

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.пс.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора первого года обучения по
специальности «Психотерапия», Штуко Екатерины Николаевны по теме: «Развитие
психотерапии в России»

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

16.06.2020г.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ
на тему: Развитие психотерапии в России

Выполнила: Ординатор
Штуко Екатерина Николаевна

Красноярск
2020

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие наблюдаются значительные изменения в содержании психотерапии и деятельности врача-психотерапевта в России. Прошли те времена, когда под психотерапией у нас обычно понимался гипноз, а интерес к другим ее методам пресекался из-за идеологических соображений. Прошло также время безоглядного "импорта" психотерапевтических технологий – увлечение отдельными зарубежными методами. Освоив достижения современной психотерапии, российское психотерапевтическое сообщество вступило в новый период – творческого развития специальности с учетом особенностей здравоохранения, нынешней социально-экономической ситуации, отечественной медицины и психологии.

Первые шаги психотерапии в России прослеживаются уже с конца XVIII – начала XIX века и связаны с именами Н.И. Новикова, А.Н. Радищева, А.И. Галича и других просветителей – философов, психологов, педагогов, а также выдающихся врачей своего времени С.Г. Зыбелина, М.Я. Мудрова, И.Е. Дядьковского. Они заложили основы понимания в России психогенных заболеваний, психосоматических соотношений, роли личности в патологии и психологической терапии. Такое начало формирования отечественной психотерапии предполагало ее дальнейшее становление в виде личностно- и клинικο-ориентированной области медицины интердисциплинарного характера, что вполне соответствовало бы современному положению психотерапии, формирующейся на границах медицины, психологии, педагогики, философии и других наук.

Диалектика развития российской психотерапии заключалась, однако, в том, что в русской медицине второй половины XIX века набирают силу идеи нервизма. И. М. Сеченов и далее И. П. Павлов показали, что в основе психических явлений лежат материальных физиологические процессы, происходящие в головном мозге, которые могут быть изучены объективными методами. В борьбе за объективно-научное исследование постепенно, уже после смерти И.П. Павлова, в трудах его последователей представления о биопсихосоциальной сущности болезни по сути были сведены в теории и практике медицины до признания определяющей роли первого звена этой триады.

Первая четверть XX века в зарубежной психотерапии во многом происходит под знаком интереса к психоанализу. Психоанализ не получил широкого развития в России и не только потому, что в условиях тоталитарного строя медицина и особенно психотерапия были идеологизированы. Это правда, но это не вся правда. Идеи нервизма, учение И. П. Павлова на определенном этапе в России взяли верх над так называемыми субъективно-идеалистическими концепциями, к которым, конечно, в первую очередь и был причислен психоанализ. Это может быть проиллюстрировано на судьбе нескольких ленинградских ученых, симпатизировавших поначалу психоанализу и применявших его в своей практической работе (Л. Б. Гаккель, Н. Н. Трауготт, Б. Н. Бирман, Е. К. Яковлева). В развернувшейся полемике между учением И. П. Павлова и психоаналитическими идеями верх одержало первое. Б. Н. Бирман начал работать с И. П. Павловым и стал одним из его ближайших учеников, Л. Б. Гаккель возглавила отделение неврозов в больнице, которая в настоящее время носит имя И. П. Павлова, и где он проводил свои знаменитые "клинические среды", Н. Н. Трауготт возглавила в одном из научно-исследовательских физиологических институтов отдел патологии высшей нервной деятельности, Е. К. Яковлева начала работать с В. Н. Мясищевым, хотя и воспринявшим ряд идей психоанализа, но развивавшим его уже с иных теоретических позиций — психологии отношений и клинической психофизиологии. В дальнейшем психоанализ действительно был запрещен, а еще позже и сама психология практически была исключена из преподавания и резко ограничена в исследовательской работе.

Послереволюционный период оказался в целом крайне неблагоприятным для психотерапии. Идеологизация психотерапии, отрыв ее от ведущих направлений этой науки в западных странах явились причиной задержки в развитии отечественной психотерапии при формальном признании ее

важнейшей роли в медицине и здравоохранении. А это было время становления основных психологических концепций личности и органически связанных с ними психотерапевтических направлений в западных странах.

40–45-е годы – период упрочения в нашей стране директивной, главным образом гипносуггестивной психотерапии, который вполне соответствовал и общественному сознанию страны, и теории медицины, построенной на учении И. П. Павлова. Но здесь необходимы существенные оговорки. И. П. Павлов был и остается одним из выдающихся ученых XX века, его учение сегодня входит, в частности, и в фундамент бихевиоральной психотерапии, и в целом развивающейся бихевиоральной медицины на Западе. Гипнотерапия также сохраняет свое значение в психотерапии в качестве одного из важнейших ее направлений, и это относится как к классическому гипнозу, так и к современным его вариантам (эриксоновскому гипнозу и др.). Речь идет лишь о том, что в условиях идеологизации психотерапии в стране с определенным социальным устройством произошел почти полный отрыв отечественной психотерапии от ряда ведущих психотерапевтических направлений в мире.

Несколько особое место в отношении исследований и практики в области психотерапии занимал в 30–70-е годы Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева в Ленинграде. Здесь развивался отечественный вариант динамической психотерапии, который получил название "этиопатогенетической" психотерапии, позже "патогенетической" и основывался на понимании нарушений личности и восстановлении ее функционирования с позиций психологии отношений, наиболее известной концепции личности в отечественной медицине и медицинской психологии, берущей начало в трудах А. Ф. Лазурского и далее разработанной В. Н. Мясищевым. На основе патогенетической психотерапии в 80-е годы сформировалась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Последняя четверть века имела определяющее значение для развития отечественной психотерапии и превращения ее в массовую общемедицинскую специальность. И это несмотря на то, что именно этот период был трудным, а в дальнейшем и просто трагичным для нашего народа, что свидетельствует о все большем осознании роли психотерапии для современной медицины и здравоохранения в обществе.

Можно было бы выделить три важные вехи на этом пути. Это, во-первых, Приказ Министерства здравоохранения СССР №791 от 2 сентября 1975 г. "О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению», содержащий положение об открытии в стране в качестве эксперимента нескольких сот психотерапевтических кабинетов в общесоматических поликлиниках крупных городов, приблизивших психотерапию к населению и сделавших ее более доступной и понятной для пациентов. В связи с этим впервые возник также вопрос о необходимости систематической подготовки психотерапевтов-профессионалов. Она проводилась на двух кафедрах психотерапии в институтах усовершенствования врачей, а также в профильных научно-исследовательских институтах.

Вторым приказом Министерства здравоохранения СССР №750 от 31 мая 1985 г. был сделан следующий шаг в развитии отечественной психотерапии: психотерапия была включена в качестве самостоятельной отрасли медицины в номенклатуру врачебных специальностей, а в номенклатуре врачебных должностей появилась должность "врач-психотерапевт". В связи с положением приказа об открытии психотерапевтических кабинетов в городских поликлиниках, обслуживающих не менее 30 тыс. взрослого населения, наметилась тенденция превращения психотерапии в массовую общемедицинскую специальность.

Третьим приказом Министерства здравоохранения России №294 от 30 октября 1995 г. были сформулированы основные требования к образовательному стандарту по специальности "психотерапия", типовым программам и планам

непрерывной подготовки по данной специальности; нормативные требования к оснащению психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений); к должностным инструкциям бригады специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь (в число этих специалистов входят врач-психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе – социальный работник).

Существенное значение имели и приказы Министерства здравоохранения России №391 от 26 ноября 1996 г. и №226 от 28 июля 1997 г. В них, в частности, содержатся требования к профессиональной непрерывной подготовке медицинских психологов и специалистов по социальной работе, а также принципы взаимодействия бригады, состоящих из указанных специалистов.

Таким образом, была сформулирована концепция развития психотерапевтической службы, в основу которой заложены следующие элементы: образовательные стандарты и требования к обучению специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь; система образовательных учреждений, проводящих подготовку специалистов, положения по их взаимодействию; нормативы оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений); потребность в психотерапевтической помощи для населения.

В результате работы по разработке нормативно-методических документов, конкретной организационной деятельности региональных психотерапевтических служб территорий, активной деятельности врачей-психотерапевтов за последнее время отмечается определенный рост показателей развития психотерапевтической службы.

Предусмотренный норматив открытия психотерапевтических кабинетов из расчета 1 кабинет на 25 тыс. взрослого населения и 1 кабинет на 200 коек в многопрофильных больницах, а также открытие психотерапевтических отделений из расчета 1 отделение на 200 тыс. взрослого населения в настоящее время не достигнут, однако за последние несколько лет значительно увеличилось число психотерапевтических кабинетов в лечебно-

профилактических учреждениях; до 1800 (с 1200 в 1994 г.) увеличилось число психотерапевтических кабинетов в территориальных поликлиниках, многопрофильных больницах, других специализированных учреждениях.

Вместе с тем в настоящее время в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, работает 1500 психологов, что сравнимо по числу с работающими психотерапевтами, и более 350 специалистов по социальной работе (тогда как в указанных учреждениях специалистов по социальной работе требуется не менее 2500, социальных работников со средним образованием – не менее 9000, а медицинских психологов – не менее 5600).

Об интеграции психотерапевтической помощи в различные области медицинской практики свидетельствует также значительное расширение спектра стационарных подразделений больниц, осознанно применяющих психотерапию и включающих ее в программы лечения широкого круга психических и психосоматических расстройств.

Важным признаком становления самостоятельной психотерапевтической службы в рамках системы служб охраны психического здоровья является значительное увеличение числа и наращивание организационно-методического потенциала региональных психотерапевтических центров. Эти специализированные отделения во многих случаях не только оказывают сложные виды психотерапевтической помощи населению на территории обслуживания, но и формируют систему оказания психотерапевтической помощи, проводят координацию работы всех психотерапевтических подразделений на основе технологий и медико-экономических стандартов, что создает условия для дальнейшей интеграции психотерапевтической помощи в развивающиеся системы регионального здравоохранения.

Прогнозируя дальнейшее становление российской психотерапии, следует указать на ряд серьезных проблем, которые должны быть осознаны и в дальнейшем разумно преодолены. Некоторые из этих проблем имеют общий для всех стран характер, другие типичны для России.

Первая из этих проблем отражает общенаучное содержание понятий "дифференциация" и "интеграция" в современной науке. Применительно к психотерапии это, с одной стороны, тенденции к выделению ее в самостоятельную область медицины, прежде всего из психиатрии, с другой – интегративное движение, активное использование в ее становлении не только медицинских, но и других наук, а также интеграция в лечебную практику различных психотерапевтических направлений, подходов, методов, технических приемов. Дифференциация в психотерапии отличается не только большей интенсивностью, сравнительно с интегративным движением, но имеет и некоторые особенности, характерные именно для психотерапии. В то время как в клинике внутренних болезней, хирургии и других областях медицины дифференциация происходила и продолжается на базе уже сложившихся в теоретическом и практическом отношении медицинских дисциплин, в психотерапии она осуществляется в условиях лишь ведущейся разработки ее научных основ (методов, механизмов лечебного действия, эффективности и др.). Не успев оформиться в самостоятельную область медицины, психотерапия практически уже распалась на множество субспециальностей. Они образуются на основе теорий и концепций и связанных с ними ведущих методов психотерапии – динамическая, поведенческая, гуманистическая, когнитивная и др. По областям медицины, в которых она применяется – психотерапия в психиатрии, кардиологии, онкологии, трансплантационной хирургии и др.; с учетом онтогенетического (возрастного) принципа – психотерапия детская, подростковая, гериатрическая и др.; в связи с областями социальной практики – психотерапия спортивная, военная и др. Самостоятельное значение приобретает работа психотерапевта в экстремальной психологии и медицине катастроф.

Не удивительно, что подобная дифференциация не способствует ясному представлению о содержании специальности "психотерапия" и понятия "врач-психотерапевт". В то время как в нашей стране они уже официально на

государственном уровне вошли в перечни дисциплин и номенклатуру должностей, во многих странах такая специальность в качестве самостоятельной не существует. В связи с указанной проблемой большие трудности ожидаются при усовещенствовании образовательного стандарта психотерапевта, требований к его сертификату и т. п.

Вторая проблема связана с интердисциплинарным характером психотерапии. Психотерапия как медицинская специальность не может не учитывать такие понятия, как "диагностика", "клиника", "нозонология", "механизмы патологии", "лечение", "эффективность", "прогноз", далее "история болезни", "юридическая ответственность за больного" и т. п. В этом плане весьма сложной и до конца неопределенной является роль в психотерапии психолога, не имеющего медицинского образования, однако весьма мотивированного не столько на психодиагностику, сколько на психотерапию. Причем особую сложность этот вопрос приобретает в странах с развитой страховой медициной. Может ли психолог-психотерапевт заниматься психотерапевтической практикой (иными словами лечением) самостоятельно или в его компетенцию входит лишь использование методов психотерапии для целей психогигиены, психопрофилактики, реабилитации, а собственно лечебной деятельностью он занимается в условиях "бригадной работы", где является партнером (подобно специалисту по лечебной физкультуре, физиотерапевту и др.) лечащего врача, который при этом несет полную юридическую ответственность за больного. Опыт и литература показывают, что с такой позицией согласны далеко не все психологи как у нас, так и за рубежом.

Третья проблема обусловлена постоянно возрастающим числом методов, методик, технических приемов в области психотерапии. Как писал в свое время С. Ледер, уже не всегда ясно, для кого создаются эти методики – для больного или больной существует для этих методик. Для нашей психотерапии это также проблема продолжающегося импорта самых различных психотерапевтических техник, на овладение навыками работы, с которыми у

психотерапевта-практика просто не хватает времени. Очевидно также, что это обычно ведет к неэффективной психотерапевтической полипрагмазии, невозможности полноценного контроля за применением отдельных методов и, что самое важное, при этом отсутствуют чаще всего представления об истинной эффективности метода. Возможны ли подобные ситуации в других областях медицины, связанных с лечебным процессом – в фармакологии (в том числе психофармакологии), физиотерапии, лучевой терапии и т.д.?

Проблемой в большей степени нашей собственной является трудность перехода от преимущественно суггестивной директивной психотерапии, вполне соответствовавшей установкам тоталитарного периода нашей истории, к методам личностно-ориентированным и социо-ориентированным. Эта проблема еще долго будет сказываться на психотерапевтической практике у нас, поскольку тесно связана с менталитетом как наших врачей, так и, особенно, пациентов с их отчетливо экстернальной позицией, воспитанной в течение десятилетий социалистическим здравоохранением.

Наконец, следовало бы также коснуться проблемы альтернативной психотерапии, точнее "альтернативного взрыва" в нашей популяции в последнее десятилетие. Он не сопровождался, как это можно было ожидать, адекватными опасениями мероприятиями государства, медицины и здравоохранения. Более того, значительное распространение получила точка зрения, что подобные явления наблюдались в истории и нашей, и других стран в период кризисов и самопроизвольно исчезали при выходе из них. К сожалению, пока эти ожидания не оправдываются.

Своеобразие альтернативной медицины и альтернативной психотерапии, в частности, в нашей стране в данный момент заключается в том, что она все в большей мере становится частью парапсихологии (психической онтологии), включающей передачу образного и мысленного содержания на расстояние; перемещение объектов без непосредственного к ним прикосновения; определение состояния внутренних органов при поднесении к телу рук (паранормальная диагностика) и т.п. Общее, что объединяет сторонников

этих направлений, – это отвергание трудного, длительного пути познания в пользу одномоментного, мгновенного "постижения" внешнего мира с помощью озарения, откровения, прозрения и т.д. На этом пути отпадает необходимость в профессиональном обучении и поиске подлинно научного знания с помощью все более совершенной техники, поскольку для познания разнообразных явлений природы и человеческого организма вполне достаточно установления "парапсихологического контакта при помощи рук". Известная устойчивость альтернативных идей, в общественном сознании объясняется многими причинами, но также и снижением интереса и уважительного отношения к науке, истинно научному знанию в нашей стране, охваченной многосторонним кризисом веры.

В последние годы в России происходят глубокие изменения в психотерапии, которая ориентируется на развитие личности, раскрытие ее потенциала, улучшение психологического и социального функционирования человека, при этом директивные методы все более сменяются личностно- и социально-ориентированными. Социально-экономические перемены в России и соответствующие им изменения общественного сознания, деидеологизация психотерапии приводят к все большему осознанию ее роли не только в медицине, но и в осуществлении комплексных программ по сохранению и укреплению психического здоровья нации. Это означает: движение от медицинской модели психотерапии к психологической, социологической и другим моделям; к возрождению интереса к теории и практике долговременной психотерапии динамической ориентации и одновременно, в силу экономических трудностей, – к настоящему поиску эффективных интегративных краткосрочных вариантов преимущественно когнитивно-поведенческой направленности; к необходимости разработки государственно-правового регулирования психотерапевтического образования и практики.

Заканчивается разработка законопроекта "О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью». Необходимость специального Закона по психотерапии обусловлена потребностью в

законодательном упорядочивании психотерапевтической деятельности с целью дальнейшего совершенствования психотерапевтической помощи населению. Это необходимо также для развития психотерапии как области науки и практики в стране с активным строительством правового общества. Существенная задача подготавливаемого Закона – охрана интересов граждан, обращающихся за психотерапевтической помощью. Из-за нечеткого определения понятий психотерапии, ее методов, форм и других вопросов, в этой области велико число неподготовленных и плохо подготовленных специалистов, манипулирующих сознанием людей. Учитывая, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии, авторы законопроекта исходили из того, что действие Закона будет распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. В этом смысле законопроект "внеконфессионален" по отношению к различным профессиональным психотерапевтическим школам, течениям и группам.

В соответствии с историческими традициями развитие российской психотерапии определяется ее моделью медицинской. Одновременно все больше осознается роль в становлении психотерапии как медицинской науки и практики психологических ее основ. Дискуссия о психотерапии как гуманитарной специальности, не требующей базисного медицинского и психологического образования, с учетом лишь начального этапа формирования научно-методологических и организационно-практических основ российской психотерапии в русле медицины, не может найти поддержки. Это касается также и призывов к отделению психотерапии от психиатрии при недоучете того, что не только в психиатрических клиниках, но и в других областях медицины определение целей, задач, направленности психотерапии, выбор ее методов осуществляются на основании знания особенностей психики и личности больных.

Необходима жесткая регламентация подготовки и интеграции в здравоохранение психоанализа. Психоанализ не самостоятельная

специальность, а одно из трех направлений современной психотерапии. Только развиваясь в русле общей психотерапии, психоанализ имеет будущее в нашем здравоохранении, поскольку при этом удастся избежать разгула "дикого психоанализа" в России. Завершение дискуссий о праве клинических психологов на самостоятельную психотерапевтическую практику возможно лишь после решения возникающих здесь сложных юридических вопросов в рамках подготавливаемого государственного закона о психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
2. Романин А. Н. Основы психотерапии. – М.: Академия, 1999. – 208 с.