

## ОБЛИК ПСИХОТЕРАПЕВТА И ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА ПСИХОТЕРАПИИ

Простомолотов В.Ф. – докт.мед.наук, проф. кафедры клинической психологии ИИПО ОНУ им. И.И.Мечникова

### Резюме

В статье на основании богатого опыта работы в качестве практического психиатра-психотерапевта и многолетних научных исследований автор обосновывает необходимость профессионального отбора психотерапевтов, определяя ряд личностных и профессиональных качеств, которые способствуют эффективности их работы. Описаны варианты оборудования кабинета психотерапии и принципы анализа работы психотерапевта.

**Ключевые слова:** облик психотерапевта, личностные качества, объем помощи, анализ работы

### Summary: The appearance of psychotherapist and the organisation of the office for psychotherapy

In the issue on the basis of rich experience as a practical psychotherapist and many years of scientific research author proves the necessity of professional selection the psychotherapists, defines number of personal and professional qualities, which be conductive to their overall performance. Described variety of equipment of psychotherapist's cabinet and principles of analysis his work.

**Key words:** the appearance of psychotherapist, personal qualities, range of help, analysis of the work

Классики-создатели научной психотерапии (ПТ) мало или почти ничего не писали о внешней стороне нашей профессии, касающиеся организации и оборудования рабочего места психотерапевта и его личности. Более того, наследие месмеровского животного магнетизма, породившее в общественном сознании веру в сверхъестественные способности у магнетизеров, а затем – у гипнотизеров, мотивировало их на развенчание этих способностей. Очевидно, на раннем этапе развития нашей профессии это было разумно, тем более, что патриархам надо было отстоять и в общественном мнении, и среди коллег основополагающие частные принципы психотерапии в большом разделе общей терапии [6].

Однако уже вскоре в работах видных психотерапевтов, создателей методов ПТ, стали все более настойчиво подниматься вопросы личности психотерапевта, требующие разрешения. Ведь это же факт, что у одного психотерапевта наблюдаются блестящие результаты, а у другого – нет. Чем объяснить это? Тем, что, переходя на бытовой уровень, один владеет гипнозом, а другой – нет, а может быть, наоборот? Нелепо. Совершенно бесполезно и даже антинаучно утверждение, что психотерапевт не должен обладать специфическими способностями. Общеизвестно, что из ничего и не может возникнуть что-то, а только – ничего.

И.Шульц (Schultz) в своем руководстве по психотерапии, наконец-то, перечислил следующие качества, которыми, по его мнению, должен быть наделен врач, посвящающий себя психотерапии: «Терпение, спокойствие, критика, правдивость, высшее умение хранить тайну, такт, прямо-

та, темперамент, ясность понятий, объективность, непредвзятость, дар хорошего исповедника, энергичного начальника, все взвешивающего дипломата, пророка, художника, эстета, поэта и мн.др.» (Цит. по, Рожнову В.Е. [7]). Если после прочтения каждого из перечисляемых 18 качеств задуматься на несколько минут, а потом – более продолжительно и над мн.др., то может проясниться следующее.

Не названным здесь первым качеством, с которого начинается психотерапевт, является его способность быть терапевтом вообще, обладание искренним желанием/потребностью оказывать помощь страждущему. Не все молодые люди, по нашим наблюдениям, поступающие в медицинский ВУЗ, обладают им.

На наш взгляд, в современном демократическом и глобальном мире вполне реально, чтобы первый экзамен или тест при поступлении на лечебный факультет медвуза состоял из компьютерного опросника, валидно определяющий наличие или отсутствие способности быть терапевтом. Успешно сдавший этот тест/экзамен абитуриент допускается к прохождению следующих экзаменов.

Подобный экзамен – возможно, более усложненный – должен быть при поступлении на первичное усовершенствование по психотерапии.

Кто же разработает такой валидный тест? Полагаем, имеющимся в мире кафедрам и научным центрам, разрабатывающим проблемы психотерапии и медицинской/клинической психологии, это вполне по силам.

Теперь опять обратимся к мнению Шуль-

ца. Первые шесть качеств, затем с девятого по одиннадцатое – терпение, спокойствие, критика, правдивость, высшее умение хранить тайну, такт, а также ясность понятий, объективность, непредвзятость – характеризующие психическое здоровье и культуру врача, едва ли нуждаются в критическом обсуждении для их принятия. Другое дело, все ли поступающие в медвуз и получившие при его окончании диплом врача обладают этими качествами в полной мере? Многие ли образованные люди вообще обладают способностями ясно выражаться?

Способность быть объективным и непредвзятым вообще предполагает, наряду с эмоциональной уравновешенностью, обладание немалым опытом (клиническим и жизненным), порождающим определенную мудрость.

Последние три качества – художника, эстета, поэта – по нашему мнению, значительно способствуют психотерапевтической эффективности специалиста, и, естественно, не могут быть у многих, что лишает их стиль важных нот эмоционального созвучия с пациентами, особенно представителями литературы и искусства.

Что касается упоминаемых 7-й и 8-й черт, то, вполне очевидно, что не во всех случаях прямота необходима, а под темпераментом, очевидно, имеется в виду энергия/энергичность, которая, естественно, должна находиться под властью разумной целесообразности, но факт: когда пациент вовлечен в психотерапевтический процесс, чувствуя энергию врача и его желание ему помочь, это сильно резонирует надежды больного на выздоровление.

Что касается таких качеств, как дар хорошего исповедника, энергичного начальника, все взвешивающего дипломата и пророка, то все они, помоему, если проанализировать опыт корифеев психотерапии, должны быть.

Во многих случаях приходится исповедовать пациентов, но если на лице психотерапевта написано любопытство, неприятие, осуждение и нет выражения искреннего сочувствия, понимания, поддержки, исповеди не получится. И дело не в лицедействе врача/психолога, суть во внутреннем его содержании, в его духовности, что естественным образом отразится на внешнем проявлении и пациент это заметит. Но, может быть, зная, что необходимо исповедовать пациента, психотерапевт, не обладая набором качеств исповедника, начинает играть/изображать такового, то, все равно, исповеди не получится, т.к. наигранное/фальшивое сразу или позднее распознается.

Во многих случаях пациент нуждается в руко-

водстве (кратковременно, постоянно). Если у психотерапевта нет качеств энергичного начальника, то придется перенаправить пациента к специалисту с большим объемом психотерапевтической помощи.

Что такое пророк в нашей области, как не предсказывающий результат, эффект или угадывающий намерение, профессию, др. У каждого более-менее успешного психотерапевта в его практике случалось неоднократно, что он попадал, что называется, в десятку. Например, при случайной встрече лет через десять-пятнадцать пациент с радостью сообщает: «А помните, как вы сказали, ...так оно и вышло» и т.п. В монографии «Очерки психологического расследования хищений» (2012) мной описано, как можно натренировать у себя восприятие идеомоторных реакций у индуктора и угадывать его намерения и мысли. Разумеется, натренировывается то, что уже хотя бы в зачаточной форме имеется. Но означает ли это, что толковый, не переоценивающий себя молодой психотерапевт – или желающий им стать – не должен пытаться усовершенствовать/развить свою интуицию? Ни в коем случае. Руководствуясь народной мудростью – глаза боятся, руки делают – следует смело приниматься за тренировки.

Заведующий кафедрой психотерапии ЦОЛИУ в Москве проф. В.Е.Рожнов в главе Руководства по психотерапии за 1974 год, посвященной медицинской деонтологии и психотерапии [7], в общем соглашаясь с выше приводимым мнением Шульца, не удержавшись от легкой иронии по поводу некоего романтического преувеличения корифея, писал: «Даже если кое-что в этом перечне и преувеличено, тем не менее общая направленность высоких требований должна побуждать начинающего заниматься психотерапией к серьезной работе над собой».

Впрочем, в некоторых абзацах главы он излагает чрезвычайно важные для психотерапии принципы: «В речи психотерапевта не должно быть стереотипных обращений, всего неподобающего, неискреннего, банального. Слова врача должны быть прямые, порой бичующие, но всегда эмоционально насыщенные, с многообразной и выразительной мимикой и интонациями. Врач успокаивает, утешает, глубоко сочувствует больному, без ложной стыдливости делится своим личным жизненным опытом. Там, где это нужно, психотерапевт показывает своему больному, что и ему ничто человеческое не чуждо. Это часто способствует установлению между врачом и больным глубокого внутреннего контакта и вза-

имопонимания, что так необходимо для успешной психотерапии».

В начале второй, а также четвертой главы монографии «Размышления о психотерапии» (2013) мной много абзацев посвящено тому, что и как должен делать и поступать психотерапевт, чтобы в те секунды, когда пациент входит в кабинет, здоровается, размещается в кресле, необходимо клинически и психологически определить, что это за личность, какие у нее проблемы. Все это предполагает обладание психотерапевтом глубоким клиницизмом, ибо без этого знания-навыка трудно, если возможно вообще, быть конгруэнтным, синтонным, созвучным, понятным.

Не считаю, что из перечисленных Шульцем черт хотя бы одна была кое-каким преувеличением, более того, считаю необходимым дополнить список Шульца перечислением качеств психотерапевта, которые, согласно многочисленным наблюдениям, в большой степени способствуют эффективности его работы: четкая, мягкая и глубокая дикция, умение поддерживать диалог, красноречие/ораторское искусство, обладание искусством убеждения, способностью к выражению мыслей и чувств посредством мимических, интонационных и жестуляционных средств (не сравниваю с театром и актерским мастерством, т.к. при них подразумевается игра сама по себе, лицедейство, гротеск, наигранность, притворство и в целом неправда; зрители все это видят и прощают, понимая условность происходящего на сцене; пациент же увидит – не простит), знание большого числа пословиц/поговорок, притч, басен, мудрых мыслей, песен, стихов и т.п. Имеют значение, конечно, и чисто физические данные, в т.ч. голос – типично мужские у мужчин и типично женские у женщин – а также манера вести себя, выражающая одновременно уравновешенность, терпение и уверенность. Разумеется, они не должны быть наигранными, т.е. притворными, а быть отражением культуры, личности и опыта психотерапевта.

Манера взаимоотношений с пациентом, конечно же, не может быть одинаковой у всех психотерапевтов/психиатров, психологов, ибо она выражает внутренний неповторимый мир индивидуума. Об этом весьма убедительно писал Ганнушкин в своей работе, посвященной выбору профессии психиатра [1]. Главное – желание помочь пациенту и правдивость, оставаться же надо всегда самим собой.

Какие-то недостатки/дефекты внешности/моторики психотерапевта могут даже способствовать его эффективности. М.Эриксон в инва-

лидной коляске буквально творил психотерапевтические чудеса во многом потому, что пациенты с функциональной патологией впадали в оторопь (т.е. измененное сознание) уже только потому, что видели перед собой инвалида, а оптимизм, решительность и воля веяли/исходили от более чем здорового человека. Не случайно, работая на контрасте, Эриксон описал ряд приемов этой группы для наведения гипноза [9].

Резюмируя обсуждаемые вопросы в контексте соответствия философских категорий формы и содержания в психотерапевтической практике, отметим, что облик психотерапевта должен выражать внимание (но не любопытство), заботу (но не слащавость), поддержку (но не фамильярность), строгость (но не грубость), знание (но не умничанье), уверенность в успехе (но не пустословие), искреннее участие (но не лицемерие) и в целом – желание и умение помочь пациенту.

В 60-70-е годы минувшего века сотрудник НИИ им Бехтерева д.м.н. С.С.Либих, проведя многолетние социально-психологические – в т.ч. социометрические исследования – выделил четыре показателя/качества психотерапевта, – на наш взгляд заслуживающие внимания и дальнейшего изучения – характеризующие стиль его работы и предпочтительную эффективность при некоторых формах расстройств: 1) диапазон психотерапевта 2) длинник психотерапевта, 3) объем психотерапевтической помощи, 4) степень авторитарности [3].

Под диапазоном психотерапевта подразумевается разнообразность больных, – по полу, возрасту, культурному и профессиональному уровню, особенностям характера, нозологическим критериям и ведущим синдромам – предпочитающих лечиться/проходить психотерапию именно у этого специалиста. По мнению Либиха, у одного и того же врача может быть различный диапазон в группах пациентов по полу, возрасту, профессии.

Диапазон психотерапевта характеризует степень его универсальности, его способность понимать и быть понятым разными категориями пациентов и т.о. успешно устанавливать контакт и проводить психотерапию. Нам известны психотерапевты, которые лучше других помогали/помогают, например, в случаях невротических расстройств в период инволюции, при т.н. климактерическом неврозе, другие – при заикании, третьи – при психастении и подобных ей состояниях, четвертые – при истерии и т.д. Однако некоторые психотерапевты оказывают эффективную психотерапию при самых различных формах пограничных расстройств различной возрастной

и гендерной представленности. Очевидно, этот показатель психотерапевта характеризует его знания, опыт, способность к усовершенствованию и самовыражению, профессиональное упорство, достигающими при большом диапазоне качества специалиста, в нашем понимании, наивысшей квалификации.

С.С.Либих считал, что диапазон психотерапевта характеризует не столько его универсальность, сколько контактность, гибкость и то впечатление, которое он производит на пациентов разных групп. Не знаю, почему у автора оригинальной типологии психотерапевтов создалось такое впечатление. Возможно, он, проводя исследования среди практических психотерапевтов, заметил, что некоторые – очевидно, молодые и менее опытные – стараясь помочь самым различным пациентам, добивались и лучшего контакта, и лучшего результата, а более возрастные и опытные не суетились, работая по принципу «лучше меньше, да лучше», добивались расположения лишь у определенной категории пациентов, не только устанавливали с ними контакт, но и длительно удерживали его.

Либих, считая, что диапазон не характеризует настойчивости, целеустремленности, последовательности и систематичности в работе психотерапевта (что, на мой взгляд, алогично, противоречит постановке вопроса), выделял как наиболее важный, «значительный» показатель – длинник психотерапевта. Этот показатель характеризует систематичность в работе врача, его способность пользоваться авторитетом у пациентов длительное время. Но, полагаю, что у молодого и старательного психотерапевта – в силу его нравственно-этических принципов – длинник с годами должен неминуемо повыситься и превысить таковой у более прагматичного коллеги.

Жаль, что талантливый ученый и замечательный человек, Сергей Сергеевич Либих рано ушел из жизни и у нас нет возможности обсудить с ним лично некоторые, на мой взгляд, спорные вопросы из предложенной им типологии, а И.Шульц и В.Е.Рожнов ушли еще ранее.

Но идеи ученых живут в их трудах и могут и должны – быть подвергнуты уточнениям и даже критике. В частности, ни в обсуждаемой типологии, ни в главе Рожнова, ни в приводимом перечне Шульца нигде нет даже намека на необходимость или желательность для психотерапевта обладать богатым (подчеркиваю – богатым) жизненным опытом. Чтобы моя мысль была понятна, приведу антитезу. Хороший/послушный мальчик из рядочной и обеспеченной семьи, отдавая все свое

время учебе, закончил школу, а затем медвуз с отличием; также с отличием завершил специализацию по психиатрии и психотерапии. Станет ли он высоко продуктивным психотерапевтом? Разумеется, здесь, как и в большинстве ситуаций, не может быть однозначного ответа, хотя он и напрашивается, т.к. совершенно очевидно, что, не пройдя школу жизни, любой человек будет далек от реальности, от понимания поступков окружающих; ему будет весьма затруднительно сотрудничать с пациентами, обремененными разного рода социальными и психопатологическими проблемами. И все же, полагаем, в отдельных случаях при совокупности большой мотивации, неординарных способностей и жизненных обстоятельств личность, сформировавшаяся в детстве, что называется, в тепличных условиях, может весьма продуктивно реализовать себя в психотерапии.

Третий важный показатель – объем психотерапевтической помощи, указывает на мастерство психотерапевта в разнообразных методах и направлениях ПТ. В одних случаях объем психотерапевтической помощи может быть малым, – например, применяется всегда только один метод (один инструмент) – умеренным (несколько инструментов) или большим (полная сумка инструментов). Здесь все определяется конкретно и всем понятно, что Мастера в любой сфере выделяет владение им множеством технических нюансов, в нашем предмете – многими приемами, способами, методами психотерапии, а однобокий/однорукий ремесленник будет стереотипно повторять свою стандартную процедуру во всех случаях.

Четвертый показатель – степень авторитарности психотерапевта, конечно, важный, но в эту систему он включен Либихом, по-моему, как бы для порядка, т.к. в те годы ленинградская школа психотерапии Мясищева [4] самоопределялась как недирективная и противопоставляла себя директивной, по их мнению, московской школе Рожнова, т.к. та занималась гипносуггестивной ПТ. Все это, извините, можно определить, пользуясь терминологией великого Фореля [8], как «научная миопия» или, по-моему, как намеренное искажение – из политико-экономических соображений, конечно, – для получения определенных преимуществ на ниве психотерапии.

Мы полагаем, что попытки противопоставить эти два способа/приема (директивный и недирективный), превратив их в два направления ПТ, представляют явные натяжки и условность. Односторонние мнения современных западных коллег по этому вопросу нас не гипнотизируют, ибо всем известно со времен Фореля и Дюбуа [2],

– представителей, кстати, западной цивилизации, но тех лет (NB! Не начала XXI в., когда с помощью электронных СМИ, используя внушаемость и внушение, манипулируют сознанием многих миллионов людей, и в то же время в области психотерапии отрицают место и значение внушения!) – что там, где имеется авторитет и условия, суживающие сознание и стимулирующие подражаемость, избежать суггестивного влияния едва ли возможно, как ни старайся. А ведь все пациенты, понятно, стремятся попасть на консультацию и лечение к опытному и авторитетному специалисту, работающему, как правило, в благоприятных для этого условиях.

– Едва ли в хирургии – и на Востоке, и на Западе – возникнет спор о том, надо ли мягко или твердо держать скальпель. Ясно, что все определяет клинический случай, а не заведомое предубеждение.

Беспрекословный и непререкаемый авторитет директора НИИ им. Бехтерева чл.-кор. АПН, проф. В.Н.Мясищева [4], автора патогенетической модели невротозов и патогенетической психотерапии не мог в авторитарные 60-70-е годы в силу законов психофизиологии действовать не суггестивно (читай – не директивно) на всех его сотрудников, в т.ч. и Либиха.

И все же практика демонстрирует, что встречаются односторонние и малоэффективные психотерапевты: директивные и недирективные, но это, хочу подчеркнуть, лишь прямо указывает на их узкий (подчеркиваю – узкий) диапазон и малый объем психотерапевтической помощи.

Известно, что успешную психотерапию проводили – и проводят – в кабинете поликлиники или ПНД, иногда на дому у пациента, что указывает как бы на неимеющееся значение в специальном оборудовании места для проведения психотерапии. Классики упоминали только о глубоком кресле и кушетке и необходимости соблюдения тишины и полутьмы. В рамках гипносуггестивной ПТ использовали метроном или звуковое/музыкальное сопровождение сеанса.

Проработав 35 лет в условиях поликлиники (всего за эти годы их было шесть) в должности практического врача, стараясь так оборудовать рядовой поликлинический кабинет, чтобы в нем было удобно и эффективно проводить психотерапию (во всех шести!), могу вполне определенно утверждать: да, имеется ряд принципиальных условий, которые должны быть соблюдены при организации и оборудовании кабинета психотерапии, что описано мной в методических рекомендациях «Организация, формы и методы работы кабинета/

центра психотерапии при общесоматической поликлинике» (изданные в т.ч. на румынском языке), утвержденные минздравом РМ в 1993 г. [5].

Принципиальными условиями при оборудовании кабинета/центра психотерапии являются следующие: создание тишины, температуры комфорта вне зависимости от времени года, возможность создать полутьму в любое время суток, холл перед кабинетом (непроходной), звукоизоляция, исключающая проникновение звуков речи пациента и врача из кабинета в холл и, наоборот, того или иного шума из холла в кабинет, табличка с содержанием: «Прошу не входить и в дверь не стучать, идет сеанс психотерапии», – которую вывешивают на двери перед сеансом (но дверь на замок не закрывается, и все врачи поликлиники должны быть предупреждены специалистом, что в чрезвычайно экстренных случаях, они лично могут, тщательно соблюдая тишину, войти в кабинет), письменный стол, стулья – 8-10 шт., необходимые для проведения семейной и групповой психотерапии, два мягких и глубоких кресла с журнальным столиком, кушетка или диван, книжный шкаф, настольная лампа. Желательно, чтобы площадь кабинета была более 20 м<sup>2</sup>, еще лучше 27-30 м<sup>2</sup>, что позволит тематически его зонировать: официальное знакомство, разговор по душам, что там пишут/открыли в научном мире, спортивный уголок и т.д., а также проводить групповую ПТ.

Остальное – оформление стен, пола, мебель, цветы в горшках, аквариум, спортивные снаряды, технические средства для звукозаписи и ее воспроизведение и др. – в зависимости от стиля психотерапевта будет тем или иным.

Важно, чтобы в холле перед кабинетом была настенная и настольная информация, касающаяся первичных и повторных пациентов, на журнальном столике – статьи психотерапевта в газетах и журналах, книги психопрофилактической тематики, но и, конечно, стулья/кресла, скамьи. Телефоны пациенты выключают уже при входе в холл.

Все вышеуказанное является принципиально важным и не может быть не соблюдено, в т.ч. такая «мелочь», что пациенты должны неспешно приходить на сеанс психотерапии, особенно группового, за 5-7 минут до его начала, чтобы отойти от дел и городской суеты. Вы видели когда-нибудь бежащих в церковь прихожан?

Вопросы этики и деонтологии в работе психотерапевта занимают естественным образом не только все его время общения с пациентами (очного, заочного), но и его досуг, научную и литературную деятельность. Вне зависимости от

представлений о божественном происхождении Мира или в результате эволюционного развития материи, психотерапевты, подобно духовенству, исповедуют основные общечеловеческие ценности, выраженные в основных мировых религиях, а также следуют принципам здорового образа жизни, чему, в конце концов, и обучают своих пациентов. Делают они это, в рамках познавательного-поведенческой ПТ и др. направлений, обучая пациентов вопросам характерологии, психофизиологии, способам саморегуляции и способам психологической защиты.

Естественно, что психотерапевт не ангел, он живой человек со своими недостатками, с которыми борется и побеждает. Ну, а если не побеждает и находится во власти вредных привычек, что тогда? Если психотерапевт не может справиться с вредными привычками, то, по нашему мнению, ему надо менять профессию.

Вспоминая известных мне ныне живущих корифеев психотерапии и психиатрии и ушедших на моей памяти из жизни, не могу припомнить из многих лиц ни одного курящего.

По нашему мнению, нормально, когда священнослужитель не курит, нормально, когда психотерапевт не курит; столь же верно и обратное.

Сравнение психотерапевтов со священниками считаю уместным, т.к. духовное в психотерапии занимает значительное место, оно, как цемент, соединяет воедино все психотерапевтические воздействия и взаимовоздействия.

Ну, а если, спросят, занимающийся психотерапией бездуховен? Уверен, что абсолютно бездуховного человека нет, ибо это уже будет нелюдь, существуют люди с разной степенью убогости в духовном отношении. Однако нам приходилось наблюдать врачей, занимающихся психотерапией, которые, будучи тяжелыми психопатическими личностями, обладают пороками, ставящими их вне рамок даже просто порядочных людей. Одни из них все-таки ушли из нашей профессии, другие остались. Дальнейшее – стороннее наблюдение за их деятельностью – показало, что психотерапевтическая практика способствовала у этих субъектов сглаживанию психопатических черт характера и компенсации в определенной степени их поведения. Ядро же личности, прикрытое внешней формой более менее приличного поведения – вне стрессовой ситуации, конечно, – по сути, остается прежним. Необходимо, все же заметить, что имеющиеся наблюдения в 50-60 гг. минувшего века над знахарями первобытных племен Южной Америки, Африки, Индонезии (Гарри Райт. Свидетель колдовства. – 1971) показало, что у

этих, можно сказать, прародителей современных психотерапевтов не все в порядке обстояло с их психическим здоровьем и поведением, что, разумеется, требует анализа.

Знание всего того, что составляет предмет пограничной психиатрии, а также медицинской деонтологии и этики позволяет психотерапевту быть тактичным и внимательным, вежливым и открытым, заботливым и снисходительным к трудным, подчас тяжелым, характерам пограничных пациентов. Наши пациенты – это можно утверждать – являются настоящими страдальцами, их надо понимать, находить путь к их сердцу и помогать психотерапевтически и, если нужно, биологически.

Психотерапия, по определению, не может быть без соблюдения врачом/ психологом этики и деонтологии.

Что касается клинического видения пациентов, их невротических и психосоматических расстройств, а также способов терапии, то кратко отметим, что во многих случаях лечение начинается с биологических, лекарственных средств, к которым затем присоединяют психотерапию (индивидуальную, семейную, групповую). Какой метод психотерапии будет применен и в какой форме, определяет клинический случай сам по себе, преломленный через опыт и интуицию врача/психолога. По нашему мнению, существование центров психоанализа, гештальттерапии, гуманистической психотерапии и т.п., когда априори по отношению всех пациентов с разной структурой личности, а также с различными невротическими и психосоматическими расстройствами применяется один и тот же метод/инструмент, противоречит не только научной концепции клинической психотерапии, но и здравому смыслу. Уверен, никто из работников указанных центров не отдаст в ремонт свой личный автомобиль, зная, что автомеханик владеет лишь одним ключом, даже разводным, а не большим набором инструментов.

Не является ли это анахронизмом, доставшимся нам в наследство от XIX века, или же это стиль рыночного прагматизма конца XX начала XXI века? Если под рекламой модного метода фактически применяется комплекс других, то в практическом отношении это лукавство рынка еще можно понять (и т.о., руководствуясь мудрой пословицей, простить), но с принципиальных позиций подобный подход антинаучен, а потому способен принести больше вреда, чем пользы.

Вспоминается один курьезный случай начала девяностых годов, когда к нам в страну приезжали западные специалисты для проведения лекций и

семинаров-тренингов. На одном из них, по обыкновению, когда участники семинара по очереди представлялись, встал симпатичный, высокого роста молодой человек и с явной гордостью за свою специализацию представился: «групповой психотерапевт Н.».

Как тогда, так и сейчас я задаю вопросы в сократическом стиле, позволяющие получить заведомо известные ответы. А разве можно овладеть умением проводить групповую ПТ, не овладев в полной мере индивидуальной? Возможно ли полимодально проводить групповую ПТ, в т.ч. включая психо-анализ, исповедь, т.е. в полном объеме, как индивидуальную? Позволяет ли групповая ПТ сама по себе достичь той степени контакта между психотерапевтом и пациентом, какая достигается при индивидуальной психотерапии? Высокопрофессиональный психотерапевт – медицински, психиатрически, психологически образованный, клинически мыслящий, т.е. полноценный специалист в области пограничной психиатрии и психотерапии – будет ли себя называть групповым психотерапевтом?

Нет, мы не против узкой специализации в психотерапии, мы категорически возражаем против упрощенческого подхода и поверхностной подготовки специалистов.

Анализ количественных и качественных показателей работы психотерапевта основан на эффективности лечения невротических расстройств, что, в свою очередь, основывается на качестве его профессиональных знаний и навыков в области психотерапии, которые, в свою очередь, обуслов-

лены его знаниями в области психиатрии и клинической/медицинской психологии, а также личностными качествами врача/психолога. Диапазон психотерапевта, объем психотерапевтической помощи [3], коэффициент индивидуализации и другие показатели [5] помогут полнее и объективнее оценить работу специалиста.

#### Библиография

1. Ганнушкин П.Б. *Избранные труды*. – М.: Медицина, 1964. – 292с.
2. Дюбуа П. (Dubois P.) *Психоневрозы и их психическое лечение*/ Пер. с франц. – С-Пб.: изд. Риккера, 1912. – 382 с.
3. Либих С.С. *Психотерапия и медицинская психология*. – СС. 55-70.// Руководство по психотерапии. Под общ.ред. В.Е.Рожнова, 1974. – 630 с.
4. Мясищев В.Н. *Личность и неврозы*. – Л.: Изд. ЛГУ, 1960. – 425 с.
5. Простомолотов В.Ф. и соавт. *«Организация, формы и методы работы кабинета/ центра психотерапии при общесоматической поликлинике»*: методические рекомендации минздрава РМ, 1993. – 24 с.
6. Простомолотов В.Ф. *Размышление о психотерапии*. – Од., 2013. – 352 с.
7. Рожнов В.Е. *Медицинская деонтология и психотерапия*. – СС.43-55// Руководство по психотерапии. Под общ.ред. В.Е.Рожнова, 1974. – 630 с.
8. Форель А. (Forel A.) *Гипнотизм или внушение и психотерапия*/Пер. с нем. – Л.: Образование, 1928. 304 с.
9. Эриксон М. (Erickson M.H.) *Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном: Уроки гипноза*/Пер. с англ. – М.: Незав.фирма «Класс», 1994. – 316 с.