



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 1 (75) ЯНВАРЬ–2009 • ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

Ψ ХРОНИКА

ПЕРВЫЙ СЪЕЗД ПСИХОЛОГОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ И РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ

Силенок И. К.

С 14 по 16 ноября 2008 года в Краснодаре произошло знаменательное событие: I Съезд психологов и психотерапевтов Краснодарского края и Республики Адыгея. Собрались 122 делегата. Присутствовали гости из Москвы, Ростова-на-Дону, Ставрополя, Республики Словения. Участникам съезда посчастливилось заслушать доклады и пройти мастер-классы и тренинги у всемирно известных «звезд» отечественной психотерапии и психологического консультирования. Наш город впервые посетил президент ППЛ профессор Виктор Викторович Макаров, который выступил в пленарном заседании, провел свой легендарный тренинг «Деньги в профессии и жизни. Очарование и месть денег», открыл круглый стол, состоявшийся на третий день работы съезда.

Атмосферу творчества и эмоциональной выразительности привнес в работу съезда Валентин Иванович Петрушин – доктор педагогических наук, профессор кафедры психологии развития личности МПГУ, действительный член ППЛ, автор учебников и книг «Музыкальная психология», «Музыкальная психотерапия», «Психология и педагогика художественного творчества». Валентин Иванович выступал на пленарном заседании, провел мастер-класс «Музыкальная психотерапия», активно участвовал в работе круглого стола и церемонии закрытия съезда. Удивительным сочетанием академичности и душевной теплоты были наполнены выступления Марка Евгеньевича Сандомирского – кандидата медицинских наук, бизнес-тренера, члена ППЛ, ЕАП, обладателя европейского сертификата психотерапевта (с 2000 г.), практикующего психотерапевта, доцента УГАТУ, автора 16 книг (1995–2008г). Марк Евгеньевич принимал активное участие в организации съезда, выступал в пленарном заседании, вел секцию «Психосоматика, телесная психотерапия и нейрофизиологическое программирование», вел круглый стол, участвовал в церемонии закрытия съезда. Запоминающимися и яркими были доклады в пленарном заседании профессора Игоря Викторовича Боева – доктора медицинских наук, главного психотерапевта Ставропольского края и Игоря Николаевича Хмарука – зав. кафедрой клинической психологии Медицинской академии (г. Ростов-на-Дону), кандидата психологических наук.

Но начнем по порядку, то есть с благодарностей. Прежде всего, хочется выразить благодарность Кубанскому государственному университету физической культуры, спорта и туризма и в первую очередь его ректору – профессору Султану Меджидовичу Ахметову за предоставленную возможность работать в здании университета, в котором «даже стены дышат» традициями российской науки. И, наверное, не случайно, что I Съезд психологов и психотерапевтов Краснодарского края и Республики Адыгея

проводился на территории ВУЗа, в котором работает кафедра психологии, организованная 30 лет назад одной из самых первых в нашем крае. Приятно отметить присутствие на съезде в качестве почетного гостя доктора педагогических наук профессора Барабанова Анатолия Григорьевича, который в 1978 году основал и возглавил кафедру психологии, сотрудники которой приняли самое активное участие в работе съезда. Огромную благодарность мы выражаем проректору КГУФКСТ профессору Александянцу Гайку Дерениковичу за поддержку и помощь в организации Съезда. Особую благодарность мы выражаем зав. кафедрой психологии КГУФКСТ профессору Горской Галине Борисовне за поддержку и помощь в организации и активное участие в Съезде.

14 ноября в 10.00 Силенок Петр Федорович – кандидат психологических наук, тренер НЛП международной категории, член международной ассоциации НЛП, член Европейской ассоциации НЛП-терапии (NLPt), региональный представитель Европейской ассоциации NLPt по Югу России, действительный член, преподаватель и супервизор ОППЛ – открыл пленарное заседание Съезда. С приветственным словом от КГУФКСТ выступил проректор по учебной работе, кандидат педагогических наук Тарасенко Алексей Александрович.

С докладом «Путь консолидации психотерапии в Российской Федерации» выступил профессор В. В. Макаров.

Далее участники съезда заслушали выступления членов организационного комитета съезда. С докладом «Генеративная психология» выступил Силенок П. Ф., с докладом «Психологическая культура как фактор социальной адаптации личности» выступила профессор Г. Б. Горская. С «Отчетом о работе краснодарского отделения ОППЛ за 2007–2008 год» выступила Силенок Инна Казимировна – психолог, бизнес-тренер, мастер-практик НЛП, действительный член ОППЛ, региональный представитель ОППЛ в Краснодарском крае, главный редактор психологической газеты «Золотая лестница». Глазунова Татьяна Ивановна – главный психотерапевт краснодарского края, зав. отделением № 17 краевой психиатрической больницы – выступила с докладом о работе возглавляемого ею отделения и состоянии психотерапии в Краснодарском крае. Участники съезда заслушали доклад «Использование методов музыкальной психокоррекции и психотерапии в профилактике детских неврозов».

С докладом «Профессиональное становление на основе формирования творческой активности личности в процессе обучения» выступила Гусарова Елена Николаевна – кандидат педагогических наук, доцент, зам. зав. кафедрой педагогики и психологии творчества Краснодарского государственного университета культуры

и искусства. С докладом «Современный нейрофизиологический подход как основа интеграции различных методов психотерапии» выступил М. Е. Сандомирский.

Далее участники съезда заслушали выступления гостей съезда: Боева И. В.: «Диагностические модели личности, адекватные методам и техникам психотерапии», Орлова Е. П. – профессора, доктора психологических наук и информатики, ректора Международного института геронтологии (Сочи), на тему «Синергетическая холистическая психотерапия XXI века», Лопатина В. Г. – профессора, доктора философских наук: «Нейролингвистическое освобождение как инструмент изменения жизненных программ на причинном плане или прообраз причинной медицины» (Москва), Хмарука И. Н.: «Интегративная семейная психотерапия: актуальные вопросы последипломного образования».

Завершился первый день работы Съезда торжественным ужином психологов, психотерапевтов и их друзей, который прошел в теплой душевной атмосфере, порадовал его участников интересной и разнообразной программой.

15 ноября в рамках съезда одновременно работали мастер-классы, секции и тренинг. Наибольшее число участников собрали тренинг В. В. Макарова «Деньги в профессии и жизни. Очарование и месть денег», секции «Генеративная психология» под руководством П. Ф. Силенка и «Психосоматика, телесная психотерапия и нейрофизиологическое программирование» под руководством М. Е. Сандомирского.

На секции «Генеративная психология» участники заслушали доклады: «Профессиональное становление на основе формирования творческой активности личности в процессе обучения» Гусаровой Е. Н., «Исследовательское поведение дошкольников как основа развития одаренности» Сученковой Д. А., «Генеративный подход в работе с родителями по оптимизации стиля воспитания» Силенок И. К.,

«Проблема как источник энергии преобразования» Чернавских А. Н., «Факторы, влияющие на формирование аутодеструктивных тенденций (личностная предрасположенность и степень субъективной дезадаптации личности)» Демьяненко А. Е., «Жизненный сценарий молодого человека» Старковой Е. В., «Психологическая готовность молодых людей к созданию семьи как показатель личностной зрелости» кандидата педагогических наук Шаверновой Ю. Ю.

На секции «Спортивная психология», проведенной под руководством Горской Г. Б., были заслушаны доклады: «Влияние психологического тренинга на развитие субъектности у спортсменов подросткового возраста» кандидата психологических наук Ольшанской С. А., «Развитие ресурсов преодоления профессионального выгорания у спортсменов» Гринь Е. И., «Инструментальные и личностные ресурсы конструктивной адаптации личности в условиях спортивной деятельности» Босенко Ю. М., «Психологическое сопровождение как компонент тренировочного процесса,

влияющий на реалистичность самооценки и принятия себя» Бондаренко Н. А.

На секции «Психосоматика, телесная психотерапия и нейрофизиологическое программирование» прозвучали следующие доклады:

«Нейро-физиологическое программирование, как модель физиологически ориентированного подхода в психотерапии» руководителя секции Сандомирского М. Е., «Роль коррекции эмоционально-личностных особенностей в комплексном лечении больных сахарным диабетом II типа» кандидата психологических наук Кошанской А. Г., «Психосоматика и избыточный вес» Буйновой Ю. М., «Использование поведенческого подхода и эриксоновской психотерапии в сочетании с методом естественного восстановления зрения Уильяма Бейтса» Еремеева П. Ю.

На секции «Психологическое консультирование в бизнесе» под руководством П. Ф. Силенка участники заслушали доклады «Трансформационный коучинг – новые правила «старой игры»» Голубева В. Г. и доклад Плюснина В. М.

В теплой творческой атмосфере прошел мастер-класс В. И. Петрушина «Психокоррекционные и оздоровительные сеансы по методу музыкальной психотерапии».

16 ноября в 10.00 И. К. Силенок зачитала Резолюцию I Съезда психологов и психотерапевтов Краснодарского края и Республики Адыгея. Участники Съезда с одобрением заслушали резолюцию и единогласно проголосовали за её принятие. После принятия резолюции В. В. Макаров открыл «Круглый стол» на тему «Перспективы и направления развития психотерапии», в рамках работы которого руководители секций и ведущие тренингов и мастер-классов обобщили работу второго дня съезда, отметили наиболее успешных участников, наиболее емкие и интересные доклады, рассказали о своем видении перспектив развития психотерапии в Краснодарском крае и Адыгее. На «круглом столе» была проведена дискуссия о настоящем и будущем психотерапии, в которой приняли активное участие делегаты и гости съезда. М. Е. Сандомирский выступил с докладом на тему «Социальные сети в Интернете как новая информационная среда для психотерапии».

Во второй половине дня 16 ноября участники съезда познакомилась с новыми технологиями и экспериментальными моделями психотерапии, презентацию которых провели Горская Т. С. и Дарская Е. Татьяна Степановна Горская показала техники Симорон, а Екатерина Дарская – расстановки по Б. Хеллингеру.

Завершилась работа Съезда торжественным вручением накопительных образовательных сертификатов ОППЛ его участникам, отзывами и благодарственными словами. Съезд закончился, а его участники еще долго не хотели расходиться по домам и уезжать из Краснодара. Съезд наглядно показал, как важно специалистам чувствовать поддержку профессиональной среды, которую может дать только объединение, возможность обмена опытом и знаниями, чувство того, что мы делаем большое и важное Общее Дело.

РЕЗОЛЮЦИЯ

I Съезда психологов и психотерапевтов Краснодарского края и республики Адыгея

г. Краснодар

16 ноября 2008 г.

Съезд собрал 122 делегата из всех регионов Краснодарского края и республики Адыгея. Присутствовали гости из Москвы, Ростова-на-Дону, Ставрополя, Республики Словения. Съезд показал, что в Краснодарском крае и Адыгее имеется ряд квалифицированных специалистов по психотерапии и психологическому консультированию. Вместе с тем они разведены и часто недостаточно взаимодействуют друг с другом.

Съезд рекомендовал:

1. Создать координационный центр по проблемам развития психотерапии и консультирования – Совет по психотерапии Краснодарского края и республики Адыгея с участием представителей различных помогающих профессий – психологов, врачей, социальных работников

2. Предложить краевому отделению Профессиональной психотерапевтической лиги, как крупнейшего сообщества специалистов в области психотерапии и консультирования, провести организационную деятельность по формированию данного Совета.

3. Утвердить персональный состав Совета по психотерапии Краснодарского края и республики Адыгея, под председательством регионального представителя ОППЛ:

Силенок П. Ф.
Силенок И. К.
Горская Г. Б.
Кошанская А. Г.
Гусарова Е. Н.
Сандомирский М. Е.

Разрешить Совету кооптировать в свой состав новых членов.

4. Развивать в Краснодарском крае и республике Адыгея все известные модели психотерапии: медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную, философскую и эклектическую.

Особое внимание обратить на развитие психотерапии в санаторно-курортных учреждениях. В этой области опираться на отечественный опыт и современные достижения мировой психотерапии, особо выделяя уже апробированные, внедренные в крае методы генеративной психотерапии и консультирования, нейрофизиологического программирования.

5. Уровень развития консультирования и психотерапии, организационные ресурсы края позволяют предложить Краснодарский край в качестве места проведения в 2010 году II Съезда психотерапевтов и психологов-консультантов Южного Федерального Округа Российской Федерации.

6. Рекомендовать расширять социально-психотерапевтическую работу с отдельными группами населения, нуждающимися в психологической помощи: молодежи, подростками, лицами пожилого возраста, различными категориями больных хроническими психосоматическими заболеваниями. Создавать для них постоянно действующие группы психологической поддержки, само- и взаимопомощи, психологические клубы здорового образа жизни, специализированные информационные материалы, периодические издания и Интернет-ресурсы.

7. Создать на базе регионального представительства ОППЛ при поддержке Комитета по делам молодежи Администрации города Краснодара и ВУЗов, в которых готовят специалистов помогающих профессий (психологов, врачей-психотерапевтов и психиатров, клинических психологов, социальных работников),

профессиональный клуб молодых специалистов – выпускников ВУЗов и будущих специалистов – студентов, для содействия их адаптации в качестве специалистов, повышению их профессиональной компетентности, проведения супервизии.

8. Интенсифицировать работу по взаимодействию со средствами массовой информации для популяризации современной психотерапии и практической психологии, пропаганды здорового образа жизни, профилактики вредных привычек и антисоциального поведения, психологической поддержки семьи и родительства, формирования благоприятного психологического климата в обществе, преодоления негативных психологических последствий глобального экономического кризиса, содействия укреплению кросскультурных связей и межэтнической толерантности, противодействия деятельности сект. Создать реестр специалистов в области психологии и психотерапии, компетентных для выступления в СМИ. Формировать библиотеку типовых материалов для освещения психотерапии и практической психологии в СМИ.

9. Содействовать психотерапевтам и консультантам в использовании информационной среды Интернет для популяризации психологических знаний среди населения и для дистанционной психологической помощи, в личном представлении специалистов в глобальной информационной сети, в том числе с использованием сообществ Интернет – пользователей (блогов, социальных сетей). Оказывать психологам, психотерапевтам информационную поддержку в этой работе, разрабатывать для них инструктивно-методические материалы, координировать усилия по коллективному продвижению персональных Интернет – ресурсов.

10. Провести II Съезд психологов и психотерапевтов Краснодарского края и республики Адыгея в г. Краснодаре в 2011 г.

Ψ КОМИТЕТ МОДАЛЬНОСТЕЙ ППЛ

ЗАЯВКА В КОМИТЕТ МОДАЛЬНОСТЕЙ для представления модальности «Биоэнергетическая психология и психотерапия»

1. Какие профессиональные сообщества и организации, входящие в ОППЛ, представляют данную модальность

Центр биоэнергетической психологии, г. Санкт-Петербург.

Санкт-Петербургское региональное отделение ОППЛ.

Лицо, представляющее организацию: Захаревич Андрей Станиславович – доктор психологических наук, действительный член ОППЛ, психотерапевт Мирового реестра.

2. Краткая история

Биоэнергетическая психология и психотерапия возникла в результате обобщения тридцатилетнего опыта и исследований автора в области психологии, психотерапии, народной медицины и целительства, биоэнергоинформационного обмена человека с окружающим пространством.

В настоящее время ведется активная работа по продвижению данного направления (научно-исследовательская деятельность, индивидуальное консультирование, групповая коррекция, просветительская работа).

3. Основные труды

Захаревич А. С. Комплексная концепция здоровья // Труды Балтийской Педагогической Академии, 2002 г.

Захаревич А. С. Дыхание, сознание, здоровье человека, СПб, 2003 г. – 186 с.

Захаревич А. С. Оздоровительно-развивающее воздействие дыхательных психотехнологий на психическое состояние человека. Докторская диссертация, СПб, Академия физической культуры имени П. С. Лесгафта, 2003 г.

4. Миссия

Продвижение основных философских, этических и биоэнергетических представлений о целостности человека и его взаимоотношений с окружающим пространством в практику психологии и психотерапии.

Повышение уровня биоэнергетической грамотности, популяризация биоэнергетических знаний и практик с целью развития и изменения личности.

5. Основные формы деятельности

Научная деятельность: исследование биоэнергетических проявлений человека, научный анализ эффективности использования биоэнергетических методов психологии и психотерапии.

Практическая деятельность: индивидуальное психологическое консультирование, индивидуальная и групповая биоэнергетическая коррекция, организационное консультирование (биоэнергоинформационный анализ ситуаций в организациях с выдачей практических рекомендаций по необходимым изменениям), тематические семинары, тренинги, курсы подготовки специалистов по биоэнергетической психологии и психотерапии.

Работа в СМИ: разработка и проведение информационных проектов по повышению биоэнергетической грамотности населения (публикации в различных печатных изданиях, круглые столы, семинары в различных городах России и за рубежом).

6. Используемые модальности психотерапии

Биоэнергетическая психология и психотерапия использует свои собственные методы, однако эффекты от ее применения могут

быть сходными с методами телесно-ориентированной психотерапии, трансперсональной психологии, гештальт-терапии и др.

7. Основные отличия от родственных методов

Биоэнергетическая психология и психотерапия имеет собственные теоретические концепции целостности человека, его психики и их взаимоотношений с окружающим пространством.

Практические методы имеют широкий спектр применения, однако основная направленность их заключается в расфиксации психики и физического тела на многоуровневых биоэнергетических спектрах.

8. Реквизиты организации, представляющей данную модальность

Название организации: Центр биоэнергетической психологии.
Место нахождения: 190000, СПб, ул. Якубовича, д. 24, оф. 11
Контактные телефоны: (812) 312 45 63, (812) 961 42 92.
E-mail: c1@bio-psy.com

Резюме

Название: Биоэнергетическая психология и психотерапия

Сущность метода: Приведение психики человека в целостное состояние с учетом широкого спектра факторов, влияющих на жизнедеятельность человека в соответствии с Комплексной концепцией здоровья, разработанной автором, при объединяющей роли биоэнергетической психологии и психотерапии.

Теоретические основы: Теоретической основой биоэнергетической психологии и психотерапии является Комплексная концепция здоровья.

Комплексная концепция здоровья человека представляется как результат взаимодействия факторов, воздействующих извне на человека, и факторов внутреннего мира человека, формирующих свою внутреннюю среду и влияющих на внешнее пространство.

В Концепции определяются пять основных внешних факторов, негативно влияющих на состояние здоровья человека:

1. Космопланетарная экология.
2. Техногенная среда.
3. Социальная среда.
4. Биопатогены.
5. Геопатогены.

Далее в Концепции приведены факторы внутреннего мира человека, посредством которых он взаимодействует с факторами, влияющими на него извне, и компенсирует их негативное влияние.

Факторы внутреннего мира разделены на две половины:

Целительство – комплекс мероприятий, направленных на приведение организма и психики в целостное состояние, соответствующее общепринятому уровню здоровья в обществе.

1. Народное целительство.
2. Социальное целительство
3. Медицина.
4. Реабилитация. Здесь – комплекс мероприятий, направленных на воссоздание физического и психического здоровья человека.

Предупреждение – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение физических и психических проблем и формирование повышенного уровня здоровья, психических возможностей и качества жизнедеятельности.

1. Реабилитация. Здесь – комплекс мероприятий, направленных на приумножение физического и психического здоровья человека относительно общепринятых норм.
2. Социальная активность.
3. Здоровый образ жизни.
4. Биоэнергетическая психология

Высокий уровень физического и психического здоровья достигается за счет повышения целостности внутреннего мира человека, которая противостоит деструктивному влиянию внешней среды и опережает последнюю по степени организации и развития.

Ключевую роль в этом занимает биоэнергетическая психология и психотерапия, которая пронизывает, объединяет и регулирует влияние всех перечисленных выше факторов.

Практические результаты: Направления применения методов биоэнергетической психологии и психотерапии весьма разнообразны:

- Приведение психики в целостное состояние и раскрытие скрытых психических ресурсов человека.
- Решение широкого спектра психологических проблем (от повседневных до глубоких психических поражений).
- Восстановление здоровья после различных заболеваний.
- Повышение качества жизнедеятельности и социальной успешности.
- Улучшение и повышение гармоничности межличностных взаимоотношений.

Захаревич Андрей Станиславович,
д.п.с.н., психотерапевт всемирной регистрации,
сертифицированный целитель

Ψ СТАТЬЯ НОМЕРА

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТОВ

Как утверждает американский психолог Robert Epstein (San Diego State University), основатель и почетный директор Cambridge Center for Behavioral Studies в Массачусетсе, по меньшей мере три четверти психотерапевтов испытали в течение последних трех лет серьезные психические проблемы. Более 60 психотерапевтов хотя бы раз в жизни уже страдали депрессией, соответствующей всем клиническим признакам. Половина психотерапевтов была не в состоянии оказывать во время личного кризиса профессиональную помощь пациентам.

Проведенное в 1997 г. исследование количества разводов среди выпускников Johns Hopkins University School of Medicine 1948–1964 годов показало, что среди психиатров доля разводов составляла 51, что было выше средних показателей и значительно выше доли разводов среди других медиков.

Психолог David Leter, руководитель Center for the Study of Suicide, приводит данные, согласно которым среди психотерапевтов, психиатров и психологов-консультантов частота суицидов значительно превышает средние показатели. Психиатры

совершают самоубийство примерно в два раза чаще других медиков. Каждый четвертый психолог постоянно носит в себе суицидальные мысли, а один из шестнадцати психологов уже совершал суицидальную попытку.

В результате самоубийства ушли из жизни многие всемирно известные психотерапевты и психоаналитики: Бруно Беттельгейм, Пауль Федерн, Вильгельм Штекель, Виктор Тауск и др. Тяжело больной раком Зигмунд Фрейд в возрасте 83 лет попросил своего лечащего врача Макса Шура помочь ему избавиться от страданий и навсегда заснул, когда Макс Шур сделал ему укол.

Психотерапевты особенно подвержены риску алкогольной и наркотической зависимости. Алкоголь и наркотики часто используются ими для снятия стресса, преодоления страха, выхода из депрессии. Такие психотерапевты представляют особую опасность для клиентов. 40 случаев сексуальных притязаний психотерапевтов к клиентам связано со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Большинство психотерапевтов,

злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, ведут прием в частной практике или у себя дома, где они не могут быть проконтролированы коллегами.

Работающие в частной практике психотерапевты подвержены повышенному риску впасть в зависимость от своих пациентов. Многие психотерапевты удовлетворяют за счет пациентов свою потребность в близости, в социальных контактах, нарциссические потребности. Одинокому пожилому психотерапевту бывает трудно уйти на пенсию, отказавшись от общения со своими пациентами. Некоторым психотерапевтам трудно даже приосановить общение с пациентами на период отпуска.

З. Фрейд считал, что в основе стремления помогать другим людям лежат детские фрустрации и лишения. Его дочь, тоже известный психоаналитик, А. Фрейд, отмечала, что один из самых изощренных механизмов защиты – это самому стать психотерапевтом. Многие психотерапевты пережили серьезные психические травмы в детстве: насилие, сексуальные посягательства, серьезные семейные проблемы, алкоголизм родителей, психические заболевания близких родственников или раннюю смерть отца или матери. Как показало исследование, проведенное в 1992 г. American Psychiatric Association, две трети психотерапевтов-женщин и треть психотерапевтов мужчин подвергались в детстве сексуальному и физическому насилию.

Профессия подвергает психотерапевта особым психическим нагрузкам. Для большинства людей трудно в течение пятнадцати минут выслушивать душевные излияния соседки, жалующейся на своего мужа. Психотерапевту же приходится по несколько часов в день разбираться в проблемах пациентов, каждый из которых находится на грани отчаяния: «Родители ненавидят меня. Я не хочу жить. Я ничего не могу. Я импотент. Я никогда не буду счастлив. Никто меня не понимает. Я не знаю, кто я на самом деле. Я ненавижу свою работу. Я ненавижу свою жизнь. Я ненавижу Вас».

Проведенное в 1990–1991 годах обследование показало, что более половины психотерапевтов сталкивались с угрозой физического насилия со стороны пациентов. На 40 психотерапевтов действительно физически нападали пациенты, что представляло серьезную психологическую травму для психотерапевта.

Другая возможная причина сильного эмоционального потрясения для психотерапевта – самоубийство пациента. От 20 до 30 психотерапевтов столкнулись в своей практике с суицидом пациента. Психотерапевт чувствует при этом свою вину, упрекает себя.

Серьезная проблема состоит в том, что психотерапевты действительно в большинстве случаев не могут справиться со своими собственными психическими проблемами: депрессиями, зависимостью от алкоголя, таблеток, наркотиков, с личными и семейными драмами. Как ни странно, сами психотерапевты редко обращаются за психотерапевтической помощью, даже если она им необходима. Вместо этого они прибегают к обычным «традиционным» средствам: разговору по душам с друзьями, алкоголю, прогулкам в лесу, горячей ванне, бане, сексу.

Известный немецкий психоаналитик, профессор Карл Кёниг, руководитель отдела групповой клинической психотерапии Гёттингенского университета и директор института психоанализа им. Лу Андреас Саломе в г. Гёттингене (особую известность в профессиональных кругах завоевала его книга «Страх и личность», среди других его многочисленных работ особенно много читателей далеко за пределами узкого круга специалистов нашла книга «Очерки о психоаналитической характерологии»), опубликовал книгу «Проблемы на работе и личность». К. Кёниг раскрывает, как особенности личности психотерапевта проявляются в психотерапевтическом процессе и в отношении к пациенту.

Многие психотерапевты с **шизоидной** структурой личности мало интересуются деталями повседневной жизни пациентов.

Психотерапевту с шизоидной структурой личности трудно, например, анализировать домашнюю хозяйку, которая говорит только о быте, детях и муже. С пациентами-шизоидами психотерапевт с шизоидной структурой личности беседует на абстрактные интеллектуальные темы, затрагивая наиболее общие вопросы и формулируя свои интервенции также абстрактно. Его мало интересуют особенности жизни, прошлого, актуальной ситуации, работы пациента. Он считает сбор анамнеза формальностью, которую необходимо пройти как можно быстрее, чтобы скорее добраться до скрытых в глубине бессознательных переживаний основополагающих конфликтов.

Восприятие пациента психотерапевтом с шизоидной структурой личности, таким образом, селективно, ограничено. Недостающую информацию о пациенте он склонен дополнять собственными проекциями. В результате он может всегда лечить одного пациента – себя самого, которого он проецирует в своих пациентов.

Психотерапевты с **нарциссической** структурой личности могут иметь большой успех благодаря манипулятивной имитации личных отношений с пациентом. Пациенты при этом не замечают, что как личность они не представляют интереса для терапевта. Им кажется, что терапевт их уважает и любит. Сохраняя дистанцию по отношению к пациенту, терапевт получает возможность наблюдать и манипулировать пациентом.

Если пациент обнаружит подлинное отношение терапевта, он может прекратить терапию. Психотерапевты-нарциссы прерывают терапию, если терапия не дает быстрых результатов, т. к. это снижает их самооценку. У них существует бессознательная установка, что прогресс терапии зависит только от них. При этом они не достаточно учитывают собственные ресурсы пациента и не способствуют их мобилизации.

Психотерапевты-нарциссы либо склонны считать пациента частью самого себя (включать его в свой собственный образ), либо фантазируют, что они образуют с пациентом идеальную пару. Они могут считать также пациента идеализированным источником нарциссической подпитки. Прекращение пациентом психотерапии лишает их такой подпитки. Если пациент включен психотерапевтом в образ самого себя, то прекращение пациентом психотерапии может напугать психотерапевта так же, как если бы его рука или нога стали жить отдельно от него. Если психотерапевт образует в своем воображении с пациентом идеальную пару, то на прекращение пациентом психотерапии он может реагировать нарциссической яростью. Если пациент сталкивается с трудностями и неудачами в своей реальной жизни, это становится личной обидой для психотерапевта.

Психотерапевты с **депрессивной** структурой личности считают отношения пациента с близкими ему людьми особенно важными. Им кажется, что эти отношения нужно сохранять во что бы то ни стало, даже если бы для пациента было бы лучше расстаться. На первое место они ставят интересы пациента, пренебрегая интересами окружающих пациента людей. Иногда пренебрежение интересами окружающих может повредить пациенту.

Психотерапевты с депрессивной структурой личности учат своих пациентов быть «эгоистами», чего сами делать не умеют. Тем самым пациент представляет латентную, нереализованную часть личности терапевта. Пациент должен научиться отграничиваться от других, сам же терапевт этого не умеет.

Психотерапевт с депрессивной структурой личности орально «кормит» пациента своими интервенциями. Многие психотерапевты с депрессивной структурой личности считают, что в психотерапии работает прежде всего позитивное отношение к пациенту. Если быть доброжелательным и ласковым к пациенту, одного этого может быть достаточно, чтобы помочь. Когнитивное прорабатывание переживаний их мало интересует. Понимание для них является чем-то холодным, в то время как эмоциональные отношения – чем-то теплым. Своих пациентов

психотерапевт с депрессивной структурой личности стремится согреть. Если пациенты обвиняют в чем-то психотерапевта с депрессивной структурой личности или ведут себя по отношению к нему агрессивно, то это переживается им более болезненно, чем другими психотерапевтами. Психотерапевты с депрессивной структурой личности не любят противопоставлять себя пациенту, чтобы не вызвать у него агрессию. Но их иногда побуждает это делать *Сверх-Я*, следующее указаниям теории и правилам проведения психотерапии.

Психотерапевтам с депрессивной структурой личности трудно расстаться с пациентом. Им трудно проводить психотерапию в ограниченное время.

Психотерапевты с депрессивной структурой личности склонны интерпретировать проявления сексуальности у своих пациентов как вытеснение преэдиальных желаний. В этом они полностью противоположны психотерапевтам с истерической структурой личности.

Психотерапевты с **навязчивой** структурой личности стремятся к полноте и совершенству. Для них важно «основательно проанализировать» пациента. Короткая психотерапия не для них. Часто они запутываются в деталях. Им трудно выделить наиболее важное. Если пациент приходит, например, с опозданием, то психотерапевт с навязчивой структурой личности будет прорабатывать прежде всего это, а не другие, возможно, более важные темы.

Психотерапевтам с навязчивой структурой личности (так же как и пациентам с навязчивой структурой личности) трудно увидеть взаимосвязи между различными событиями и состояниями. Они как бы не видят «за деревьями леса». Чтобы увидеть взаимосвязи, им необходимо располагать очень большим количеством фактов. В этом они принципиально отличаются от психотерапевтов с шизоидной структурой личности, которым достаточно совсем небольшого количества фактов, чтобы увидеть взаимосвязь между ними и отбросить все несущественное (шизоид может увидеть лес в трех деревьях).

Во всех психотерапевтических интервенциях психотерапевты с навязчивой структурой личности строго придерживаются существующих правил. Их постоянно волнует вопрос о том, не нарушили ли они существующие правила.

Для некоторых психотерапевтов с навязчивой структурой личности важно, чтобы сохранялась асимметрия в терапевтических отношениях пациент-психотерапевт. Другие психотерапевты с навязчивой структурой личности борются с этой своей тенденцией доминировать в отношениях и ведут себя так, как будто отношения пациент-психотерапевт симметричны. Это может приводить пациента в замешательство, особенно если до этого уже были продемонстрированы признаки асимметрии в отношениях.

Свою вытесненную агрессию психотерапевты с навязчивой структурой личности часто проецируют на пациентов и боятся, что без контроля терапевта пациент может сделать что-нибудь плохое.

Психотерапевты с навязчивой структурой личности опасаются проявлений сексуальности у своих пациентов как чего-то потенциально хаотичного и пытаются «уйти» на уровень преэдиальных отношений с пациентом, интерпретируя сексуальные желания как защиту и вытеснение преэдиальных желаний. В этом они полностью противоположны психотерапевтам с истерической структурой личности.

Психотерапевты с **фобической** структурой личности стремятся следовать за ассоциациями пациента. Им не свойственно самим предвидеть дальнейшее развитие. Постоянное стремление к гармонии заставляет психотерапевтов с фобической структурой личности обходить возможные межличностные конфликты с пациентами.

В то время как психотерапевты с навязчивой структурой личности опасаются, что без их контроля пациенты могут сделать что-нибудь плохое, психотерапевты с фобической структурой личности опасаются, что с пациентами, если они не будут находиться рядом с ними, может случиться что-нибудь плохое.

Психотерапевты с **истерической** структурой личности стремятся к быстрому успеху, которого они пытаются добиться при помощи блестящих интерпретаций. Они ищут восхищения своей «психотерапевтической потенцией». Если у пациента по отношению к психотерапевту возникают преэдиальные желания, психотерапевт с истерической структурой личности хуже с ними справляется, чем психотерапевты с другими ведущими радикалами в личности. Самолюбие женщины-психотерапевта с истерической структурой личности задето, когда пациент относится к ней без восхищения как перед женщиной, а хочет получить от нее материнское тепло, заботу и защиту. Мужчина-психотерапевт с истерической структурой личности тоже действует через свое обаяние и не хочет сталкиваться с преэдиальными желаниями своих пациентов, в которых он склонен видеть скрытую сексуальность. Например, ему кажется, что при помощи разыгранной слабости его хотят сексуально соблазнить. Эдиальный перенос психотерапевты с истерической структурой личности видят даже там, где его нет. Психотерапевты с истерической структурой личности стремятся к быстрому успеху. Поэтому они предпочитают короткие виды психотерапии и часто преждевременно прекращают курс психотерапии. В этом они полностью противоположны психотерапевтам с навязчивой структурой личности.

Обзор из журнала «Символ и драма».
Печатается с разрешения редактора Р. П. Есюка

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, психотерапевту европейской и всемир-

ной регистрации **Макарову Виктору Викторовичу** осуществляются по телефону (985) 925-90-36 и электронной почте vikgal@oppl.ru

Запись на консультацию к вице-президенту Лиги, д.м.н., профессору, психотерапевту единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и единого реестра профессиональных психотерапевтов мира **Бурно Марку Евгеньевичу** осуществляет Елизавета Юльевна Будницкая по тел. (495) 675-45-67 и электронной почте center@oppl.ru

Ψ ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИЗ ТЕТРАДЕЙ «ЦЕЛЕБНЫЕ КРОХИ ВОСПОМИНАНИЙ»

(живая история психиатрии и психотерапии)

Бурно М. Е. д.м.н., профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии
РМАПО, вице-президент ППЛ

I. Детство в доме для сотрудников Больницы Кащенко – ныне снова Алексеевской психиатрической больницы (вторая половина 40-х годов)

Банан

На прошлой неделе шёл по двору Больницы Ганнушкина. На старой, облезшей скамейке, возле земляной клумбы без цветов, сидят двое. Вяловато-тоскливый душевнобольной старик с крупным, серовато-помятым лицом, в старом рабочем пиджаке. Видно, помогает в больнице по хозяйству: баки с супом, кашей сгружает с тележки, бельё в прачечную возит. Рядом с ним, наверное, сын его, лет сорока, похож на отца. Небогатый трудяга, может быть – шофёр. Пришёл отца навестить, бананов принёс.

Старик, сгорбившись, грустно, медленно ест банан. Сын сидит прямо и перед собою застывшие-тревожно смотрит. Заметно, что жалеет отца.

Уже несколько дней не отпускает это печальное воспоминание, всколыхнувшее подобные детские воспоминания. Ведь я вырос среди деревьев, клумб и скамеек другой, тоже большой, психиатрической больницы, в которой работали мои родители.

12 июня 2002 г.

Москва.

Главный врач Каганович

Детство на территории Больницы Кащенко... Главным врачом был тогда Илья Натанович Каганович. Лет пятьдесят ему тогда было. Он был немного похож на Берию. Такой похожестью в ту пору гордились. Родители между собой говорили дома, что он ходит в гости к молодым одиноким медсёстрам на ночь. Только предупредит медсестру, чтоб были к вечеру водка, таранка и картошка в мундирах.

Мы все жили тогда в красно-кирпичном доме для сотрудников напротив главного корпуса Больницы – красно-кирпичной «конторы». В эту «контору» я ходил показывать свои рисунки врачам. Однажды вечером вошёл, не постучавшись, в кабинет главного врача. Он сидел там на диване в обнимку с молодой секретаршей. Она, крупная, в широком красном платье, встрепенулась, а он, телом меньше её, лысый, в коричневом костюме, блеснул стёклами пенсне, но, кажется, ещё продолжал обнимать её за талию. Беспокойство их сразу ушло, когда увидели, что вошёл ребёнок и просит посмотреть, что он там нарисовал цветными карандашами. Стали звать меня к себе, протягивая руки к рисунку. Думали, что я в свои шесть лет ещё не понимаю про любовь. Но я, помнится, понимал и смутился, и специально своим рисунком заговаривал им зубы, будто ничего не заметил, и о картошке в мундирах тоже ничего не знаю.

В то же время Каганович, как говорили между собою мои родители, был замечательный организатор. В больничной громадной оранжерее выращивались цветы и помидоры для больных в отделениях. Мне особенно нравились жёлтые помидоры.

8 июня 1992 г.

Москва.

О психиатрах Больницы Кащенко в моём детстве

Это было сразу после войны в 1946 году, то есть мне было лет семь. Ярко-зелёная трава в вечернем солнце среди кустов бузины с очень красными ягодами. Мои любимые высокие лиственницы. Это всё

было между красно-кирпичным домом для сотрудников Больницы Кащенко, в котором мы жили в одной из комнат, и тоже красно-кирпичным клубом Больницы, где смотрели по субботам чёрно-белое кино. Мои родители и другие врачи Больницы – не в халатах, но тоже в белых одеждах. Едят желтоватые картофелины, от которых идёт пар, кто-то режет на доске кусками серую селёдку, пьют маленькими рюмками водку и ещё, кажется, клюквенный морс – стаканами. Какой-то праздник. Тосты. Живое многоговорение, в котором я почти ничего не понимал со своим стаканом морса. Кроме того, что говорили и говорили о своих больных.

В душе сохранилось, до сих пор необычное, светлое ощущение психиатрического братства на вечерней траве. Ощущение не просто веселья, а веселья содержательного-остроумного с тёплым отношением друг к другу и к своим больным. Мне кажется, я уже тогда почувствовал этот свет служения душевнобольным людям.

Примерно через месяц после этого праздника узнал из разговора родителей, что доктор Гурджи, пятидесятилетняя полноватая дама, искрившаяся свежестью и загадочностью, выходила тогда замуж за заведующего отделением, в котором работала. Заведующий был ещё старше её. Мне тогда подумалось об этой женитьбе как о чём-то неестественном и даже неприятном в этом возрасте. Доктор Гурджи жила до замужества в своей комнате над нами, этажом выше. Меня мама посылая к ней за какой-то кастрюлей. Гурджи живо спрашивала меня о моих рыбках в аквариуме, пила в это время с наслаждением обыкновенную воду из хрустального стакана и звонко хохотала. Вспомнив об этом, я подумал тогда, что нет, ей ещё не поздно замуж, даже уже в третий раз, как говорили.

Сейчас думаю, что от этой женитьбы, замужества больным было ещё лучше в отделении.

Это был другой мир психиатров, нежели сейчас. Совсем другой – своей серьёзной содержательностью и яркой остроумной весёлостью одновременно.

13 августа 2005 г.

Деревня Буятино.

Как я лежал в психиатрической больнице

В 1947 году летом я перешёл во второй класс. Родители попросили главного врача Больницы Кащенко принять меня в детское санаторное отделение. В то послевоенное, полуголодное время это называлось между врачами «подкормить ребёнка». Я был там, в этом отделении, месяц. По-видимому, с диагнозом «неврастения». Лекарств, кажется, не получал. Но во всём остальном жил жизнью отделения. Поступил в отделение через ванну приёмного покоя. Рядом со мной в палате лежал мальчик, которому делали поясничную пункцию, и он всё плакал. На ночь няня рассказывала нам в сумерках палаты страшные рассказы о Тарзане. Утром завтракали во дворе за длинным деревянным столом. Чай в эмалированных кружках, сладкий, хлеб нарезан на алюминиевых тарелках, и в таких же тарелках – каша. Ещё каждому полагался кубик сливочного масла. Мы намазывали масло «держательным» концом ложки на хлеб, а другим, «хлебательным», ели кашу. До завтрака была зарядка в этом же дворе. Старший мальчик, по-видимому, истерический психопат, показы-

вал упражнения, и мы их повторяли. Он всё делал мне замечания за мою неловкость и говорил: «Эй, ты, клюква!» – за круглоту моей стриженной наголо головы.

Почти каждое утро, ещё до зарядки, приходила ко мне из дома через овраг, до своей работы, мама. Между палками забора просовывала мне пакетик с трёхслойным мармеладом или даже несколько зефирин. Я обычно ждал её, разыскивая на стволе дерева и на заборе в спичечную коробку мохнатых коричневых гусениц, которые там водились. Помнится светлое ощущение от общения с этими гусеницами и ещё с белыми толстобрюхими ночными бабочками, которые тоже попадались в уголках забора.

И ещё хорошо было мне в живом уголке детского отделения, где жили енот, черепахи, какие-то птицы. На фруктовом-овощном участке мы пололи сорняки, вытаскивали из грядок морковь, репу, зеленый лук, собирали красную смородину – для всех ребят к обеду. Сотрудник больницы биолог Мятелицын, человек лет пятидесяти, одухотворённый поэзией огородничества и садоводства, собирал нас после нашей работы за деревянным столом. Показывал нам каждый плод в его подробностях, рассказывал о его жизни, об истории его отношений с человеком. На наших глазах после этого рассказа он, например, чистил ножом какой-нибудь корнеплод. Давал нам по ломтику попробовать – и с нашим знанием истории овоща и его жизни этот овощ был действительно вкуснее. Мятелицын, как сейчас вспоминаю, был всё же несколько печально-вяловат в своей одухотворённости. Через сколько-то лет я узнал от отца, что биолог сам душевно болен, лечился во взрослом отделении и остался жить и работать в больнице. Но мне с ним было душевно хорошо, интересно. И теперь, благодарный ему за то психотерапевтическое общение с репой и смородиной, цитирую в своей книге его статью, напечатанную в больничном сборнике примерно в то время. Конечно, знаю, что без Мятелицына (как и без общения с некоторыми другими людьми, их статьями, книгами) я не был бы сегодня самим собой.

Вообще для меня, как для психиатра-психотерапевта, оказалось существенно важным то, что пожил немного в детстве в психиатрической больнице как пациент.

26 апреля 1989 г.
Ташкент.

II. Санитар (1956–1957)

Санитар

Тридцать два года назад, не добрав вступительных баллов в медицинский институт, я работал санитаром в остром психиатрическом отделении. Готовясь к экзаменам, понемногу писал сентиментальные рассказы о том, что видел и переживал на своей работе. Однажды прочел вслух какой-то из этих рассказов (как будто бы это написал писатель) в палате душевнобольному. Человеку с болезненно-радостной приподнятостью в душе, с тревожно-сияющими глазами. Он разволновался, но не самым рассказом, а тем, что вот же есть на свете люди, способные творить это прекрасно-таинственное – писать рассказы, то есть создавать из обыкновенных слов такое, что вот как теперь чудесно и горько волнуется душа, и какое ощущаешь богатство человеческого добра, духа. Этот небольшой костлявый человек лет тридцати-сорока в рваном белье (чтоб не убежал), обросший щетиной, сидел на кровати, скрестив под собой ноги с грязными

ногтями и упёршись спиной в стену. Я и сейчас с благодарностью помню тот огонь тревожного восхищения в его больных глазах и люблю этого человека.

21 апреля 1988 г.

Алма-Ата, гостиница «Казахстан».

Ещё из санитарских воспоминаний

Недавно, будучи в Больнице Кащенко (сейчас снова Алексеевская больница), подошёл к краснокирпичному двухэтажному корпусу, в котором в семнадцать-восемнадцать лет около года работал санитаром в 7-м мужском остром отделении. Те же кирпичи, что и раньше, но подкрашены, подлакированы снаружи. Живая зелёная трава присыпана снегом, как было и как-то в юности. Конечно, трава уже давно другая, а кажется, что всё прежняя, потому что вся Природа в целом – одновременно сегодняшняя и прежняя.

Вспомнилось, как примерно в такой же день в отделение поступил Шая Тингельман, совсем немужественный мужчина лет пятидесяти с полными небритыми щеками, с еврейским акцентом. Возбуждённый Шая был только в старых чёрных трусах, чтобы не рвал на себе одежду. Белотелый, с большим животом, розовыми пятнами на коже, с климактерической испариной. Диспластик с короткими толстыми чёрными редкими волосками на предплечьях и голених. Шая рассказал мне, что он «старый ияшник». То есть, покупает яйца, варит и немного подороже продаёт у пивной. Ничего плохого он не делал, помогал этой «яишной закуской» пьющим пиво и водку, а его почему-то схватили милиционеры и привезли сюда. Потом его застывшие-тревожные глаза стали смотреть внутрь себя, и он запел протяжным жалобным голосом еврейские молитвы.

Больных в отделении было много, кроватей не хватало. Новеньких укладывали вечером спать на полу – на матрацах. Шая Тингельман лежал на таком матраце с простынёй под серым байковым одеялом, дырявым от папирос. Рядом на кровати храпел старый эпилептик. Шая стонал, ворочался. Я думал, что ему твёрдо так заснуть. А он страдальчески сказал мне: «Санитар, я не могу ночью спать без женщины, иди, скажи это главному врачу».

Эту жалобу мне было так удивительно слушать от этого беспомощного диспластичного большого ребёнка.

С тех пор уже более сорока лет прошло, а я всё вспоминаю Шаю. Почему-то мне до сих пор остро жалко его.

16 июля 1997 г.
Москва.

Среди душевнобольных

Семнадцатилетним санитаром я как бы жил в отделении среди душевнобольных и дружил с ними. Некоторые из них постоянно всею душой повторяли мне свои убеждения. Один говорил: «Человек должен восемь часов в сутки работать, восемь часов спать и восемь часов развлекаться-отдыхать, и тогда всё всегда будет хорошо». Другой всё повторял мне, вздыхая: «Послушайте, Надсон сказал, что хорошо только утро любви, только первые нежные встречи». Для него это было всякий раз важное торжественное открытие. Один душевнобольной профессор-физик на прогулке в больничном саду всё спрашивал меня об особенностях моих любовных переживаний и рассказывал о своих.

Возможно, этот «санитарский» год был одним из самых светлых в моей жизни.

25 мая 2007 г.

Поезд «Екатеринбург-Москва».