



Д. ФРОЛОВ

ПСИХОТЕРАПИЯ И С ЧЕМ ЕЕ ЕДЯТ?

психотерапия – это научно обоснованные
и ясные теория и практика совместной
работы клиента и психотерапевта, а не
волшебное воздействие на клиента



Дмитрий Игоревич Фролов

Психотерапия, и с чем ее едят?

Серия «Научпоп-Psychology»

indd предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=40264367
Дмитрий Игоревич Фролов Психотерапия, и с чем ее едят?:
ISBN 978-5-17-109475-1

Аннотация

Мы не замечаем, насколько во все сферы жизни человека проникла психология, и насколько важна психотерапия как ее часть каждый день для каждого из нас.

Человек на протяжении всей своей жизни пытается найти ее смысл. При этом, что удивительно, не отдает себе отчет, почему поступает так или иначе, и почему говорит именно это, почему испытывает именно эти эмоции. А в этом и кроется смысл – по сути, человек не знает, кто он, как устроен его внутренний мир и что делать с теми душевными ранами, что до сих пор болят. Только поняв себя и приняв, ответив себе на все «риторические вопросы», можно обрести тот самый смысл.

«Психотерапия и с чем ее едят?» – книга для всех, кто хочет понять, что же это такое – психотерапия, почему не нужно бояться этого слова. Ведь поход к психотерапевту не означает, что вы больны, это лишь значит, что вы готовы работать над собой, чтобы стать лучше, а главное – счастливее.

Содержание

• Введение	5
• Глава первая	10
• Глава вторая	27
Конец ознакомительного фрагмента.	40

Дмитрий Игоревич Фролов

Психотерапия, и с чем ее едят?

Серия «Научпоп psychology»

© Д. И. Фролов, текст ООО «Издательство АСТ»

* * *

Посвящается моей невесте Ирине и нашим бесконечным беседам, моим братьям Григорию и Данилу, а также памяти моих преждевременно ушедших родителей, Игоря и Татьяны.

Я хочу выразить благодарность Центру Когнитивной Терапии и его директору Якову Кочеткову, клинике Mental Health Center и особенно Марии Гантман, Дмитрию Пушкареву и Амине Назаралиевой за вдохновляющий пример этичности и научной обоснованности в работе. Эти люди и организации не несут ответственности за содержание книги и возможные ошибки в ней.

● Введение

Эта книга для тех, кто хочет получить представление о психотерапии, психологии и психиатрии. Я осветил наиболее острые и спорные проблемы этой сферы, которые наблюдаю в практике, общении с коллегами, в публикациях, книгах и на конференциях. Это попытка честно взглянуть на профессию психиатра и психотерапевта.

Как писал Жан Ипполит, учитель легендарного исследователя безумия Мишеля Фуко: «Я придерживаюсь идеи, что изучение безумия – отчуждения в глубоком смысле этого слова – находится в центре антропологии, в центре изучения человека». То, что мы называем ненормальностью и безумием – крайняя форма тех же явлений, которые присущи нам всем в повседневной жизни. **Поняв безумие, мы сможем понять себя.**

Но мы все еще не знаем точных причин большинства расстройств и психологических проблем, однозначных механизмов их развития, часто нет настолько эффективных методов лечения, насколько нам того бы хотелось. Пусть мы не знаем всего и не всегда можем полностью помочь, но почти всегда можно улучшить жизнь человека с помощью психотерапии и психиатрии. Часто значительно, порой умеренно. Я думаю, что каждый должен знать об этих возможностях.

Но также мы должны помнить об ограничениях и слабо-

стях этих наук, о темном прошлом психиатрии, ее зыбком настоящем и неясном будущем, о сложностях развития психотерапии и психологии.

Все мы имеем некоторое представление о мире, себе и других, осознанное или не очень, и прикладываем его к действительности. Это представление и есть наше сознание. Его можно сравнить с картой. Мир, который включает и нас, чрезвычайно сложен. Мы в полной мере неспособны его воспринимать. Мы бы просто сошли с ума, если получили всю информацию о нем. Наш мозг биологически не приспособлен к этому. Поэтому, конечно, он упрощает поступающую информацию. Это упрощение и есть наша психическая реальность.

Карта города и сам город – совсем не одно и то же. Ни одна карта не сможет передать запах скошенной травы, шум мотоциклов и шелест листьев под ногами. То, как мы воспринимаем мир – это вероятнее всего лишь схема реального мира. Без нее мы бы просто не смогли функционировать и его преобразовывать.

Часто мы воспринимаем обычно наши мысли и чувства как абсолютно верное отражение реальности. Это может помешать нам достигать своих целей и реализовывать ценности, так как мы можем воспринимать мир искаженно.

Еще Людвиг Витгенштейн, культовый философ XX века, повлиявший на развитие психотерапии, в «Логико-фи-

лософском трактате». (1921 г.), писал: «Действительность, взятая в ее совокупности, есть мир... Мы создаем для себя образы фактов... Образ есть модель действительности». Позднее Альфред Коржибски, основатель общей семантики, науки о том, как человек создает эти образы действительности, развил в 1931 году эту идею в ставшей крылатой фразе «Карта не есть территория».

Очень точно эта метафора объяснена Грегори Бейтсоном в эссе «Форма, вещество и различие» (1970 г.): «Мы говорим, что карта отлична от территории. Но что такое территория? ...некто пошёл с сетчаткой глаза и измерительной палочкой и сформулировал репрезентации, которые затем поместил на бумагу. То, что на бумажной карте, это репрезентация того, что было в репрезентации сетчатки человека, создавшего карту. И если продвинуться дальше, всё, что обнаружишь, так это бесконечный регресс, бесконечная серия карт. До территории никогда не доходит... Процесс репрезентации всегда отфильтровывает её, так что ментальный мир есть лишь карта карт без конца».

Если бы сложенная посуда в раковине воспринималась нами как совокупность атомов и молекул, то мы бы не начали ее мыть. Но видя это совокупность молекул как сложенные чашки, ложки и сковородки, мы теряем часть информации, конечно, но это позволяет нам преобразовывать действительность.

От качественной карты требуется, чтобы она более-менее

пропорционально отражала окружающее, обновлялась, была из прочного материала и компактная. Помимо карты мира, нам нужна карта самой психики. Чтобы создать эту карту, нужны не только головной мозг, но еще знания и критическое мышление.

За тысячелетия развития человечество накопило множество сведений о психике. Психиатрия, психология и психотерапия попытались более-менее удачно подойти к этому с научной точки зрения, которая включает в себя не только исследования нейрофизиологии и биохимии мозга, не только эмпирические исследования психологических процессов, но и методы гуманитарных наук. Я хочу предложить некоторые из этих знаний, чтобы вы могли уточнить свою карту. Но также я рассматриваю истоки и особенности психиатрии и психотерапии критически, давая возможность увидеть, как эта карта сформировалась.

Это пособие для общего ознакомления в этой теме и самопомощи. Где-то я неточен, упрощаю или даже ошибаюсь, а в каких-то вопросах нет однозначного ответа. В рассуждении о психотерапии и психиатрии невозможно быть полностью объективным. У меня есть определенная позиция, которая влияет на мое изложение предмета. Больше внимание я уделил практике самопомощи, основанной на когнитивно-поведенческой психотерапии, социальным, политическим и философским аспектам психиатрии и психотерапии. Эти темы актуальны и о них не так много написано на рус-

СКОМ ЯЗЫКЕ.

● Глава первая

Психолог – про прошлое, коуч – про настоящее, а психиатр про голоса и таблетки. Или чем заняться психотерапевту?

Очень легко запутаться в перечне помогающих профессий в сфере психического здоровья. В большинстве статей и книг этот вопрос очень упрощают и искажают. Обычно таким образом. Якобы психиатры лечат только людей с тяжелыми психическими расстройствами и только лекарствами, психологи консультируют клиентов с личностными проблемами, а коучи помогают здоровым людям решить конкретные вопросы в жизни и бизнесе. То есть будто бы есть некое разделение труда и иерархия в этой сфере. Но так это – только при поверхностном взгляде.

На самом деле все эти специалисты могут работать с одной и той же проблемой и с одним человеком.

Возьмем в качестве примера Максима. Ему 30 лет. Он менеджер в одной из крупных компаний. Несмотря на его частые опоздания, несколько неряшливый вид его ценят за юмор и креативность. Но из-за его невнимательности он тратит деньги нерационально, упускает возможности карьерно-

го роста. Максим начинает переживать из-за этого и испытывать тревогу и подавленность. Он часто отвлекается. Из-за этого его друзья и его девушка на него обижаются. В детстве его дразнили за рассеянность. Он мог заблудиться в школе или прослушать слова учителя. А потом обвинял себя за это. Родители называли его «растяпа». Еще иногда он совершает импульсивные поступки. Может, например, потратить половину зарплаты на книги, которые некуда сложить и читать некогда.

Как-то в компании коучи проводили тренинг с целью повысить продуктивность работы сотрудников. Максим решил обратиться к одному из них за помощью. **Обращение к психиатру или психологу он даже не рассматривал: «Я же не шизофреник».** Психотерапевты в его глазах мало отличались от психиатров. Психоанализ ему показался слишком странным, судя по фильмам. Платить деньги за «выговориться», он не собирался.

Максим пришла на встречу к коучу. Обратите внимание. У коучей обычно не консультация, не сеанс и даже не сессия. А именно встреча. Так Максим стала коучи. Не коучем, а коучИ! Так называют клиента коуча.

Интересно, что раньше они с Максимом несколько раз общались неформально, даже ходили на свидание. Считается, что это не мешает процессу коучинга. Иногда они встречались в парке и кафе для работы.

Мария оказалась очень продвинутым коучем. Есть мне-

ние, что коучи малообразованные люди. Ведь требования к их подготовке не общеприняты и не очень строги. Но у Марии было базовое психологическое образование, а потом она прошла несколько семинаров по когнитивно-поведенческому коучингу. В коучинге много направлений, но Мария выбрала именно это как наиболее научно-обоснованное. Они смогли разработать цели. Они обозначили проблемы: неудовлетворенность финансовым положением и опоздания на работу. Затем сформулировали цели: увеличить частоту прихода на работу вовремя на 50 % через месяц, увеличить доход на 25 % через 3 месяца и сократить расходы на 15 % к тому же времени.

После нескольких встреч, Максим смог достичь этих целей. Он стал меньше тревожиться и испытывать подавленность, но по-прежнему мог быть слишком невнимателен. Мария поняла, что проблемы можно решить не только коучингом, что его недостаточно. Когда их рабочие отношения укрепились, Мария предложила Максиму обратиться к психиатру. Она объяснила это тем, что возможно есть нейробиологические особенности, которые ему мешают. Это было неожиданностью для него. Набравшись смелости, он вошел в кабинет психиатра, которого нашел в интернете.

Этот врач закончил медицинский ВУЗ. Затем прошел интернатуру по психиатрии. Максиму назначили небольшую дозу антипсихотиков (нейролептиков), лекарств блокирующих дофаминовые рецепторы в головном мозге. Он начал их

принимать. Внимательности не прибавилось, но появилась сонливость и вялость. Максим стал спрашивать, какой диагноз ему поставил врач и почему назначил эти лекарства. Психиатр отвечал уклончиво, ничего толком не объяснив. Но Максим случайно увидел в медкарте свой диагноз – вялотекущая шизофрения.

Затем он узнал, что в развитых странах такого диагноза нет. Не потому, что там нет людей с такими симптомами, а просто им ставят другие диагнозы или не ставят вообще. **Оказывается, что в России существуют так называемая «отечественная школа» психиатрии.** Она опирается на идеи Андрея Снежневского (1904–1987 гг.), культовой фигуры для российской психиатрии и воплощения карательной психиатрии для всего остального мира.

Сделаем отступление, чтобы выяснить, как ставится диагноз в современной психиатрии сейчас и как это было раньше.

Например, пациентка с навязчивыми мыслями и действиями (*«вдруг я брошусь под поезд метро», «вдруг я сойду с ума»*), размышления о том, как человек говорит, навязчивое подбирание бумажки, если упала) и тревогой, избеганием поездок в метро, усталостью, отсутствием работы и учебы, редкими «окликаемыми» (слуховыми галлюцинациями, называемыми ее именем) так рассматривается Снежневским в его «Лекциях по общей психопатологии» 60-х годов:

«Как вы видите, здесь явления навязчивости довольно

разнообразны. У этой больной обнаруживаются не только явления навязчивости, но и оклики и изменения личности, характерные для шизофрении. Но, сейчас рассмотрим только явления навязчивости. Какие же явления навязчивости обнаруживаются у больной? Во-первых, у нее отвлеченная навязчивость; она, помимо своей воли, должна размышлять над проблемой, почему человек говорит, каков механизм этого акта, т. е. она охвачена бесплодным мудрствованием, понимает бессмысленность этого, но тем не менее избавиться от мудрствования не может. Наряду с этим у больной обнаруживается навязчивое влечение броситься под колеса, она боится, что уже наступит слабость сознания, и она реализует это влечение помимо воли. Далее, у больной обнаруживается страх – также характера навязчивости – сойти с ума, поэтому она далеко от дома не уходит, одна в комнате не остается, мать вынуждена была оставить работу, чтобы постоянно быть с ней. Кроме того, у нее еще и навязчивое действие: оглядываться и подбирать с пола бумажки. По-видимому, эта навязчивость ритуального значения. У больной, как видите, имеется полиморфная навязчивость. Это чаще всего наблюдается при инициальной и вялотекущей шизофрении».

Перед этим профессор выясняет у пациентки, как ее лечили:

– Что помогает?

– Не знаю. Два раза лечили инсулином. Однажды делали

электрошоком. Аминазин сейчас делают, но, мне кажется, что аминазин обостряет состояние. Уже месяц таблетки дают, уколы делают и ничего... Я еще не сказала, что оклики есть, как будто называют по имени... Я все время оглядываюсь, что лежит... Если лежит бумажка, должна ее поднять...

– И избавиться от этого тоже не можете?

– Да... Но сейчас немного легче...

С точки зрения Снежневского шизофрения может иметь мягкие формы, например, «вялотекущую». В современной психиатрии, отражением которой является американская классификация DSM-5, у шизофрении достаточно строгие критерии:

- **Бред – идеи, не соответствующие действительности, не объяснимые культурным или религиозным контекстом**, в которых пациент абсолютно убежден и не критичен к ним. Например, пациент убежден, что он – генерал КГБ, а мы знаем, что это не так. Или пациент утверждает, что его преследует ФБР, в сговоре с соседями и коллегами.

- **Галлюцинации – восприятие объекта, в его отсутствие**. При шизофрении они обычно бывают слуховыми. Пациент слышит голоса, которые ему угрожают или комментируют его действия.

- **Неорганизованная речь – бессвязная и лишённая на первый взгляд смысла речь**: «В Питсбурге были бургеры, а в Питере холод, Москва, а потом жар».

- **Грубо дезорганизованное или кататоническое поведение**.

ние: непредсказуемые и лишённые логики поступки. Пациент может внезапно встать, лечь, раскачиваться на одном месте и брать предметы, которые не использует.

- **Негативные симптомы:** бедность мимики, утрата интереса к окружающему, апатия и снижение мотивации.

Недостаточно одного симптома для постановки диагноза. Нужно, чтобы выполнялось как минимум два критерия. При этом один из них должен быть из первых трех: бред, галлюцинации или дезорганизованная речь. Они должны наблюдаться не меньше месяца, а хотя бы некоторые симптомы должен быть не менее полугода. При этом должно наблюдаться нарушение социальной или профессиональной продуктивности. И, пожалуй, что наиболее важно – это диагноз исключения. В первую очередь надо понять, что эти симптомы не связаны с другими психическими расстройствами и соматическими («физическими») заболеваниями. Вот когда мы исключим другие причины, тогда можно поставить такой диагноз.

Эта пациентка не подпадает под современные критерии шизофрении. Галлюцинации слишком незначительны. Галлюцинации встречаются и у здоровых людей. По данным исследования, опубликованного в 2010 году, 10–15 % населения слышат «голоса», но при этом подавляющее большинство этих людей не имеет психических расстройств и нормально функционирует¹. Если бы это были комментиру-

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879692/>

ющие или угрожающие голоса, то тогда это можно было бы рассматривать как возможный симптом шизофрении. Бредовых идей нет. У нее есть навязчивые мысли (обсессии) и навязчивые действия (компульсии), которые ей мешают. Ее усталость и трудности в деятельности могут быть более просто объяснены изнуряющей борьбой с навязчивостями и побочными эффектами лечения.

Мы не видим дезорганизованной речи и поведения. Неэффективность аминазина, одного из антипсихотиков, используемых при лечении шизофрении, тоже заставляют сомневаться в шизофрении. Впрочем, он обладает низкой эффективностью.

Может быть есть более подходящий диагноз для этой женщины?

Навязчивые мысли и действия наиболее характерны для обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Наряду с DSM, в современной психиатрии используется Международная Классификация Болезней 10 пересмотра (МКБ-10). В России она официально утверждена для использования. Есть некоторые сходства и различия между ней и DSM, но, в общем, они схожи. Попробуем посмотреть, подходит ли пациентка под критерии ОКР для МКБ-10.

«Для точного диагноза, обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь место наибольшее количество дней за период по крайней мере две недели подряд и быть источником дистресса и наруше-

ния активности.

Обсессивные симптомы должны иметь следующие характеристики:

а) они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;

б) должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;

в) мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);

г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися».

Каждый пациент индивидуален и не всегда вписывается безукоризненно в критерии диагноза. Но мы видим, что ее состояние больше подходит под критерии ОКР, чем шизофрении. Сложность диагностики еще в том, что несмотря на наличие в современных классификациях относительно четких критериев, психиатр оценивает их субъективно. Что считать галлюцинациями? Правда ли снижена существенно работоспособность? Насколько значима апатия?

Эти вопросы психиатр скорее решает из относительно субъективной оценки им самим и пациентом выраженности страдания и влияния симптомов на повседневную жизнь. К сожалению, это лучшее, что сейчас возможно. Не существу-

ет абсолютно объективных методов диагностики в психиатрии. **Современный психиатр понимает, что нет четкой границы между здоровьем и расстройством, что это грань условна.**

Хотя классификации, о которых я упомянул, несовершенны, но они созданы на основе консенсуса между исследователями и экспертами из разных регионов и стран, опираются на исследования, которые критически оцениваются.

Раньше исследования были менее масштабны и строги. Чуть ли не в каждой стране были свои существенные различия в диагностике и лечении, опиравшиеся на мнения авторитетных профессоров и не очень достоверные исследования. Даже в разных городах одной страны были эти различия.

До сих пор в некоторых отечественных руководствах упоминаются «школы психиатрии»: французская, немецкая, советская и др. Причем советская делилась на ленинградскую и московскую.

Московская школа, как раз и была представлена идеями Андрея Снежневского. Они на первый взгляд логичны. Раз психиатрия – это медицина, а психические расстройства – самые настоящие болезни, то у шизофрении, как и любой другой болезни, должны быть какие-то первые едва заметные симптомы, признаки, так называемый продромальный период. По аналогии с инфекционным заболеванием. А если психиатр их увидит, то сможет ее вылечить на ранней стадии

и предотвратить ухудшение.

Так как у шизофрении нет специфических симптомов, а переживания, с ними схожие встречаются у всех, то при желании можно поставить диагноз шизофрении любому. В диагностике врач опирался на абсолютно субъективные трактовки особенностей переживаний и поведения, которые кто-либо из авторитетных авторов, считал шизофренией. Это было удобно в использовании психиатрии для борьбы с оппозицией. Петр Абовин-Егидес, критиковавший режим в СССР за «симбиоз государственного рабовладения, государственного феодализма и элементов государственного капитализма», в 1969 году попал в психиатрическую больницу. Вот как он описывает разговор с психиатром:

«...Я предстал пред очи «самого» Даниила Романовича, т. е. профессора Лунца – главного полицейского психиатра. Он просверлил меня – очередную жертву – узенькими глазами, ехидно улыбаясь. Первый вопрос оказался, увы, все тем же – о бороде. Я удивился: маститый ведь профессор, а топчется все на том же банальном месте.

– Так почему вы все-таки отпустили бороду?

– Знаете, чисто случайно: однажды парикмахер снял мне немного больше волос, чем я просил, и прическа оказалась у меня, как у партийных функционеров, похожих даже внешне друг на друга и подражавших Сталину даже в прическе, – я огорчился и компенсировал это тем, что решил отпустить бороду.

– Вот, вот, симптоматично... – забарабанил он пальцами по столу.

– Ну, а Маркс, Ленин, Фидель? Тоже... симптоматично?..

– Ха, все в сонме великих обитаете, в окружении классиков видите себя... Ну, ладно. Обратимся к главному: что за цели вы преследовали этой писаниной? – показывает он на лежащую перед ним папку.

– Ничего больше, кроме того, что там написано: подлинную демократизацию нашего общества, без чего социализм не может быть равен своему понятию...

– Вот это и есть реформаторство как обычный признак паранойяльного состояния...»

Профессор Лунц совмещал работу психиатра со званием полковника КГБ и даже носил форму. Этот разговор выглядит правдоподобно. До сих пор многие психиатры рассуждают в таком стиле. Я сам не раз наблюдал такую «диагностику», отталкивавшуюся от чтения пациентом Кастанеды или увлечения буддизмом. Для последователя Снежневского в первую очередь важно найти и обнаружить шизофрению у каждого пациента, что не так уж трудно с такой расширительной диагностикой.

В ленинградской школе были склонны к более объективной психиатрии. В ее понимании она должна стать естественно-научной дисциплиной. Ленинградские психиатры старались в первую очередь найти органические (когда есть повреждение головного мозга) болезни, а потом уже ставить ши-

зофрению. Хотя это тоже мифология, только биологическая, учитывая ограниченные возможности того времени для объективного исследования головного мозга. Диагноз органического заболевания тоже ставился на основании крайне субъективных критериев.

Настольной книгой по психофармакологии, науке об использовании лекарств в психиатрии, для врачей долгое время было руководство Григория Авруцкого (1924–1993 гг.). Одна из главных идей книги: нужны максимально переносимые дозы с самого начала, чтобы оборвать развитие болезни. Добавим к этому авторитарную обстановку позднесоветского общества. **И мы получаем рецепт карательной психиатрии.**

Когда я учился в 2012 году в интернатуре, я спросил зав. отделением какую книгу мне почитать. Он сказал мне: «Авруцкого. Ничего не изменилось с тех пор все равно».

Глядя в прошлое, легко видеть ошибки коллег. Вряд ли многие из них осознанно вредили пациентам. Несовершенство методов диагностики и лечения и политическая обстановка делали их заложниками системы. Скорее всего, они искренне верили в пользу своего дела.

Я привел это длинное отступление потому, что в российской психиатрии эти традиции до сих пор живы, к сожалению. В современных отечественных руководствах и публикациях повторяются схожие идеи, нет последовательного признания и осуждения прошлых ошибок. Скорее наблюда-

ется тенденция отрицать их. Многие психиатры до сих пор мыслят в духе школы Снежневского.

Вернемся к Максиму. Затем он обратился к психиатру, который позиционировал себя как сторонника современной доказательной психиатрии. Тот не стал смотреть строгим взором и искать шизофрению. Хотя старшие коллеги пытались его этому научить. Он посещал иногда зарубежные конференции, читал зарубежные учебники. Иван, этот психиатр, предположил, что у Максима СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности) и депрессивный эпизод легкой степени. При СДВГ есть значительные трудности с концентрацией внимания, невнимательность и рассеянность, связанные вероятно с нейробиологическими особенностями. Начинаются эти проблемы в детском возрасте и иногда, но не всегда сопровождаются повышенной двигательной расторможенностью. Врач рассказал о различных вариантах лечения: есть медикаментозное лечение, есть психотерапевтическое. Рассказал о преимуществах и недостатках того и другого.

Максим понял, что его состояние не настолько тяжелое, чтобы непременно принимать лекарства, что он может улучшить состояние психотерапией. В первую очередь избавиться от депрессии.

Этот психиатр занимался психотерапией. Он получил дополнительную квалификацию врача-психотерапевта и прошел курс обучения краткосрочной психодинамической те-

рапии. Это направление терапии, вышло из психоанализа, но от него существенно отличается и имеет научно подтвержденную эффективность. В ней пациент учится осознавать свои внутренние конфликты и противоречия. Психиатр сказал, что лучше будет не совмещать две роли в одном лице, хотя некоторые специалисты так делают, и порекомендовал обратиться к другому психотерапевту, тоже психиатру по базовому образованию.

Он занимался когнитивно-поведенческой психотерапией, наиболее изученной в настоящее время и опирающейся на идею о взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения. **Ее цель – научить пациента регулировать эти взаимосвязи.**

Они провели пять сессий. Во время первых двух встреч они тщательно проанализировали особенности мышления, эмоциональных переживаний и поведенческих реакций Максима, выстроили отношения, обозначили проблемы и цели, обсудили, как будет проходить работа.

Но через какое-то время у Максима возникли непредвиденные расходы. Он уже не смог позволить оплачивать психотерапию. Поэтому психотерапевт предложил ему пойти к коллеге. Коллега занимался точно также когнитивно-поведенческой психотерапией. Но по образованию был психологом, а не психиатром, и с меньшим опытом. Стоимость его работы была ниже. Хотя не всегда психотерапия у специалиста с психологическим образованием стоит дешевле, но такая тенденция есть. Качество психотерапии не зависит от

того, психиатрическое или психологическое образование у психолога.

Завершив терапию через 20 сессий, Максим не стал другим человеком. Но многое в его жизни изменилось. Он освоил несколько инструментов для работы с тревогой и депрессией, узнал свои глубинные убеждения о себе, мире и окружающих и стал их корректировать, когда они ему мешали. Также в ходе терапии он продолжал совместно с психотерапевтом работать над управлением своим временем и финансами, как и в коучинге.

Затем он вновь обратился к психиатру, чтобы оценить состояние, и тот предложил ему использовать лекарство, чтобы устранить оставшиеся проблемы с невнимательностью. Для этого Максим стал принимать атомoksetин, который увеличивает уровень норадреналина в префронтальной коре головного мозга, что значительно повысило его внимательность и способность к концентрации.

Различие в работе между коучем, психотерапевтом или психиатром не столько в уровне тяжести проблемы, хотя оно есть, но в теоретической модели и целях. Хотя на практике получается, что коучинг более эффективен при отсутствии выраженных психологических проблем и расстройств, психотерапия – в работе с легкими и умеренными психическими расстройствами, а лечение у психиатра – с тяжелыми психическими расстройствами. Но это не исключает возможности использовать психотерапию у человека с тяжелым рас-

стройством, а психиатрическое лечение – с легким. Одно из них будет основным, а другое – дополнительным. При этом человек с расстройством, даже шизофренией, вполне может проходить коучинг, если расстройство не мешает этому процессу.

Задача коучинга – достижение положительных целей в жизни и работе. **Его модель нацелена на поиск ресурсов и возможностей.** В психотерапии – цель – устранение психологических проблем, а ее модель основана на выявлении психологической проблемы. В психиатрии цель – лечение психического расстройства, а модель – медицинская, но существуют не только фармакологические методы, используются, например, транскраниальная магнитная стимуляция, электросудорожная терапия и светотерапия. Еще психиатр может наблюдать динамику состояния пациента, которому требуется только психотерапия.

● Глава вторая

Как не запутаться в направлениях психотерапии. Почему их так много и наука ли она?

Нужно сразу определиться, что в этой книге психология и психотерапия используются как синонимы. Часто пытаются разделить психологическое консультирование и психотерапию. Возможно, в этом есть какой-то смысл, но на практике эти направления почти неотличимо друг от друга сливаются. Психология от психотерапии еще отличается тем, что в ней есть исключительно теоретические направления, но в цели этой книги их освещение не входит, поэтому для потенциального клиента различие между психологом и психотерапевтом значения не имеет. Психотерапевт может иметь или психологическое, или психиатрическое образование. **Другой синоним психотерапии – терапия.** Иногда я буду говорить терапевт, а не психотерапевт.

В психотерапии очень много школ и направлений. Даже посчитать общее количество затруднительно. Их научный статус и популярность очень отличаются от направления к направлению. Интересно, что порой популярнее направления, чьи теории трудно доказуемы, а практика малоисследо-

ванная и не подтвердила эффективность.

Как в этих направлениях разобраться и не запутаться? Что вообще можно назвать психологией и психотерапией, а что нет? Как отделить достоверные теории и практики от сомнительных?

В психиатрии сейчас почти не заметно школ и направлений. В ней появилась общая парадигма, совокупность общепринятых базовых принципов, о которой мы поговорим позже. Но в психотерапии пока это не так. В ней господствуют школы и направления, каждая со своим подходом. В ней пока нет господствующей парадигмы. Это значит, что она находится на допарадигмальной стадии развития науки, если опираться на идеи философа Томаса Куна (1922–1995 гг.).

К сожалению, не существует даже общепринятого определения психотерапии. Часто даже специалисты ее понимают, как консультирование вообще или любую попытку словами улучшить душевное состояние человека. **Но такая позиция приводит к размыванию границ психотерапии.** Получается, что исповедь, разговор с другом или мужем, тоже психотерапия. Даже шарлатанское или мошенническое убеждение, религиозная или идеологическая манипуляция в таком случае тоже психотерапия.

Так ее порой понимают люди не очень с психологией знакомые, но вынужденные прибегать к консультированию. Например, врачи и педагоги, склонны так ее воспринимать. Я слышал от некоторых из них: «я тоже психотерапией зани-

маюсь, когда говорю с пациентом».

Другая крайность – понимать психотерапию как метод лечения психических расстройств психологическими методами. Это очень сужает границы психотерапии. В реальности психотерапия выходит за границы медицинской модели. Она может работать не только с психическим расстройством. Некоторые направления психотерапии (когнитивно-поведенческая, например) могут опираться на медицинскую модель и работать с пациентом, используя термин психического расстройства. Но в таком случае психотерапевт все равно идет дальше и глубже. Его интересуют мысли и чувства пациента, его детский опыт, его поведение. Это более индивидуализированный подход, чем медицинский, психиатрический. Для психиатра нюансы переживаний не имеют такого большого значения, потому что лекарство можно назначить, ориентируясь на симптомы. Психологу и психотерапевту важно знать детали, потому что их вмешательства касаются не столько симптомов, сколько переживаний.

Некоторые модели психотерапии не используют, поэтому медицинскую и клиническую модель в принципе. Она часто мало дает психологу в реальной работе. Хотя ее знать, чтобы исключить проблемы, в которых психотерапия имеет ограниченные возможности, а нужна помощь психиатра, – бывает полезно. Потому многие психологи, независимо от своего направления, стараются получить образование в сфере клинической психологии или получить о ней хотя бы какое-то

представление.

Наиболее взвешенная позиция заключается в признании психотерапии отдельной, гуманитарной дисциплиной, которая работает с психологическими проблемами психологическими методами.

Важно провести ее отделение и от медицины, и от других гуманитарных дисциплин, а особенно важно отделить ее от политических и религиозных идеологий. **Хотя при этом не стоит отрицать их влияние на нее.**

К сожалению, в работе психологов мы часто видим прямое использование идей, не имеющих отношения к психотерапии. Например, внушение им религиозных идей, навязывание патриархальных ценностей встречается наиболее часто. Некоторые психологи считают, что вера в Бога, наличие семьи, состоящей из работающего мужа и неработающей жены непременно залогом психического здоровья. Хотя нет научных данных, которые бы это подтверждали. Они смешивают идеологию и психологию.

Если клиент разделяет эти ценности, то на них можно и нужно ориентироваться, но нет смысла их ему навязывать.

Поэтому мне кажется важным определение психотерапии, предложенное Альфридом Лэнгле, известным экзистенциальным психотерапевтом. В фокусе этой терапии – проблемы выбора, свободы и ответственности, смерти и смысла жизни. Достаточно трудно измеримые феномены. Неудивительно, что из лагеря психотерапевтов, близких к этому на-

правлению, часто высказывается мнение о невозможности научно обоснованной психотерапии, но Лэнгле этому ясно и твердо возражает:

«Психотерапия – это научно обоснованный и эмпирически проверенный вид деятельности, направленный на помощь людям при психических, психосоматических и социальных проблемах или состояниях страдания и использующий для этих целей психологические средства... Передача духовности в религиозном смысле этого понятия – как выражения более высокого измерения бытия не входит в ее задачи и не является ее целью. Психотерапия четко отличается от любой формы помощи, имеющей религиозную подоплеку». (Психотерапия – научный метод или духовная практика?)

То, что мы относим сейчас к сфере психологии, интересовало людей вероятно очень давно. Но я думаю, что не имеет смысла искать в истории разрозненные элементы этого интереса.

Психология, как наука и практика, появилась в XIX веке. Фактически было два направления психологии. Одно – экспериментальное, основанное Вундтом (1832–1920 гг.). Это лаборатории, количественные измерения памяти и внимания, попытка сделать психологию объективной. Но при этом оно использовало и самонаблюдения (интроспекцию).

Другое практическое и помогающее, заложившее основы современной психотерапии. Оно к началу XX века оформилось в три направления.

Одно из них – психоанализ во главе с Фрейдом (1856–1939 гг.). Это многим известные кушетки, толкования сновидений и свободные ассоциации, когда анализируемый говорит все, что приходит ему на ум. Эта традиция жива до сих пор. Она дала множество ветвей, о которых мы поговорим позже.

Второе – гипноз и методы внушения. Оно тоже до сих пор существует и развивается. Начало ему было положено Месмером (1734–1815 гг.) еще в XVIII веке. Но как более научно обоснованная практика она стала развиваться Шарко (1825–1893 гг.) и Бернхеймом (1840–1919 гг.). Фрейд тоже начинал с гипноза, но потом создал свой метод. Сейчас гипноз обычно используется как дополнение к другим видам терапии.

Третье – рациональная терапия. Ее создал швейцарский врач Дюбуа (1848–1918 гг.). Ее можно считать предшественником современной когнитивной и гуманистической терапии, которые рассматривают клиента как сознательного равноправного субъекта психотерапии, который может осознанно изменять свою жизнь.

Эти три направления скорее были в первую очередь практически ориентированными и не были подтверждены серьезными научными исследованиями. Они были очень интересным для любопытствующей публики и страдающих пациентов, но не совсем научно обоснованными к тому времени. Постулаты учения Фрейда были умозрительными, а затем

подкреплены примерами из наблюдений над собой и клиентами. **Примеры, конечно, трактуются, исходя из его же теории.** Как ни странно, но это все же помогло стать психологии более научно обоснованной. Ведь надо было с чего-то начинать.

Позднее эти направления развивались, многие их теоретические положения подтверждались, а техники оказались эффективными. С другой стороны, почему наукой является только то, что можно проверить в эксперименте? Ведь есть и гуманитарные и прикладные науки, которые имеют другие методы исследования.

Направление, заложенное Вундтом, было более научно-обоснованным с точки зрения эмпирических наук, но малоинтересным для широкой публики, так как не помогало решить насущные жизненные вопросы. Но и к нему были претензии, так как подходить к психике с позиций естественно-научного знания – не совсем корректно.

Я думаю, что Вундта можно рассматривать как предшественника поведенческого направления, которое в стремлении быть более объективной наукой, первоначально исключило метод интроспекции и изучения сознания из своего арсенала. Оно было развито впоследствии такими исследователями, как Бехтерев, Вольпе, Торндайк и Скиннер и стало использоваться под названием поведенческая или бихевиоральная терапия. Она и сейчас существует, развивается, даже переживая новый бум популярности, обогатившись иде-

ями других направлений. Оно стало рассматривать мышление и эмоции как форму поведения.

Тогда были уже и психиатры. На психику они смотрели через призму медицинской оптики, которая в этом случае не совсем точна. В логике психиатрии того времени существовали патологические психические процессы, подобные инфекционным, и некая здоровая, идеальная психика. А патологическим считалось все, что было социально неодобряемым. **Достаточно странная логика: опираясь на социальный критерий, находить биологически ориентированный диагноз.**

Блейлер (1857–1939 гг.), создатель термина «шизофрения», опирался на все эти теории. В лаборатории он исследовал свободные ассоциации психиатрических пациентов методами лабораторной психологии.

Сегодня существуют в измененном виде все эти направления. Но они настолько сильно друг на друга влияют, что различия между ними стираются, особенно при практическом использовании, а различия касаются в первую очередь используемой терминологии и теоретических моделей.

Вплоть до недавнего времени можно было говорить о двух тенденциях в психологии, как писал Карл Роджерс, основатель клиент-центрированной терапии. Одну он называл «объективной», старающейся описать человека как объект, подлежащий изучению, а другую «экзистенциальной», воспринимающей человека как сознательное и целостное суще-

ство, несводимое к его функциям.

Эти тенденции – отражение основной проблемы психологии – психофизиологического дуализма. Все согласны, что психика и головной мозг взаимосвязаны. Но как? Что первично и что вторично? Что на что и как влияет? Или психика и мозг одно и то же?

Из ответа на эти вопросы и рождаются различные теории. Грубо говоря, одни теории сводят все к мозгу. Психика просто его производное. И можно все объяснить, поняв строение его. Другие говорят, что мозг просто проводник для психики. Как приемник для радиоволн. Третья, что они взаимосвязаны, несводимы друг к другу, а вопрос первичности оставлен за скобками.

Пока не найдено достоверных фактов, что психика существует отдельно от головного мозга. **Как только они обнаружатся, то эта теория может стать вполне научно обоснованной.** Но эти теории обычно на научность и не претендуют. Теории, объясняющие все головным мозгом, как раз очень на нее претендуют и даже имеют наукообразный вид, но строго научными все же не являются. Нет четкой корреляции между строением и биохимией мозга и психическими процессами. Конечно, есть связь, но сводить, например, любовь к дофаминэргической реакции несправедливо.

Да, ясно, что она сопровождается такой реакцией, но это не значит, что реакция является причиной и сутью. Как книгу невозможно свести к бумаге, обложке, типографской

краске.

Во многом это противоречие были разрешены Выготским (1896–1934 гг.). Хотя возможно его влияние на дальнейшее развитие психологии не было непосредственным, несмотря на его высокую популярность в последние десятилетия.

В преодолении этих противоречий ему помогли идеи Карла Маркса. Сам Маркс мало внимания уделял психологии, как и многие его последователи. Однако его диалектический материализм очень удачно подошел для научного описания психики. Он позволил не скатываться в вульгарный материализм, объясняющий психику мозговыми процессами и отдельными измеримыми функциями, но и не впадать в субъективизм, умозрительность и отрицание возможностей исследования психики.

С точки зрения Выготского психика выступает как системное образование, не сводимое к головному мозгу или рефлексам, как это было в предыдущих попытках сделать психологию более научной. Психика согласно Выготскому появилась благодаря использованию символов и знаков, языка и речи в процессе труда. Точнее сознание и мышление являются такими инструментальными образованиями. Потому что эмоции являются более древними образованиями, связанными с подкорковыми структурами головного мозга.

Михаил Ярошевский так пишет о рождении этой идеи у Выготского: «Идея Маркса об орудиях труда как средствах изменения людьми внешнего мира и в силу этого своей соб-

ственной организации (стало быть, и психической) преломилась в гипотезе об особых орудиях – знаках, посредством которых природные психические функции преобразуются в культурные, присущие человеческому миру в отличие от животного».²

Не думаю, что можно провести четкую линию между научными и псевдонаучными теориями. Такое разделение будет само по себе не очень научным, как и сам термин «псевдонаучный». Потому что не существует четкой границы между явлениями в принципе, а «псевдонаучность» является ярлыком и отдает временами инквизиции.

Но можно распределить на континууме психологические теории и вмешательства по степени обоснованности их теории и эффективности практики. Ведь психологические направления не являются чем-то застывшим и монолитным. Они развиваются, взаимно обогащаются. Вряд ли можно назвать какую-то теорию и практику 100 % научной, а другую настолько же ненаучной. Абсолютного в мире нет ничего.

Чаще всего психотерапевты и их клиенты делятся на две враждующие группировки. Одни говорят, что психология и психотерапия – это наука или должна стать наукой, другие говорят – нет, не наука, это искусство, ремесло. И те, и другие отчасти правы.

Сесил Паттерсон, Эдвард Уоткинс в книге «Теории пси-

² Марксизм в советской психологии // Репрессированная наука. Выпуск 2. СПб.: Наука, 1994, с. 24–44.

хотерапии» так излагают взгляды Карла Роджерса на этот вопрос:

1. Исследование и теория направлены на удовлетворение потребности в упорядочении важного опыта.

2. Наука – это точное наблюдение и вдумчивое, творческое мышление на основе этого наблюдения, а не просто лабораторное исследование с использованием инструментов и вычислительной техники.

3. Наука начинается с общих наблюдений, грубых измерений и спекулятивных гипотез и развивается в сторону более точных гипотез и измерений.

4. Язык независимых-смешанных-зависимых переменных, вполне пригодный для продвинутых этапов научного исследования, неприменим на начальных и промежуточных этапах...

6. Каждая теория предполагает большую или меньшую вероятность ошибки; теория лишь приближается к истине и требует постоянного изменения и модификации...

Можно сказать, что психотерапия, как и медицина, является прикладной наукой, которая использует научные данные, но также является ремеслом и искусством, не сводимым к строгой науке. Особенностью психотерапии является, что она использует как экспериментальные данные, так и данные, полученные методами гуманитарных наук и само-

наблюдения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

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