

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	6
Предисловие	12
Список сокращений и условных обозначений	14

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 1. История психотерапии (С.А. Подсадный)	19
Глава 2. Становление психотерапии в качестве самостоятельной медицинской специальности в Российской Федерации (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	41
Глава 3. Этические основы психотерапии и психологического консультирования (А.В. Шаболтас)	50
Глава 4. Этнокультурные аспекты психотерапии (Е.Л. Николаев)	60

Часть II. Основы психотерапии

Глава 5. Общие понятия и принципы психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	81
Глава 6. Психотерапевтический анамнез (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	95
Глава 7. Экспериментально-психологическая диагностика в психотерапии (Е.Б. Мизинова)	104
7.1. Психодиагностика познавательных процессов	106
7.2. Психодиагностика актуального эмоционального состояния	110
7.3. Психодиагностика личности	117
Глава 8. Мотивация к лечению как компонент психотерапевтического процесса (М.Ю. Сорокин)	133
Глава 9. Защитные механизмы и сопротивление терапии (А.И. Куликов)	146
Глава 10. Формы психотерапии	154
10.1. Индивидуальная психотерапия (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	154
10.2. Групповая психотерапия (Г.Л. Исурина)	160
10.3. Семейная психотерапия (А.Я. Варга, Г.Л. Будинайте)	194
10.4. Психотерапия средой (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	215
Глава 11. Психотерапия детей и подростков (М.Ю. Городнова)	227
Глава 12. Психотерапия лиц пожилого возраста (Е.Б. Мизинова, Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Н.Г. Незнанов)	240
Глава 13. Соотношение психотерапии и фармакотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	252
Глава 14. Использование новых технологий в психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	263
Глава 15. Балинтовские группы (В.А. Винокур)	271
Глава 16. Супервизия в психотерапии (С.А. Кулаков)	281
Глава 17. Психотерапия и психокоррекция синдрома эмоционального выгорания (Т.А. Караваева, В.В. Макаров, А.В. Яковлев)	308
Глава 18. Объективизация психотерапевтического процесса (Р.Д. Тукаев)	326
Глава 19. Оценка эффективности психотерапии (В.А. Абабков)	340

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 20. Динамическое направление в психотерапии	357
20.1. Основные понятия динамического направления психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	357
20.2. Основные принципы индивидуальной психоаналитической терапии (И.С. Лукина)	372
20.3. Групповой психоанализ (группанализ) (Я.О. Федоров).....	379
20.4. Динамическая психиатрия Г. Аммона как система психотерапевтического лечения психических расстройств (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов).....	393
20.5. Терапия на основе ментализации (А.А. Пичиков)	400
20.6. Психоанализ в России (принципы петербургской школы) (М.М. Решетников)	412
20.7. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Г.Л. Исурина, Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	424
20.8. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Е.Б. Мизинова)	440
Глава 21. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии	445
21.1. Теория и этапы развития когнитивно-поведенческой психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	445
21.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия А.Т. Бека (Д.В. Ковпак)	467
21.3. Метакогнитивная терапия (Д.В. Ковпак)	492
21.4. Диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия (Д.Ф. Пушкарев, А.А. Меньшикова)	501
21.5. Схема-терапия (А.В. Ялтонская, Н.В. Гегель, Д.А. Марьясова)	509
21.6. Психотерапия эмоциональных схем Р. Лихи (Д.В. Ковпак)	518
21.7. Терапия принятия и ответственности (Д.В. Ковпак)	539
Глава 22. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии	546
22.1. Экзистенциальная психотерапия (С.М. Бабин)	546
22.2. Логотерапия (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	568
Глава 23. Гештальт-психотерапия (Л.Л. Третьяк)	577
Глава 24. Транзактный анализ (Д.И. Шустов, Т.В. Агибалова, Е.Ю. Абриталин, О.Д. Тучина)	591
Глава 25. Гипнотерапия (Р.Д. Тукаев, М.Н. Гордеев)	601
Глава 26. Экспрессивные методы психотерапии	620
26.1. Театротерапия (А.Е. Строганов)	620
26.2. Арт-терапия (А.И. Копытин)	637
26.3. Музыкальная психотерапия (Т.Б. Резницкая, С.М. Бабин, А.В. Васильева) ...	662
26.4. Танцтерапия (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	674

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 27. Психотерапия невротических расстройств	681
27.1. Мишени психотерапии невротических расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	681
27.2. Психотерапия тревожных невротических расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	697

27.3. Психотерапия социальных фобий (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	707
27.4. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	723
27.5. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	730
27.6. Экстренная психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях (Ю.С. Шойгу)	739
27.7. Психотерапия расстройств адаптации (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	750
27.8. Психотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств (Е.Ю. Абриталин, М.Н. Гордеев)	756
27.9. Психотерапия неврастении (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	763
Глава 28. Психотерапия депрессивных расстройств (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов)	786
Глава 29. Психотерапия расстройств личности (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	803
Глава 30. Психотерапия суицидального поведения (А.А. Пичиков)	825
Глава 31. Психотерапия зависимостей (М.Ю. Городнова)	842
Глава 32. Психотерапия расстройств пищевого поведения (А.А. Пичиков)	871
Глава 33. Психотерапия психогенного переедания (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, М.В. Фомичева)	888
Глава 34. Психотерапия нарушений сна (П.В. Пчелина, М.Г. Полуэктов)	898
Глава 35. Психотерапия сексуальных нарушений (А.И. Федорова)	909
Глава 36. Психотерапия в психосоматической медицине (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов)	928
Глава 37. Психотерапия в онкологии (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Т.Ю. Семиглазова)	939
Глава 38. Психотерапия пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (Н.Б. Лутова, А.Н. Еричев)	955
Глава 39. Программы улучшения медикаментозного комплаенса больных, страдающих психическими расстройствами: социо- и психотерапия (Н.Б. Лутова)	976
Предметный указатель	986

Часть I

История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 1. История психотерапии

Глава 2. Становление психотерапии в качестве
самостоятельной медицинской
специальности в Российской Федерации

Глава 3. Этические основы психотерапии
и психологического консультирования

Глава 4. Этнокультурные аспекты психотерапии

Глава 1

История психотерапии

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

Развитие науки, в том числе и психотерапии, не линейный, а сложный, многогранный процесс движения вперед и возвращения к уже пройденным этапам. Ее история прослеживает ход накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий и полученных результатов, делая акцент на главном — на формировании содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При анализе истории психотерапии, при постоянном внимании к оценке ее достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX–XXI вв. — научный период. История отечественной психотерапии неразрывно связана с развитием мировой, чье описание опирается на два основных критерия: внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на формирование психотерапии как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Во многом этому способствовали психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и другие направления психотерапии, однако и сегодня эта задача не решена.

В рамках главы данного руководства нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. При всем многообразии мистических подходов результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транс или гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка, и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана Эфесского (Soranus, 98–138 гг.), жившего в Риме в царствование Адриана (II в. н.э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух... В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в период раннего Ренессанса с его процессами над психически и нервнобольными и казнями ведьм. Существовали детально разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Инститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, лиц с истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования, да и зачастую, с индуцированным помешательством, охватывающим временами целые поселения.

И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период, в эпоху Ф. Пинеля (Ph. Pinel, 1745–1826 гг.), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии в целом [1].

По рекомендации председателя Больничной комиссии в 1791 г. Ф. Пинель, уже имевший публикации по вопросам психиатрии, в 1793 г. был назначен главным врачом в лечебницу Бисетр, где в том же году, добившись разрешения Центрального Бюро Коммуны, снял цепи с душевнобольных, что явилось переломным моментом в психиатрии — психиатрические учреждения из тюремных превратились в лечебные заведения. Подобные реформы Ф. Пинель провел и в больнице Сальпетриер, куда был назначен старшим врачом в 1795 г.

Реформы Ф. Пинеля стали переломными в развитии психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в надлежащем уходе и лечении. Ф. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевнобольных, что в дальнейшем, через полтора столетия, послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной терапии средой, социотерапии, коллективной психотерапии.

Пятнадцать лет ранее в Австрии в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Ф.А. Месмера (F.A. Mesmer, 1734–1815 гг.), с которой он обратился, написав окружное послание во многие академии Европы.

Ф.А. Месмер с успехом лечил больных, добиваясь появления у них в состоянии транса «криза» (конвульсий), который, по его представлениям, приводил к более гармоничному распределению «нервного флюида» и тем самым способствовал исцелению. Немецкий врач пытался привлечь к обсуждению полученных результатов венскую научную элиту, однако натолкнулся на стену полного неприятия и в 1778 г.

уехал в Париж, где пользовался большой популярностью при дворе Людовика XVI, проводил коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического бака. По его настоянию для изучения магнитного флюида в 1784 г. была назначена комиссия от Академии наук и Королевского медицинского общества, в которую входили известные ученые того времени — А.Л. Лавуазье (A.L. Lavoisier, 1743–1794 гг.), Б. Франклин (B. Franklin, 1706–1790 гг.) и др. Комиссия пришла к выводу о лженаучности методов Ф.А. Месмера и в заключении указала, что магнетического флюида не существует, все, что связано с действием последнего, могло быть отнесено лишь к влиянию воображения.

Ф.А. Месмер вошел в историю психотерапии благодаря разработанному им методу лечения. Этот метод индукции и использования транса в терапевтических целях как в групповом, так и в индивидуальном варианте, был полностью невербальным. Предложенный им термин «раппорт» означал физический контакт, благодаря которому происходила передача «флюида» от магнетизера к пациенту.

Несмотря на критику теоретического обоснования Ф.А. Месмером своего метода, интерес к магнетизированию в медицинских кругах и в обществе сохранялся. Известно, что выступления на эстрадах знаменитых магнетизеров (месмеристов) привлекали внимание к феномену месмеризма и его изучению известных ученых и врачей: Дж. Брейда (J. Braid, 1795–1860 гг.), А.О. Льебо (A.A. Liebeault, 1823–1904 гг.), Ж.М. Шарко (J.M. Charcot, 1825–1893 гг.) и других, что способствовало в XIX в. развитию научных теорий и практических методов гипнотерапии.

У Ф.А. Месмера были как свои сторонники и последователи, так и противники. Известно, что он первый предпринял экспериментальное изучение психотерапевтических отношений, до него использовавшихся только в магических опытах. Его ученики и последователи продолжали изучение и развитие магнетического лечения. Так, маркиз Ш. де Пюсегюр (Ch. de Puisegur, 1751–1825 гг.) в 1784 г. сообщил о своем открытии сомнамбулизма (наиболее глубокая степень гипнотического состояния) и возможности войти в словесную связь с магнетизируемым [9].

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX столетий. По всей Европе проходили выступления магнетизеров, создавались магнетические общества, публиковались головокружительные результаты носителей магнетической силы. Широкое увлечение магнетизмом невольно приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притворство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач, хирург-офтальмолог Дж. Брейд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Ш.Л. Лафонтена (C.L. Lafontaine, 1803–1892 гг.) с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное заставило Дж. Брейда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда он довольно быстро усыпил испытуемого и тщательно описал происходящие с ним изменения [8].

Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Х.К. Фариа (Abbe Faria, 1756–1819 гг.), который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г.

Круг испытуемых у Дж. Брейда ширился, все более уточнялись детали и способы усыпления. Английский врач считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления зрения. Это состояние он определил специальным термином «гипноз», что, собственно, по-гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Дж. Брейд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в монографии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описал стадии возникновения гипнотического состояния, методы гипнотического воздействия и теоретические представления

о физиологических процессах, вызывающих гипнотический сон. Дж. Брейд излагал нейрофизиологическую теорию, согласно которой гипнотическое состояние возникает при зрительной фиксации и сосредоточенности внимания на фиксируемом взглядом предмете, вследствие чего происходит утомление зрительного анализатора, задержка дыхания и замедление сердцебиения. Он впервые целенаправленно использовал гипноз как метод терапии, в последние годы жизни допускал развитие гипнотического состояния при словесном внушении.

Продолжателем дела Дж. Брейда стал А.О. Льебо который находился под сильным влиянием его научных исследований. А.О. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представление о засыпании неторопливым тихим голосом.

Гипнотический сон А.О. Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга его заключалась в том, что он первый систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так, с 1860 по 1885 г. к А.О. Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «О сне и аналогичных состояниях, рассматриваемых как преимущественно с точки зрения воздействия психики на тело», где отстаивал естественно-научный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием (был продан всего лишь один экземпляр книги). И лишь в 1882 г. по предложению сотрудничества руководством медицинского факультета, А.О. Льебо применил словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль и охотно поделился своим опытом с коллегами. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапевтической клиники в Нанси И. Бернгейма (H. Bernheim, 1840–1919 гг.). Он стал применять гипноз в своей клинике и настолько широко ввел его в практику, что лечение словесным внушением стало применяться на равных правах с другими лечебными методами. Используя технические приемы А.О. Льебо, И. Бернгейм вызывал гипнотическое состояние у 90% пациентов. Вокруг двух врачей и физиолога, исследователя, использовавшего для изучения гипноза экспериментально-лабораторный подход, профессора А.-Э. Бони (H.-E. Beaunis, 1830–1921 гг.), сформировался круг ученых, интересовавшихся проблемами внушения и гипноза, разделявших точку зрения А.О. Льебо и И. Бернгейма, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей вырос, появлялись новые факты, расширялась база теоретических оснований. Так возникла нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Чуть раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер, Ж.М. Шарко. изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и метода металлотерапии. Ж.М. Шарко — невропатолог мирового уровня, блестящий клиницист и диагност, описавший ряд неврологических симптомов, основатель сальпетриерской (парижской) школы гипноза. Изучая нервные болезни, он заинтересовался истерией, многообразием ее клинических проявлений, и заметил, что наблюдаемые различные симптомы соответствовали скорее ожиданиям пациентов, нежели реальным неврологическим проявлениям. В 1878 г. Ж.М. Шарко провел ряд опытов и начал заниматься лечением этих пациентов с помощью гипноза, добившись значительных результатов. С этого времени Ж.М. Шарко начал регулярные обучающие демонстрации гипноза в Сальпетриере. Он выделил три основные стадии гипноза: летаргию, каталепсию и сомнамбулизм и считал, что эти же явления в той же последовательности наблюдаются и при развитии симптомов истерии, что привело его к умозаключению, что симптомы истерии могут быть вызваны посредством аутогипноза. В 1882 г. он представил свои исследования Французской академии наук и полу-

чил одобрение и поддержку (нельзя не вспомнить отрицательный отзыв этой же академии об исследованиях Ф.А. Месмера), так как к тому времени гипноз стал вполне признаваемой процедурой. Вокруг Ж.М. Шарко образовался круг талантливых учеников и последователей, таких как А. Бине (A. Binet, 1857–1911 гг.), Ж. Жиль-де-ла Туретт (G. Gilles de la Tourette, 1857–1904 гг.), Ш. Рише (C. Richet, 1850–1935 гг.), Ж. Бабинский (J. Babinski, 1857–1932 гг.), П. Жане (P. Janet, 1859–1947 гг.), которые составили основное ядро школы Сальпетриера.

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

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

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

В 1889 г. с 8 по 12 августа в Париже в больнице Отель-Дье проходил Первый Интернациональный конгресс «Гипноз экспериментальный и лечебный». Среди участников конгресса помимо Ж.М. Шарко, А.О. Льебо и И. Бернгейма фигурировали Ж. Дежерин (J. Dejerine, 1849–1917 гг.), П. Жане, Ж. Бабинский, О.А. Форель (A.H. Forel, 1848–1931 гг.), Ж.В. Маньян (J.V. Magnan, 1835–1916 гг.), З. Фрейд (S. Freud, 1856–1939 гг.), В. Джеймс (W. James, 1842–1910 гг.), В.М. Бехтерев (1857–1927). На этом конгрессе была поставлена последняя точка в научном споре двух школ, нансийской и парижской, между двумя лидерами в теории гипноза — Ж.М. Шарко и И. Бернгейма. Научное врачебное сообщество приняло сторону нансийской школы.

Необходимо отметить вклад в изучение гипноза профессора физиологии Р. Гейденгайна (R. Heidenhain, 1834–1897 гг.) в Бреславле, который после посещения выступлений магнетизера Ганзена в 1880 г. начал опыты по гипнозу и через две с небольшим недели прочитал свою знаменитую лекцию, сопровождавшуюся многочисленными демонстрациями и комментариями. Р. Гейденгайн стоял на позициях физиологического подхода в теории гипноза. Через год эта лекция вышла отдельной брошюрой на русском языке с предисловием И.П. Павлова (1849–1936), который тогда стажировался у Р. Гейденгайна.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: В.Я. Данилевский (1852–1939), А.А. Токарский (1859–1901), Г.И. Россолимо (1860–1928), Б.Н. Синани (1851–1920), В.М. Бехтерев, И.Р. Тарханов (1846–1908) и многие другие.

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

Следует отметить, что вторая половина XIX в. характеризовалась небывалым интересом к естественно-научным проблемам. Успехи физики и химии дали значительный толчок развитию физиологии. Работы И. Мюллера, П. Брока определили

экспериментальные подходы к изучению мозга. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного расцвета в лице Р. Вирхова. В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Ч. Дарвина, в 1866 г. в России были отпечатаны отдельной книгой «Рефлексы головного мозга» И.М. Сеченова (в этом же году она была запрещена властями), в 1879 г. в Лейпциге В. Вундтом (W. Wundt, 1832–1920 гг.) была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии, Д. Тьюк (J. Tuke, 1835–1913 гг.) в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия».

К началу XX в. золотой век гипноза в Европе подходил к концу. В нансийской школе все большее значение стали приписывать внушению, чем самому гипнозу. Внушение стало отдельным методом лечебного воздействия. Фармацевт из Нанси Э. Куэ (E. Coué, 1857–1926 гг.), ученик А.О. Льебо и И. Бернгейма, разработал метод сознательного самовнушения и в 1910 г. открыл в родном городе собственную клинику самовнушения. Э. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. Главный тезис неонансийской школы, во главе которой стояли Э. Куэ и Ш. Бодуэн (Ch. Baudouin, 1893–1963 гг.): нет внушения, есть только самовнушение. Э. Куэ стал учить своих пациентов, называя их «учениками», сознательно пользоваться самовнушением, этой «врожденной силой природы», внушать себе, шевеля губами, внятно, чтобы слышались слова, что у него будет спокойный, глубокий сон без тяжелых сновидений и т.п. Э. Куэ использовал самовнушение при лечении пациентов с самыми различными заболеваниями.

Самовнушение по Куэ–Бодуэну приобрело в 1920-е годы широкую популярность. Положительной стороной работ Э. Куэ и его последователей было пропагандирование активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Э. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Его скромная по содержанию формула самовнушения явилась отправной точкой для начала поиска более эффективных путей психотерапевтических влияний аутогенного плана и легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

С конца 90-х годов XIX в. и особенно в начале XX в. как реакция на чрезмерную экспансию гипноза стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искусстве, математика тогда же окончательно уступает «пальму первенства» физике, стремительно развивается психология.

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог П. Дюбуа (P. Dubois, 1848–1918 гг.). Он был знаком с работами Ж.М. Шарко, посещал И. Бернгейма в Нанси, был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения и разработал метод рациональной психотерапии, противопоставив его гипнозу.

П. Дюбуа придавал большое значение биографии больных и считал, что причина психических нарушений кроется в истории жизни пациента, а не в повреждениях головного мозга, активно выступал против применения гипноза как средства психотерапии, считал, что большинство психических расстройств имеет собственно психическую причину, на которую можно оказывать рациональное воздействие. Он обосновал, разработал и внедрил метод рациональной психотерапии. Основные положения этой концепции были изложены в труде «Психоневрозы и их психическое лечение» 1903 г. Его рациональная психотерапия представляла собой специфическую логическую диалоговую психотерапию, основанную на обращении к рассудочной сфере и личности бодрствующего пациента и непосредственном воздействии

на совокупность его представлений о причине и сущности заболевания, истинном состоянии и страданиях. Важное значение имела также система профессиональной аргументации, разъяснения и убеждения, ориентированные на осознание и изменение пациентом своего поведения, своих иррациональных оценок, мыслей и чувств, и достижение на этой базе соответствующего терапевтического эффекта.

Рациональная психотерапия, опираясь, по словам П. Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства», рассеивала ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента о его болезни — таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Этот подход, заложенный П. Дюбуа, несомненно являлся принципиально новым и не утратил своего значения в настоящее время. Рациональная психотерапия в качестве одного из элементов входит практически во все виды психотерапии, без нее затруднительно начало любого ее вида. Взгляды П. Дюбуа критиковались, в первую очередь, из-за избегания эмоциональной поддержки пациента [7].

В 1910 г. французский невропатолог Ж. Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию, с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу, подробно описанный в монографии «Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией» (1912).

Метод убеждения в психотерапии Ж. Дежерин считал необходимым использовать с целью, чтобы объяснить больному причины его симптомов и расстройств и вызвать у него доверие к себе, «пробудить различные элементы личности», которые способны стать отправным пунктом для ее реконструкции. Не исключая, а, напротив, активно используя в психотерапии логические доказательства, рассуждения, Ж. Дежерин в то же время делал акцент на том, что врач не навязывает их больному, а лишь предлагает «обдумать и понять». Роль врача (личность которого, согласно Ж. Дежерину, имеет необычайно важное значение в психотерапии) заключается в призыве, побуждении, направлении и вместе с тем в понимании, принятии и уважении пациента. Таким образом, убеждение не ограничивает личность, а дает ей возможность развиваться в условиях освобождения от всех стесняющих влияний. Психотерапия убеждением направлена на выполнение двух главных задач: осуществление освобождающего действия и восстановление личности больного.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Я. Марциновским (J. Marcinowski, 1868–1935) в 1909 г. — психотерапия мирозерцанием («лечение идеалами»), суть которого заключалась в формировании у пациентов целостного духовного мирозерцания, в результате чего пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частью Человечества в целом и вообще всей Природы. Целью психотерапии являлось ослабление болезненных представлений путем введения в психику пациента высших философских, этических и эстетических представлений. Возвращением личности страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание индивидуальности и самоценности собственного существования, достигается изменение болезненных представлений, снижение и исчезновение нервозности и тревожности. «Психотерапия идеалами» проходила в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом. Кроме этого, врач должен был сам обладать возвышенными идеалами, а также очень глубоко изучить взгляды больного и говорить с ним на его понятийном аппарате.

Сравнивая методы психотерапии Ж. Дежерина и Я. Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее с гуманистической школой в психотерапии.