ и философских истоков, используемого категориального аппарата и терминологии и собственно психотерапевтических практик, среди них можно выделить базисные источники. Последние, на наш взгляд, и заслуживают специального исследовательского внимания, в особенно те, которые открывают возможности именно для экспериментальных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: «Кафедра-М»,

- 1998.
2. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. — М.:, 1999 - 487 с.
 3. Буль П. И. Основы психотерапии. — Л, 1974. — 163 с.
 4. Бурлачук Л.Ф. и др. Основы психотерапии: Учебн. пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика» / Л.Ф. Бурлачук, И.А. Грабская, А.С. Кочарян. — К.: Ника-Центр; М.: Алетейа, 1999. — 320 с.
 5. Бурно М.Е. Клиническая психология. Изд. 2-е, доп. и перераб. — М.: Академический проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
 6. Вельвовский И. З., Липгарт Н. К., Багалеи Е. М., Сухоруков В. И. Психотерапия в клинической практике. — Киев, 1984.
 7. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 250 с.
 8. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. — М.: Питер, 4-е изд., 2011. — 864 с.
 9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — 576с.
 10. Кербииков О.В. Избранные труды.- М.: Медицина.1980.- 448с
 11. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, М. Баумана — СПб.: Издательство «Питер», 2003.- 1312 с.
 12. Клиническая психология / Под редакцией Б. Д. Карвасарского — СПб.: Издательство «Питер», 2006.- 960 с.
 13. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Под ред. Н.Г.Незнановой, Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2008. — 528 с.
 14. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. Учебное пособие— Мн.: Выш. Шк., 1997. — 464 с.
 15. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. — М.: Медицина, 1994. — 192с.
 16. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии — М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 1999. — 416 с.
 17. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. — 5-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.
 18. Муллан Б. Психотерапевты о психотерапии. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. — 480 с.
 19. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. — Л.: изд-во Ленингр. ун-та, 1960. — 426с.
 20. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования — СПб.: Издательство «Питер», 2000. — 464 с.
 21. Носачев Г. Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. Т. 1, 2. — Самара, 1998.
 22. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.
 23. Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К.

- Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 432 с.
24. Психотерапия: психологические модели / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко; СПб.: Издательство: «Питер», 2008. — 324 с.
 25. Романин А.Н. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 1999. - 208 с.
 26. Сирота Н.А. Воробьева Т.В. Базовые теории и методы психотерапии. Уч.-метод. пособие. - МГМСУ, 2006. - 60с.
 27. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. Учебное пособие. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. - 314 с.
 28. Справочник практического психолога. Психотерапия / сост. С.Л. Соловьева. – М. АСТ; СПб. Сова, 2007. – 575 с.
 29. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л., 1984.
 30. Ташлыков В.А. Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративной психотерапии // Интегративные аспекты современной психотерапии. - СПб., 1992. – с. 13-19.
 31. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. / Ред. и сост. У.С.Сахакиан. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
 32. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. - 352 с.
 33. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. - СПб, 2001.

Recenzent - Reviewer - Рецензент:

Artykuł recenzowany przez dwóch niezależnych recenzentów – wykaz na rewersie strony tytułowej.

An article reviewed by two independent critics – see a list on the back of the title page.

Статья, оценивается двумя независимым рецензентами - перечень на обороте заглавного листа.