

# Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра

*Максименко К.С., кандидат психологических наук, доцент, докторант Киевского национального университета имени Тараса Шевченко, e-mail: 244-19-63@mail.ru)*

В статье на репрезентативном материале современной отечественной теории и практики психотерапии показано, что психологический аспект соматического страдания хотя и осознается современной медициной, традиционно трактуется как второстепенный и не поддающийся прогнозированию и алгоритмизированию. Осуществлен метатеоретический анализ отечественных и зарубежных концепций в практике психотерапии соматических больных, анализируется практическая эффективность различных моделей личностно-ориентированной психотерапии пациентов с личностными расстройствами непсихотического генезиса. Выделяется специфическая сфера деятельности медицинского психолога и психотерапевта, а именно личностно-ориентированная психотерапия пациентов с непсихотическими личностными расстройствами или дискомфортными психоэмоциональными состояниями, проявляющимися на фоне хронического соматического заболевания. Рефлексивный метатеоретический анализ существующей теории и практики психотерапевтической работы с подобными пациентами позволяет четко распознать и определить круг проблем, признаки того или иного расстройства, т. е. сформулировать необходимую ориентировочную основу для данного конкретного круга проблем и, главное, обеспечить надлежащее пространство для наиболее эффективного психотерапевтического вмешательства, направленного на активизацию адаптивных ресурсов личностного «Я».

**Ключевые слова:** психологический аспект соматического страдания, личностно-ориентированная психотерапия, расстройства непсихотического генезиса, психотерапевтическая работа, деятельность медицинского психолога, активизация адаптивных ресурсов личностного «Я».

Для цитаты:

Максименко К.С. Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: <http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Maksimenko.phtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

Maksimenko K.S. Methodology and Psychotechnics of reconstruction of the Self in clinical disease of different spectra. Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at:

<http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Maksimenko.phtml> (Accessed dd.mm.yyyy)

**Постановка проблемы, актуальность.** Проблематика личностной психотерапии в современной медицинской психологии ставит актуальный с научной точки зрения вопрос о специфике модели полноценного многоаспектного здорового «Я» как фундамента психотерапевтической работы с пациентами / клиентами. Многоаспектное личностное «Я», познающее и познаваемое выступает одной из важнейших парадигм личностной психотерапии в современной медицинской психологии. Психотерапия как основная составляющая в общей структуре клинической психологии в условиях сосуществования двух моделей с разными методологиями – медицинской и психологической, в реализации изучения и создания психологических методов воздействия на психику человека с лечебной и практической целью должна опираться на психологические исследования личностного «Я».

Признавая, что развитие психоанализа способствовало возникновению разнообразных теоретических ответвлений и форм психотерапевтической практики, отметим всё же, что с целью решения практических задач психологической и психотерапевтической помощи пациентам / клиентам, страдающим хронифицирующими и тяжелыми соматическими заболеваниями, необходимо проводить психологические исследования, направленные на поиск новых, клинически значимых фактов и феноменов реконструктивной психотерапии. Особенно, на наш взгляд, требует серьезных научных психологических исследований проблема личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра и в объяснении психологических детерминант личностных нарушений, связанных с болезненными состояниями организма. **Целью** данной статьи является изучение наиболее эффективных способов реконструкции личностного «Я» пациентов, страдающих от психоэмоциональных и личностных расстройств непсихотического генезиса.

**Анализ последних исследований и публикаций.** Анализ психотерапевтических исследований и конкретных процессов психотерапии на территории постсоветского пространства в целом и среди украинских психологов и психотерапевтов в частности свидетельствует: все больше исследователей пытаются не просто копировать традиционные парадигмы и схемы психотерапевтической работы, заимствованные на Западе, но ставят перед собой собственно теоретические, рефлексивные задачи на определение, какие именно модели психотерапии, традиционные и новейшие, и каким именно образом могут составлять наиболее эффективный арсенал борьбы с психологическим страданием личности на фоне хронических и тяжелых соматических и психосоматических заболеваний (К.М. Амосова, В.В. Бабич, В.В. Воробьев, В.С. Гаськов, С.Г. Гринвальд, С.М. Мороз, В.В. Свиридова, Т.П. Яворская и др.).

Вместе с тем следует отметить, что подавляющее большинство таких и подобных им исследований страдают эмпиризмом, недостаточной методологической и теоретической обоснованностью основных исходных положений, которым по традиции присваивается статус аксиоматичности, но которые не выдерживают критики в условиях внетенденциозного, идеологически

не ангажированного метатеоретического исследования. Так, в известном исследовании А.Ф. Бондаренко, посвященном реконструкции профессионального сознания постсоветских психологов, доказано, что существует большое расхождение между декларируемыми методолого-теоретическими основами деятельности психотерапевтов и психологов, практикующих психотерапию, и фактически применяемыми ими способами действий [1]. В то же время зарубежные исследования проигрывают от злоупотребления так называемым методом «case analysis», согласно логике которого психотерапевт всегда одерживает победу над болезнью, или традиционным обращением к попыткам психоаналитически направленного лечения, хотя в настоящее время, можно считать общепризнанной аксиомой, что психоанализ не является и не может быть методом собственно лечения.

**Изложение основного материала.** Рассмотрим особенности методологии и психотехники, относящихся к процессам психотерапии личностного «Я», как она оформилась к концу XX – началу XXI века. Психотерапевтическая работа, связанная с личностной психотерапией пациентов, страдающих психиатрическими и общесоматическими заболеваниями, носит вспомогательный характер по отношению к основному курсу лечения. По крайней мере именно так в основном понимают и трактуют ее, согласно сложившейся традиции, современные исследователи – как отечественные, так и зарубежные (А.Е. Айви, А.А. Александров, В.В. Бабич, М.Е. Бурно, Л.И. Вассерман, В.Ф. Простомолотов, А.Б. Холмогорова, Л.М. Щеглов, Brautigam W., Zur O. и др.).

Актуальность и необходимость соответствующей психотерапии обусловлены комплексным, системным подходом к лечению заболеваний. В ходе лечения основного заболевания зачастую оказывается, что наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь, связанная с психологической переработкой внутренней картины болезни и формированием у пациентов более адаптивных, с учетом их состояния, ценностно-смысловых ориентаций.

Из вышесказанного вытекает следующая немаловажная пресуппозиция: личностная психотерапия при хронических и инвалидизирующих заболеваниях, в том числе и прежде всего соматических, предполагает систему психокоррекционных мероприятий, а также психологическую реабилитацию и психологическую профилактику. Реабилитация (как система и как процесс) при этом включает в себя собственно психологический компонент, который должен соответствовать уровню развития и зрелости личности, ее направленности, установкам и отношениям, преобладающим формам психологической компенсации, а также учитывать степень социальной интеграции личности в основные малые группы: семью, производственный коллектив, неформальное социальное окружение и т. п.

Заболевание (психическое или соматическое) вызывает у человека те или иные психологические реакции, обусловленные его характерологическими и личностными особенностями. Как результат, у больного формируется тот или иной тип психологического реагирования на заболевание. Со времен В.М. Бехтерева, Э. Кречмера, П.Б. Ганнушкина и вплоть до работ В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского система представлений медико-психологического знания, относящегося к внутренней картине здоровья и болезни, типам реакций на болезнь, специфике

переживания болезни во времени, влиянию болезни на психику человека, занимают важное место в проблематике медицинской психологии и лечебного дела вообще. Как справедливо подчеркивает В.Д. Менделевич, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей взаимоотношений в системе «врач-пациент», однако для эффективного лечения в равной степени важны и учет психологических переживаний пациента и, несомненно, как собственно профессиональная, так и психологическая, в частности, коммуникативная компетентность врача [2, с. 213–219].

В одной из наиболее разработанных и распространенных типологий психологического реагирования на заболевание, созданной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым, учитывается три группы факторов, определяющих способ реагирования: природа самого заболевания, тип личности, в частности акцентуация характера, и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе [там же, с. 173]. Эти типы объединены в блоки.

1. Типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация в целом не нарушена, – гармоничный, эргопатический и анозогнозический.

2. Типы реагирования на болезнь, характеризующиеся психической дезадаптацией интрапсихической направленности (повышенная тревожность, ипохондричность, неврастеничность, депрессивность и апатичность).

3. Типы реагирования, отличающиеся психической дезадаптацией интерпсихической направленности (эгоцентрический, паранояльный, дисфорический, сензитивный).

Таким образом, система отношений к болезни включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Совершенно очевидно, что вызванные заболеванием реакции человека не могут не влиять на его личностное «Я», затрагивая не только сферу отношения к болезни, но и самоотношение, самооценку, принятие себя – все то, что составляет внутренний психологический мир человека.

Особое место в указанной проблематике принадлежит хронифицирующим и инвалидизирующим заболеваниям, поскольку последние затрагивают социальный статус пациента, его функциональные роли в социуме, круг общения и интересов, уровень притязаний и самооценки, но главным образом – необходимость трансформации прежнего привычного образа жизни и деятельности, необходимость формирования нового жизненного стереотипа. Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является весомой частью «внутренней картины болезни», соответственно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации. И это при том, что в контексте нашей работы мы исключаем из специального анализа вероятность летального исхода, влияние болезни на возможность поддержания прежнего материального благосостояния, влияние болезни на сферу сексуальных отношений и репродуктивных функций, не говоря уже о сфере досуга и интересов. Если же принять во внимание присутствующие в массовой практике врача и медицинского психолога терминальные заболевания, весьма часто проявляющиеся болевые характеристики болезни, необходимости как радикального, так и

паллиативного лечения со всеми сопутствующими им сложностями, становится совершенно очевидным, что методологические и психотехнические вопросы личностной психотерапии требуют постоянной и тщательнейшей проработки в зависимости от конкретной жизненной ситуации.

Трудности начинаются уже с определения индивидуально-типологических особенностей больных и характеристики типов личностного реагирования на заболевание. Как известно, больные зачастую не просто не стремятся, а избегают привлекать внимание врачей к изменениям в нервно-психической сфере. Они не хотят, чтобы их признали «нервными» больными, «неадекватными», а тем более с изменениями со стороны психики. Поэтому при изучении состояния психической сферы даже у соматических больных большую ценность имеют экспериментально-психологические методики. В процессе экспериментально-психологического исследования медицинский психолог может составить внутреннюю картину болезни пациента и тем самым сориентировать врача, насколько адекватно больной представляет свое заболевание и способен выстроить адаптивный тип поведения. Со времен С.И. Боткина принцип «лечим не болезнь, а больного» является одним из ведущих в отечественной врачебной традиции.

Значимость личностного подхода традиционно подчеркивается в профессиональной литературе (Ф.В. Бассин, С.А. Кулаков, Б. Любан-Плоцца, В.Н. Мясищев), являясь одним из важнейших теоретико-методологических принципов отечественной медицины. Поэтому представляется несомненной необходимость детального исследования клинических особенностей личности больного и ее трансформации, динамики компенсаторных, проективных и деструктивных механизмов в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Цели психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными могут быть самыми разнообразными: помощь в преодолении внутриличностного конфликта, коррекция и психотерапия различных последствий влияния болезни на психику, коррекция неэффективных механизмов психологической защиты и помощь в построении адекватного копинг-поведения, адаптация к болезни, коррекция внутренней картины болезни, работа с семьей больного для активизации социальной поддержки, изменение преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни и затрудняющих ее течение и процесс реабилитации и т. д. В рамках проблемы психотерапевтической реконструкции личностного «Я» больных психическими и соматическими заболеваниями некоторыми исследователями и психотерапевтами-практиками предпринимаются попытки исследования этой проблемы и описания опыта применения психотерапевтических методов в реализации той или иной психотерапевтической работы с больными.

Так, в результате изучения невротических заболеваний Б.Д. Карвасарский создал модель, которую можно использовать в процессе исследования трансформации личностных особенностей больных. Согласно Б.Д. Карвасарскому, по невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте

оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной психотравмирующей ситуации. В этом случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания – стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и являются, по сути, зафиксированным и устойчивым отношением к себе. На третьей стадии невроза – при его затяжном течении и невротическом развитии – отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию [3].

Первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, внутренними проблемами; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования. Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами – особенности поведения и межличностного функционирования – выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, которые свидетельствуют, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой стороны, указывают на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные первичные, вторичные и третичные особенности личности пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут играть биологические методы лечения (в том числе и современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые проявляются в поведенческой сфере, осуществляется более конструктивно при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответственно учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и другие формы психотерапии (суггестию, аутосуггестии и др.). Влияние различных лечебно-восстановительных методов (в том числе и тех, которые имеют

психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, прослеживаются автором не только при неврозах, но и на моделях различных заболеваний, таких как эпилепсия как органическое заболевание головного мозга и ишемическая болезнь сердца как психосоматическое заболевание.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни помимо теоретического имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная М.Е. Бурно [4] терапия творческим самовыражением психопатических и хронически-шизофренических расстройств, особенно с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента. Автор указывает на особенности работы пациентов разных групп в терапии творческим самовыражением: 1) с психастениками – научно-лечебная информация, чувственное оживление, 2) с астениками – забота, доброта, художественные, лирические эмоции, 3) с дефензивными циклоидами (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее влияние авторитета психотерапевта, 4) с дефензивными шизоидами – помощь в творческом общественно-полезном выражении своей идентичности, видении подлинных ценностей в других людях, 5) с дефензивными эпилептоидами – помощь в поисках положительных черт в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном выражении своей идентичности, 6) с дефензивными истерическими психопатами – нужно помочь научиться заслуживать внимание людей, пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением, 7) с ананкастами – нужно помочь сделать навязчивые переживания основой для творчества; 8) с дефензивными малопрогрессирующе-шизофреническими пациентами – на основе особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) можно помочь пациенту, беспрестанно активизируя его творчески, общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию расчленения-сюрреалистичности, которая имеет особую гармонию [там же].

В несколько ином, но также клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств А.Е. Личко [5].

Как показали социально-психологические исследования в процессе формирования и осуществления аутодеструктивного поведения (в том числе

алкоголизма, наркомании, увлечения опасными для жизни и здоровья видами спорта), важную роль играет самооценка человека, характер и степень ее сформированности, оценка его поведения другими и личностью поведения других [6]. В контексте рассмотрения социальной перцепции у людей с аутодеструктивными паттернами поведения, деятельности и стиля жизни отмечаются такие особенности как резко полярная самооценка (или безосновательно завышена, или занижена), оценка своего поведения носит оправдательный характер по типу каузальной и ситуативной атрибуции, снижение критики проявляется в отрицании наличия аутодеструктивного поведения по принципу сравнения себя с другими. В случае аутодеструктивного поведения при завышенной самооценке человек склонен гипертрофировать свои преимущества как в своих глазах, так и в глазах других, причем он способен приписывать себе несуществующие положительные и социально одобряемые качества, при заниженной самооценке свое аутодеструктивное поведение человек трактует как вынужденное, ищет у других поддержки и подтверждения объективных причин, которые приводят его к саморазрушению.

Формирование аутодеструктивных паттернов поведения имеет в своей основе социально-перцептивные механизмы, основанные на построении самооценки и самоотношения, которые возникают в рамках межличностного взаимодействия. Завышенная самооценка порождает тенденции к самодеструктивному поведению, пренебрежительному отношению к мнению других и к другим людям вообще. Компенсаторное поведение при недостаточном количестве социально-одобряемых форм снятия негативных последствий фрустрирующих ситуаций осуществляется при обращении к психоактивным веществам, суицидальному поведению или психоэмоциональной разрядке с помощью экстремальных видов спорта. При заниженной самооценке также формируется интенция в уход от реальности, и прежде всего от себя, при отрицательном отношении к себе – в компенсаторную деятельность, прием психоактивных веществ, выбор профессии, связанной с риском для жизни и здоровья, а также суицидальное поведение.

По данным исследований В.А.Худика, нарушение самооценки по мере развития алкоголизма проявляется раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформированности выраженного алкогольного слабоумия. Разногласия в самооценке и объективной оценке по ряду психодиагностических методик увеличиваются по мере нарастания психического дефекта [7]. Таким образом, искаженно-дефицитарная самооценка формируется задолго до формирования аутодеструктивного поведения и служит основой дезадаптации человека. В работе с аддиктивными пациентами психотерапевт сталкивается с интенсивной регрессией, которая может пойти путем злокачественного развития, актуализацией нарциссических личностных черт, а также словесной невыразительностью зоны базисного дефекта. В качестве эффективного метода работы с такими пациентами все шире используется символдрама, в рамках которой происходит интенсивная работа с нарциссическим удовольствием и словесным выражением состояний пациента, которое происходит вслед за образным [8].

Психотерапия, особенно адекватная, в случае психогенных расстройств прежде всего в групповых ее формах применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Для каждого типа эндогенных психических заболеваний используются определенные типы психотерапевтического вмешательства, направленные на те или иные цели. Основная литература по этой проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (А.Б. Холмогорова, В.Д. Менделевич, В.В. Макаров и др.). При достаточной разработанности системы психотерапевтического и психосоциального воздействия для таких больных исследования их личностного «Я» и вопросы, связанные с его реконструкцией, остались малоразработанными. Однако еще менее разработанными являются вопросы, относящиеся к психотерапии пациентов с соматическими заболеваниями. Не секрет, что до настоящего времени вопросы психотерапии с соматическими больными, по существу, игнорировались как исследователями, так и практиками. В известной нам литературе (В.Д. Менделевич, М.Е. Бурно, В.Е. Рожнов, В.Ф. Простомолотов, А.Р. Лурия, Ю.С. Шевченко, И.С. Павлов, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарский, В.В. Макаров, В.Н. Мясищев, Ю.А. Александровский и др.) вопросы личностной психотерапии освещаются практически исключительно в отношении пациентов психиатрического профиля, в то время как отношения в системе «врач – пациент» с больными, страдающими соматическими заболеваниями, ограничиваются преимущественно деонтологическими соображениями [9]. Не претендуя на абсолютное первенство в постановке проблемы, мы вместе с тем считаем необходимым подчеркнуть: абстрагирование от психобиологической сущности человека в ущерб психосоциальной, как и наоборот, безусловно является редуционистским и примитивизирующим столь сложную сферу человеческой деятельности как врачебное дело. Игнорирование достижений и возможностей современной медицинской психологии с явным перекосом усилий медицинских психологов и психотерапевтов лишь в одну сторону, а именно в сторону нервно-психической патологии, без учета психологии здоровья и личностных ресурсов человека, страдающего соматическим заболеванием, в настоящее время выступает анахронизмом.

На наш взгляд, решающее значение при включении в систему лечения не только больных с психиатрическим опытом, но соматических пациентов имеет правильное соотношение психологического обследования, личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов возможных личностных расстройств и их специфики на разных этапах лечения основного заболевания.

**Вывод.** Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра должна опираться на понимание особенностей когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов системы отношений к болезни; на знание психологии здоровья и особенностей личностных ресурсов человека, страдающего заболеванием; на понимание соотношения клинических, психофизиологических, психологических механизмов личностных расстройств при выборе соответствующих техник

личностноориентированной и симптоматической психотерапии. Сопоставительный анализ личностно-ориентированных подходов в современной психотерапии психосоматических расстройств в целом и соматогении в частности, свидетельствует: все они делятся на три большие группы в зависимости от оснований, заложенных в их теоретический фундамент. Первая группа (психодинамический, психосинтез и другие неклинические подходы) исходит из представлений о «Я» как некой объективно существующей инстанции в структуре личности. Вторая (когнитивно-поведенческие и собственно клинические подходы) делает акцент на том, что «Я» – лишь функция, производное от процессов социальных интеракций и соматического состояния. Третья группа (экзистенциально-гуманистические подходы) пристальное внимание уделяет процессам рефлексии и ценностно-смысловой организации личности. Зачастую при непосредственной реализации психотерапевтической работы психотерапевты и медицинские психологи исходят из той концепции «Я», которая принята в разделяемом ими подходе. Но мы делаем акцент на том, что во всех без исключения направлениях современной психотерапии независимо от методов, приемов, принципов и алгоритмов реализуется, по сути, симптоматическая идея: облегчить страдание пациента. Иными словами, мы вынуждены с высокой степенью предположить: современная психотерапия соматогений является не чем иным как паллиативом.

## Литература

1. *Бондаренко А.Ф.* Профессиональное сознание постсоветских психологов Украины / А.Ф. Бондаренко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2007. – № 1–2 (36–37). – С. 96–107.
2. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
3. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – [Изд-е 5-е, испр. и доп.]. – М., 2008. – 573 с.
4. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – [2-е изд.] – М.: Академический проект, 2006. – 800 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – М.: Питер. – [4-е изд.] – 2011. – 864 с.
6. *Братусь Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 2008. – 302 с.
7. *Худик В.А.* Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993. – 144 с.
8. *Обухов Я.Л.* Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я.Л. Обухов. – Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ Рос. Федерации. – М., 1997. – 33 с.

9. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди.  
– Будапешт: Akademia kiado. Изд-во академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

---

# Methodology and Psychotechnics of reconstruction of the Self in clinical disease of different spectra

*Maksimenko K.S., PhD in Psychology, Associate Professor, Doctoral Student, Kyiv National Taras Shevchenko University (244-19-63@mail.ru)*

---

In the article on a representative material of the modern Russian theory and practice of psychotherapy, we show that the psychological aspect of physical suffering, although recognized by modern medicine, is traditionally treated as a minor and one that defies prediction and algorithmisation. We conducted a metatheoretic analysis of domestic and foreign concepts in the practice of somatic patients psychotherapy, analyzed the practical effectiveness of different models of person-centered psychotherapy of patients with personality disorders of nonpsychotic genesis. We allocated specific scope of clinical psychologists and psychotherapists, namely personality-oriented psychotherapy in patients with non-psychotic personality disorders or uncomfortable psychological conditions manifested by chronic physical illness. Reflective metatheoretical analysis of existing theory and practice of psychotherapeutic work with these patients allows to clearly define and identify the range of issues, signs of a disorder, i.e. formulate an indicative basis for this particular set of problems and, most importantly, provide appropriate space for the most effective psychotherapeutic intervention aimed at enhancing the adaptive resources of the Self.

**Keywords:** psychological aspect of physical suffering, personality-based psychotherapy, non-psychotic disorders, psychotherapeutic work, clinical psychologist activity, activation of adaptive resources of the Self.

---

## References

1. *Bondarenko A.F.* Professional'noe soznanie postsovetskih psihologov Ukrainy / A.F. Bondarenko // Vestnik Associacii psihiatrov Ukrainy. – 2007. – № 1–2 (36–37). – S. 96–107.
2. *Mendelevich V.D.* Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Uchebnoe posobie / V.D. Mendelevich. – [5-e izd.] – M.: MEDpress-inform, 2005. – 432 s.
3. *Karvasarskij B.D.* Nevrozy / B.D. Karvasarskij. – [Izd-e 5-e, ispr. i dop.]. – M., 2008. – 573 s.
4. *Burno M.E.* Klinicheskaja psihoterapija / M.E. Burno. – [2-e izd.] – M.: Akademicheskij proekt, 2006. – 800 s.

5. *Karvasarskij B.D.* Klinicheskaja psihologija / B.D. Karvasarskij. – M.: Piter. – [4-e izd.] – 2011. – 864 s.
6. *Bratus' B.S.* Anomalii lichnosti / B.S. Bratus'. – M.: Mysl', 2008. – 302 s.
7. *Hudik V.A.* Psihologija anomal'nogo razvitija lichnosti v detskom i podrostkovo-junosheskom vozraste / V.A. Hudik. – Kiev, 1993. – 144 s.
8. *Obuhov Ja.L.* Glubinno-psihologicheskij podhod v psihoterapii psihosomaticheskikh zabojevanij / Ja.L. Obuhov. – Ros. med. akad. poslediplom. obrazovanija MZ Ros. Federacii. – M., 1997. – 33 s.
9. *Hardi I.* Vrach, sestra, bol'noj. Psihologija raboty s bol'nymi / I. Hardi. – Budapesht: Akademia kiado. Izd-vo akademii nauk Vengrii, 1988. – 338 s.