

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛИЧНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

*А. В. Махнач, Н. Л. Горобец*

**З**начительные социально-экономические изменения условий жизни в нашей стране, психотравмирующая социальная ситуация для наших современников определяют возрастающую востребованность психотерапевтической помощи: трудно встретить человека без проблем психологической адаптации или же психических расстройств [17]. В связи с этим сегодня психотерапия как область знания и практики в России развивается бурно и стремительно. В нашей стране профессия психотерапевта формировалась и развивалась в рамках медицины и, как следствие, в настоящее время законодательно закреплена в качестве субспециальности в психиатрии [7]. Последние десятилетия происходила активная экспансия психотерапии и ее методов в неклиническую среду, в частности в практическую психологию, в которой психотерапия получила «нелегальную прописку» [12, 17, 28, 32 и др.]. Вместе с тем многие ученые [5, 9, 26, 27 и др.] считают, что профессия психотерапевта сегодня успешно складывается в самостоятельную профессию, весьма востребованную обществом, и по праву претендует на независимость от тех профессий в рамках медицины (психиатрии) и психологии, частью которых она до сих пор традиционно считается.

Несмотря на возрастающую значимость, востребованность и широкое распространение психотерапевтической помощи, правовые аспекты регулирования профессиональной деятельности психотерапевта не в полной мере отвечают требованиям общества: нередко психотерапевтическая практика беспрепятственно осуществляется неквалифицированными специалистами [32 и др.]. Сложившаяся ситуация может способствовать уменьшению информационной и психологической безопасности граждан, а также возникновению простора

для манипулирования, т. е. использования методов психотерапии для воздействия на отдельных людей, групп и общество в целом с корыстными целями [17].

Изучению профессии психотерапевта в России, как и в других странах, уделяется внимание ученых, однако исследования носят чаще всего фрагментарный характер. В отечественной и зарубежной психологии не проводилось комплексное профессиографическое исследование деятельности психотерапевта. Известно, что для эффективной работы психотерапевта, имеет значение не только, что специалист делает, но и что он собой представляет как личность [15], поэтому изучение личности психотерапевта все больше вызывает интерес исследователей и является в настоящее время одним из основных направлений исследований по психотерапии [11, 48]. Вместе с тем результаты исследований особенностей личности психотерапевта как субъекта труда разрознены и не систематизированы [11], что затрудняет построение программы специалиста. Специалисты, оказывающие психотерапевтическую помощь, до сих пор не могут достичь единства взглядов на профессиональную деятельность психотерапевта в связи с тем, что предметная область психотерапии чрезвычайно широка и неоднородна, а концептуально-теоретические основы и практические приложения пестры и многообразны [10]. Подчеркивая многоплановость психотерапии, С. Ледер [16] указывает, что различные представления о психотерапии исходят из специфики подхода (модели, парадигмы) к психотерапии. Своеобразие исторического развития психотерапии в нашей стране обусловило наибольшее распространение медицинского и психологического подходов к психотерапии [8, 16]. В медицинском подходе психотерапия, прежде всего, относится к *лечебному методу*, влияющему на состояние и психическое (соматическое) функционирование организма, в котором используется комплексное воздействие на пациента, в том числе и психологическими методами. Психотерапия здесь фокусируется на болезни, результате и методике, на умении поставить правильный диагноз и «прописать» необходимое лечение [22]. В психологическом подходе психотерапия понимается как *вид межличностного взаимодействия*, в котором особую роль играют отношения клиента и психотерапевта, где психологическое принятие, умение психотерапевта сопереживать и следовать за клиентом не менее значимо, чем постановка диагноза и выбор методов воздействия.

Проведя сравнительный анализ (более 50 источников) представлений ученых об особенностях профессиональной деятельности психотерапевта по ряду основных параметров объекта труда и субъекта труда [14], мы пришли к следующему:

- 1 **Основные различия** профессиональной деятельности определяются тем, что *предметом труда* в психологическом подходе является проблема, состояние, ресурсы [34, 37], в медицинском подходе – нарушения, болезнь [22, 27]; *базовое образование специалиста* в психологическом подходе должно быть психологическим или психотерапевтическим [5, 10, 32, 33, 45], в медицинском подходе – медицинским [13, 21, 22]; *позиция психотерапевта* в диаде «психотерапевт–клиент» в психологическом подходе характеризуется субъект-субъектными отношениями, а человек интерпретируется как «клиент» в терминах совладания, развития, адаптации [20, 29, 37, 39, 46 и др.], в медицинском подходе – отношения субъект-объектные, человек интерпретируется, прежде всего, как «больной» в терминах функционирования и адаптации [8, 13 и др.].
- 2 Отмечено частичное **сходство** по таким параметрам, как *цели труда, профессиональные задачи и методы работы*. Основной задачей психотерапевта, вне зависимости от подхода, является оказание психотерапевтической помощи. Вместе с тем в медицинском подходе говорится преимущественно о купировании синдромов заболевания, улучшении психического состояния и т. п., а в психологическом подходе – о раскрытии внутреннего потенциала, выявлении скрытых смыслов и т. п.
- 3 Профессиональная деятельность психотерапевта в психологическом и медицинском подходах практически полностью **совпадает** по параметрам *результативность труда и влияние профессии на специалиста*. Указывается на высокую эмоциональную напряженность труда психотерапевта [2, 42, 44], на риск возникновения эмоционального выгорания [21, 25] и профессиональной деформации [36], которые не зависят от подхода к психотерапии.
- 4 В литературе четко не определены профессиональные задачи психотерапевта (особенно в психологическом подходе); нет четкого описание методов работы психотерапевта в обоих подходах, а говорится лишь о задачах и методах самой психотерапии, причем понятие «метод» трактуется неоднозначно. В то время как именно по данным параметрам, на наш взгляд, наиболее эффективно эмпирическое сопоставление профессиональной деятельности представителей психологического и медицинского подходов.

Таким образом, различное понимание психотерапии в медицинском и психологическом подходе во многом определяет особенности профессиональной деятельности психотерапевта. Вместе с тем в насто-

ящее время в работах ряда авторов [12, 28, 41] остро стоят вопросы о соответствии реальной ситуации теоретическому представлению о подходах к психотерапии. В накопленных знаниях о специфике медицинского и психологического подходов к психотерапии [3, 16, 8, 22, 46] практически отсутствует эмпирическое сравнение деятельности психотерапевта с позиций данных подходов.

Говоря о профессии психотерапевта необходимо подчеркнуть, что большинство отечественных и зарубежных ученых и практиков выступают за дальнейшее ее развитие в русле развивающегося в настоящее время интегративного подхода к психотерапии [4, 9, 26, 38]. Интегративный подход призван усилить преимущества и минимизировать ограничения профессиональной деятельности психотерапевта психологического и медицинского подходов, которые представляют собой здесь не альтернативу, а полюса психотерапии. Отмечается, что анализ предмета труда с позиции как медицинского, так и психологического подходов сужает область психотерапии до работы преимущественно с патологией психической деятельности или помощи в решении проблем психологического характера, поэтому необходима интеграция предметных областей двух подходов [31, 38]. В качестве предмета профессиональной деятельности психотерапевта в контексте интегративного подхода могут выступать как «нарушения поведения» без развития психической патологии (психологический подход), так и нарушения поведения и социального функционирования как следствие развития «болезненных состояний» (медицинский подход), с акцентом на проблеме, личности и ресурсах клиента [8]. Следовательно, изучение профессиональной деятельности психотерапевта с учетом параллельно существующих медицинского и психологического подходов к психотерапии будет способствовать более точному ее описанию, выделению современных требований к личности специалиста, а также позволит получить ответ на вопрос о возможностях осуществления профессиональной деятельности психотерапевта в русле интегративного подхода к психотерапии.

## **Методика**

Целью исследования является: создание профессиограммы психотерапевта для проведения профконсультационной работы и выявления критериев профотбора. Особое внимание в исследовании уделено психограмме специалиста, что позволяет наметить ориентиры личностного развития специалиста, что повысит эффективность работы психотерапевта и снизит риск профессиональной деформации его личности.

В целях профессиографического анализа деятельности психотерапевта использовались: 1) методика диагностики межличностных отношений Т. Лири; 2) тест 16 PF Р. Кеттелла; 3) личностный опросник Д. Кейрси; 4) методика «Ценностные ориентации» М. Рокича. Кроме того, были разработаны и применялись авторские методики: 1) анкета «Профессия психотерапевта»; 2) методика «Характеристики психотерапевта» (см. таблицу 1).

**Таблица 1**  
Методы и методики эмпирического исследования

Цель	Метод	Методика
Изучение: 1) объекта труда; 2) субъекта труда (индивидуальные и объективные характе- ристики)	Экспертная оценка; опрос	Анкета «Профессия психо- терапевта»
Составление «идеального профиля» психотерапевта	Экспертная оценка	Методика «Характерис- тики психотерапевта»; Методика Т. Лири
Составление «реального профиля» психотерапевта	Диагностика личност- ных особенностей психотерапевта	«Ценностные ориента- ции» М. Рокича; опросник Д. Кейрси; 16PF Р. Кеттелла

Авторская анкета «Профессия психотерапевта» была составлена на основе анализа литературы, результатов непосредственного и опосредованного наблюдения за работой психотерапевтов, данных бесед со специалистами с целью изучения и описания профессии психотерапевта. Анкета включает в себя 37 вопросов, позволяющих: 1) дать общую характеристику профессии; 2) составить характеристики профессиональной деятельности; 3) изучить условия труда психотерапевта; 4) определить объективные характеристики субъекта труда.

Методика «Характеристика психотерапевта» представляет список из 70 личностных качеств и способностей, описывающих профессиональную деятельность психотерапевта. Эти характеристики методом экспертного опроса были сгруппированы в 5 блоков: интеллектуальная сфера (24 качества); эмоциональная сфера (14 качеств); социально-коммуникативная сфера (8 качеств); морально-этическая сфера (17 качеств) и мотивационно-волевая сфера (7 качеств). Каждую характеристику необходимо было оценить по шкале от -5 до 5 баллов относительно их желательности для успешной работы психотерапевта.

Математико-статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Excel XP и SPSS for Windows 13.0. Для установления достоверности различий между изучаемыми выборками использовались непараметрические критерии: U Манна–Уитни и  $\varphi^*$  – угловое преобразование Фишера.

В исследовании приняло участие 78 практикующих психотерапевтов из 11 городов России, из которых для подробного анализа были отобраны 46 человек: 21 человек с базовым медицинским образованием (выборка «М») и 25 человек с базовым психологическим образованием (выборка «П»), прошедших специальную подготовку по психотерапии, со стажем работы в области психотерапии не менее трех лет (средний стаж – 7,6 лет), наличием психотерапевтической практики на момент исследования. Средний возраст респондентов – 37,4 лет. По выбранным параметрам выборки «П» и «М» уравновешены.

## **Результаты и их обсуждение**

### *1 Общая характеристика профессии психотерапевта*

Определены основные сферы и преобладающие виды деятельности психотерапевтов. Подавляющее большинство (84,2%) респондентов выборки «М» (условно: «медики») работают в медицинских учреждениях ( $\varphi=5,56$ ,  $p\leq 0,01$ ), а большая часть выборки «П» (условно: «психологи») (38,9%) – в учреждениях психологической направленности ( $\varphi=2,32$ ,  $p\leq 0,01$ ). Область деятельности «психологов» не так четко концентрируется на какой-то одной сфере психотерапевтической практики, как у «медиков». В литературе отмечается проблема профессиональной идентификации психотерапевта, которую часто связывают с отсутствием отчетливого образа профессионала и размытостью ролевых ожиданий, строящихся из странной смеси образов западного кино и литературы и до боли знакомых стереотипов врача и учителя [19]. Большинство специалистов, осуществляющих психотерапевтическую практику, вне зависимости от базового образования идентифицируют себя с психотерапевтом (70,8% по выборке «П» и 55% по выборке «М»). Опрошенные респонденты занимают различные должности: врач-психотерапевт (32,2%), психотерапевт (22,8%), психолог-консультант (18,8%), психиатр (17,9%) и др. Вместе с тем в Общероссийском классификаторе профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов (ОКПДТР) [23] не значится должность психотерапевта, причем по результатам опроса должность психотерапевта занимает 31,3% респондентов с психологическим образованием. Это еще раз доказывает, что актуальная ситуация не со-

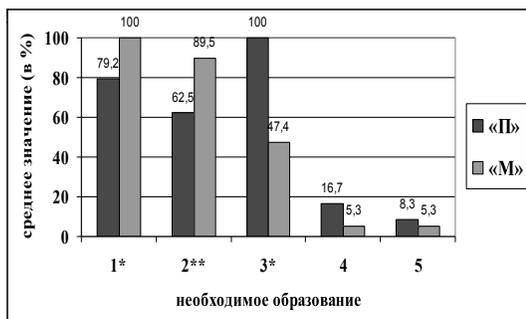
ответствует юридически закрепленному за психотерапией статусу: «действующее положение о приходе в психотерапию только через психиатрию повсеместно нарушается» [27], что требует его пересмотра, а также внесения корректировок в ОКПДТР. Факт распространения психотерапии за пределы медицинских учреждений подтверждает, что профессиональная деятельность психотерапевта в современных условиях не может быть ограничена рамками медицинского подхода к психотерапии, а более широкое применение психотерапии в учреждениях медицинской направленности – скорее результат юридического статуса психотерапии, чем назначение психотерапии как таковой. Сложившаяся ситуация в области психотерапевтической практики обуславливает то, что большинство «медиков» работает в госучреждениях, а «психологи» больше, чем «медики» занимаются частной практикой: выборка «П» – 76,5%, а выборка «М» – 52,6% ( $\varphi=1,71$ ,  $p\leq 0,05$ ). Приоритетными направлениями работы психотерапевтов по выборке «П» и «М» являются оказание психотерапевтической помощи/лечения (в среднем по выборке «П» 42,8% времени работы, по выборке «М» – 50%), повышение профессионального уровня, развитие собственной личности (23,9% и 20% соответственно), а также педагогическая и консультационная работа (13,2% и 7,7% соответственно).

По нашим данным в обеих выборках отмечается теоретический эклектизм психотерапевтов вне зависимости от базового образования специалистов: преобладает у «медиков» поведенческий подход ( $U=91$ ,  $p\leq 0,01$ ), а у «психологов» – гуманистический и системный подходы ( $U=134$ ,  $p\leq 0,05$ ). Это подтверждает описанную в литературе тенденцию: в настоящее время конфронтация и конкуренция последователей различных направлений психотерапии сменяются терпимостью, взаимным принятием и стремлением специалистов использовать в своей практике принципы и технические приемы разных направлений, стремясь найти наиболее эффективный метод помощи. Поведенческая психотерапия в последнее время на практике все чаще сочетается с психодинамическими, когнитивными приемами других подходов. Специалисты все чаще ориентируются на целостный психотерапевтический процесс (интегральный, холистический, эклектический, мультимодальный) [4, 12, 17, 32, 35, 40]. По данным литературы, базовое образование психотерапевта во многом определяет особенности его профессиональной деятельности [8]. Юридически закреплённым требованием к образованию психотерапевта является наличие медицинского образования. Отмечены существенные расхождения во взглядах на необходимое образование психотерапевта у респондентов с медицинским и психологическим образованием

(количество выборов в данном вопросе не ограничивалось): 100% «психологов», в отличие от «медиков» выступает за психологическое образование ( $\varphi^*=5,49$ ,  $p \leq 0,01$ ), «медики» наиболее оптимальным назвали психотерапевтическое образование 100% ответов, с чем согласны 79,2% «психологов» ( $\varphi^*=3,2$ ,  $p \leq 0,01$ ) (рисунок 1). За соответствие медицинского образования требованиям профессии психотерапевта 89,5% выборов «медиков» и 62,5% «психологов» ( $\varphi^*=2,23$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, как желательное «медики» выделяют психотерапевтическое и медицинское образование, а «психологи» – психологическое и психотерапевтическое. Отданное предпочтение респондентов выборки «П» «своему» (психологическому), а не психотерапевтическому образованию, на наш взгляд, является формой защиты специалистов в условиях их юридической незащищенности. Возможно, респонденты выборки «М» чувствуют себя более спокойно и уверенно, могут признать некоторые недостатки их базового образования. В целом высокая оценка респондентами психотерапевтического образования подтверждает мнение ученых о том, что на сегодняшний день психотерапия является самостоятельной профессией, для которой врачи, психологи, педагоги являются не более чем кандидатами на обучение психотерапии. Психотерапевтами они могут стать, пройдя соответствующее обучение, приобретя новую профессию психотерапевта [8, 18, 32, 33].

В наших исследованиях мы показываем, что существует принципиальное сходство содержательной стороны профессиональной деятельности психотерапевтов с базовым психологическим и медицинским образованием (границы применения психотерапии, возрастной диапазон клиентов, формат и временные рамки оказания психотерапевтической помощи и др.). Также получено, что престижность



Примечание:

- 1 – психотерапевтическое;
- 2 – медицинское;
- 3 – психологическое;
- 4 – религиозное;
- 5 – педагогическое
- \* –  $p \leq 0,01$ ;
- \*\* –  $p \leq 0,05$  (критерий  $\varphi^*$ )

Рис. 1. Требования к образованию специалиста в выборках «П» и «М»

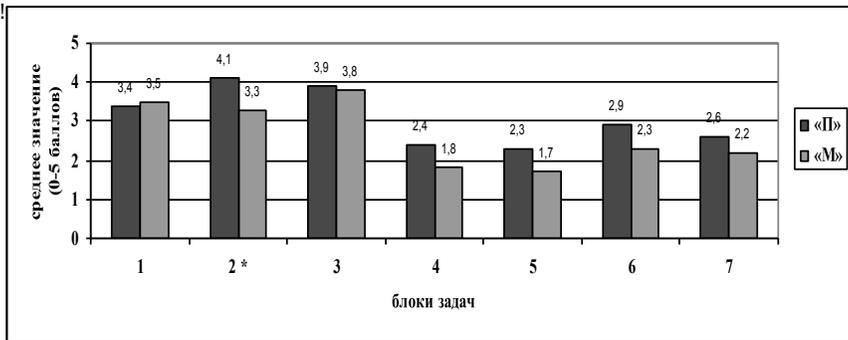
профессии психотерапевта в нашей стране, по оценкам экспертов, чуть выше среднего (по выборке «П» – 3,5 балла, по выборке «М» – 3,3 балла, при максимуме – 5 баллов). Как отмечается в литературе [32], популярность психотерапии неуклонно растет. Однако процесс формирования образа психотерапии в обществе происходит стихийно. В общественном сознании, в том числе в сознании ряда специалистов смежных профессий, встречаются некоторые заблуждения, связанные с психотерапией; ее зачастую смешивают с оккультными практиками [32]. Отмечается, что эта проблема, являясь социально-психологической, несомненно, заслуживает внимания исследователей с целью разработки обоснованных стратегий воздействия на общественное мнение. При этом речь может идти как о пропаганде психотерапевтической помощи, осуществляющейся на профессиональном уровне, так и о контрпропаганде лженаучных психотерапевтических учений, манипулирующих общественным мнением и эксплуатирующим естественную веру человека в выздоровление [41]. Социальные представления не являются застывшей данностью, и их содержание отражает воспринимаемую реальность и меняется вместе с ее изменениями.

По нашим данным показано, что существуют различия в позиции «медиков» и «психологов» в определении статуса человека, обратившегося за психотерапевтической помощью. Человека, который обратился за помощью, «психологи» (91,3%), в отличие от «медиков» (42%), называют «клиентом» ( $\varphi^*=3,83$ ,  $p\leq 0,01$ ), а «медики» чаще, чем «психологи» (47,4% и 21,7% соответственно), называют «пациентом» ( $\varphi^*=2,06$ ,  $p\leq 0,05$ ) и «больным» (26,3% и 0% соответственно) (количество выборов в данном вопросе не ограничивалось). Данная ситуация подтверждает, что большинство респондентов выборки «П» придерживаются психологического подхода к психотерапии, для которого свойственно понятие «клиент» с соответствующим отношением к человеку, обратившемуся за помощью, а большая часть респондентов выборки «М» являются приверженцами медицинского подхода, для которого характерно отношение к обратившемуся за помощью человеку как к больному [8, 13, 22 и др.]. Полученные данные не столь категоричны: отмечен разброс данных по выборке «М»: примерно равное количество респондентов называют обратившегося за помощью человека «клиентом» и «пациентом» (42 и 47,4% ответов соответственно), а термин «больной» используется значительно реже. То, что психотерапевты с медицинским образованием в 42% случаев используют понятие «клиент» (психологический подход), говорит о тенденции к интеграции психологического и медицинского подходов. Мы разделяем мнение А. Ф. Бондаренко [1] и считаем, что замена тер-

мина «пациент» (страждущий) на термин «клиент» (заказчик), окончательно инсталлирует в массовое сознание психотерапию как одну из услуг наряду с другими, что наилучшим образом соответствует в настоящее время психологии и идеологии общества массового потребления.

## 2 *Профессиональные задачи и методы работы психотерапевта*

На основе литературных данных, бесед с психотерапевтами, наблюдением за их работой на предварительном этапе исследования был составлен подробный список профессиональных задач психотерапевта, а на основном этапе – проведена экспертная оценка их значимости. *Приоритетными профессиональными задачами* (экспертная оценка выше 4 баллов при диапазоне от 0 до 5) выборок «П» и «М» являются: оказание психотерапевтической помощи (4,9 и 4,8 балла соответственно), установление контакта с клиентом (4,9 и 4,8 балла соответственно), выявление психологической проблемы клиента и ее причин (4,2 и 4,3 балла соответственно), сбор и уточнение информации о клиенте (4,6 и 4,2 балла соответственно), постановка целей психотерапии (4,2 и 4 балла соответственно), повышение профессионального уровня (от 4,3 до 4,7 балла). Приоритетными профессиональными задачами «психологов» являются так же «анализ и обобщение получаемой в ходе терапии информации» (4,5) и «работа с супервизором, участие в групповых супервизиях» (4,3). «Медики», в отличие от «психологов» в качестве приоритетных выделяют диагностические задачи: «клиническая диагностика функциональных и соматических нарушений» (4,2) и «постановка дифференциального диагноза» (4,4) ( $U=71,5$  и  $U=37,5$ ,  $p \leq 0,01$ ). Это обусловлено спецификой базового образования респондентов с одной стороны, и ведущей ролью диагностики как таковой в медицине, что подтверждает данные литературы [8, 13, 22]. Кроме того, отмечается, что «медики» и «психологи» по-разному трактуют одни и те же профессиональные термины [8]. Например, диагностика является задачей профессиональной деятельности психотерапевта вне зависимости от его теоретической направленности и принадлежности к тому или иному подходу к психотерапии. Однако диагностика в медицинском подходе понимается как распознавание симптомов и болезни, а в психологическом подходе – как выявление актуального состояния и проблем клиента. Все профессиональные задачи на предварительном этапе исследования по содержательной близости методом экспертной оценки (4 психотерапевта со стажем работы более 7 лет) были сгруппированы в 7 блоков, которые во многом совпали с основными направлениями работы психотерапевта и оценкой их значимости (см. рисунок 2).



**Рис. 2.** Значимость блоков профессиональных задач в выборках «П» и «М»

Примечание: 1 – психотерапевтическая работа; 2 – повышение профессионального уровня; 3 – развитие собственной личности; 4 – консультативная и супервизорская работа; 5 – научно-исследовательская деятельность; 6 – методическая работа; 7 – «писанина»; \* –  $p \leq 0,01$  (критерий U).

Важно отметить, что «психологи» оценивают как значимое повышение профессионального уровня относительно других блоков задач и, в сравнении с «медиками» ( $U=88$ ,  $p \leq 0,01$ ), больше уделяют внимание группе задач «установление контакта с клиентом» ( $U=85,5$ ,  $p \leq 0,01$ ) (эта группа задач входит в блок «психотерапевтическая работа»). В целом оценка значимости блоков профессиональных задач по выборкам «П» и «М» совпадает (в 91,7% случаев), что говорит о принципиальном сходстве профессиональных задач «медиков» и «психологов».

Таким образом, данные нашего исследования вносят коррективы в представления о существенных различиях профессиональных задач психотерапевтов, работающих в рамках психологического и медицинского подходов [22]: теоретические декларации о различиях профессиональных задач психотерапевта медицинского и психологического подхода не подтверждаются на практике. Результаты исследования говорят о значительном сходстве профессиональных задач, стоящих перед специалистами с психологическим и медицинским образованием, что позволяет выделить *ядро профессиональных задач* психотерапевта в контексте интегративного подхода. К ним относим:

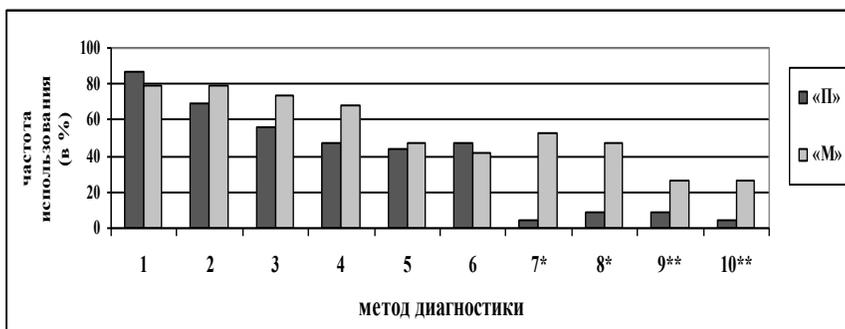
#### 1 Психотерапевтическая работа:

- установление контакта с клиентом (установление доверительных отношений);

- диагностика (сбор и уточнение информации о клиенте; постановка дифференциального диагноза; психодиагностика личности; выявление психологической проблемы клиента и ее причин);
  - планирование психотерапии (постановка целей психотерапии; создание программы психотерапии; анализ и обобщение получаемой в ходе терапии информации);
  - проведение психотерапии (оказание психотерапевтического воздействия).
- 2 Повышение профессионального уровня (посещение семинаров, лекций, тренингов, конференций; изучение профессиональной литературы, методик, новых методов работы; работа с супервизором, участие в групповых супервизиях).
  - 3 Развитие собственной личности (получение психотерапевтической помощи в качестве клиента, собственная терапия).

Полученные эмпирические данные позволили дополнить, уточнить и систематизировать существующие теоретические представления о **методах работы психотерапевта** в нашей стране. Данные исследования доказывают, что и «психологи» и «медики» наиболее часто используют одни и те же *методы (приемы)* в практической деятельности, т. е. существует ядро профессиональных методов (приемов) работы, которое не зависит от образования, что согласуется с полученными данными о теоретическом эклектизме респондентов и мнением исследователей [12, 17, 35]. Наиболее распространенными приемами являются «постановка вопросов», «проявление позитивного отношения к пациенту», «уточнение», «слушание», «беседа», «вербализация», «обобщение», «проявление эмпатии» (более 2 баллов при диапазоне от 0 до 3 баллов). «Медики» и «психологи» преимущественно не используют медикаментозное лечение, а применяют психологические методы воздействия (91,1 и 73,5% соответственно). Установлено, что «медики», так же как и «психологи», в подавляющем большинстве случаев используют «психологические» методы диагностики (первые 6 методов на рисунке 3).

Наиболее распространенными *методами диагностики* в выборках «П» и «М» являются наблюдение в естественной или моделируемой обстановке (87% и 78,9% соответственно) и методы опроса: анкетирование, интервьюирование (69,6% и 78,9% соответственно). «Медики» значительно чаще, чем «психологи», используют «медицинские» методы диагностики ( $\varphi^*=4,0$ ,  $p \leq 0,01$ ). Однако отсутствие различий по выборке «М» и «П» в оценке приоритетных методов диагностики позволяет сделать вывод об их сходстве по данному параметру с уточ-



**Рис. 3.** Методы диагностики в выборках «П» и «М»

Примечание: 1 – наблюдение; 2 – методы опроса; 3 – поведенческая оценка; 4 – применение опросников, тестов, методик и др.; 5 – беседа с родителями, близкими, учителями и др.; 6 – анализ творчества; 7 – аппаратные методы исследования; 8 – соматическое обследование; 9 – генетические методы; 10 – лабораторные методы; \* –  $p \leq 0,01$ ; \*\* –  $p \leq 0,05$  (критерий  $\varphi^*$ ).

нением о более широком арсенале и активном использовании методов диагностики в выборке «М».

### 3 Обзорная характеристика условий труда психотерапевта

По нашим данным, у «медиков» отмечается лучшая организация труда, техническое и методическое оснащение рабочего места по сравнению с выборкой «П», причем у «психологов» наблюдается наибольший разброс организации рабочего места. Данный факт подтверждается исследованиями, в которых отмечается слабая обеспеченность психологов-консультантов диагностическими и коррекционными материалами (соответственно 49 и 26% от желаемого) [30]. Это обусловлено, на наш взгляд, отсутствием четких требований к условиям труда специалиста с психологическим образованием. Напротив, примерный перечень оборудования психотерапевтического кабинета «медика» утвержден приказом Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» и отражен в Приложение № 6 данного документа.

В ходе исследования было установлено, что режим труда психотерапевта не зависит от образования специалиста. Таким образом, можно говорить о едином режиме труда психотерапевта: продолжительность рабочей недели психотерапевта в среднем составляет 27,7 часов, а количество рабочих дней – 4,3. Средняя продолжительность рабочего дня психотерапевта – 6,4 часов. В литературе, с одной сто-

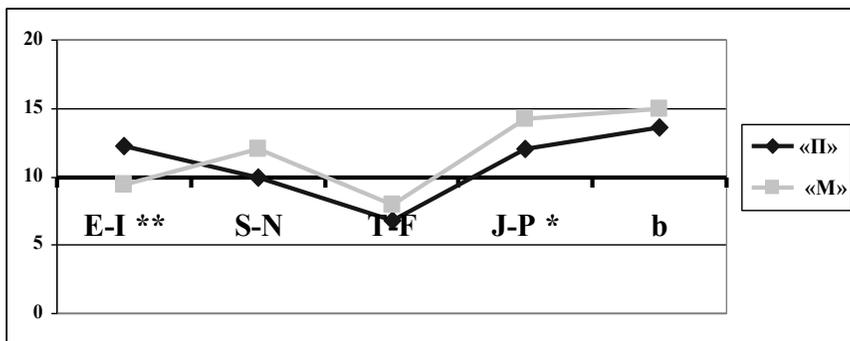
роны, указывается на высокую перегрузку психотерапевта в нашей стране, обусловленную стремлением специалиста компенсировать недостаточно высокую оплату его труда [2], с другой стороны, на необходимость восстановления ресурсов психотерапевта, как средства труда [17, 34]. В связи с этим для ответа на вопрос об оптимальности установленного режима труда психотерапевта необходимы дополнительные исследования.

Основную часть оплаты труда психотерапевта вне зависимости от образования составляет оклад и гонорар (соответственно 53,7% и 43%) и лишь у 3,4% оплата зависит от грантов, написания популярных статей, книг и др. У «психологов» несколько больший процент дохода занимает гонорар, чем оклад (51,3 и 43,7% соответственно), а у «медиков» – напротив, оклад (63,7% дохода – оклад и 34,6% – гонорар). На наш взгляд, это объясняется тем, что у «психологов» большая доля частной практики, чем у «медиков», а также большей финансовой защищенностью «медиков» со стороны государства.

Результаты исследования подтверждают данные литературы [2, 21, 34, 36] о том, что труд психотерапевта сопряжен с высокой эмоциональной напряженностью (среднее значение по двум выборкам – 4,4 балла, максимум – 5 баллов), а также умственной напряженностью (среднее значение по двум выборкам – 4,2 балла). Причем отмечена тенденция к более высокой оценке эмоциональной напряженности своего труда психотерапевтами с психологическим образованием, чем их коллегами «медиками» (4,8 и 4 балла соответственно), что связано, на наш взгляд, с более эмоциональными отношениями в диаде «психотерапевт – клиент».

Психотерапевты в своей практике сотрудничают с целым рядом специалистов, но чаще всего с психиатрами, неврологами, психологами, терапевтами и логопедами. По результатам исследования выявлена тенденция более активного сотрудничества психотерапевтов с медицинским образованием с другими специалистами.

Таким образом, психотерапевты с медицинским образованием лучше своих коллег с психологическим образованием защищены государством, что проявляется в большей регламентированности труда, в большем проценте практики в госучреждениях; лучшем оснащении и организации рабочего места; большей долей оклада в общем доходе психотерапевта, более тесном взаимодействии с другими специалистами, что, с одной стороны, расширяет их поле деятельности, с другой – обеспечивает лучший обмен опытом. Напротив, «психологи» больше занимаются частной практикой, работают за гонорар, следовательно, лишены стабильности в работе и доходах; область деятель-



**Рис. 4.** Психологический профиль респондентов выборок «П» и М» (опросник Д. Кейрси)

Примечание: E-I – экстраверсия–интроверсия; S-N – здравомыслие–интуиция; T-F – размышление–переживание; J-P – рассудительность–импульсивность; (более 10 баллов говорит о преобладании первого показателя в биполярной шкале); b – яркость типа (от 0 до 40 баллов); \* –  $p \leq 0,01$ ; \*\* –  $p \leq 0,05$  (критерий U).

ности психотерапевтов с психологическим образованием не так четко концентрируется на какой-то одной сфере психотерапевтической практики, как у терапевтов с медицинским образованием.

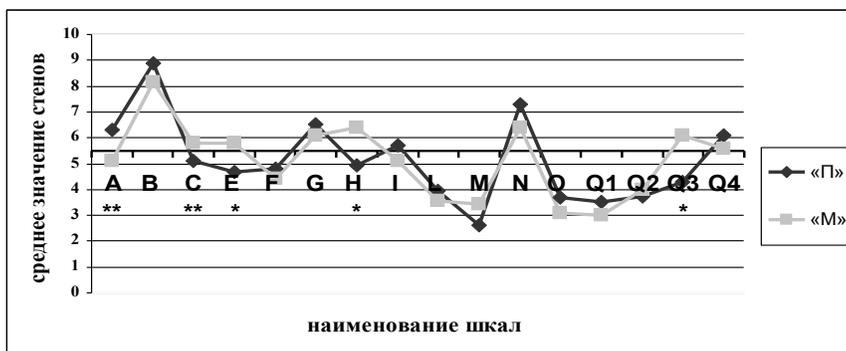
#### 4 Психограмма психотерапевта

Результаты опросника Д. Кейрси [24] по выборкам «П» и «М» во многом совпадают (см. рисунок 4). Установлены статистические различия лишь по шкале J-P (рассудительность–импульсивность): результаты респондентов с медицинским образованием по шкале рассудительность более выражены ( $U=142$ ;  $p \leq 0,01$ ). Вместе с тем данные различия не повлияли на формулу психологического типа: и «психологи» и «медики» относятся к типу J (рассудительность) (среднее значение по выборке «П» – 12 баллов, по выборке «М» – 14,2). Расхождение в формуле психологического типа отмечено лишь по шкале E-I (экстраверсия–интроверсия): большинство «психологов», в отличие от «медиков», являются экстравертами ( $U=165,5$ ;  $p \leq 0,05$ ). Формула психологического типа респондентов с психологическим образованием – ESFJ, а с медицинским – ISFJ.

По результатам 16PF-опросника Р. Кеттелла, наблюдается сходство «медиков» и «психологов» по широкому ряду личностных характеристик (см. рисунок 5). Вне зависимости от базового образования, психотерапевты характеризуются откровенностью, благожелатель-

ностью по отношению к другим людям, терпимостью, уживчивостью (шкала *L*); некоторой консервативностью (шкала *Q1*); сознательным соблюдением норм и правил поведения, настойчивостью в достижении цели, точностью и ответственностью (шкала *G*), демонстрируют пронизательность, разумный и сентиментальный подход к событиям и окружающим людям (шкала *N*). Вместе с тем установлены различия между выборками «П» и «М» по шкале *A* (средние значения – 6,3 и 5,1 соответственно), что подтверждает данные, полученные по опроснику Д. Кейрси: «психологи» более общительны, по сравнению с коллегами «медиками» ( $U=160,0$ ,  $p \leq 0,05$ ) (см. рисунок 4). «Психологам» в некоторой степени (5,1 стена по шкале *C*) свойственна низкая толерантность к фрустрации, подверженность чувствам, склонность к лабильности настроения, а «медикам» больше присущи сдержанность, постоянство интересов, реалистический настрой (5,8 стена по шкале *C*) ( $U=175,0$ ,  $p \leq 0,05$ ). Данные результаты согласуются с фактором *F* (опросник Д. Кейрси).

«Медики» демонстрируют более высокий внутренний контроль (шкала *Q3*) ( $U=112,5$ ,  $p \leq 0,01$ ), что согласуется с более высокой оценкой «медиков» значимости характеристики «способность к самоконтролю» для успешной работы психотерапевта (методика «Характеристики психотерапевта») ( $U=180$ ,  $p \leq 0,05$ ); проявляют смелость и активность в социальных контактах (значение по шкале *H* 6,4 и 4,9 стена соответственно) ( $U=121,5$ ,  $p \leq 0,01$ ), независимость, самоуверенность, склонность к авторитарному стилю руководства. «Психологи» склонны занимать зависимую позицию, брать вину на себя, тревожиться



**Рис. 5.** Психологический профиль респондентов выборки «П» и «М» (16PF–Р. Кеттелла)

Примечание: \* –  $p \leq 0,01$ ; \*\* –  $p \leq 0,05$  (критерий *U*).

о своих возможных ошибках (значение по шкале *E*: 5,8 и 4,7 соответственно) ( $U=138,5$ ,  $p \leq 0,01$ ). На наш взгляд, полученные результаты по шкале *I*, *E* и *Q3* в выборках «П» и «М» указывают на занимаемую позицию специалистов в диаде «психотерапевт – клиент». Следовательно, можно констатировать, что существует: 1) связь базового образования и занимаемой позиции психотерапевта в диаде «психотерапевт–клиент»; 2) сходство «идеального» и «реального» профиля психотерапевтов по данным параметрам.

Сравнительный анализ результатов исследования личностных особенностей психотерапевтов с базовым психологическим и медицинским образованием, их представлений об «идеальном» психотерапевте, а также сопоставление результатов эмпирического исследования с данными литературы (результаты проведенных ранее исследований личностных особенностей психотерапевтов, взгляды выдающихся психотерапевтов и клиентов на необходимые и нежелательные характеристики психотерапевтов) позволяют составить психограмму психотерапевта, отвечающую современным требованиям профессии психотерапевта в России.

**Таблица 2**

Основные требования к личности психотерапевта

<p><b>Интеллектуальная сфера</b> аналитические способности наблюдательность гибкость в суждениях способность к самоанализу, рефлексии уверенность в себе как профессионале профессиональная осведомленность</p>	<p><b>Эмоциональная сфера</b> терпимость чуткость эмоциональная стабильность</p>
<p><b>Морально-этическая сфера</b> уважение человека как личности гармоничность оптимистичность</p>	<p><b>Мотивационно-волевая сфера</b> способность к самоконтролю</p>
<p><b>Социально-коммуникативная сфера</b> социальная смелость, активность способность быстро устанавливать контакт</p>	

Многие исследователи [13, 14, 20, 45] отмечают, что для формирования требований к личности психотерапевта крайне необходимо выделение нежелательных профессиональных качеств, которые будут являться одним из основных критериев профессионального отбора. По результатам методики «Характеристики психотерапевта» респондентами выборок «П» и «М» в качестве нежелательных профессиональных качеств были выделены такие характеристики, как бес-

церемонность, безразличие, агрессивность, склонность к манипулированию окружающими.

## Заключение

Эмпирически установлено *сходство* психотерапевтов с базовым психологическим и медицинским образованием по широкому ряду признаков:

- характеристики профессиональной деятельности и условий труда: направления работы; теоретический эклектизм; формальные характеристики психотерапии; оценка престижности профессии; основные профессиональные задачи; используемые методы (приемы) работы; основные методы диагностики; преимущественное использование психотерапевтических методов воздействия; оценка напряженности работы; режим и форма оплаты труда;
- личностные особенности специалистов: реалистичность, практичность, ориентация на жизненный опыт; способность открыто выражать свои эмоции, умение убедить (переубедить), гуманность, предпочтительность чувств и переживаний; ориентация на результат; проницательность; благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, уживчивость; консервативность; ответственность; высокие интеллектуальные способности;
- представление об «идеальном» психотерапевте.

Выявлены специфические *различия профессиональной деятельности* психотерапевтов с базовым психологическим и медицинским образованием:

- спецификой профессиональной деятельности *психотерапевтов с базовым медицинским образованием* является высокая организованность профессиональной деятельности; тесное взаимодействие с другими специалистами; концентрированность на конкретной сфере психотерапевтической практики; высокое значение диагностики как профессиональной задачи и использование более широкого арсенала методов диагностики; субъект-объектное отношение к человеку, обратившемуся за помощью.
- спецификой профессиональной деятельности *психотерапевтов с базовым психологическим образованием* является приоритет в профессиональной деятельности собственного профессионального и личностного развития; высокое значение эмоционального контакта с клиентом; субъект-субъектное отношение к человеку, обратившемуся за помощью.

Личностные особенности психотерапевта как субъекта труда не зависят от базового образования специалиста и его приверженности к тому или иному подходу к психотерапии. **Основными требованиями к личности психотерапевта** являются стремление к профессиональному развитию, способность к анализу ситуации, способность к самоанализу и рефлексии; способность к всецелому принятию другого, терпимость, уравновешенность; способность быстро устанавливать контакт с незнакомыми людьми; уважение человека как личности, оптимистичность; способность к самоконтролю.

При проведении профессионального отбора необходимо обращать особое внимание на характеристики, **являющиеся противопоказанием для работы психотерапевта**: склонность к манипулированию окружающими, бесцеремонность, безразличие, агрессивность, нарциссические черты, психические заболевания.

Установленное в результате профессиографического анализа принципиальное содержательное сходство характеристик профессиональной деятельности и особенностей личности психотерапевтов с базовым психологическим и медицинским образованием указывает на то, что профессиональная деятельность психотерапевтов в современных условиях не зависит от базового образования специалистов и осуществляется с позиций интегративного подхода к психотерапии.

### Литература

- 1 *Бондаренко А. Ф.* Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 1. С. 63–76.
- 2 *Братченко С. Л., Леонтьев Д. А.* Психолог: личность и ремесло // Личность в современном мире: от стратегии выживания к стратегии жизнетворчества / Под ред. Е. И. Яцуты. Кемерово: ИПК Графика, 2002. С. 91–118.
- 3 *Бурно М.* О российской клинической психиатрической психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 3. С. 182–192.
- 4 *Вагнер Э.* Психотерапия как наука, отличная от медицины // Психотерапия – новая наука о человеке. Екатеринбург–М.: Академический проект, 1999. С. 249–280.
- 5 *Варфоломеева О. В.* Прикладные аспекты профессиональной подготовки психотерапевтов. Симферополь: Бланк-Экспресс, 2002.
- 6 *Варфоломеева О. В.* Профессиональное становление психолога-психотерапевта. Киев: ДП Інформаційно-аналітичне агентство, 2008.

- 7 Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и ВС РФ. № 33. 1992. С. 1913.
- 8 *Каган В. Е.* Границы психотерапии // Независимый психиатрический журнал. 1995. Вып. 2. С. 11–16.
- 9 *Каган В. Е.* Психология и психотерапия: гуманизация и интеграция // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щура. М.: Смысл, 1997. С. 111–123.
- 10 *Калина Н. Ф.* Основы психотерапии. М.: Рефл-бук, 1997.
- 11 *Калмыкова Е. С.* Психотерапия и личность психотерапевта // Гуманистические проблемы психологической теории. М.: Наука, 1995. С. 96–106.
- 12 *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия в России: ретроспектива и задачи дальнейшего развития // Психотерапия: от теории к практике: Материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 8–16.
- 13 *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 2000.
- 14 *Климов Е. А.* Введение в психологию труда. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988.
- 15 *Коттлер Дж.* Лучшие психотерапевты – что они за люди? // Совершенный психотерапевт. Работа с трудными клиентами. СПб.: Питер, 2003.
- 16 *Ледер С.* Дискуссионные вопросы развития психотерапии // Психотерапия: от теории к практике: Материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 16–20.
- 17 *Макаров В. В.* Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
- 18 *Махнач А. В.* Жизненный опыт и выбор специализации в психотерапии // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 5. С. 86–97.
- 19 *Михайлова Е. Л.* Напряжение в сети нормальное (некоторые аспекты психотерапии как социокультурной практики) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3. № 1. С. 77–81.
- 20 *Мэй Р.* Искусство психологического консультирования. М.: Класс, 1994.
- 21 *Нарицын Н. Н.* О вредности профессии, или Как психотерапевты не сходят с ума. <http://www.naritsyn.ru/read/all/klient/vredpsy.htm>.
- 22 *Носачев Г. Н.* Направления, виды, методы и техники психотерапии. В 2 т. Самара: Парус, 1998. Т. 2.

- 23 Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов // Бюллетень Минтруда РФ. 2004. № 6.
- 24 Овчинников Б. В., Владимирова И. М., Павлов К. В. Типы темперамента в практической психологии. СПб.: Речь, 2003.
- 25 Орёл В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1.
- 26 Орлов А. Б. Психотерапия в процессе рождения // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3. № 1. С. 82–96.
- 27 Решетников М. М. Психотерапия – как концепция и как профессия // Независимый психиатрический журнал. 2003. № 2. <http://www.npar.ru/journal/2003/2/psychotherapy.php>.
- 28 Решетников М. М. Психотерапия в России: история и современность // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 3. С. 37–48.
- 29 Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогрес, 1994.
- 30 Рубцов В. В., Малыш С. Б., Кобозева В. Г. Анализ развития службы практической психологии образования Москвы // Психологическая наука и образование. 2002. № 2.
- 31 Савенко Ю. С. «Психиатрическая» и «психологическая» психотерапия – путь к единству // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 4. С. 5–11.
- 32 Сосланд А. И. Психотерапия в сети противоречий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3. № 1. С. 46–67.
- 33 Спиркина Е. А. Новая концепция обучения психотерапии // Психологический журн. 1995. Т. 21. № 1. С. 13–15.
- 34 Тарабрина Н. В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. М.: Когито-Центр, 2007.
- 35 Ташлыков В. А. Проблемы и перспективы подготовки психотерапевтов // Психотерапия: От теории к практике: Материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 152–157.
- 36 Трунов Д. И. И снова о «профессиональной деформации»... // Психологическая газета. 2004. № 6. С. 32–34.
- 37 Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: БАХРАХ-М, 2001.
- 38 Фильц А. Место психотерапии между психиатрией и психологией // Психотерапия – новая наука о человеке. Екатеринбург: Деловая книга; М.: Академический проект, 1999. С. 281–296.

- 39 Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Речь, 2000.
- 40 Холмогорова А. Б. Методологические проблемы современной психотерапии // Вестник психоанализа. 2000. № 2. С. 83–90.
- 41 Чанько А. Д. Социально-психологические аспекты формирования профессионального имиджа психотерапии // Психотерапия: От теории к практике: Материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 57–63.
- 42 Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 1999.
- 43 Bastine R., Kommer D. Strategie therapeutischen Handels // Hrsg. L. H. Eckensberger: Bericht uber 31 Kongress..., 1978. B. 2.
- 44 Guy J. D., Liaboe G. P. The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' Interpersonal functioning. Professional Psychology: Research and Practice. 1986. V. 17. P. 111–114.
- 45 Ivey A., Simek-Downing L. Counseling and psychotherapy: Skills, theories and practice. Englewoodcliffs, 1980.
- 46 Jessor R. "Medical model" vs "social model". <http://www.bfi.org.uk/education/teching> (дата обращения: 23.11.2006).
- 47 Lafferty P., Beutler L., Crago M. Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables // J. Consult. and Clin. Psychol. 1989. V. 57. № 1. P. 76–80.
- 48 Luborsky L., McLellan A. T., Woody G. E., O'Brien Ch., Auerbach A. Therapist success and its determinants // Arch. Gen. Psychiat. 1985. V. 42. № 6. P. 602–611.