



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2 (65) ФЕВРАЛЬ-2008 • ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

Ψ ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

РОЖДЕСТВЕНСКИЕ НЕДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ППЛ 2007 ГОДА – ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

7–24 декабря 2004 г. в Москве прошли Рождественские недели психотерапии и консультирования

14 декабря – XIII Консторумские чтения

Традиционные чтения прошли успешно и внесли свой вклад в развитие отечественной клинической психотерапии.

17–24 декабря – домашняя научно-практическая конференция «Новое в методах психотерапии, принятых в Российской Федерации»

24 декабря – международная дискуссия «Путь психотерапевта»

Это четвёртая встреча нашей международной дискуссии. Она оказалась представительной, успешной, содержательной. Её стенограмма будет издаваться в изданиях ППЛ!

Пленарное заседание 24 декабря 2007

Пленарные доклады приглашённых докладчиков опубликованы или будут опубликованы в изданиях ППЛ.

1. Проект рабочей классификации психотерапии

Макаров В. В. – доктор медицинских наук, профессор, президент ППЛ и Азиатской федерации психотерапии, психотерапевт европейской и всемирной регистрации, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования

2. Методы психотерапии в Российской Федерации

Бурно М. Е. – доктор медицинских наук, профессор, психотерапевт европейской регистрации, профессор кафедры психотерапии, клинической психологии и сексологии РМАПО, вице-президент ОППЛ

3. Нейрогенетические перспективы психотерапии

Тукаев Р. Д. – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии Росздрава, психотерапевт европейской регистрации

4. Биологические механизмы психотерапии

Сандомирский М. Е. – кандидат медицинских наук, действительный член ППЛ, психотерапевт европейской регистрации

5. Этика в психотерапии

Егоров Б. Е. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО, вице-президент Русского психоаналитического общества, действительный член и председатель комитета по этике ППЛ, психотерапевт европейской регистрации

Процедура торжественного вручения Европейских сертификатов психотерапевта и сертификатов Всемирного совета по психотерапии (Всемирных сертификатов психотерапевта)

Сертификаты были вручены Бурно Марку (Москва); Майкову Владимиру (Москва), Белокуровой Марине, Захаревичу Андрею (Санкт-Петербург), Ковалёву Сергею (Московская область), Нарцину Николаю, Горшкову Андрею (Санкт-Петербург)

ДОКЛАДЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МОДАЛЬНОСТЕЙ

С докладами выступали те руководители модальностей, которые в рамках Домашней конференции собрали свои секции или дни модальностей. Секции получили возможность спокойной продуктивной работы, возможности обсудить результаты и наметить перспективы. Всего таких секций было 6. Их названия приведены ниже, их руководители выступили с докладами.

1. От мультимодальной к полимодальной психотерапии

Макаров В. В. – доктор медицинских наук, профессор, президент ППЛ и АФП, психотерапевт европейской и всемирной регистрации, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования

2. Клиническая классическая психотерапия и психоанализ: сравнения и возможности сближения

Бурно М. Е. – доктор медицинских наук, профессор, психотерапевт европейской регистрации, профессор кафедры психотерапии, клинической психологии и сексологии РМАПО, вице-президент ОППЛ

3. Интегративно-диалоговая психотерапия

Тукаев Р. Д. – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии Росздрава, психотерапевт европейской регистрации

4. Психосоматическая терапия: реальные возможности и перспективы

Зуйкова Н. Л. – зав. кафедрой психосоматической патологии ФПКМР

5. Два типа религиозно-ориентированной психотерапии

Белорусов С. А. – заведующий отделением клинической психотерапии поликлиники «Медроконтракт», г. Москва, Россия

ПЛЕНАРНЫЕ СООБЩЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МОДАЛЬНОСТЕЙ

1. Применение методов психоорганического анализа в современном обучении, тренинговых программах, индивидуальной психотерапии

Молостова Е. О. – клинический психолог, преподаватель Института Психоанализа, психотерапевт европейской регистрации

2. Психопатогенез и психотерапия депрессии в современном экзистенциальном анализе

Баранников А. С. – д.м.н., психиатр-психотерапевт, профессор МПГУ, консультант Центрального военно-морского клинического госпиталя, г. Железнодорожный

3. Перспективы применения традиционных практик в психотерапии

Захаревич А. С. – д. пс. н., психотерапевт Европейского регистра, Санкт-Петербург

4. Эриксоновская психотерапия на постсоветском пространстве

Доморацкий В. А. – д. м. н., профессор, зав. кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, действительный член ППЛ, г. Минск

5. Музыкальная терапия

Петрушин В. И. – д. пс. н., профессор кафедры психологии МПГУ, заведующий кафедрой психологии и педагогики художественного творчества Краснодарского университета культуры и искусства, академик Международной педагогической академии, член правления Московского профессионального объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников

6. Современный транзактный анализ – восточная версия

Макарова Г. А. – действительный член ППЛ, психотерапевт европейской регистрации

7. Психокатализ: новые области применения

Ермошин А. Ф. – врач-психотерапевт высшей категории, действительный член ППЛ, член Центрального совета ППЛ, руководитель модальностей в ППЛ: психокатализ и софия-анализ, психотерапевт европейской регистрации, директор научно-практического центра «Здоровье души»

8. Стандартизация. Психодинамического диагноза в позитивной психотерапии

Кириллов И. О. – к.м.н., врач психиатр, психотерапевт европейской регистрации, член Совета директоров Международного центра Позитивной Психотерапии

9. Грамотное восприятие информации от естественных и искусственных источников

Троян Л. П. – официальный преподаватель и супервизор практики межрегионального уровня ППЛ

Восемь руководителей модальностей выступили с сообщениями о развитии своих модальностей.

Перечислим состоявшиеся секционные заседания или дни модальностей

17.12.2007 09.00–13.00	День интегративно-диалоговой психотерапии Председатель: Тукаев Р. Д.
17.12.2007 13.15–16.45	День полимодальной психотерапии Председатель: Макаров В. В.
18.12.2007 10.00–13.00	День религиозно-ориентированной психотерапии Председатель: Белорусов С. Л.
18.12.2007 13.30–16.30	День психосоматики и психотерапии в общесоматической сети Председатель: Зуйкова Н. Л.
19.12.2007 14.00–16.00	День клинической психотерапии Председатель: Бурно М. Е.
21.12.2007 10.00–13.45	День психотерапевтической кинезиологии Председатель: Чобану И. К.

Дни модальностей прошли успешно. На будущих домашних конференциях каждой модальности, заявившей свой день будет выделяться больше времени. Для того, чтобы была возможность послушать и обсудить доклады и сообщения, а так же демонстрации.

7–23 декабря – проведены тренинги, семинары, демонстрации, мастер–классы

В тренинговых программах были представлены как традиционные учебные курсы, так и новые наработки участников ППЛ

1. **Угличина Галина Николаевна** «Расстановки по Берту Хеллингеру»

2. **Ащеулова Оксана** «Восток – тело тонкое»

3. **Васильева Ольга, Черник Елена** «Движение в стиле Рио Аберте»

4. **Чобану Ирина Константиновна** «Кинезиология. Коррекция острого стресса»

5. **Лаврова Нина Михайловна** «Кризис семейных систем. Функциональные ресурсы семьи»

6. **Потехин Станислав Викторович** «Развитие сверхспособностей»

7. **Исполотова Елена Николаевна** «Анализ ранних воспоминаний»

8. **Финько Ирина Леонидовна, Шишмарева Татьяна Павловна** «9 секретов благополучной жизни»

9. **Доморацкий Владимир Антонович** «Марафон Эриксоновский гипноз. Работа с ресурсными трансами»

10. **Доморацкий Владимир Антонович** «Эриксоновский гипноз. Долгосрочная программа»

11. **Исполотова Елена Николаевна, Панюкова Ирина Анатольевна** «Расстройства гендерной идентичности»

12. **Захаревич Андрей Станиславович** «Технологии развития целительских способностей»

13. **Тукаев Рашит Джаудатович** «Интегративно – диалоговая психотерапия. Проективная терапия»

14. **Баранников Александр Сергеевич** «Экзистенциальный анализ. Чувства и отношения как источник жизни. Формирование и утрата ценности жизни» 23 декабря с 10.00 – 17.00

15. **Захаров Роман Иванович** «Психотерапия в школе»

16. **Макаров В. В., Тукаев Р. Д.** Лаборатория-тренинг «Гипнотические и медитативные технологии исследования жизни до рождения, жизни в будущем и, возможно, иных воплощений»

24 декабря состоялся IV рождественский фуршет психотерапевтов, консультантов России и их друзей. Творческая, дружеская обстановка этого собрания позволяет считать его одним из лучших.

Организационный комитет рождественских недель продолжает свою работу, подводя итоги сделанного и готовясь к Рождественским неделям Профессиональной психотерапевтической лиги 12–28 декабря 2008 года.

Состав организационного комитета:

Президент: Макаров Виктор Викторович. vikgal@oppl.ru, служ.(495) 675–15–63, моб. 8–917–533–39–29, (985)105–90–36

Исполнительный директор: Калмыкова Инга Юрьевна. center@oppl.ru, моб. +7–963–750–51–08, служ. (495) 675–15–63

Ответственный за издания, Вице-президент Лиги Чеглова Ирина Алексеевна. cheglova@list.ru, тел. моб.: 8–916–547–90–01

Ответственный за программу, Учёный секретарь ППЛ Ларина Александра. lettme@rambler.ru, тел.: моб. 8–915–367–06–11

Главный бухгалтер Симакова Галина Олеговна. dinabed15@mail.ru, служ. 676–75–16, моб. 8–916–912–72–25

Ответственный за тренинги Тренинг- менеджер ЦС ППЛ Хаванов Андрей. workzonn@rambler.ru, +79262135429

Тренинг-менеджер ЦС ППЛ по регионам Иванова Алевтина. alevtina_ivanova@pochta.ru, моб.: 89268532387

Центральный Совет Лиги: center@oppl.ru, моб. +7–963–750–5108, служ. (495) 675–15–63

Официальный WEB сайт: <http://www.oppl.ru>

Ψ ИЗ КОМИТЕТА МОДАЛЬНОСТЕЙ

Заявка в Комитет модальностей ОППЛ для представления модальности в Лиге ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Определение. *Дифференцированная когнитивная терапия* – метод психотерапии, заключающийся в систематическом анализе места и роли когнитивных процессов в сложном (всегда многоуровневом) патогенезе различных душевных страданий с последующей коррекцией выявленных дисфункциональных установок.

Сущность метода. Метод является краткосрочным и строго структурированным, может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом вариантах. Терапия состоит из нескольких этапов. 1) Стандартная клиничко-психиатрическая диагностика. 2) Изучение вклада когнитивных процессов в развитие, проявление или интенсификацию симптомов и (или) проблем в данном конкретном случае. Особое значение придается анализу когнитивных процессов, связанных с психопатологической неграмотностью пациента – *диснозогнозии* и *транзитивизму*. Под диснозогнозией понимается неправильная интерпретация пациентом природы и значения собственных симптомов. Транзитивизм определяется как убеждение пациента в том, что другие люди обладают теми же особенностями процессов переработки информации, что и он, то есть игнорирование (непонимание) характерологических различий (как различий в способах мышления и чувствования) и оценка других и (или) себя исходя из этого убеждения. Первый механизм характерен преимущественно для различного рода эндогенных расстройств, второй, прежде всего, для расстройств личности. На этом этапе создается когнитивная модель расстройства (проблемы). 3) *Психообразование* – подробное изучение пациентом (под руководством врача) наличествующих у него психопатологических расстройств и собственного личностного склада. 4) Применение полученных знаний в действии. Пациент учится купировать или смягчать симптомы, используя техники когнитивной терапии (например, метод пяти колонок или экспозицию). В случае личностных расстройств или межличностных конфликтов пациент учится искать транзитивизм в происхождении своих текущих негативных переживаний, вступать с ним в конфронтацию и, таким образом до той или иной степени освободиться от этой когнитивной установки, что приводит к клиническому улучшению. На всех этапах в дидактически-иллюстрационных целях могут применяться техники классической когнитивной терапии, отдельные методики терапии творческим самовыражением, некоторые медитативные практики.

Теоретические основы. Глубинной основой метода является естественнонаучный, этологический подход. Биологические факторы (инстинкты, конституция, эндогения, органические поражения мозга и т. д.) являются формообразующими в развитии психопатологических и личностных расстройств. Процессы научения могут происходить только в пределах, ограниченных формообразующими факторами. Когнитивные искажения, поэтому, не могут быть первичными. Тем не менее они могут являться важным звеном в патогенезе страдания. Психотерапевтическое воздействие на это звено способно оказывать симптоматический эффект. При эндогенных заболеваниях такое воздействие целесообразно сочетать с биологическими методами лечения. В случаях личностных расстройств и межличностных конфликтов симптоматического психотерапевтического воздействия часто оказывается достаточно для избавления от страданий, так как личность имеет проблемы не столько из-за своих или чужих характерологических особенностей

как таковых, сколько от их неправильной оценки. Эта неправильная оценка – следствие транзитивизма, инстинктивного феномена «теории разума», свойственного высшим приматам. Для некоторых представителей вида *homo sapiens*, в некоторых ситуациях эта адаптивная по происхождению функция начинает играть дезадаптивную роль, так как не согласуется с другим эволюционным приобретением человеческого рода – высокой степенью индивидуальных характерологических различий. Транзитивизм, однако, до определенной степени поддается коррекции, видимо потому, что является сравнительно недавним эволюционным приобретением.

Применение. Метод может применяться в индивидуальном психологическом консультировании, психокоррекции и психотерапии. **Показания к применению.** *Клинические:* невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, аффективные расстройства невротического уровня, психосоматические заболевания, расстройства личности. *Консультативные:* проблемы межличностных отношений, нарушения самооценки.

Практические результаты. Эффективность метода, по крайней мере, не ниже эффективности классической когнитивной терапии. Чтобы уверенно говорить о его превосходстве, необходимы статистически достоверные исследования. По данным автора, представляющего модальность, многие пациенты предпочитают данный метод классическому когнитивному подходу

Данная модальность является одним из направлений научно-практической работы кафедры психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов. Метод внедряется на базе кафедры в ГКБ№ 1 г.Москвы.

Краткая история. Дифференцированная когнитивная терапия складывается из двух источников – классической когнитивной терапии (А. Бека и А. Эллиса) и клинической (психиатрической) психотерапии (Э. Кречмер, С. И. Консторум). Классическая когнитивная терапия активно разрабатывается на Западе, начиная со второй половины XX-го века. Множество статистически достоверных исследований подтверждают ее высокую эффективность при депрессивных и тревожных расстройствах. В настоящее время классическая когнитивная терапия является одной из немногих модальностей психотерапии, оплачиваемых страховыми кассами. В России это направление также развивается (А. Б. Холмогорова, Р. Г. Гаранян, Ю. С. Шевченко, Н. П. Захаров). Клиническая (психиатрическая) терапия в последние десятилетия развивается в работах многих российских авторов (Ю. С. Шевченко, М. Е. Бурно, И. С. Павлов, П. В. Волков и многие другие). Дифференцированная когнитивная терапия, представляющая собой, в известной мере, синтез этих двух направлений, разрабатывается автором, представляющим модальность, с конца 90-х годов. По теме исследований опубликовано несколько научных работ, защищена кандидатская диссертация.

Миссия. Продвижение и распространение метода в профессиональном сообществе.

Основные формы деятельности. Дальнейшее исследование возможностей метода в психотерапевтической практике. Внедрение принципов и методик дифференцированной когнитивной терапии в психотерапевтическую и психокоррекционную работу. Проведение тематических семинаров-тренингов.

Используемые модальности психотерапии. В русле метода используется ряд техник классической когнитивной терапии, а также применяются некоторые методики терапии творческим самовыражением.

Основные отличия от родственных методов. В отличие от классической когнитивной терапии в представляемой модальности варианты психотерапевтического воздействия определяются клиническими особенностями расстройств (переживаний) пациента, в каждом конкретном случае проводится анализ места и роли когнитивных процессов в многоуровневом патогенезе душевного страдания. Первоочередное значение придается когнитивным процессам, связанным с психопатологической неграмотностью пациента – диснозогнозии и транзитивизму. В связи с этими двумя факторами центральное

внимание оказывается психообразованию пациента – изучению пациентом наличествующих у него психопатологических расстройств и собственного личностного склада. В отличие от терапии творческим самовыражением, психотерапевтическая работа в представляемой модальности структурирована в виде техник и преимущественно фокусируется на когнитивных процессах.

Реквизиты автора, представляющего модальность: Бурно Антон Маркович – врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.

Дом. тел.: (495) 481-96-17; моб.: 8-906-774-78-34; e-mail: drburnoml@mail.ru

ЗАЯВКА В КОМИТЕТ МОДАЛЬНОСТЕЙ ОППЛ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ МЕТОДА ЛИГЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Какие профессиональные сообщества и организации, входящие в ОППЛ или сотрудничающие с ОППЛ, представляют данную модальность. В настоящее время наиболее близкой к заявленной модальности является научно-практическая деятельность, осуществляемая кафедрой Психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов (РУДН; декан д.м.н. Кислый Н. Д., зав. каф. к.м.н. доцент Зуйкова Н. Л.), психотерапевтическая служба ГКБ № 71 – (главный врач к.м.н. Хрупалов А. А.), клиника неврозов (гл. врач Шенин Н. Н.) и отделение психотерапии ГКБ36 (зав. отд. к.м.н. доцент В. Н. Прокудин)

Краткая история. История предлагаемой модальности непосредственно и неразрывно связана с историей и развитием психосоматической медицины, «науки о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой» (Бройтигам В. и соавт., 1999) и психосоматики – «направления в медицине, изучающего роль психологических факторов в этиологии и патогенезе функциональных и органических расстройств организма человека» (Зинченко В. П., 1999), а так же психотерапии.

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие различные аспекты биологических и психосоциальных соотношений.

Понятие «Психосоматическая медицина» вводилось во врачебный лексикон в период с 1818 до 1922 года благодаря немецким клиницистам Йогану Гейроту (предложил термин «психосоматика») и Максимилиану Якоби (противопоставил «соматопсихическую» медицину). С тех пор понятие получило множество разнообразных, зачастую, противоречащих друг другу толкований и к настоящему времени в мире насчитывает более 200 концепций. Психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная гипотеза, объясняющая этиологию и патогенез психосоматозов. Наиболее известными являются: психоаналитическая, психодинамическая, кортико-висцеральная, стрессовая, социопсихологическая, теория функциональных систем П. А. Анохина, теория устойчивых патологических состояний Н. П. Бехтерева и др. Однако, ни одна из них не может дать полного, исчерпывающего объяснения всего разнообразия психосоматических расстройств и способна более или менее удачно истолковывать какое-либо одно звено сложной цепи психосоматических взаимосвязей. Тем не менее, большинством исследователей признается многофакторная модель психосоматического заболевания, учитывающая взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов и мультифакториальный

генез данных расстройств. В связи с этим логичным является наше утверждение: терапевтическое воздействие должно быть целесообразно-многофакторным. Следует отметить последние тенденции западных авторов к тому, чтобы заменить термин «психосоматика» на «психонейроиммунология», в соответствии с концепцией L. Chertok (1982), по которой психосоматический симптом является асимволическим и его специфическая направленность определяется в первую очередь иммунологическими и нейроэндокринными взаимосвязями и существующим механизмом нейроиммунной регуляции психики и сомы. Отечественный психологический подход в лице ее видного представителя А. Р. Лурии, (40–50-е годы прошлого века) основан на принципе: «По существу вся медицина является психосоматической. Нет только соматических болезней, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую стороны болезни». Известные отечественные специалисты в психосоматике М. В. Коркина и В. В. Мариллов (1998) указывают на целесообразность выделения психосоматических реакций и психосоматических заболеваний и предлагают обозначать последние все чаще употребляемым термином «психосоматоз» и относят их к психогенным расстройствам, составляющими наряду с неврозами и психопатиями самый большой удельный вес среди заболеваний, традиционно принадлежащих малой или пограничной психиатрии.

Психотерапия психосоматических расстройств неотделима от общей психотерапии, история которой корнями уходит в историю врачевания.

На современном этапе существенный вклад в изучение психосоматозов и их терапию несомненно внесли наиболее признанные в мире три психотерапевтические направления: психоаналитическое, экзистенциально – гуманистическое и бихевиористическое.

И, хотя зарубежные ученые подчеркивают, малоперспективность психосоматических пациентов для психоанализа (Сифнес, 1973), что Стоквис и Карасу (Karasu T., 1979) объясняют сложной природой психосоматических заболеваний, которая определяется собственно соматогенными влияниями, личностными характеристиками, защитой и сопротивлением пациента, негативным и контрпереносными реакциями врачей, грамотная психотерапия без учета бессознательного уже не представляется возможной.

Отечественные исследователи и практики в свою очередь не дают убедительных данных за высокую эффективность психотерапии психосоматических расстройств, а ведущие исследователи (Б. Д. Карвасарский; М. В. Коркина, В. В. Мариллов; 2006), связывают малую курабельность в первую очередь с тем, что

до обращения к психиатру-психотерапевту больные длительно и безрезультатно лечатся у врачей других специальностей, недооценивающих значение психического в самочувствии своих пациентов. Известен и тот факт, что из числа направляемых, большинство пациентов не доходят к психиатрам-психотерапевтам и, прежде всего, по причине стигматизации обращающихся в ПНД и ПБ.

Посему необходим и продолжается поиск и разработка новых методов и программ для более эффективной помощи этим многочисленным больным, коих в общесоматической сети выявляется более чем в 50% случаев. И хотя врачи общей практики не спешат привлекать к подобной работе профессиональных психологов и психотерапевтов и, по сути, сами проводят, так называемую «необъявленную психотерапию, используя групповые формы работы по обучению и самопомощи при СД, БА, АГ, ИБС (Богомолова М. В., 1991; Барабаш О. Л. и др., 2001). Обучение саногенному поведению, в так называемых психосоматических клубах («Коронарный клуб», «Астма-клуб», «Школа для перенесших аортокоронарное шунтирование» и др.), несомненно является профилактикой «псевдоповедения», создающего патофизиологический фон для формирования психосоматических болезней.

В свою очередь психотерапевты, не взирая на общепринятое мнение о малокурабельности психосоматических больных, имеют реально работающие подходы и методы, которые можно смело рекомендовать для применения в клинике. Так, результаты исследований В. П. Зайцева и И. К. Шхвацабая (1981), свидетельствуют об обоснованности применения психосоматическим больным, как симптоматической, так и патогенетической психотерапии, ориентированной на личностные особенности и требующей нормализации системы отношений, неадекватно сформированной в процессе жизни. Суггестивные методики остаются широко востребованными для снятия функционально фиксированных психосоматических моносимптомов. В частности, гипноз, такие авторитеты, как П.И. Буль, В. Е. Рожнов, В. А. Йофе, Б. Д. Карвасарский называют здесь наиболее эффективным. Непосредственный гипноз по М. Эриксона и аутогенная тренировка И. Г. Шульца, так же считаются некоторыми авторами особенно успешными (Сидоров П. И., 2006). Продолжая исследовать гипнотерапию в России, и развивать интегративную теорию гипноза, профессор Р. Д. Тукаев (2007), создал интегративную и проективную гипнотерапии, которые так же предлагает применять в психосоматике. Телесноориентированная психотерапия, кинезиология выходят на ведущие позиции в психосоматике (Сандомирский М. Е., 2007).

Т. о., указанные основания и 3-летний собственный опыт интеграции психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в общесоматическую сеть привели нас к идее о вычлениении психосоматической психотерапии (терапии) в самостоятельное направление. Указанную терапию предполагается проводить в структуре общесоматической сети и объединить в ней психосоматическую психотерапию, психофармакотерапию, психологию и общесоматические мероприятия и процедуры применительно к отдельному больному. Причем, мы убеждены в необходимости внедрения ее во всех возрастных категориях и апробируем сегодня ее внедрение среди подростков, взрослых и пожилых людей.

Данному решению способствовала и актуальность проблемы: психосоматические расстройства представляют собой широкий спектр разнообразных состояний, а клинические проявления отличаются значительным полиморфизмом и высокой частотой встречаемости. Более того, некоторые психосоматозы, например, сердечно-сосудистые, стали пандемическими практически во всех промышленно развитых странах.

Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в практику.

И это связано с тем историческим фактом, что наиболее распространенная медицинская модель заболевания предполагает лечение, прежде всего с помощью лекарств и процедур, а психотерапии долгое время отводилась роль опосредования и потенцирования этого воздействия. Однако к началу нашего века медицина все более ориентируется в био-психо-социальном направлении и влияние психологии, психотерапии набирает силу.

Сегодня в психосоматической медицине оформилась широкая школа различных психологических, соматоцентрированных и иных видов психотерапевтической помощи (Ramchandani D., Wise T. N., 2004); в нашей стране законодательно признаны около 30 методов психотерапии (Макаров В.В 1999г). Огромный терапевтический потенциал указанных методов может быть применен в алгоритме психосоматической модели психотерапии, а накапливаемый нами опыт свидетельствует об очевидной необходимости расширения интегративно-синтетического подхода. Для психотерапевтической науки, по нашему мнению, это означает в том числе и структурное выделение – преломление общей психосоматологии в практическую модальность – психосоматическую терапию. Сегодня выделяются конкретные и реально работающие программы психосоматической помощи. Свидетельством тому является модель организации медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи соматическим больным «взаимодействие–прикрепление», которая внедрена в Москве на базе ГКБ № 36 доцентом В.Н Прокудиным. В Санкт-Петербурге работает модель «психиатрия консультирования-взаимодействия» (Ванчакова Н. П., 2006), в Новосибирске в клинике НИИ Физиологии СО РАМН коллеги – психотерапевты вместе с интернистами эффективно работают с детскими психосоматозами (Анкундинова И. Э. 2007). В Екатеринбурге подобная помощь организована профессором О. В. Кремлевой. (Кремлева О. В., 2007). В Северном Государственном медицинском университете под руководством П. И. Сидорова разработана своя «Программа медико-психосоциальной помощи больным с психосоматической патологией», включающая диагностический, лечебный и реабилитационный этапы, которые осуществляют в одном тандеме участковый врач-терапевт, врач-психотерапевт, медицинский психолог и социальный работник. А внедряемая модель психосоматической психотерапии сотрудниками кафедры психосоматической патологии ФПКМР РУДН на базе ГКБ № 71, способствовала тому, что здесь в течение 3-х лет, стабильно сотрудничают с соматологами и психиатр, и психотерапевт, и психолог. Несомненно, этот список будет пополняться, и мы убеждены, что со временем сближение указанных программ станет единой, целостной системой помощи общесоматическим больным и пациентам с психосоматическими расстройствами.

Характерно, что в западной литературе мы встречаем нечто похожее: «психосоматическая групповая психотерапия» (Breisacher S. et al., 2003), «паллиативная психосоматическая психотерапия» (Rosin U., 2001), а также в ряду новых видов психотерапий отмечается и появление психосоматической психотерапии. (Saito Y. al., 2000; Flige H. et al., 2002; Bergman G., 2002). Что свидетельствует о мировых тенденциях в поисках более эффективных подходов в терапии психосоматических расстройств. Что ж, мы не стали первыми, но мы являемся последователями и участниками мирового и отечественного прогресса профессии и планируем развивать психосоматическую психотерапию, прежде всего в клиническом направлении, опираясь на имеющиеся мировые достижения и учитывая собственный опыт и ментальность.

Основные труды. Зарубежная и отечественная литература по психосоматической медицине и психотерапии обширна; представлены теоретические исследования, монографии, практико-ориентированные работы, сборники научных трудов.

Из наиболее репрезентивных источников по предлагаемой теме рекомендуется:

1. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей/ П. И. Сидоров, А. Г. Новикова; под ред. Акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006; 568 с.: ил.
2. В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. Т58 Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
3. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Смысл, 1996. – 234с.
4. Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. – Москва «Триада-фарм», 2002. – 304с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., Психосоматическая медицина. М.1999;
6. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты). Социальная и клиническая психотерапия. – 1997. – Т., № 1 – С.12–16;
7. В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
8. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилев В. В. Нервная анорексия – М.: Медицина. – 1986. – 176с.
9. Зуйкова Н. Л. Психосоматическая модель психотерапии в решении задач реабилитологии. Материалы Международной научно-практической конференции Москва, 11–12 декабря 2007 г. – С. 39–40. «Реабилитолог в XXI веке». Московский институт медико-социальной реабилитологии. Издано в авторской редакции.
10. Тукаев Р. Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 296 с.
11. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия. Практическое руководство. Независимая фирма «Класс», 2007. – 592с.

Миссия. Психосоматическая психотерапия представляет собой практическое воплощение теории психосоматической медицины и национальный вариант мультимодальной (полимодальной) психотерапии.

Основная цель психосоматической психотерапии состоит в осуществлении мультимодального «дух, душа, тело», комплексного подхода и терапевтического воздействия и оптимизации психофармакотерапии применительно к больным общесоматического профиля и прежде всего, с психосоматическими расстройствами: психосоматическими реакциями и собственно психосоматическими заболеваниями (во всем мире к ним относятся: бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит, сахарный диабет). Сюда же большинством исследователей относятся нервная анорексия, булимия, мигрень, ИБС.

В парадигме нашего подхода все многообразие технологий и методологий в эклектической целесообразности, в полимодальном виде ставится на службу отдельно взятой личности во всем многообразии компонент ее страдания.

Конкретизируя миссию настоящей модальности предлагается: многоуровневая (многоосевая) система диагностики, включающая телесный, духовный, психологический и социальный уровни патологии и соответствующая им терапевтическая гипотеза, основанная на принципе холистической интеграции современной медицины.

Модальность «психосоматической психотерапии» призвана оптимизировать существующие психотерапевтические подходы за счет актуализации интегративных перспектив в когнитивных стратегиях современных специалистов, то есть, способна менять, расширять и совершенствовать врачебное мышление, придавая ему системный био-психосоциальный характер. В связи с этим, психосоматическая психотерапия невозможна без психотерапевтической и просветительской работы с врачами: балинтовские группы, «психосоматические» семинары, лекции по современным

вопросам психосоматики – еще одно обязательное звено нашей модальности.

Т.о. мы видим свою миссию достаточно концептуально: в продвижении био-психо-социального подхода профилактики, лечения и реабилитации психосоматических расстройств, в расширении профессионального мышления врачей, а так же в развитии отечественной школы полимодальной и клинической психотерапии.

Основные формы деятельности

Научная деятельность. В психосоматической психотерапии изучаются условия и механизмы психотерапевтического воздействия, происходит исследование и верификация критериев диагностики и эффективности психотерапии разнообразных психосоматических расстройств и разных возрастных категорий пациентов общесоматической сети; происходит подбор наиболее эффективных психотерапевтических приемов.

Практическая деятельность. Психосоматическая психодиагностика, психотерапия и консультирование в тесном тандеме с интернистами и психологами на соматических базах для решения широкого спектра проблем больного.

Работа проводится индивидуально, с парами, семьями или в группах, а в стационарных условиях нами разработана особая техника «палатной психотерапии». Продолжительность психодиагностики, консультирования и психотерапии определяется личностными особенностями пациента, глубиной и содержанием его психологических и психосоматических проблем, содержанием терапевтических контрактов на изменения и достижение реалистических целей и методологичностью специалиста.

Апробируется 7-ми стадийный алгоритм психосоматической терапии:

1. Выстраивание психотерапевтического альянса и заключение предварительного терапевтического контракта. Оформление «Психотерапевтической карты пациента».
2. Коллегиально-диагностическая стадия и многоосевая диагностика.
3. Коллегиально-терапевтический этап, в процессе которого осуществляется терапия оптимально подобранной психолого-психотерапевтической методикой и целесообразной фармакотерапией в тесном сотрудничестве с соматологом и определяемая следующими факторами:
 - а) выраженностью и характером соматической патологии и психопатологии;
 - б) выраженностью и характером ситуационно-стрессового фона;
 - в) личностными особенностями пациента;
 - г) профессиональной компетентностью и методологическими возможностями самого психолога, психотерапевта или соматолога.
4. Собственно-терапевтический этап. Больного ведет психосоматолог, владеющий психотерапевтическим мастерством и разбирающийся в соматике и психосоматике.
5. Ретроспективно – экологический этап начинается после проведенного основного курса терапии, которая может быть как краткосрочной, так и долгосрочной.
6. Этап перспективных решений и выборов, на котором проводится поддерживающая терапия в виде регулярных, но более редких сессий.
7. Завершающий этап. Окончание консультирования или психотерапии; процедура прощания психосоматолога, психотерапевта, или психолога с пациентом.

Образовательная деятельность: Концепция психосоматической психотерапии (терапии) является одной из приоритетных тем в научно-практической, учебно-педагогической и образовательной деятельности кафедры Психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН. Курсанты и слушатели овладевают широ-

ким спектром теоретических знаний по психосоматической медицине, навыками психосоматической психотерапии «у постели больного» и на клинических разборах; курируют психосоматических пациентов в стационаре и на поликлиническом приеме.

Регулярно проводятся научно-практические конференции и клинические разборы по проблемам психосоматики с обязательным представлением итоговых работ и рефератов курсантов (дипломированных врачей, повышающих свою квалификацию).

На постоянной основе проводятся лекции для врачей и функционируют балинтовские группы и «психосоматический семинар» для сотрудников кафедральных баз – врачей общей практики ГКБ № 71., ГКБ № 61, на которых разбираются актуальные вопросы психосоматики и психофармакотерапии, где происходит обмен опытом и взаимное обогащение профессиональными знаниями.

Разработаны авторские учебные и образовательные программы по психосоматике и психотерапии психосоматических расстройств для врачей общей практики, психологов, психиатров и психотерапевтов. Эти образовательные курсы и программы регулярно обновляются и модифицируются в соответствии с новыми научно-практическими достижениями и результатами собственного опыта.

В ППЛ работает секция «Психосоматики и психотерапии в общесоматической сети»; на ежегодных психотерапевтических конференциях МОПе так же существует похожий раздел, регулярно освещающий опыт и идеи единомышленников психосоматического подхода из разных медицинских профессий и психотерапевтических модальностей. Профессиональное сообщество дает реальные возможности специалистам не отставать от современных мировых прогрессивных тенденций и быть в их числе.

Используемые модальности психотерапии. В психосоматической психотерапии используется интеграция основных модальностей психотерапии (клиент-центрированная психотерапия, психоанализ, системная семейная психотерапия, когнитивная психотерапия, транзактный анализ, гештальт-терапия, нейро-лингвистическое программирование, поведенческая психотерапия, гипнотерапия, интегративно-когнитивная гипнотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, ТТС, религиозно-ориентированная психотерапевтическая модальность и др.), т. е. применяется принцип полимодальности. Так же используются фармпрепараты, БАДы и гомеопатия стабильно зарекомендовавшими себя препаратами, как наиболее эффективными в лечении психосоматических расстройств.

То. психосоматическая психотерапия эклектична и представляет собой, прежде всего прикладной аспект и использует весь широкий спектр модальностей и приемов, в том числе возможность целесообразного применения многих психотерапевтических методов, законодательно принятых в РФ и модальностей, утвержденных в ППЛ. Нами разработан алгоритм применения методов и методик, состоящий из 7 последовательных шагов-этапов психосоматической терапии.

Основные отличия от родственных методов. Психосоматическая психотерапия отличается от иных психотерапевтических подходов тем, что здесь во главу угла ставится идея интеграции техник и методов, комплексность и взаимодополняемость их использования, а также принципиально клиническая их направленность.

Эта модальность, в отличие от других моделей представляет собой естественное и логичное структурирование всех возможных применительно к отдельному пациенту работающих психотерапевтических приемов. В психосоматической психотерапии может быть использована интеграция основных модальностей психотерапии (клиент-центрированная психоте-

рапия, гипнотерапия, музыкотерапия, арттерапия, психоанализ, системная семейная психотерапия, когнитивная психотерапия, транзактный анализ, гештальт-терапия, нейро-лингвистическое программирование, поведенческая психотерапия, телесноориентированная психотерапия, ТТС, Религиозноориентированная психотерапия и др.) и применяются лекарства, стабильно зарекомендовавшиеся как наиболее эффективные в лечении психосоматических расстройств. Предполагается учитывать рекомендации интернистов.

Таким образом, в концепции нашего подхода все многообразие технологий и методологий ставится на службу отдельно взятой личности во всем многообразии компонент ее страдания.

В качестве одной из возможных перспектив предлагается разработанный и апробирующийся нами «Унифицированный диагностико – терапевтический алгоритм помощи психосоматическим пациентам» с оптимальной объективизацией синдромального состояния и подбором наиболее оптимальных и целесообразных терапевтических методик, выбор которых определяется личностными особенностями пациента, его психосоматического состояния и компетентностью психотерапевта (психолога, психосоматолога).

В структуре алгоритма представлено 7 последовательных шагов – этапов, отраженных в «Психотерапевтической карте пациента», также нами разработанной.

Мы не придумываем ничего нового, но структурируя весь богатейший клиничко-терапевтический опыт врачей предшествующих поколений (от Гиппократов, через Галена, Авиценну, Парацельса и прославленных русских специалистов: Мудров, Захарьин, Боткин, Павлов, Бехтерев), широко заимствуя опыт традиционно – этнических школ (аюрведы Индии, биоэнергетические подходы Китая, суггестивные элементы шаманских практик и многое, многое другое, в том числе и современные «психосоматические» достижения Фрейда, Александра, Лоуена, Павлова, Лурии и современных корифеев психитрических специальностей (Б. Д. Карвассарский, А. Б. Смулевич, М. В. Коркина, В. В. Марилов, П. И. Сидоров, М. Е. Бурно и др.) – все это бережно изучаем, структурируем и применяем в индивидуальном рецепте для отдельно взятого больного. Мы берем на себя смелость говорить о психосоматологах, обладающих знаниями и опытом психиатра, психолога, психофармаколога и мастера психотерапии с базовыми знаниями психосоматики.

В нашем подходе также ставится перспективная задача по разработке критериев психотерапевтического и психосоматического диагноза, решение которой непосредственно связано с дальнейшим исследованием накапливающегося опыта и более широкого внедрения представляемой модальности.

Три рекомендации на признание метода психотерапии:

1. Д. м. н., профессор каф. психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО В. П. Колосов;
2. Д. м. н., профессор, зав. каф. психиатрии РУДН В. В. Мориллов;
3. К. м. н., почетный профессор психотерапии, доцент В. Н. Прокудин.

Реквизиты автора для взаимодействия. Зуйкова Надежда Леонидовна: к. м. н., доцент, зав. кафедрой психосоматической патологии ФПКМР РУДН.

121357, Москва, улица Вересаева, дом 8, кв.35;
тел.: 443-54-19; 8903-794-12-65
e-mail: ZNL @yandex.ru

РЕЗЮМЕ

1. Определение.

Психосоматическая психотерапия представляет собой практическое воплощение теории психосоматической медицины в клинике и национальный вариант мультимодальной (полимодальной) психотерапии; это комплексный диагностико-терапев-

тический метод, характеризующийся мультифакторной диагностикой, полимодальностью психотерапевтической методологии и принципиально клиническим подходом.

Психосоматическая психотерапия является практическим клиническим приложением психосоматической медицины и представляет собой структурированную совокупность методов, техник и приемов, тщательно и индивидуально отобранных из всего богатства и разнообразия традиционной психотерапии и альтернативной медицины. Согласно алгоритму, который мы положили в основу предлагаемой модальности «все является лекарством при соответствующих обстоятельствах, даваемое из рук компетентного профессионально и состоявшегося нравственно специалиста новой формации – врача психосоматолога»

Предметом психосоматической психотерапии является интеграция действенных методов, разработанных в различных психотерапевтических школах применительно к ситуации телесно-душевного страдания отдельно взятой личности. Эта клинически-полимодально-когнитивная перспектива соотносится с нынешним постиндустриальным этапом цивилизации, когда приоритетами являются не столько материальные, сколько информационные ценности и ресурсы. И как применительно к эстетике и культуре мы наблюдаем сегодня доминирование постмодернизма, в виде комбинации ранее существовавших архетипов, так и в медицине актуализируются эклектические ориентированные методологии и, как никогда прежде, востребована необходимость актуализации прежде существовавших подходов в их новом уникально-личностном, порой парадоксальном преломлении (например, сочетание психоанализа и гипноза), нет единых универсальных фармакопей, а панacea насколько уникальна, насколько уникален пациент и его лечащий психосоматолог.

Сущность метода

Методология психосоматической психотерапии состоит в осуществлении полимодального – «дух, душа, тело» – комплексного подхода и терапевтического воздействия и оптимизации психофармакотерапии.

В парадигме этого подхода все многообразие технологий и методологий ставится на службу отдельно взятой личности во всем многообразии компонент ее страдания.

Настоящая модальность предлагает: многоуровневую (многоосевую) систему диагностики, включающую телесный, духовный, психологический и социальный уровни патологии и соответствующую им терапевтическую парадигму, основанную на принципе холистической интеграции современной медицины.

Модальность «психосоматической психотерапии» призвана оптимизировать существующие психотерапевтические подходы за счет актуализации интегративных перспектив в когнитивных стратегиях современных специалистов, то есть, способна менять, расширять и совершенствовать врачебное мышление, придавая ему системный био-психо-социальный характер.

Эта модальность, в отличие от других моделей представляет собой естественное и логичное структурирование всех возможных применительно к отдельному пациенту практических работающих психотерапевтических приемов.

Мы берем на себя смелость говорить о психосоматологах, обладающих знаниями и опытом психиатра, психолога, психофармаколога и мастера психотерапии с базовым знанием психосоматики, имеющего клиническую приемственность и сотрудничающий с интернистами. Психосоматическая психотерапия – это, прежде всего, прикладной аспект психосоматической медицины и весь широкий спектр модальностей и приемов, возможность использования, в том числе многие психотерапевтические методы, законодательно принятые

в РФ. Предлагается клинический диагностико – терапевтический алгоритм, состоящий из 7 последовательных шагов-этапов психотерапевтической помощи психосоматическим пациентам.

Теоретические основы

Методологической основой является интегративный мультимодальный (полимодальный) холистический подход и клиническая психотерапия. В отечественной науке и практике продуктивно используется синтез зарубежных и отечественных парадигм психологии и психотерапии психосоматики.

Теоретическими основаниями психосоматической психологии и психотерапии являются теории и концепции классической и современной психосоматики, представленные в трудах Александра, Фрейда, Лоуэна, Лурии, которые синтезируются с инсайтами современных признанных исследователей психосоматики: А. Б. Смулевич, П. И. Сидоров, В. В. Марилев, М. И. Коркина и др. Теоретическими основаниями практической работы являются: психосоматическая психология, (включая детскую психосоматику), пограничная психиатрия, (с ее четкими клинико-диагностическими критериями, особенно в сфере невротических и соматоформных расстройств), без уверенного знания которой существенно снижаются терапевтические возможности практикующего психосоматолога; современная психофармакология и методы опосредованной психотерапии, в том числе и с помощью БАДов, гомеопатии, фитотерапии.

Применение. Показания к применению

Сфера применения психосоматической психотерапии не имеет принципиальных ограничений с учетом нашего постулата о том, что вся медицина психосоматична. Даже при самой тяжелой соматической патологии уместна психосоматическая психотерапия. И при легчайших формах стрессово-невротических расстройств мы найдем функциональные вегето-соматические нарушения, что свидетельствует о насущной необходимости нашего интегративного подхода. Принципиальным положением нашей модальности является отсутствие ограничений, или противопоказаний для ее применения. При этом следует отметить, что обязательным условием является проведение такого рода психотерапии специально подготовленным, клинически мыслящим, широкоэрудированным специалистом – психосоматологом.

Итак, психосоматическая психотерапия показана самому широкому кругу пациентов общесоматического стационара и прежде всего, больным с ИБС, ГБ, ЯБ 12-перстной кишки, БА, СД, РА, неспецифическим язвенным колитом, нейродермитом, нервной булимией и нервной анорексией, а так же больным с разнообразными психосоматическими реакциями в ответ на стрессогенную ситуацию.

Применяется в профилактике, лечении и реабилитации психосоматических расстройств.

Практические результаты.

Клинико-психотерапевтический опыт специалистов, практикующих в духе психосоматической психотерапии и 3-х летний собственный опыт свидетельствует о достаточно высокой эффективности предлагаемой психотерапевтической модальности, сопоставимой с эффективностью любых иных форм психотерапии.

Кроме того, просветительская работа и сотрудничество с врачами общесоматических больниц способствует расширению профессионального кругозора и большему доверию к психотерапии.

Разработка критериев эффективности психосоматической психотерапии является одним из приоритетных задач данной модальности. При этом нами разработаны субъектно-объектные методы оценки динамики состояния – ИРСАС (интроспективный рейтинг симптомов актуального состояния).

В ходе работы поставлены вопросы о критериях психосомати-

тического диагноза и окончательного варианта «психотерапевтической карты психосоматического пациента».

Методическое пособие, изданное типографским способом:

1. Психотерапия психосоматических расстройств. Сборник статей кафедры психосоматической патологии ФПКМР РУДН; Москва; срок выхода 2008 г.

2. Зуйкова Н. Л. Психосоматические расстройства. Диагностические принципы и современные подходы терапии. Учебно-методическое пособие для врачей. М., 2008.

3. Зуйкова Н. Л., Овсянников В. А. Актуальные вопросы и ответы к проблематике маскированных депрессий. Учебно-методическое пособие для врачей – курсантов кафедры «Психосоматической патологии ФПК МР РУДН». М., 2008.

Ψ СТАТЬЯ НОМЕРА

ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОЛОГИИ СЕМЬИ

И. К. Мацкевич

Мы не можем изучить семью,
Мы можем узнать ее образ.

К. Витакер

Изучение психологических явлений – проблематичная деятельность для исследователя по ряду причин. Для изучения психологических явлений, характерны следующие тенденции: 1) не знаем, что ищем, но знаем, где ищем; 2) не знаем, где ищем, но знаем, что ищем и с помощью чего ищем. В результате, находим «нечто». Далее – не знаем, зачем «там» «это» нашли. Кроме того, возникает вопрос: зачем искать «то», что уже знаешь, что оно там есть? Получается ловушка для исследователя: «А смысл?». Вероятно, поставив метод перед методологией, разделив субъект и объект, мы ушли в бесперспективные поиски.

Изучение семьи в ходе частных исследований, диссертационной работы, приводит к вопросу о том, «как» и «что» исследовать для того, чтобы получить результаты. Стремление определиться в собственной логике исследования вызвало к жизни эту статью.

По замечанию Э. Г. Эйдемиллера (2003), изучение семьи осложнено рядом обстоятельств:

1) Сложность семьи как социальной и психологической системы.

2) Отсутствие единого подхода к исследованию семьи и единого понимания ее сущности. «До настоящего времени еще не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи»

3) Предметом изучения психологии семьи является та область социальной жизни, которая наиболее подвержена влиянию социальных стереотипов, на которые влияет обыденный опыт

4) Скрытность многих происходящих в семье событий, их изменчивость, отсутствие четких контуров

Вместе с тем, Эдмонд Георгиевич, судя по его работам (1,2,4,6), стоит на позициях системной методологии (также как и ряд авторов: А. Я. Варга, М. Бурняшев, А. В. Черников), но, как видно из вышеуказанной систематики, не вполне удовлетворен теорией семьи.

Таким образом, возникает вопрос: как изучить семью, чтобы понять ее сущность?

Попробуем рассмотреть, что именно не устраивает нас в системной методологии.

Рассмотрение семьи с позиций системного подхода дает возможность технологического изучения семьи, для построения некой усредненной модели. Нам же нужен теоретический подход, ориентированный на психолога практикующего. В статье Ф. Е. Василиюка «От психотехники к теории» дается обоснование необходимости выработки подхода, определяющего сущность психологической деятельности и основания

для ее осуществления.

Ф. Е. Василиюк соглашается с Л. С. Выготским и Л. Бинсвангером, в том, что «решения главных вопросов психологии мы не можем ждать от логики, гносеологии или метафизики, т. е. основных частей философии». Необходима философия практики.

Работы последних лет в области исследования психологических явлений опираются на поиск парадигмы исследования. Описание феноменов психологической жизни неотделимо от выбора системы организации исследовательской практики. Данный факт подтверждает необходимость выделения парадигмальных координат, обоснования их приемлемости.

Методологические ориентиры предполагают ориентировку в способах получения значимых результатов. Поэтому основная цель методологической ориентировки – задать основания для того, чтобы получить значимый результат. Логика подсказывает, что для этого необходимо знать, для кого значимые результаты нам необходимы, ведь значимое можно определить только на основании знания о том, что необходимо.

В. С. Библер, сопоставляя логики познания, отмечает, что мы живем в период смены логики, с помощью которой человек пытается понять устройство мира, в период, когда *рациональная логика сменяется диалогикой*. Данный подход достаточно экологичен.

Е. Л. Доценко, находясь в поиске своих парадигмальных координат, пишет о возможности диалогии: «всестороннее обсуждение общих проблем на разных языках... Исследователю необходимо освоить несколько языков, а практику – переосмыслить эклектичность как многоресурсность».

Таким образом, постановка проблемы отсутствия единой теории в исследовании семьи, необходимость поиска собственной парадигмы исследований семьи, активизация психологической теории в движении к диалогике, к поиску философии практики, побуждают обратиться к обоснованию собственной модели исследований, а также – психологической практики.

Такую же мысль развивает и Г. А. Ковалев, говоря о субъект-субъектной парадигме, или диалогической. Психика выступает в качестве открытой и находящейся в постоянном взаимодействии системы.

Данный тезис подтверждают слова М. М. Бахтина («Поэтика словесного творчества»): «Точные науки – это монологическая форма знания: интеллект созерцает *вещь* и высказывается о ней. Здесь только один субъект – познающий (созерцающий) и говорящий (высказывающийся). Ему противостоит только *безгласная вещь*. Любой объект знания (в том числе человек) может быть воспринят и познан как вещь. Но субъект

как таковой не может восприниматься и изучаться как вещь, ибо как субъект он не может, оставаясь субъектом, стать безгласным, следовательно, познание его может быть только *диалогическим*».

Исследования в ходе диссертационной работы, руководство дипломными работами, анализ публикаций по проблемам семьи определяет существование проблемы: пытаюсь узнать о семье, мы приходим к пониманию о том, что ничего о ней не узнали, а получили мертвые факты.

Практическая работа с семьей показывает, что полученные в исследованиях результаты оказываются «не про то», что находится в работе.

Системный взгляд на семью позволяет видеть общие явления в семьях, что важно для теории, но не показывает особенные явления, которые нуждаются во внимании практика. Последних фактов в семье больше. Благодаря теории систем мы знаем КАК функционирует семья, но не знаем ЗАЧЕМ; знаем ее СТРУКТУРУ, но не осознаем СМЫСЛ структуры, знаем, что БЫЛО в семье, но не знаем что ЕСТЬ И БУДЕТ. Таким образом, мы ищем причины явлений, а не познаем их сущность.

К подобному выводу приходит А. Н. Онучин («Мир психологии»), описывая «новую парадигму» в социальной психологии. Обращаясь к работам П. Уинча, он отмечает, что социальное поведение весьма зависит от социального контекста. П. Уинч ставит задачу преобразования социальной науки и связывает ее с эпистемологическим направлением в исследовании вопроса о понимании смысла человеческих действий, подчеркивая решающую роль философских предпосылок социальных исследований.

Вместе с тем, в консультативной психологии, психотерапии наряду с органомцентризмом, энвайроцентризмом, социоцентризмом в определении причинности, развиваются направления нонцентризма (Ноэль Смит), к которому относится феноменологическая психология. Феноменология не предполагает поиска причины, но устанавливает смысл явления.

Теория систем или феноменология?

Рассмотрим некоторую систематизацию по ряду параметров системного и феноменологического понимания психологических явлений (таблица 1).

Таблица 1. Соотношение феноменологического и системного понимания психологических явлений

Параметры сравнения	Системное понимание	Феноменологическое понимание
Отношение к пси-явлениям	Все явления есть система и части системы	Явления – это события (истинное бытие, состоявшееся)
Цель научного исследования	Установить и понять работу системы в динамике, взаимосвязи подсистем	Понять отношения, контекст, истолковать смысл явления,
Ценности	Внутренняя сущность, отношения	Смыслы, контексты
Субъект познания	Отношения	Смыслы (отношений – Мерло-Понти), (явлений – Сартр)
Характер знаний, которые ожидается получить	Правила и динамику функционирования системы	Частные контекстуальные закономерности
Способ установления истинности знаний	Проверка работы правил системы на других системах	Экспертный анализ, личная включенность, сопереживание

Соотношение показывает, что параметры не противопоставляются друг другу, а диалогичны (одно раскрывает другое).

Для более детального понимания сущности описываемых теорий, разберем частные вопросы системности в приложении к психологии семьи (тем более, что данное направление достаточно разработано).

Необходимо назвать работы А. В. Черникова, А. Я. Варга, Э. Г. Эйдемиллера, в которых представлена модель семьи как системы на основе работ Д. Джексона.

С точки зрения теории систем, семья понимается как «единый биологический и психологический организм» (Эйдемиллер Э. Г.

и др. «Семейный диагноз», 2003), «открытая, живая, развивающаяся система, функционирующая благодаря взаимосвязанному действию двух законов: закона поддержания гомеостаза и закона отклонений от гомеостаза».

С точки зрения теории систем, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой – к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования (там же).

Для понимания закономерностей, необходимо обратиться к самим законам.

Закон гомеостаза понимается как стремление системы сохранить свое любое положение. Система поддерживает равновесие за счет обратной связи – фиксации отклонений и возвращения в обычное состояние.

Закон развития понимается как необходимость прохождения жизненных циклов для системы, как последовательность смены событий и стадий для семьи.

Без стремления сохранить все как есть и естественного развития, семья не может существовать.

Сторонники системного подхода выделяют признаки системы:

1) система как целое больше, чем сумма ее частей, «семья есть нечто большее, чем индивидуальная биопсиходинамика ее членов» (С. Минухин);

2) что-либо, затрагивающее системы в целом, влияет на каждый элемент внутри системы;

3) расстройство или изменение в одной части единства отражается в изменении других частей и системы в целом.

С точки зрения системной теории, семья выполняет свои функции с помощью определенных механизмов:

- структуры семейных ролей;
 - семейных подсистем,
 - внешних и внутренних границ между ними.
- К параметрам семенной системы относятся:
- семейные правила;
 - стандарты или стереотипы взаимодействия;
 - семейные мифы;
 - семейная история
 - семейные стабилизаторы (по Эйдемиллеру).

Вместе с тем, если существуют законы гомеостаза и развития, то механизмы и параметры нельзя понимать статично. Следовательно, необходимо говорить о механизмах развития и взаимодействия структуры семейных ролей, подсистем, границ, рассматривая параметры развития и взаимодействия семейных правил, стереотипов, мифов, историй, стабилизаторов.

Еще один важный момент, – методическое решение изучения семьи как системы. Исходя из определения семьи как системы, «Открытой, развивающейся», диагностика R-типа (опросниковые, шкальные оценки семьи) не дают нам знаний о семье как о системе, так как измеряют статику, константу, результат без ориентации на процесс. Поэтому получаем в результате не образ,

не динамичную модель, а картинку незавершенного образа.

Кроме того, разработка модели семьи как системы, ставит вопрос о ее нормальном и дисфункциональном существовании. Исходя из определений, нормальная семья – это та, которая «ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции», а дисфункциональная семья – это та, в которой «выполнение функций оказывается нарушенным». Определение дисфункциональности не соотносится с законом развития, так как развитие семьи будет предполагать ее дисфункциональность во все кризисные периоды. Поэтому необходимо отойти от представлений о семье как возможно дисфункциональной, приняв за аксиому ее нормальность в любом виде. «Существующее, чем бы оно ни было, не имеет требований к тому, как оно выражено» (Г. Кеннет).

Вероятно, подобные взгляды на понимание семьи, следствие влияния естественно-научной парадигмы восприятия явлений социальной жизни, которые не всегда приемлемы для изучения событий, и явлений, связанных с человеком. Кроме того, системный подход не дает философского представления о человеке, связывая одушевленные и неодушевленные явления в одну систему, функционирующую по законам системы. Неодушевленные системы ограничены структурой, в то время как одушевленные – шире своей структурной организации. Поэтому системная теория нуждается в методологическом уточнении для применения к событиям и явлениям, связанным с душой, психикой; уточнении понимания семьи как каждый раз уникальной открытой системы, созданной для людей самими людьми, такой системы, которая с одной стороны, помогает людям жить вместе для удовлетворения своих потребностей, а с другой стороны, помогает людям вне системы семьи жить в мире.

Такое понимание семьи близко к феноменологическим взглядам. Необходимо отметить, что феноменологический метод описания, изучения, исследования семьи – в современной психологической литературе не встречается. Поэтому феноменология будет рассмотрена на уровне общей методологии науки (Э. Гуссерль). Кроме того, феноменология как методологическая парадигма была создана в качестве общей методологии для всех наук.

Дж. Келли подчеркивал, что для понимания личности значительно более важным является изучение не фактов и событий самих по себе, а их интерпретаций, что вполне переносимо на психологию семьи: важно изучение не фактов и событий, а их интерпретаций

Дж. Роттер (1954) в своей попытке когнитивизации бихевиоризма подчеркивал, что в реальном мире реальных людей существует огромное количество двусмысленностей и изменчивости в интерпретациях и ожиданиях в отношении различных событий и фактов. Без знаний о специфике индивидуальных репрезентаций этих событий и фактов становится невозможным предсказание поведения.

Феноменология – это методологическая позиция, описывающая формы психологической структуры без ее разрушения и без экспериментального анализа, изучает феномены в порядке прояснения того, как переживается человеком объективный мир и как он представлен в нашем сознании.

Феноменологическая модель отрицает противопоставление субъекта и объекта и предлагает вместо него целостный взгляд на бытие, согласно которому все, что есть или может быть, все что осознается, все что мы отражаем, определяем или различаем, порождается отношением. Структурная тенденция или «данность», через которую существуют отношения, в экзистенциально-феноменологической теории была обозначена как *интенциональность*.

Основным инструментом, посредством которого экзистенциально-феноменологическая модель исследует и проясняет вопросы о сущности и существовании, является особый метод,

обязывающий исследователя: 1) искать возможности *приостановления влияния собственных предубеждений и предположений* на открытость и доступность чьих-либо переживаний, жизненный опыт; 2) оставаться на *описательном уровне интерпретации* в целях сосредоточения на непосредственных или первичных данных опыта; 3) *горизонтализации* единиц описания путем избегания построения какой-либо иерархии важности или значимости между ними на ранних этапах исследования.

Основные черты феноменологического подхода воплощены в довольно широком спектре различных теорий. Одной из самых наиболее разработанных и широко используемых из них является теория личностных конструктов Дж. Келли (1955). Вторая – Q-методология У. Стефенсона.

Теория личностных конструктов основывается на философском выводе о «конструктивном альтернативизме», утверждающем, что «все наши настоящие интерпретации универсума являются субъектом ревизии и изменения» (Kelly, 1955). Таким образом, мы не только конструируем мир, но и обладаем способностью реконструировать его. В предлагаемой Келли логике «человека, как наивного ученого», каждый из нас уподобляется исследователю, формулируя гипотезы, проверяя их и, при необходимости, пересматривая. Эта по сути антиципационная природа человеческого функционирования выражается в «фундаментальном постулате» теории личностных конструктов: «Личностные процессы психологически канализованы путями антиципации событий» (Kelly, 1955).

Основные выводы теории личностных конструктов Келли, раскрывающие процесс конструирования:

1) признание уникальности личности: «люди отличаются друг от друга тем, как они интерпретируют события».

2) признание организованности личностных конструктов. Каждый из нас организует собственные конструкты по принципу иерархии, в которой одни элементы доминируют над другими. Отношения соподчинения между отдельными конструктами детерминируют наши предсказания, которые мы делаем в отношении нашего мира.

3) признание обладания человеком свободой выбора: «Человек выбирает для себя ту альтернативу в дихотомическом конструкте, при помощи которой, по его ожиданиям, он получит большие возможности для расширения и определения своей системы».

4) утверждение опыта: «Система конструктов человека меняется в соответствии с успешностью повторной интерпретации явлений».

Вместе с тем, феноменология не разрешает некоторые вопросы.

1) феноменологическая терминология малопонятна и запутана

2) заменяя понятие «сознание» «интенциональностью», Мерло-Понти и Сартр больше внимания уделяют последнему, но не природе мира, с которым оно связано (Ратнер)

3) конструируя смыслы в психотерапии, человеку не помогают изменять обстоятельства своей жизни (Баклу)

4) смешение субъекта и объекта, субъекта и мира.

Данные моменты, поддающиеся критике, нуждаются в решении.

Представленные модели интересны автору в силу того, что системная теория – это стройная парадигмальная модель, феноменология – близкая философия и методология миропонимания и отношения.

Попробуем разобратся в возможностях соединения феноменологии и теории систем для изучения семьи.

Необходимо отметить, что уровни методологии подразумевают философский, общенаучный и конкретно-научный уровни (А. В. Петровский). В качестве допущения возможна следующая расстановка теоретических позиций по уровням (рис. 1): фи-

лософский – феноменология (системная теория не задает философских основ миропонимания), общенаучный – системная теория (феноменология не задает научных методов анализа, а системная теория дает возможность анализа), конкретно-научный – синтез феноменологии и теории систем по этапам исследования от феноменологического описания до системной интерпретации.

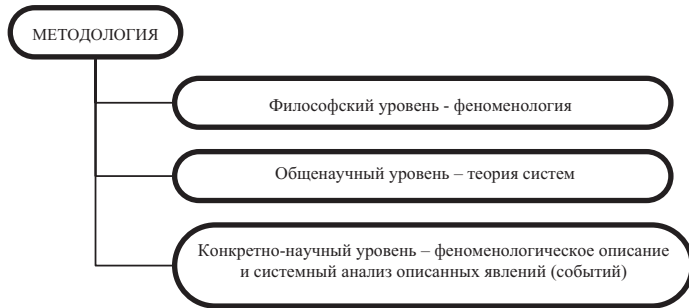


Рис.1 Уровни методологии

Таким образом, возможно нахождение парадигмальных координат при изучении семьи.

Как это возможно воплотить в конкретном исследовании – поясним на примере.

Для нас необходимо выяснить, что есть семья в реальной ситуации.

1) Исходя из феноменологических предпосылок, мы понимаем семью как проявление феноменальности нашей жизни. Не задавая ориентиров, мы узнаем у людей смысл, их понимание значений семьи. Пока еще семья не является объектом изучения. Наши отношения с семьей субъект-субъектные. Полученные смыслы (или понимания) необходимо интерпретировать, разложить, создать из них модели представлений, иначе они теряют смысл в отдельности каждое само по себе.

2) Понимая семью как систему, мы можем посмотреть реальности ее существования, бытия. Наложить модель системы на образы, смыслы и контексты.

3) Теперь, исходя из предпосылок системности, мы можем систематизировать смыслы и значения в контексте семьи. Опираясь на законы функционирования семьи, параметры анализа, получить данные систематизации контекстов, смыслов, значений.

Таким образом, получаем уровневую методологию в движении: смена феноменологической и системной теорий.

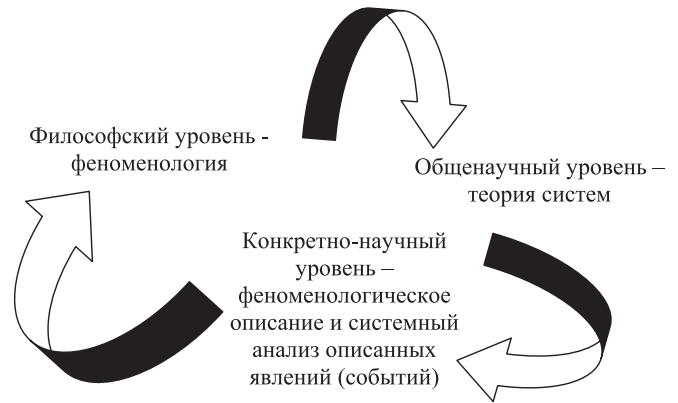


Рис. 2. Движение уровней методологии.

И последний вопрос, который нуждается в уточнении – методы исследования. Они будут разными.

- На философском, феноменологическом уровне – герменевтика, предполагающая истолкование «упакованности» мира и человека друг в друге, а стало быть, – семьи, человека и общества друг в друге.

- На общенаучном, системном уровне – соотнесение истолкований с моделями.

Дальнейшее исследование идет по спирали: модели понимания семьи являются нам феноменальными, нормальными, лишенными дисфункций, но имеющими свою естественную феноменологическую особенность, которая подчиняется закономерностям гомеостаза и развития на разных уровнях.

Данный подход, названный условно системно-феноменологическим допустим как в исследовательской работе с семьей, так и в работе практической. Это позволяет:

- рассматривать семью целостно, субъект-субъектно, не только в теории, но и в практике;

- представлять семью не только в системе человеко-центрации, или социоцентрации (функции семьи для человека, функции семьи для общества), а в общем едином смысловом контексте;

- изучать семью в соответствии с уровнями познания: феноменология, системность, из взаимосвязь;

- работать с семьей как с феноменом, поддающимся системному истолкованию.

Последнее позволяет бережно относиться к самой семье, через представление и истолкование ее сущностной неповторимости и естественности.

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Центральный Совет Лиги на базе кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО проводит в Москве консультации наиболее сложных и трудоёмких клиентов и пациентов в области психотерапии и консультирования из Российской Федерации и всего русскоязычного пространства. Консультации проводятся, в том числе, на благотворительной основе.

Запись на консультацию к президенту Лиги, д.м.н., профессору Макарову Виктору Викторовичу осуществляются по телефону (985) 105-90-36 и электронной почте vikgal@orpl.ru

Запись на консультацию к вице-президенту Лиги, д.м.н., профессору, психотерапевту европейской регистрации, Бурно Марку Евгеньевичу осуществляет Елизавета Юльевна Будницкая по тел. (495) 675-45-67 и электронной почте center@orpl.ru

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Свидетельство о регистрации ПИ № 77 12126 от 22 марта 2002 г.

Учредители: Профессиональная психотерапевтическая лига, Институт повышения квалификации Профессиональной психотерапевтической лиги, Межрегиональная коллегия врачей.

Главный редактор В. В. Макаров, редактор И. А. Чеглова, ответственный секретарь И. Ю. Калмыкова.

Газета распространяется по подписке и в розницу. Возможна подписка через редакцию.

Адрес редакции: 19002, Россия, Москва, ул. Арбат, д. 20, корп. 1, подъезд 4, студия 45

Отпечатано в типографии Sunprint. Тел.: 926 42 43.

Тираж 5000 экз.