

НА ПУТИ К ВРАЧЕБНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р. Д. Тукаев

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

На протяжении большей части XX века психотерапия в России (равно как и в СССР) существовала как менее (до 70-х годов) или более (с 70–80-х годов) формализуемая врачебная субспециальность. В первой его половине функционирование психотерапии выстраивалось вокруг общепринятого, но неформального постулата: «каждый врач должен быть психотерапевтом», а, по сути, определялось исключительно энтузиазмом части медицинской администрации, а работа врачей-психотерапевтов – их личным энтузиазмом. Во второй половине века, а точнее, с 1975 года рамки психотерапевтической деятельности стали определяться приказами Минздрава СССР по психотерапии (17). В 1985 году происходит выделение специальности врача-психотерапевта, которая с 1995 года в России, по сути, становится субспециальностью психиатрии (17).

Формально на протяжении последних 80 лет психотерапия в России была и остается областью врачебной деятельности, поскольку психологи и социальные работники были допущены к участию в психотерапии на вторых ролях лишь с последней четверти XX века (17). Однако само содержание психотерапии за истекшее неполное столетие необратимо изменилось.

С конца 20-х годов XX века догматической теоретической основой отечественной врачебной психотерапии стала Павловская рефлексология, что способствовало ее презентации как достаточно целостного метода, сочетавшего суггестивный (включавший, в том числе гипносуггестию а, позднее, аутогенную тренировку) и дидактически-рациональный компоненты (1, 3, 15, 21, 31, 33). Появившиеся в 60-х годах первые кафедры психотерапии (Москва, Харьков) первоначально преподавали психотерапию как вполне целостный двух-трех компонентный метод (17). Позднее, в 70-х годах, в связи с «прорывом железного занавеса» в сфере психотерапии психотерапевтическим авангардом тогдашнего Ленинграда, а затем и Москвы, в стране появляются и развиваются групповая и семейная формы психотерапии (9, 13, 14, 19). В кафедральной психотерапии происходит дифференциация, преподавание становится специализированным, в Ленинграде преподается лично-ори-

ентированная психотерапия (13, 14), тогда как в Москве – эмоционально-стрессовая (26, 27, 28).

С конца 80-х годов XX века начинается возрастающая экспансия части методов западной психотерапии (17), таких как НЛП (6, 7, 20), эриксоновский гипноз (5, 37), трансперсональная психотерапия (8), гештальт-терапия (31), постепенно дополняемая остальными методами (18, 23). Врачи фактически утрачивают монополию на психотерапию, в том числе и в клинической области, поскольку в новых социальных и правовых условиях занятия любыми формами психологического воздействия, в том числе и в клинической области (если ее не обозначать как таковую), выпадают за пределы нормативного поля, когда оно не называется психотерапией.

Поэтому часть российских психологов сегодня занимаются (якобы) не психотерапией, а «психокоррекцией» и «практической психологией», когда речь идет о клинически выраженных расстройствах, например, о ПТСР (24, 33, 39), а целители – «народным» целительством (12). Следует подчеркнуть, что в своем обсуждении мы не затрагиваем участие неклинических психологов в психотерапии, консультировании, психокоррекции здоровых, то есть, в области психологической психотерапии.

Развитие врачебной психотерапии в XX веке происходило на фоне начавшегося с 50-х годов становления психофармакотерапии, что не могло не повлиять на понимание возможностей и границ психотерапии. И если в начале века психотерапия неизбежно, в силу отсутствия эффективной психофармакотерапии, рассматривалась как основной метод, например, терапии неврозов (17), то с внедрением в психиатрическую практику анксиолитиков, антидепрессантов, антипсихотиков, психотерапия в сознании врачей стала обесцениваться, восприниматься как второстепенный терапевтический метод, лишь дополняющий всемогущественную фармакотерапию (17).

Подобное восприятие органично для современного фармакологически ориентированного врача вообще, и оно естественным образом становится исходной основой мышления врача-психотерапевта, в частности. В качестве иллюстрации приведем данные проведенного нами опроса врачей-психотерапевтов (86 чел.), согласно которому свыше 90%

назначают психофармакологическую терапию на первом приеме пациенту с расстройствами невротического спектра.

Такова, на наш взгляд, общая ситуация, в которой врачи, преимущественно психиатры, продолжают заниматься психотерапией.

Современное состояние и перспективы развития врачебной психотерапии ставят ряд существенных, методических вопросов:

1. Правомерно ли в настоящее время выделение самостоятельной врачебной психотерапии?

2. Оправдано ли выделение ограниченного числа предпочтительных методов врачебной психотерапии?

3. Каков диапазон врачебной психотерапии, где и как она разграничивается с методами клинической психотерапии, реализуемой психологами, и методами психосоциальной работы?

4. Каково соотношение методов психотерапии и фармакотерапии в разных областях диапазона действия методов врачебной психотерапии?

5. Все предшествующие вопросы способствуют формированию главного, проблемного вопроса о том, каковы условия реализации успешной врачебной психотерапии?

Врачебная психотерапия: метод или специфический подход к психотерапии?

Вопрос о врачебной психотерапии становится предметом обсуждения в российском психиатрическом сообществе в силу ряда номинализованных и ненормализованных обстоятельств.

1. Нормативно, исторически, традиционно для России психотерапия соотносится с врачебной деятельностью. Однако, поскольку психотерапия объективно существует и развивается на стыке медицины и ее фундаментальных биологических основ, а также психологии, социологии (13, 14), неизбежно участие в ней на научном и практическом уровне специалистов всех поименованных специальностей. Разделение психотерапии на клиническую и психологическую не устраняет вовлеченность в клинико-психотерапевтическую деятельность психологов и может влиять лишь на формы их участия. В условиях отсутствия у населения системных знаний о психотерапии и общенегативного отношения к психиатрии (10, 40), психотерапии как части психиатрии, обращение значительной части пограничного контингента населения с клиническими расстройствами за психологической и социальной помощью, а также к целителям неизбежно. Как показывает практика, проблема оказания психотерапевтической клинической помощи психологами решается отнюдь не дифференциацией и переадресацией клинического потока на клиническую, в том числе, врачебную психотерапию. В российских реалиях ответом части психологического сообщества становится:

а) игнорирование наличия клинического расстройства при непсихотическом его уровне;

б) переименование проводимой психотерапии, определяемой как «психокоррекция» или «практическая психология», с использованием в дальнейшем как общепринятых, так и авторских методов психотерапии (33, 39).

Разумеется, наилучшим вариантом участия психологов в клинической психотерапии является получение исходного образования в области клинической психологии, с последующей последипломной подготовкой по психотерапии (что соответствует предписаниям приказа Росздрава по психотерапии), бригадной форме работы. К сожалению, данный вариант является не то, чтобы единственным, но и, возможно, не основным.

2. Признание того обстоятельства, что психотерапевтическую помощь, в том числе и в клиническом формате, оказывают не только врачи, но и (как минимум) психологи, ставит вопрос об особенностях образовательной подготовки врача-психотерапевта, достоинств и недостатков последней, в соотношении с особенностями образовательной подготовки психолога-психотерапевта.

Сравнение показывает, что основой исходной образовательной подготовки будущего врача-психотерапевта являются: биологизм, клиницизм (включающий, в том числе, возможность мыслить диагностическими категориями), фармакотерапевтическая направленность, склонность к патерналистскому восприятию пациента и стилю коммуникации с ним, наряду с ограниченными и избирательными знаниями в области общей и клинической психологии.

3. Для сообщества отечественных врачей-психотерапевтов в условиях размывания границ клинической психотерапии и врачебной психотерапии (т.е. психотерапии, осуществляемой врачами-психотерапевтами) как ее части, да и психотерапии в целом, становится актуальным ряд неравноценных и даже конкурирующих задач: определение границ областей клинической и врачебной психотерапии, административное назначение таких границ (17), присвоение области психотерапии вообще. Возможными вариантами развития врачебной психотерапии становятся:

1) формирование некоего интегративного либо авторского метода, называемого «врачебная психотерапия» в целях широкого его внедрения в практику врачей-психотерапевтов;

2) оптимизация подготовки врачей-психотерапевтов с учетом потребностей эффективной клинической психотерапии;

3) создание системы медицинской помощи для пограничного контингента населения, в которой врачебная психотерапия приобретает ключевое значение.

Учитывая большую, в сравнении с советским периодом, идеологическую и экономическую открытость современной российской психотерапии, попытки создания целостного специфического метода врачебной психотерапии в конкурентных

условиях вряд ли окажутся успешными. Мы полагаем предпочтительными формирование профильного образовательного подхода для врачей-психотерапевтов и работу над созданием эффективной системы медицинской помощи для пограничного контингента населения.

Характеристика области применения клинической врачебной психотерапии

Психотерапия и психосоциальная терапия – разграничение понятий и диапазонов. Следует отметить, что в собственно клинической психиатрической области психотерапия пересекается с подходами и практиками психосоциальной терапии (25). При активном развитии последней в психиатрии в настоящее время возникает представление о чуть ли не поглощении ею клинической психотерапии. Вместе с тем, разграничение обоих направлений не только возможно, но и необходимо.

В широком понимании психотерапия, несомненно, несет в себе психообразовательный, психореабилитационный компоненты и ориентирована на социальные эффекты. Вместе с тем, термины психотерапия и клиническая психотерапия являются устоявшимися и общепринятыми, нормативными (17).

Следует отметить, что преимущественной областью применения психосоциальной терапии в России в настоящее время является выраженная психиатрическая патология и, являясь базовым компонентом терапии наряду с биологическим, реализует психосоциальную реабилитацию и психообразование (25).

Клиническая, в том числе врачебная психиатрическая психотерапия, диапазон которой формально простирается на всю область психических расстройств, преимущественно используется при невротических, связанных со стрессом, личностных расстройствах, аддикциях, аффективных расстройствах, то есть, прежде всего, в тех случаях, когда психогенные, психологические, социально-психологические механизмы развития и поддержания расстройства играют ведущую роль (13–15, 38). Диапазон терапевтического использования клинической психотерапии выходит за непосредственные рамки психиатрической патологии и распространяется в область соматических, неврологических и иных расстройств (13–15, 17, 28, 35). Клиническая психотерапия в своем диапазоне претендует как минимум на равноправную роль в тандеме с биологической терапией, являясь в части случаев основным, а иногда и единственным терапевтическим методом (13–15, 17, 28, 35). Самодостаточность клинической психотерапии определяется, прежде всего, широкой популяционной распространенностью подлежащих психотерапии пограничных психических (11) и иных расстройств. Кроме того, она обладает существенно более широким и проработанным теоретико-методическим арсеналом (21).

Клиническая и врачебная психотерапия. Вряд ли имеет смысл пытаться сущностно противопоставить клиническую и клиническую врачебную психотерапию (2). Клиническая психотерапия, проводимая в российских реалиях врачом-психотерапевтом, и есть врачебная психотерапия. Попытка разграничения арсенала психотерапевтических методик, дозволенных для врача и клинического психолога, занимающихся клинической психотерапией, на практике оборачивается пустой формальностью, поскольку у каждого занимающегося психотерапией специалиста имеются свои предпочтения и идиосинкразии. Например, попытка запрета для психологов заниматься гипнотерапией (18), легко и зачастую неосознанно обходится ими, поскольку развитие трансовых состояний не требует формальной гипнотизации, и немонализированные трансовые состояния широко используются в современной психотерапии (35).

Ограничения и различия наличествуют не между клинической и врачебной психотерапией, а между диапазонами терапевтических возможностей врачей и клинических психологов, занимающихся психотерапией. Врач-психотерапевт правомочен одновременно проводить психотерапию и психофармакотерапию, тогда как клинический психолог – только психотерапию, адресуя проведение биологической терапии психиатру.

Биопсихосоциальная парадигма и ее преломление в психотерапии. Современная психиатрия построена на биопсихосоциальной парадигме. Существуют два подхода в ее понимании в клинической психотерапии, которые нами определяются как канонический и неканонический.

Согласно каноническому подходу терапевтическое воздействие в клинической психотерапии соотносится с биопсихосоциальной парадигмой следующим образом: на социально-психологическом уровне воздействует психотерапия, на психологическом уровне – психотерапия, тогда как на биологическом уровне – психофармакотерапия (38). Согласно неканоническому подходу, терапевтическое воздействие на социально-психологическом, психологическом и биологическом уровнях оказывается средствами психотерапии, которое лишь при проявляющейся клинически недостаточности биологического воздействия психотерапии дополняется психофармакотерапевтическим (35).

Следует, вероятно, напомнить, что в XIX веке и первой половине XX века в психотерапии доминировал неканонический подход (1, 3, 16, 22, 32, 34), который в допсихофармакологическую эру и являлся каноническим, но после широкого внедрения в клиническую практику анксиолитиков, антидепрессантов, антипсихотиков, появился новый канонический психотерапевтический подход, а прежний канонический трансформировался в неканонический.

Отметим, что появление и бурное развитие психофармакотерапии отнюдь не лимитировало разви-

тие клинической психотерапии, не привело к ее миграции в психологическую область. Напротив, в настоящее время имеются факторы актуализации запроса на неканоническую психотерапию, в которой применение психофармакотерапии вторично и по возможности ограничено.

Факторы актуализации неканонического подхода в клинической психотерапии. Возрастание актуальности неканонического подхода в психотерапии обусловлено, на наш взгляд, выявившимися ограничениями современной психофармакотерапии. Поскольку современная психофармакотерапия пограничных расстройств во многом опирается на терапию антидепрессантами (разумеется, применяются и анксиолитики), стоит обратить внимание на общий спектр их терапевтических ограничений, касающихся эффективности и переносимости (41, 42). К настоящему времени признаны как ограничения эффективности антидепрессивной терапии: низкий уровень ремиссий, недостаточная эффективность при тяжелой депрессии, низкая скорость наступления терапевтического эффекта, негативное влияние на сон, стойкость резидуальных симптомов. В качестве ограничений по переносимости рассматриваются: синдром отмены, увеличение веса, инсомния, сексуальная дисфункция, головокружения, головная боль, тошнота. Из приведенных перечней для пограничного контингента пациентов актуальными являются низкий уровень ремиссий, низкая скорость наступления терапевтического эффекта и весь перечень ограничений по переносимости.

Проводя итоговое сопоставление канонического и неканонического подходов применительно к врачебной психотерапии, необходимо заключить следующее.

Достоинствами канонического подхода являются очевидные универсализм и комплексность терапии, однако, не имея преимуществ перед иными формами психотерапии, он привносит все ограничения и побочные действия психофармакотерапии.

Неканонический подход характеризуют:

- 1) исходная экологичность, опора на естественные механизмы саногенеза;
- 2) подключение фармакотерапии с переходом на комплексную терапию лишь в части случаев, при клинически выявившейся недостаточности психотерапии;
- 3) минимизация ограничений и проблем фармакотерапии.

В современных условиях неканонический подход не претендует быть распространенным на психические расстройства в целом. Область его применения ограничена и включает: невротические, связанные со стрессом расстройства; аффективные и личностные расстройства (частично); аддикции (частично); органические заболевания ЦНС и соматические заболевания (частично) (например, 35). Вместе с тем данная область широко представлена в популяции (13, 14) и является высоко актуальной для клинической психотерапии.

Неканонический подход ограничен для врачебной психотерапии, поскольку решение о монопсихотерапии, комбинированной фармакопсихотерапии, переходе от одной формы терапии к другой может быть принято врачом-психотерапевтом единолично, тогда как психолог способен решать данные задачи только в тандеме с психиатром.

Биологическое действие психотерапии. Использование неканонического подхода актуализирует вопрос о биологическом действии психотерапии. Оправдано рассмотрение двух базовых биологических механизмов или эффектов психотерапии: общепринятого психомодуляционного, научно установленного эустрессового.

К общепринятым механизмам психотерапии следует отнести механизм психомодуляции, который традиционно узко трактуется как суггестивный (1, 3, 21, 32, 34). В настоящее время имеет смысл рассматривать психомодуляционный механизм психотерапии вкупе с механизмом плацебо-эффекта. Мы полагаем, что оба, несомненно, имеют единую природу и основаны на обеспеченном и направленном сильной, специально сформированной мотивацией использования комбинаций предшествующего опыта направленных изменений состояния психики и организма под действием определенных факторов, а также обусловленных этим предшествующим опытом знаний, представлений, верований. Психотерапевтическое воздействие, равно как и плацебо, включают психомодуляционный эффект, поскольку воспринимаются индивидом как репрезентирующие в большей или меньшей степени аналогичный, рекомбинированный опыт предшествующих воздействий, обуславливая ожидаемые и верифицированные предшествующим запечатлением индивидом имевшихся психологических и биологических изменений. Учитывая то обстоятельство, что, например, терапевтическое действие большинства современных антидепрессантов лишь на 10–20% превышает эффект плацебо (41, 42), пренебрегать психотерапевтическим механизмом психомодуляции, вероятно, не стоит.

Еще одним биологическим механизмом психотерапии, установленным научно, является эустрессовый, описанный нами для гипнотерапии (35). Его можно с уверенностью распространить на все методы психотерапии, использующие измененные состояния сознания (релаксационные, медитативные техники, аутогенную тренировку), предполагая его наличие у всех методов, активно меняющих состояние пациента.

Условия успешности врачебной психотерапии

Успешность врачебной клинической психотерапии, вероятно, предопределяется реализацией трех базовых условий: 1) профильным подходом к обучению психотерапии врачей-психотерапевтов; 2) методической и организационной включенностью клинической психотерапии в систему оказания помощи пограничному контингенту населения;

3) формированием социального запроса на психотерапию и клиническую психотерапию в российском обществе.

Профильный подход к обучению психотерапии врачей-психотерапевтов. Согласно действующему приказу Росздрава по психотерапии (17), основной акцент сделан на постоянном двойном обучении врачей-психотерапевтов: психиатрии вообще и психотерапии в частности. Следует отметить, что содержащаяся в приказе универсальная образовательная модель клинической психотерапии-психиатрии предельно расплывчата и не привязана к какому-либо методу или направлению психотерапии, то есть, может иметь произвольное методическое наполнение. Ее эффективность, разумеется, никогда не проверялась и воспринимается, видимо, как самоочевидная.

Следует предположить, что данная модель может быть несколько конкретизирована на основе учета обобщенной обращаемости пациентов к врачам психотерапевтам за помощью. С высокой вероятностью в ряду обращаемости должны доминировать пограничные пациенты, среди которых будут преобладать лица с расстройствами невротического спектра. Вероятно, с учетом необходимости: а) ведения психотерапевтической работы во всем диапазоне психических расстройств, б) преобладания во врачебной психотерапии пограничного, прежде всего, невротического контингента; следует выделить два базовых направления в подготовке врачей-психотерапевтов на уровнях психотерапевтической и психиатрической специализации.

Первое, массовое направление – психотерапии пограничного контингента с профильной психотерапевтической и психиатрической подготовкой в данной области.

Второе, менее массовое направление – психиатрической психотерапии или психосоциальной терапии и реабилитации с профильной психотерапевтической и психиатрической подготовкой в этой области.

С учетом слабых базовых знаний врачей в области общей, клинической психологии, нейропсихологии, психодиагностики представляется значимым введение профилированных соответствующих разделов по общей, социальной, клинической психологии в образовательные программы подготовки врачей по психотерапии.

Неоднозначным является вопрос о выборе направлений и методов психотерапии, по которым ведется именно психотерапевтическое обучение. Вероятным ответом будет опора на основные методы клинической психотерапии, принятые в России и мире. Принципиально значимой является направленность обучения на получение практических навыков, экологичности и этичности проводимой психотерапии. Принятая в европейской психотерапии образовательная триада – теория, супервизия, личная терапия (17) может рассматриваться как важный ориентир в подготовке врачей-психотерапевтов.

Наиболее эффективной формой психотерапевтического врачебного образования могла бы стать этапная, очно-заочная, в которой после цикла очного образования с выдачей промежуточного сертификата специалиста, предусматривался бы заочный этап практической психотерапии с оценкой ее результативности в форме отчета, с последующей итоговой очной супервизионной аттестацией и получением итогового документа. Кроме того, углубленное обучение конкретным методам клинической психотерапии возможно только на специализированных циклах.

Таким образом, выстраивается модель обучения врачебной психотерапии, включающая:

1) первичное обучение (специализация) в вариантах модели психотерапии пограничных расстройств и психиатрической психотерапии (психосоциальной терапии и реабилитации);

2) профильное, тематическое углубленное обучение (специализация) методу (либо нескольким близким методам) психотерапии;

3) общие и тематические усовершенствования.

Желательно, чтобы профильный психиатрический образовательный компонент входил в базовое психотерапевтическое обучение, а не был представлен психиатрическим непрерывным обучением вообще.

Методическая включенность клинической психотерапии в систему оказания помощи пограничному контингенту населения. Разрешение вопросов методической включенности клинической психотерапии в систему оказания помощи пограничному контингенту населения является ключевым с позиции результативности последней.

Вопрос включения врачебной психотерапии в систему оказания помощи пограничному контингенту пациентов рассматривается нами в момент развития в России первичного медицинского звена и включения его в оказание психиатрической помощи пациентам общемедицинской сети.

В настоящее время российские неврологи уже широко используют антидепрессанты и анксиолитики в своей практике при терапии тревожных и депрессивных расстройств (36). В ближайшей перспективе активизируется применение психофармакологических препаратов врачами общей практики – терапевтами (4). Таким образом, преобладающее большинство пациентов с невротическими, обусловленными стрессом, личностными расстройствами в общемедицинской сети будет подвергнуто психофармакологической и, прежде всего, антидепрессивной терапии. И только меньшая их часть, резистентная к терапии неврологов и терапевтов, будет направлена к психиатрам, а через них, может быть, к психотерапевтам. Кроме того, к психотерапевтам непосредственно обратятся пациенты, исходно либо вследствие неудовлетворенности предшествующей фармакотерапией, настроенные на получение психотерапевтической помощи.

Обучение неврологов и врачей общей практики, терапевтов построено на примате фармакотерапии.

Поэтому скудное формальное информирование о возможности проведения той или иной формы психотерапии при пограничных расстройствах вряд ли окажется достаточным для активного направления ими пограничных, прежде всего, тревожных и депрессивных пациентов к психотерапевтам.

Отношение врачей интернистов к психотерапии не изучалось. Мы полагаем, что создание позитивного и действенного отношения интернистов к психотерапии потребует большой системной работы как на этапе получения высшего медицинского образования, так и в процессе постдипломного непрерывного образования. Подготовка врачей общей практики и неврологов сама должна включать разделы по пограничной психиатрии, психотерапии, с обязательным овладением коммуникативными навыками, методами проведения краткого психотерапевтического интервью (беседы), коррекции очевидных когнитивных искажений, релаксации. В противном случае психотерапевтическую помощь будет получать лишь малая часть пограничного контингента, получающего медицинскую помощь в общемедицинской сети.

Разумеется, принципиальное значение имеют вопросы организационного взаимодействия психотерапевтов, интернистов, неврологов, которые к настоящему времени не имеют общепринятого решения. Однако их разрешение вне формирования рационального профессионального отношения данных специалистов к психотерапии может оказаться неэффективным. Вопрос о формах организационного взаимодействия нуждается в отдельном подробном рассмотрении и выходит за рамки настоящей статьи.

Формирование социального запроса на психотерапию и клиническую психотерапию в российском обществе. Формирование социального запроса на психотерапию в целом и клиническую психотерапию в частности является долговременной задачей, которая может быть решена при следующих условиях:

1) легитимизация психологической и клинической психотерапии на государственном уровне с созданием национальных систем оказания психотерапевтической помощи государственного, общественного и частного уровней, решающих задачи образования, практики, научных исследований;

2) целенаправленная просветительская государственная и общественная политика, направленная на позитивное принятие психотерапии населением на уровнях культуры, обыденного сознания.

Очевидно, что в условиях массивной фармакоцентрированной обработки населения масс-медиа, расчет на общественный резонанс от самой, пусть даже эффективной психотерапии недостаточен и

может проявиться лишь в весьма отдаленной и туманной перспективе.

Заключение

Развитие врачебной психотерапии, в свете вышеизложенного, представляется разрешением одной из задач на пути целостного становления системы оказания психотерапевтической помощи в России, включающей формирование психологической и клинической психотерапии. Врачебная психотерапия понимается нами как один из компонентов клинической психотерапии, важный, но не единственный, поскольку второй определяется участием клиницистов психологов.

В области пограничных расстройств, прежде всего невротического и стрессового спектров, психотерапия способна ограничить, прекратить либо исключить применение психофармакотерапии. В условиях накопления информации об ограничениях и побочных эффектах современной психофармакологии представляется важным внедрение в психотерапевтическую практику экологического подхода, клинически целесообразно ограничивающего проведение сочетанной с психотерапией психофармакотерапии при пограничных расстройствах необходимым минимумом.

Профессиональная подготовка врачей-психотерапевтов должна, по нашему мнению, преодолевать исходные фармакологическую направленность и патернализм, а также отсутствие системных знаний в областях общей и клинической психологии; формировать специализации по психосоциальной терапии и психотерапии пограничных расстройств; сочетать комплексное овладение психотерапевтическими и психиатрическими знаниями в области профильной специализации.

Эффективность клинической и врачебной психотерапии на методическом уровне определяется работой системы оказания медицинской помощи в целом и системы оказания первичной медицинской помощи в особенности. Актуальной задачей становится овладение врачами общей практики, интернистами, неврологами, минимальными базовыми знаниями основ психиатрии и клинической психотерапии в совокупности с базовыми практическими навыками коммуникации, проведения интервью, техники релаксации.

Очевидная недовостребованность психотерапии и клинической психотерапии обществом в современной России имеет свои исторические корни и нуждается в целенаправленном преодолении государственно-социальными, в том числе информационными средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буль П.И. Основы психотерапии. – М., 1974. – 302 с.
2. Бурно М.Е. О роли-назначении психотерапии в сегодняшней и завтрашней жизни // Психотерапия в Российской Федерации: миссия выполнима! – М., 2006. – С. 31–38.
3. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия. – Л., 1973. – С. 55.

4. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л. Депрессия в кардиологии. Что нужно знать практическому врачу. – М., 2006. – 19 с.
5. Гиллиген С. Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии. Пер. с англ. – М.: «Класс», 1997. – 416 с.

6. Гриндер Д., Бендлер Р. Структура магии. Пер. с англ. – М.: «Каас», 1995. – 520 с.
7. Гриндер Д., Бендлер Р. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. Пер. с англ. – Воронеж, 1995. – 256 с.
8. Гроф С. За пределами мозга. Пер. с англ. 2-е изд. – М., 1993. – 504 с.
9. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Леде-ра. – М., 1990. – 384 с.
10. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Рус. мед. журн. – 2001. – Т. 9, № 25. – С. 1202–1203.
11. Гурович И.Я., Голанд В.Б., Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М., 2007. – 572 с.
12. Захаревич А.С., Тонков В.В. Традиционные народные практики и психотерапия: соотношение и характер взаимодействия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 10, № 4. – С. 88–94.
13. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М., 1985. – 298 с.
14. Карвасарский Б.Д. Психотерапия при неврозах // Руководство по психотерапии. – Ташкент, 1985. – С. 387–423.
15. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М., 1990. – 475 с.
16. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. – Л., 1971.
17. Макаров В.В. Психотерапия в Российской Империи, Советском Союзе, Российской Федерации // Психотерапия в Российской Федерации: миссия выполняема! – М., 2006. – С. 3–22.
18. Менделевич В.Д. Психотерапия на грани иррационализма // Психотерапия в Российской Федерации: миссия выполняема! – М., 2006. – С. 40–44.
19. Мягер В.К., Мишина Т.М. Семейная психотерапия // Руководство по психотерапии. 2-е изд. – Ташкент, 1979. – С. 297–310.
20. О’Коннор, Д., Сеймор Д. Введение в нейролингвистическое программирование. Пер. с англ. – Челябинск: «Версия», 1997. – 256 с.
21. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. – СПб., 2003. – 544 с.
22. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М., 1962. – 532 с.
23. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 1998. – 752 с.
24. Попов Л.М. Психотерапия как отрасль психологии // Психотерапия в Российской Федерации: миссия выполняема! – М., 2006. – С. 60–64.
25. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова, А.Б.Шмуклера. – М., 2007. – 260 с.
26. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М, 1981. – Т. 3. – С. 285–288.
27. Рожнов В.Е. К теории эмоционально-стрессовой психотерапии // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. – Л., 1982. – С. 10–15.
28. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. 3-е изд. – Ташкент, 1985. – С. 29–45.
29. Рожнов В.Е. Гипнотерапия // Руководство по психотерапии. 3-е изд. – Ташкент, 1985. – С. 176–177.
30. Рожнов В.Е., Бурно М.Е. О защитно-психологической структуре гипноза // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1976. – Т. 76, № 9. – С. 1406–1408.
31. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. Пер. с англ. – 2-е изд. – М., 1993. – 368 с.
32. Свядощ А.М. Неврозы. – М., 1982. – 236 с.