

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. Бехтерева

На правах рукописи

ПЕЗЕШКИАН

Хамид

ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
КАК ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ПОДХОД
В РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Специальности: 14.00.18 - Психиатрия
19.00.04 - Медицинская психология

Диссертация в виде научного доклада
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург
1998

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.Н. Бехтерева, Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и Висбаденском институте последипломного образования врачей по психотерапии (ФРГ).

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ

Б.Д. Карвасарский

доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

В.М. Шкловский

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор В.А. Ташлыков

доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН П.И. Сидоров

доктор медицинских наук, профессор В.Д. Менделевич

Ведущее учреждение:

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Москва).

Защита состоится "24" декабря 1998 г. в 13 часов на заседании специализированного совета по защите докторских диссертаций (шифр Д 084.13.01) при Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (193019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3).

С научным докладом можно ознакомиться в библиотеке института.

Научный доклад разослан "28" сентября 1998 г.

Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук,
профессор

А.М. Шерешевский

.....
Contact address:

*Dr. Hamid Peseschkian, Wiesbaden Academy of Psychotherapy, Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden, Germany, Email: hamid@peseschkian.com * Internet: www.peseschkian.com*

Содержание

<i>I.</i>	<i>Общая характеристика работы</i>	4
I.1.	Актуальность проблемы	4
I.2.	Цель исследования	8
I.3.	Задачи исследования	8
I.4.	Основные положения, выносимые на защиту	9
I.5.	Научная новизна и теоретическое значение работы	9
I.6.	Практическое значение проведенной работы	10
I.7.	Апробация	11
<i>II.</i>	<i>Материалы и методы исследования</i>	11
II.1.	Материалы семинаров	12
II.2.	Материалы из клинической деятельности	12
II.3.	Материалы супервизорской и организационной деятельности	12
II.4.	Материалы статистического опроса	13
II.5.	Материалы преподавательской деятельности	13
II.6.	Материалы научной работы и публикаций	14
II.7.	Материалы изучения научной литературы	14
<i>III.</i>	<i>Результаты работы и их обсуждение</i>	14
III.1.	Современная ситуация в российском обществе с психотерапевтической точки зрения	14
III.2.	Психотерапия в России с транскультуральной точки зрения. Психотерапевтическая деятельность в многонациональном переходном обществе	23
III.3.	Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в психотерапии	46
III.4.	Анализ эффективности позитивной психотерапии в России и уточнение критериев российской модели психотерапии	73
III.5.	Психотерапевт, компетентный в вопросах транскультуральной психотерапии, - качества и образ человека	75
<i>IV.</i>	<i>Выводы</i>	76
<i>V.</i>	<i>Рекомендации</i>	79
<i>VI.</i>	<i>Список работ, опубликованных по теме научного доклада</i>	81

I. Общая характеристика работы

I.1. Актуальность проблемы

Наш мир изменился. Впервые в истории человечества мы наблюдаем становление глобального переплетающегося общества, главным признаком которого является культуральное многообразие. Мы живем - будь то на Западе или на Востоке, или между ними - в многонациональном обществе, открытость которого возрастает, что происходит благодаря миграции беженцев, увеличивающейся мобильности одиночек, заключению межнациональных браков, облегчению возможностей путешествий и поездок и многим другим факторам. Мы являемся свидетелями того, что после окончания “холодной войны” большинство мировых проблем приобретает сугубо культурный характер и различие между индивидуалистическими и коллективистскими культурами может привести к еще большему разъединению (Huntington S.P., 1993). Растущее культуральное многообразие ставит перед нами серьезную задачу направить нашу профессиональную деятельность в новое русло с учетом этнокультуральных аспектов, чтобы она соответствовала требованиям сегодняшнего дня. Принятие во внимание культурных традиций не простая задача в области медицины, однако требуется переосмысление, новая ориентация - от монокультурального подхода к многонациональному.

Культуральные факторы играют теперь большую роль в постановке диагноза, изучении эпидемиологии, течения и лечения психических заболеваний (Ташлыков В.А., 1984, 1989; Дмитриева Т.Б., 1994; Вид В.Д., Кабанов М.М., Эрцигкейт Г. и др., 1995; Менделевич В.Д., 1995, 1997; Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1997; Положий Б.С., 1997, 1998; Чуркин А.А., 1997; Mezzich J.E., 1996). Сам по себе диагноз уже является отражением культуральной оценки и представляет собой интерпретацию врачом некой другой интерпретации, а именно восприятия пациента, основанного на его культурном сознании. Мы можем рассматривать заболевания только “в контексте конкретной культуры и конкретного исторического периода, в которых они возникают” (Положий Б.С., 1997). Рамки, в которых, таким образом, происходит “терапевтическая встреча” между врачом и пациентом, изменились, и сегодня, в эпоху многонациональных обществ, именно с этих позиций мы хотели бы заявить об окончании эры монокультуральной психотерапии.

В нашей сегодняшней, по преимуществу западно - ориентированной, психиатрии и психотерапии культуральные факторы (а также и многие другие, например, духовные и экзистенциальные) почти не имеют отражения. Так, к примеру, в классификации DSM-III и DSM-III-R культурные факторы практически не были учтены (Положий Б.С., 1997; Mezzich J.E., 1996). Отсутствующая “культуральная чувствительность” (Kleinmann A., 1996) привела к ошибочным диагнозам, особенно в этнических меньшинствах (Good V.J., 1993; Parron D.L., 1982), что повлекло за собой развитие в 60-е годы

нашего столетия психиатрии меньшинств, которую можно рассматривать как предшественницу транскультуральной психиатрии. Учитывая тот факт, что 80% населения планеты проживает не в западных государствах, возрастающее культурное многообразие должно неизбежно привести к релятивизации существовавших до сих пор психиатрических моделей болезней и подходов.

В России - с ее 21 республикой, одной автономной областью и 10 автономными округами - это имеет особое практическое значение, так как речь идет о совместном проживании свыше 150 национальностей, 19 этнических групп и 7 этнолингвистических семей (Положий Б.С., 1997), психотерапевт должен учитывать это многообразие (Семке В.Я., 1995; Столярова И.П., Поддубная Г.П., Яцков Л.П., 1995). Кроме того, в России существует несчетное количество так называемых национальных меньшинств (как, например, эскимосы, эвенки, манси, ханты, чукчи и другие), чьи условия и стиль жизни существенно отличаются от большинства. Считается, что нерусское население составляет в России примерно 1/5 часть, то есть 27 миллионов человек. Различные исследования российских психиатров продемонстрировали важность транскультурального подхода при диагностике психических заболеваний (Кабанов М.М., 1989; Миневич В.Б., Баранчик Г.М., 1994; Муратова И.Д., Сидоров П.И., 1994; Попов Ю.В., 1995; Семке В.Я., 1996) и указали на культуральные особенности различных расстройств и заболеваний, например, алкоголизма (Муратова И.Д., Сидоров П.И., 1994) или суицидальных тенденций. Культуральные аспекты почти не затрагивались в советской и российской психиатрии и психотерапии, но появились первые обнадеживающие начинания, например научная программа Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского о "Психическом здоровье народов России". В настоящее время российские специалисты рассматривают транскультуральные исследования нервно-психических расстройств в качестве центрального вопроса современных проблем психического здоровья (Семке В.Я., Галактионов О.К., 1997).

Обращаясь к истории медицины, истоки обсуждаемого подхода можно обнаружить в "сравнительной психиатрии" немецкого психиатра Е. Kraepelin (1904). Им была предпринята первая в истории психиатрии попытка систематизированного исследования в области сравнения культуральных аспектов психических заболеваний, проведенного на Яве. С этого времени имели место многочисленные исследования, основывались общества и состоялись конгрессы, на которые можно сослаться в связи с обсуждением этой темы (Triandis H.C., Lambert W.W., 1980; Pfeiffer W.M., 1994). В США с начала 1990 годов зародилось движение, представители которого придерживаются точки зрения (Ponterotto J.G., 1995), что наряду с тремя основными направлениями - психоанализом, бихевиоризмом и гуманистической психотерапией - в качестве "четвертой силы" [Fourth Force] в психотерапии и психологии должна рассматриваться многокультуральная

психотерапия [multicultural counseling¹] (Pedersen P.B., 1991). Позитивная психотерапия является транскультуральным психотерапевтическим методом с гуманистическим видением человека, аналитически-динамической основой и практическим использованием техник и элементов поведенческой терапии.

В последние годы, однако, границы традиционной психотерапии, прежде всего классического психоанализа, также стали более отчетливыми, и вместе с тем возросла и критика психотерапии. Стали говорить об “окончании власти толкований” и что “психоанализ за столетие проанализировал душу до конца” (Pohlen M., Bautz-Holzherr M., 1995). Критика направлена как против теории, так и против практического применения метода. Наряду с возросшими образованностью и информированностью пациента, кризис в здравоохранении актуализировал в связи с необходимостью финансовой экономии вопрос об эффективности психотерапии (Grawe K., 1994), особенно длительной индивидуальной терапии (в Германии психотерапия нередко превышает 100 сеансов; встречается 5 - 10-летнее психоаналитическое лечение, включающее до 1000 сеансов).

В России² многонациональное общество является древнейшей реальностью, несмотря даже на различные попытки стереть это многообразие и создать монокультуральное общество. В этой связи интересен тот факт, что преамбула новой Российской Конституции 1993 года начинается со слов: “Мы, многонациональный народ Российской Федерации...” (Российская Федерация, 1996). Россия является, так сказать, закономерно многонациональным обществом³. Политические и общественные изменения в средней и восточной Европе, происшедшие с 1989 года и отразившиеся в понятии переходного общества, способствовали росту интереса не только бизнесменов, но и западных психиатров, психотерапевтов и психологов к этим странам. Культуральная обусловленность психотерапии означает, что мы, учитывая общественные изменения, которые далеко еще не завершены, должны говорить о новой эре психотерапии и психиатрии в России (Макаров В.В., 1998). Новая эра в России, как и во всей восточной Европе, а также в развивающихся странах, характеризуется импортом западной психотерапии, который от психобума приводит к психо-рынку - явлению, необозримому даже для специалиста. Психологические методы поставляются с Запада, прежде всего из США, которые провозглашаются “единственной психологической супервластью” (Moghaddam F.M., 1987), зачастую без учета и переосмысления их пригодности и эффективности. То же самое можно сказать о подготовке специалистов,

¹ В этой работе некоторые ключевые понятия приведены в оригинале (в основном на английском языке) в квадратных скобках [], так как в специальной литературе они используются именно в такой транслитерации.

² В этой работе под понятиями “Россия”, “русские”, “русский” подразумеваются не только этническая группа русских, но и все живущие в России народы, то есть Россияне.

³ Культура, нация и народ являются не только трудно определяемыми понятиями, но само их значение существенно различается в различных языках. В связи с этим в транскультуральной работе также должна учитываться относительность этих понятий.

которые, получая образование на Западе в соответствии с действующими там нормами, с трудом могут применить полученные знания у себя на родине. Эта глобальная тенденция получила даже сравнение с “психологической колонизацией” (Moghaddam F.M., Harre R., 1995). Подобная проблематика в целом имеет место во всех государствах за пределами США, с ней приходится считаться и в самой западной Европе. В последние годы этот вопрос поднимают многие работы, прежде всего в азиатских странах, опыт которых может оказаться полезным (Hoch E.M., 1990; Kang S., 1990; Rhee D., 1990, 1994; Kakar S., 1994).

Вопросы психотерапевтической деятельности в России и других государствах бывшего СССР освещены в различных работах, где представлены как особенности, так и трудности применения психотерапии в условиях “здесь и теперь” (Карвасарский Б.Д., 1993; Шкловский В.М., 1994; Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1997; Laurinaitis E., 1994; Semyonova N.D., 1994). Постсоветское наследие Россия делит с другими государствами, однако ее единственность и особая ситуация часто не признаются или характеризуются в неполной мере. Многие работы не выходят за пределы анализа и исследуют преимущественно то, чему Россия может научиться у Запада, упуская из внимания то влияние, которое русская психотерапия может оказать на “мир психотерапии”. При этом часто не признается, что и западная психиатрия нуждается в реформировании, а слепое следование западным традициям психиатрии будет означать приобретение не только успехов, но и ошибок Запада (Fulford V., 1997).

Использованная и исследованная в настоящей работе позитивная психотерапия (ППТ) получила развитие из транскультуральных исследований N. Peseschkian и его сотрудников (1974, 1977) в более чем 20 культурах и может применяться в многокультуральных аспектах. В России этот метод, ориентированный на ресурсы краткосрочной психотерапии, применяется с 1989 года и за это время стал одним из широко распространенных (Бараш Б.А., 1993; Бурно М.Е., 1995; Сидоров П.И., Панков М.Н., 1998). Автор впервые применил ППТ в России и приспособил его в работе к местным обстоятельствам [1, 3, 7, 14, 28-32]. Отсюда возникла необходимость изучения опыта применения этого метода в многонациональном российском обществе. При этом следует упомянуть, что этот метод является официально признанным в Германии психотерапевтическим подходом и с 1974 года он входит в программу обучения врачей. Висбаденский институт последипломного образования по психотерапии (WIPF) имеет государственную лицензию на 4-годичную подготовку врачей в области психотерапии. Вопрос эффективности в последние годы являлся одним из ключевых, и в октябре 1997 года подробный отчет “Компьютерный анализ качества позитивной психотерапии” отмечен премией Ричард-Мертен-Прайс за 1997 год - самой высокой медицинской премией в Германии в области подтверждения качества [18].

Работа должна также рассматриваться как продолжение 300-летней истории взаимодействия российских и немецких психиатров, которая может быть названа не только позитивной, но и единственной в европейском масштабе

(Karkos I., 1994). По некоторым данным, историки 18 и 19 столетий придерживались мнения, что совместная работа немецких и российских ученых могла бы быть гораздо более успешной, если бы немцы отказались от своего традиционного игнорирования российской науки, а россияне в свою очередь отступили от своей упрямой позиции - своей самостоятельности, достигаемой любой ценой. Возможно, предлагаемая работа может внести свой вклад в продолжение и возрождение этого исторического сотрудничества.

Актуальность исследования состоит, таким образом, в изучении концепции транскультуральной психотерапии и ее возможного применения в России - представленной на примере позитивной психотерапии как признанного транскультурального метода, а также в анализе особенностей и неповторимости психотерапевтической работы в современном российском обществе. Работа стремится расширить понятие психотерапии, раскрывая значимость культурных факторов в психотерапии и психиатрии. Она обращается к особенностям отношений врач - пациент в сегодняшней России и влиянию этих факторов на них. С ростом многонациональности нашего общества и увеличением меж- и внутриличностных проблем вопрос о соответствующем психотерапевтическом подходе становится все более актуальным.

Работа содержит при этом не только теоретические выводы, но и прежде всего затрагивает практические аспекты работы с пациентами, а также вопросы образования врачей в области психотерапии и психиатрии. Она также может послужить реальной поддержкой для коллег, занимающихся психотерапевтической работой с россиянами, живущими за пределами своей страны.

I.2. Цель исследования

Основной целью данного исследования явилось изучение психотерапии в России в аспекте позитивной психотерапии с транскультуральной точки зрения.

I.3. Задачи исследования

1. Описание теоретической основы позитивной психотерапии как одного из применяемых в России транскультуральных психотерапевтических методов.
2. Описание методов, техник и психотерапевтических стратегий позитивной психотерапии.
3. Описание психотерапевтической ситуации и деятельности в России и ее специфические особенности с транскультуральной точки зрения.
4. Описание психотерапевтического процесса и его компонентов в России с транскультуральной точки зрения (требования к психотерапевту, пациенту, психотерапевтическим отношениям).
5. Разработка критериев для эффективной психотерапевтической модели, учитывающей особенности российского общества.
6. Рекомендации для подготовки компетентных в области транскультуральной психотерапии психотерапевтов и психиатров в России.

7. Анализ использования позитивной психотерапии в различных культурах (Россия - Германия) для оценки ее транскультуральной применимости.

I.4. Основные положения, выносимые на защиту

1. Позитивная психотерапия является действенным методом, который может применяться в транскультуральных условиях и особенно эффективен в лечении психосоматических, невротических и личностных расстройств.
2. Психотерапия в многонациональном обществе должна быть транскультуральной. В связи с глобальной тенденцией формирования многонациональных обществ психотерапия XXI столетия становится транскультуральной.
3. Транскультуральная психотерапия нуждается в новом видении человека, отражающем уникальность индивидуума и его культуры. Особенно в многонациональной России монокультуральная психотерапия не соответствует этой индивидуальности. Позитивная психотерапия благодаря позитивному, гуманистическому видению человека предлагает новый подход, который оказался успешным в клинической практике в России.
4. Психотерапевтический процесс в России отличается от западной психотерапии. Без модификации и учета социальных, культурных и исторических особенностей российского общества западные методики не могут быть успешно применены. Выводы для психотерапевтической деятельности в России могут быть сделаны при идентификации и описании факторов эффективности психотерапевтического процесса.
5. Позитивная психотерапия, представляющая собой интеграцию восточной и западной психотерапии, показала свою эффективность в России. Благодаря своему особому подходу, она может применяться как краткосрочная психотерапия, а также как метод консультирования.
6. Психотерапевты и психиатры должны обладать компетентностью в транскультуральных вопросах, чтобы эффективно работать в многонациональном обществе. Прямым следствием этого является подготовка и повышение квалификации врачей и других специалистов.

I.5. Научная новизна и теоретическое значение работы

- Научная новизна этой работы заключается в первом комплексно-монографическом обращении к проблематике транскультуральной психотерапии в России, проведенном на основе позитивной психотерапии. Кроме того, впервые столь подробно представлено применение метода позитивной психотерапии в России. Психотерапевтические отношения и их отдельные компоненты анализируются в транскультуральном сравнении. Исследуется применимость различных техник позитивной психотерапии в России. Полученные результаты важны не только для работы методом позитивной психотерапии, но и для психотерапии в целом, клинической

психиатрии, медицинской психологии и других наук. Впервые предпринимается попытка психологического описания русского общества с точки зрения конструкторов индивидуализма и коллективизма, которые считаются ключевыми понятиями кросскультурной психологии (Kagitcibasi, C., Berry, J.W., 1989).

- Работа представляет собой вклад в развитие нового научного направления в психотерапии - в развитие транскультуральной психотерапии, которой до сих пор не существовало как самостоятельной специальности, однако значение которой с каждым днем возрастает. Тем самым данная работа может послужить расширению понятия психотерапии. Результаты и выводы, таким образом, имеют не только национальное, но и международное значение в связи с повсеместным применением психотерапии.
- Положенные в основу исследования позволяют дать непосредственные рекомендации для лечебной работы, а также для подготовки и повышения квалификации врачей, психиатров и психотерапевтов с точки зрения необходимости транскультуральных знаний.
- Новизна работы состоит в том, что ее автор является единственным в течение нескольких лет живущим и работающим в России западным психиатром (с 1991 года), и представленный здесь опыт приобретен в результате обучающей деятельности, исследований, клинической практики в 25 областях России. Многие предшествующие наблюдения западных психотерапевтов основывались на заключениях после нескольких дней пребывания, как правило, в Москве или Санкт-Петербурге. Автор не является лишь западным наблюдателем, он активный участник процесса развития российского общества и использующейся в нем психотерапии.

1.6. Практическое значение проведенной работы

Практическое значение предлагаемой работы заключено в ее выводах для психотерапевтической практики в России, в том числе о необходимости привлечения транскультуральных элементов в психотерапевтическую работу. В дальнейшем будет наглядно продемонстрировано, что позитивная психотерапия может успешно применяться в России и представляет собой эффективную краткосрочную психотерапию, которая может быть использована при различных заболеваниях и для самых разных пациентов. Работа содержит также выводы и рекомендации о дальнейшем образовании врачей и психиатров, показывая значимость привлечения транскультуральных тем в обучение и образование. Кроме того, работа претендует на большую социально-культурную значимость с точки зрения преодоления межкультурных разногласий и предрассудков, которые играют особую роль в многонациональном государстве и при большом количестве смешанных браков и семей. Развиваемый и совершенствуемый автором метод позитивной психотерапии применяется в широкой психотерапевтической практике. Элементы и техники позитивной психотерапии могут быть использованы также и врачом общей практики с целью распознавания психосоматических

нарушений и других заболеваний, требующих психотерапевтического лечения. Позитивная психотерапия может применяться не только клиницистами, но и психологами, педагогами, социальными работниками и менеджерами. Результаты исследования в научном и практическом аспектах используются в различных областях жизни (см. главу III.3.3). Работа рассматривает теоретико-практические основы развития нового перспективного направления в медицине - транскультуральной психотерапии.

I.7. Апробация

Основы и результаты работы были опубликованы, излагались в докладах и обсуждались на кафедре психиатрии Казанского медицинского института (Казань, 5 января 1991); на 1-ом съезде Российской ассоциации позитивной психотерапии (Казань, 1993); на 19-й неделе психотерапии и психологии (Красноярск, 1994); на Международной конференции татарской академии наук “Семья в современном многонациональном мире” (Казань, 1994); на 10-м Всемирном конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии и на 22-м Международном симпозиуме Немецкой академии психоанализа (Санкт-Петербург, 1994); на международной конференции Германской ассоциации позитивной психотерапии (Висбаден, 1994); на 1-м съезде Российской психотерапевтической ассоциации (Тюмень, 1994); на Международной конференции “Терпение и терпимость вместо насилия в семье и обществе” (Москва, 1995); на 2-й Международной неделе психотерапии (Кустанай, 1995); на 20-й и 21-й Международных неделях психотерапии, практической психологии и психологической экологии (Красноярск, 1995); на Бад Наугаймской неделе психотерапии (Бад Наугайм, 1995); на 1-м Всемирном конгрессе Всемирного совета психотерапии (Вена, 1996); на 10-м Всемирном конгрессе всемирной психиатрической ассоциации (Мадрид, 1996); на 4-ом съезде Российской ассоциации позитивной психотерапии (Москва, 1996); на 2-й Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии (Москва, 1997); на 1-й Всемирной конференции по позитивной психотерапии (Санкт-Петербург, 1997); на 2-й Международной научно-практической конференции “Культуральные и этические проблемы психического здоровья” Государственного научно-исследовательского центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (Ижевск, 1997), на Международной конференции психиатров (Москва, 1998) и на 3-й Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии (Москва, 1998).

II. Материалы и методы исследования

Работа содержит результаты 10-летней теоретической и практической деятельности и основывается на следующих материалах и методах (см. также главу III.3.3. о применении позитивной психотерапии в России).

II.1. Материалы семинаров

С 1991 года в России и других республиках бывшего СССР было проведено более 70 обучающих семинаров по позитивной психотерапии. Интенсивные семинары, обычно продолжительностью 5 дней, знакомили с теорией и практикой позитивной психотерапии, транскультуральной психиатрии и психосоматической медицины. Семинары посетили около 4000 психиатров, психотерапевтов и психологов в более чем 30 городах. Из них свыше 700 участников завершили 3-ступенчатое 2-годичное образование по позитивной психотерапии. Курсы состоят из практических занятий, тренингов, семинаров, посвященных первой беседе с пациентами, демонстрационной работы с пациентами, балинтовских и супервизорских групп, домашней самоподготовки (рефераты) и групп самопознания. При работе с 4000 участников семинаров, с пациентами и при проведении супервизии был собран большой материал, обобщенный в предлагаемом научном труде [7, 8, 13, 14].

II.2. Материалы из клинической деятельности

Работа проводилась в региональной психиатрической больнице Фридрихсдорфа, недалеко от Франкфурта-на-Майне (ФРГ); неврологической больнице Швальмштата (ФРГ); ортопедической клинике Висбадена (ФРГ); Международном центре позитивной психотерапии (ФРГ) и с 1995 года под руководством автора в Американском медицинском центре в Москве было создано нейропсихиатрическое-психотерапевтическое отделение, которое ежедневно обслуживает пациентов из разных стран (50% российских и 50% иностранных граждан). Здесь теория позитивной психотерапии была применена и проверена на эффективность на 800 пациентах. Метод использовался в случаях с различными нарушениями (неврозы, личностные расстройства, посттравматические расстройства, психозы, депрессии, психосоматические расстройства, неврологические заболевания, такие, как эпилепсия, заболевания позвоночника, головные боли, невралгии, психические нарушения у детей и подростков и т.д.). Так как в этом Центре в течение одного дня обслуживаются пациенты самых разных национальностей, применение и гибкость позитивной психотерапии постоянно проверялась в транскультуральном подходе [14, 16, 17, 28, 29, 30, 33]. Позитивная психотерапия наиболее часто использовалась автором в лечении ортопедических заболеваний, в психосоматической медицине, психиатрии, в лечении алкоголизма и токсикоманий, при нарушениях сна. Результаты основываются на обследовании, диагностике и лечении психосоматических, психиатрических и психотерапевтических пациентов автора в условиях стационара и амбулаторной практики.

II.3. Материалы супервизорской и организационной деятельности

С 1991 года было создано свыше 23 местных и региональных Центров позитивной психотерапии, транскультуральной психиатрии, семейной терапии и психосоматической медицины в России и других бывших советских республиках. Во всех Центрах ведется клинико-практическая деятельность, и

многие их сотрудники принимают участие в семинарах по повышению квалификации. На семинарах при супервизорской поддержке автора были представлены конкретные наблюдения из практики. Вместе с тем в Москве под руководством автора регулярно проводятся групповые занятия для психотерапевтов, где обсуждаются конкретные случаи из практики. Центрами были подготовлены несколько статей о применении и модификации метода позитивной психотерапии для отечественных и иностранных журналов. Деятельность Межрегиональной ассоциации позитивной психотерапии с момента ее основания в 1993 году - автор является одним из ее учредителей и в настоящее время ее куратором, - наряду с другими профессиональными организациями и посредством своего собственного развития повлияла на становление концепции транскультуральной психотерапии.

II.4. Материалы статистического опроса

В 1997 году было проведено исследование о “Применении позитивной психотерапии в России” в Москве, Санкт-Петербурге, Перми, Омске, Владивостоке, Краснодаре и во Франкфурте-на-Майне. Российские психотерапевты (n=55), которые имели достаточный опыт применения в своей работе позитивной психотерапии, были опрошены на предмет эффективности этого метода, влияния его на их собственную жизнь, профессиональную деятельность и психотерапевтические отношения. В качестве контрольной послужила группа немецких психотерапевтов (n=60). О результатах см. главу III.3.4. Опросник, составленный автором данной работы, состоял из 54 вопросов и заполнялся участниками во время одного из семинаров. Статистические вычисления проводились при помощи специализированной программы статобработки SPSS 7.5 для Windows. Обработка данных осуществлялась в Университете Эрланген-Нюрнберг. Распределение данных интервальных шкал рассчитывалось по t-тестам, данные по другим типам шкал проверялись с помощью теста- χ^2 . Оценка достоверности данных проводилась двумя методами: по χ^2 -тесту Пирсона и по формуле Фишера. Предельный уровень достоверности был принят в 1% ($p < 0,01$), при этом представлены также данные с 5%-ным уровнем достоверности. Анализировались межкультуральные различия данных.

Для интерпретации: в том случае, если уровень достоверности был меньше 0,05 или 0,01, данные оценивались как различающиеся. Во всех остальных случаях переменные различались статистически не достоверно, что обозначалось соответственно «н.д.». Для определения статистической достоверности различий частот был использован метод Фишера для выборочных долей (Урбах, В.Ю., 1964).

II.5. Материалы преподавательской деятельности

С 1991 года автор читает лекции в различных российских высших учебных заведениях. С 1996 года читает курс лекций по психотерапии и психосоматике на кафедре медицинской психологии и педагогики в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. В работе со студентами, коллегами и при

представлении пациентов был приобретен ценный опыт, который также отражен в работе.

II.6. Материалы научной работы и публикаций

Уже в начале научной деятельности и работе над первой диссертацией в 1987 г. (“О психосоциальных аспектах пациентов с люмбальной грыжей межпозвоночного диска”), автор целенаправленно применял ППТ в клинической практике. В последние 7 лет автор разработал модифицированный вариант ППТ для применения ее в России. Вся диагностическая, лечебная, научно-клиническая работа, представленная здесь, проводилась автором самостоятельно. Автор был консультантом при подготовке более 5 кандидатских диссертаций по теме из области позитивной психотерапии. Он является активным членом редакционного совета журнала "Позитум" Межрегиональной ассоциации позитивной психотерапии (с 1992 г.). Выводы, приведенные в этих диссертациях, а также работа в редакционном совете значительно расширили концепцию транскультуральной психотерапии и способствовали формированию некоторых результатов, опубликованных в данной работе.

II.7. Материалы изучения научной литературы

Тезисы, содержащиеся в публикациях автора, а также выводы данной работы основываются, наряду с собственными данными, на интенсивном изучении русской и зарубежной научной литературы. В частности, был проведен сравнительный анализ собственных результатов работы с публикациями в области транскультуральной психотерапии, мультикультурального консультирования, психологических описательных факторов общества и исследований критериев эффективности психотерапии.

III. Результаты работы и их обсуждение

III.1. Современная ситуация в российском обществе с психотерапевтической точки зрения

Психотерапевту приходится, чтобы суметь оказать помощь, считаться с особенностями своих пациентов, устремлениями общества, в котором он живет, и духом времени. Психотерапия всегда является динамичным, неповторимым и исключительным процессом или событием. Особенность психотерапевтической встречи пациента и психотерапевта была описана многими авторами. Если в таком случае психотерапия представляет собой встречу обычно между двумя людьми, которая происходит “здесь и теперь”, то содержание этого “здесь и теперь” должно оказывать большое влияние на психотерапевтический процесс. Как и любые отношения, психотерапевтические находятся в тесной взаимосвязи с культурой, временем и обществом, в которых они возникают. Без анализа, описания и осознания влияющих факторов психотерапия не может быть успешной, и “помогающие отношения” (Luborsky L., 1988) не станут

эффективными. В дальнейшем будет предпринята попытка описать эти воздействующие величины и их значение для психотерапевтической деятельности. С этой же целью с психотерапевтической точки зрения будет рассмотрено современное российское общество и проведено описание российского менталитета. В психотерапии и психиатрии нас меньше интересует вопрос вины, а больше те процессы, которые произошли, и то влияние, которое они оказали. Речь, разумеется, не идет об анализе политической ситуации в стране.

Любая попытка описать какое-либо общество психологически, может расцениваться лишь как стремление лучше понять это общество и его членов. Ведь в любом обществе имеются известные тенденции, которые можно обобщить и проанализировать с точки зрения их влияния на психотерапевтическую работу. Эти тенденции иногда обозначаются как национальный характер или базисная личность. “Типичная для любого общества базисная личность - это такая личностная структура, которая вычлняется из множества членов этого общества как результат их предыдущего совместного опыта” (Kardiner A., 1945). Вопрос о национальном характере особенно горячо обсуждался в США в 40 - 50-х годах, будучи порожден политическими событиями в Германии и Советском Союзе (Adler M., 1993). Теории такого рода были в связи с этим сильно окрашены политически и идеологически - нередко они насаждались спецслужбами - и обычно приводили к порождению, нежели разрушению предрассудков. По A. Inkeles, D. Levinson (1954) “национальный характер включает относительно устойчивые личностные черты и стереотипы, которые статистически наиболее часто выявляются у взрослых членов определенного общества.” Вместе с тем необходимо остерегаться обобщений, которые не оставляют шанса индивидууму и его неповторимости. “Принципиальная трудность ... состоит в невозможности учесть дифференцированность больших национальных популяций. Подчеркивается преимущественная тенденция, действительное существование которой предположительно, но не доказано, и вытесняет вариабельность внутри и вне типического” (Inkeles A., 1961).

В свете современных психологических исследований далее автор рассмотрит российское общество с точки зрения двух конструктов “индивидуализма” и “коллективизма” (Hofstede G., 1980, 1991, 1994; Hui C.H., Triandis H.C., 1986; Kashima Y., 1986; Hui C.H., 1988; Kagitcibasi C., 1988; Triandis H.C., 1988, 1989; Triandis H.C., McCusker C., Hui C.H., 1990) и определим их роль в психотерапевтической работе. В последние десятилетия ученые, интересующиеся психологическим анализом культуральных особенностей, особенно интенсивно развивали концепцию индивидуализма - коллективизма. Как мы увидим в дальнейшем, этих двух конструктов недостаточно для исчерпывающего понимания российского общества, однако они помогут нам прояснить многие процессы, сделают их сопоставимыми.

Большинство населения Земли, около 70%, является носителем коллективистских ценностей, отличных от западных представлений. С возрастанием (научного) влияния стран с преобладанием коллективистских ценностей (например, Китай, Индия), растущей миграцией,

совершенствованием средств коммуникации и увеличением контактов между представителями различных культур эти конструкты начинают играть ведущую роль в решении глобальных проблем. Вместе с тем понимание концепции коллективизма - индивидуализма является безусловным для любого психотерапевта, интересующегося транскультуральным подходом. Поскольку сегодня в России нам приходится иметь дело с самыми разными пациентами - иногда с преобладанием индивидуалистических ценностей, иногда - коллективистских, учет этих конструктов имеет особое практическое значение для понимания пациентов с их моделями мышления и внутренним миром.

III.1.1. Некоторые пояснения к концепции индивидуализма - коллективизма

Понятия “индивидуализм” и “коллективизм” впервые были введены английскими политиками и философами XVIII и XIX столетий. Индивидуализм сопоставлялся с либерализмом и определял идеи максимальной свободы индивидуума. Противоположностью был авторитаризм, который отрицал эту свободу и предполагал подчинение воле авторитета, например короля. Индивидуализму Джона Локка противостоял коллективизм Жан-Жака Руссо, который в своем произведении “Общественный договор” провозглашал, что индивидуум может быть свободным только тогда, когда подчиняется воле обществу.

Аналогичные конструкты оказывали последовательное влияние на другие сферы, например, на экономику, политику, философию, историю, антропологию, социологию и психологию, так как эти конструкты затрагивали ядро всех социальных наук. Многие современные и предшествующие стереотипы поведения описываются этими двумя конструктами. Например, J. Cambell придерживается мнения, что охотники в ранней истории человека были индивидуалистами, в то время, как древние люди, занимавшиеся основами сельскохозяйственного труда, были коллективистами (Segal R.A., 1987). Охотники стремились завоевать мир и лишь при определенных условиях помогали другим; земледельцы же считали индивидуума принадлежащим обществу и подчиненным ему.

Существует большое количество определений индивидуализма и коллективизма, можно привести следующую общую характеристику: в индивидуалистических культурах цели и потребности индивидуума имеют преимущество над потребностями таких основных групп, как большая семья, общество или трудовой коллектив. Для членов коллективистской культуры личные ценности и потребности подчинены потребностям группы (Freeman M.A., 1997). Н.С. Triandis (1995) говорит о том, что культуры, где большинство отношений имеют характер межличностных, должны относиться к индивидуалистическим истокам; культуры, где преимущественно существуют отношения между группами, - к коллективистским. Вместе с тем мы можем исходить из того, что обе тенденции существуют в каждом обществе и любой культуре. Даже в каждом человеке присутствуют оба этих элемента,

обуславливая постоянную борьбу между нашими индивидуалистическими и коллективистскими устремлениями. Существует теория, что все мы рождаемся коллективистами, а позднее, в процессе жизни, становимся индивидуалистами. Таким образом, не существует “чистых” индивидуалистических или коллективистских обществ, есть лишь ситуативно-обусловленный выбор культурных ценностей. В ряде работ рассматривается большое число различных вариантов и типов коллективизма и индивидуализма (Triandis H.C., 1994, 1995).

Эти работы основываются на том, что есть четыре формы самости: независимый или зависимый и одинаковый или различный (Markus H.R., Kitayama S., 1991). Комбинация этих четырех типов дает следующее распределение: горизонтальный индивидуализм (независимый/одинаковый) и горизонтальный коллективизм (зависимый/одинаковый), вертикальный индивидуализм (независимый/различный) и вертикальный коллективизм (зависимый/различный) (Triandis H.C., 1995). В коллективистских культурах понятие “горизонтальный” означает чувство социальной связности и единства членов группы. “Вертикальный” означает служение группе, готовность пожертвовать собой ради ее блага, исполнение долга перед группой. В индивидуалистических и коллективистских культурах вертикальное измерение означает неравенство и привилегии различных позиций и рангов. В противоположность этому горизонтальное измерение подчеркивает, что люди во многих сферах должны быть равными, особенно в отношении их статуса.

В процессе изучения отдельных культур были получены следующие данные. Швеция с ее демократическим социализмом была определена как горизонтальная индивидуалистическая культура (Daun A., 1991, 1992), США с их рыночной экономикой - как вертикальная индивидуалистическая (Markus H.R., Kitayama S., 1991), израильские киббуцы и их жизненные сообщества - как горизонтальная коллективистская, Индия и кастовое общество - как вертикальная коллективистская, Япония с резко выраженной иерархией - как вертикальная коллективистская культура (Triandis H.C., 1995). В результате было установлено, что индивидуалистические культуры чаще бывают горизонтальными, а коллективистские - вертикальными (Hofstede G., 1980).

Наряду с другими факторами, коллективизм или индивидуализм определяется влиянием двух специфических культуральных синдромов: культуральная узость против культуральной свободы (англ.: tightness versus looseness) и культуральная комплексность против культуральной простоты (англ.: complexity versus simplicity). “Узость” (Pelto P.J., 1968) характеризует такое измерение, в котором представители одной культуры 1) совпадают в том, что является настоящей деятельностью, 2) ведут себя именно так, как того требует норма, и 3) подвергаются острой критике, если они даже незначительно отступили от нормы. В “свободных” культурах существует разнообразие норм, предписывающих поведение в определенных ситуациях, люди, отступающие от этих норм не обязательно будут наказаны. “Узость” встречается преимущественно в тех культурах, которые практически изолированы от

других, имеют большую плотность населения или являются в основном земледельческими. В холодных климатических зонах встречаются культуры чаще “узкого” типа, в областях с теплым климатом - чаще “свободного”. В “узких” выше уровень самоубийств, в “свободных” - убийств (Robbins M.C. et al., 1972). Криминальные деяния в культурах “узкого” типа совершаются существенно реже, чем в “свободных”, что, вероятно, связано с развитым контролем над импульсивностью в “узких” культурах. США, например, являются относительно “свободной” культурой, в то время как Япония представляет собой “строгую” или “узкую” культуру. Классическим примером “узкой” культуры может служить поведенческий кодекс японского самурая.

III.1.2. Психологическое описание современного российского общества с использованием понятий индивидуализма и коллективизма

Помимо различных других факторов, сложность анализа и описания российского общества состоит в его быстром преобразовании в настоящее время. Важно заметить, что общества проходят (могут проходить) подобные пути преобразований веками, меняя исследуемые конструкты. При более близком рассмотрении это означает, что некая коллективистская культура может переживать индивидуалистические периоды, и наоборот. В России мы являемся свидетелями феномена смены этих конструктов в течение последних 10 лет, поэтому любое описание можно сравнить с моментальным снимком (Положий Б.С., 1995).

Мы часто говорим о переходном периоде в российском и восточноевропейских обществах. Обратимся к энциклопедическому словарю (Collins Dictionary, 1987): “Переход - это процесс изменения чего-либо от одного состояния к другому”. Но именно “другое состояние” является дилеммой российского общества. “Изменение - да, но куда?” - так можно охарактеризовать сегодняшнюю ситуацию. Современный переходный период с его радикальными политическими и социо-экономическими изменениями ведет к новой культурной реальности (Короленко З.П., 1995), которая опять-таки подчеркивает необходимость культурно-ориентированной психотерапии. Исследования показали, что этот период в России сопровождается отчетливым ростом адаптивных расстройств и других заболеваний (Положий Б.С., 1996). Чтобы объективно оценить ситуацию, нужно обратиться к истории дореволюционной России, затем к эпохе Советского Союза и только тогда пытаться описать нынешний этап. В работе автор коснется только двух последних периодов.

Мы предпримем попытку описать российское общество, используя в качестве отправного момента уже упоминавшиеся конструкты “индивидуализма” и “коллективизма”, а также с точки зрения позитивной психотерапии.

1) Обращаясь к понятиям, советское общество можно назвать культурой “узкого” типа, в которой между людьми существовал горизонтальный коллективизм, однако, между структурами власти (партия, государственный аппарат) и населением коллективизм имел вертикальный характер. Можно

утверждать, что Россия прожила длительный коллективистский этап и в настоящее время (1998) находится в крайне индивидуалистическом периоде. В сегодняшней России к индивидуализму особенно склонны люди моложе 40 лет. К чему это приведет в будущем, в настоящий момент судить трудно. Россия все же коллективистское, но - после 70 лет социализма - не традиционное общество, как, например, Индия или Китай.

Согласно нашим наблюдениям, в сегодняшнем российском обществе мы обнаружили три различных группы признаков, основанных на описываемых конструктах: 1) типичные признаки коллективистского общества; 2) отдельные аспекты, которые свойственны только индивидуалистическим культурам; 3) так называемая российская специфика, не поддающаяся описанию обеими категориями. Признаки последней отчасти можно отнести к советскому периоду, отчасти к российским особенностям вообще, и они часто связываются с понятием “русской души”.

2) С точки зрения транскультуральной психотерапии на основании наших собственных наблюдений в более чем 35 областях России и бывшего СССР мы пришли к заключению, что “русская душа”⁴ включает четыре составляющих - если можно употребить такой технический термин:

- западно-европейские, что характеризуется отношением к работе и профессиональной деятельности, обучению и получению образования;
- восточные, такие, как значение семьи, детей, родителей; внимание к старшим людям; значение дружбы и дружеских связей; интерес к духовным вопросам;
- советские, к которым относятся особенности межличностных коммуникаций, коллективизм во всех сферах жизни; способ воспитания детей и установки к этому; особенности повседневной семейной жизни; отношение к собственности;
- российские, такие, как огромная тоска в отдельной душе, сравнимая по величине лишь с просторами страны; терпение, выдержка, понимание и признание человеческих и социальных проблем; альтруистическая установка; многовековое сосуществование свыше чем 150 культур в одном многонациональном обществе; значимость духовно-магических аспектов и суеверие; эмоциональность и высокая активность в смысле внутреннего стремления к движению.

Можно предположить, что сегодняшний россиянин постоянно находится в состоянии внутренней борьбы между двумя составляющими: воспитанный в жестком советском коллективизме, он сегодня (в начале 90-х годов) оказался в крайнем индивидуализме, который также чужд ему, как и советский коллективизм. Таким образом, за короткий отрезок времени произошел переход

⁴ Следует заметить, что не только в России, но и, например, в Германии, душу соотносят с национальным характером. Там говорят о “немецкой народной душе” - однако, по-видимому, русская душа более загадочна и непроницаема и поэтому привлекает большее внимание.

от тотального коллективизма к тотальному, “дикому”, индивидуализму со всеми его последствиями.

Как мы увидим далее (см. III.3.1.2.), с точки зрения “четырёх сфер способности к познанию” российское общество является восточно-коллективистским в своей установке к социальным отношениям (сфера “Контакты”) и западно-индивидуалистическим в отношении к работе (сфера “Деятельность”). В исследованиях, проведенных в 25 странах, нам удалось обнаружить подобную констелляцию только в бывших областях Советского Союза. Сегодняшнее российское общество представлено 148 миллионами человек, находящихся в поиске своей идентичности, ориентации и смысла - как с индивидуалистических, так и с коллективистских позиций. Потеря государственной идеологии, мировоззрения, здесь вполне можно употребить и слово “религия”, - такая утрата ставит под вопрос все: прошлое, настоящее, будущее. Это поистине “психологический пограничный опыт” в жизни человека и сравним лишь с большими личностными кризисами и жизненными событиями.

Как часто бывает после таких изменений - в некоторой степени ситуация сравнима с Германией после 1945 года, когда из-за реальных материальных проблем почти не остается времени и энергии разобраться с происшлыми. Человек ощущает себя обманутым, и его недоверие разрастается. С распадом прежней идеологии, с одной стороны, и поисками новой, с другой, изменяется видение человека - в обществе в целом и у индивидуума в частности. И то, и другое имеет существенное значение для психотерапевтических будней, когда роль видения человека важна для каждой (психотерапевтической) встречи.

Сегодняшняя российская действительность ставит нас перед следующими “острыми” социальными фактами: широкое распространение, социальная приемлемость и постоянный рост алкогольной проблематики - особенно среди молодежи и женщин; низкая средняя продолжительность жизни, особенно у мужчин (57, 4 лет в 1996 году (“Российская жизнь”, 5/97)); рост числа разводов (62% в России и 75% в Москве в 1992 году (The Moscow Times, 31.03.93), насилия и злоупотребления в семье, а также промискуитет (некоторые недавние изучения образа жизни, говорят о том, что россияне являются самыми сексуально активными людьми в мире. Опрос 1995 года, проделанный журналом “Космополитен”, показал, что 10% респондентов имели более 26 партнеров, в то время как исследования, проведенные в Лондоне, показывают, что россияне занимаются сексом 133 раза в год, а мировой средний показатель составляет 109 (The Moscow Times, 22.02.97); увеличивающееся количество суицидов (особенно среди сельского населения автономных республик, например, в Удмуртии, этот показатель превышает среднемировой до 600%) (Башкирова Г.А. и др., 1997; Лазебник А.И., 1997); духовный вакуум, с одной стороны, и религиозный “бум”, с другой; рост насилия, агрессии и преступности в обществе; рост коррупции и мафиозных структур; нарастающая потребность в наведении порядка и установления законности, которую психотерапевты называют потребностью в установлении границ; уязвленная

национальная гордость - от сверхмогущества к уровню просителя; призыв к приходу вождя или “сильного человека”, способного вывести страну из кризиса; неясная роль и слабая позиция церкви в этом процессе; “безотцовщина” в обществе (недостаток мужчин, обусловленный репрессиями и войнами, заболеваниями и алкоголизмом, травматизмом и низкой продолжительностью жизни, высокой частотой разводов); проблема “отрицательного прироста” населения; в целом реальная возможность к перемещениям и выезду из страны.

Поскольку семья оказывает существенное влияние на здоровье или болезнь человека и в переходном обществе, то ее сострадательная роль возрастает. В дальнейшем мы хотели бы остановиться на этом вопросе. Российская семейная концепция в этом столетии претерпела много - слишком много - преобразований. От патриархальной семьи в царские времена к почти ликвидации института семьи в первые десятилетия советской власти, затем к возрождению в послесталинскую эру до сегодняшней семьи 90-х, находящейся в поиске собственной идентичности и отчасти испытывающей сильное западное влияние [9, 12, 15].

Влияние всех этих периодов выявляется в особенностях воспитания детей; профессиональной занятости женщин; роли бабушек и дедушек, особенно бабушек в воспитании детей; в основном раннем заключении браков и скорой беременности; промискуитете; недостатке супружеских моральных представлений, например, о верности; сложных жизненных и жилищных отношениях при совместном проживании и едином домашнем хозяйстве нескольких поколений; материально-экономических проблемах; большом количестве абортов; снижении рождений; наличии межнациональных браков (которые были заключены еще в период существования Советского Союза, а сегодня их родиной стали разные страны); в отсутствии различения и понимания партнерских отношений и семейных (партнер, особенно муж, является вторичным по сравнению с детьми, семья может существовать и без супруга); и в признании так называемого “гражданского брака”.

Особенно существенное влияние оказывают названные аспекты на статус полов и половые роли. Бросается в глаза разница между идеалом и реальностью. Идеальный образ частично сродни восточному. Мужчина должен быть крупным и сильным физически, он должен уметь защитить семью, он является кормильцем и главой семьи, он должен быть интеллигентным и обладать способностью зарабатывать деньги (транскультуральное примечание: с западной точки зрения трудно понять, почему интеллигентный человек не может заработать, но сегодняшняя российская действительность убеждает нас в обратном: многие врачи, учителя и инженеры не в состоянии прокормить свои семьи). Женский идеал характеризует симпатичную, молодую, сексуально привлекательную женщину, которая посвящает свою жизнь детям и мужу. Она не должна работать, занимаясь домашним хозяйством. Она счастлива в кругу своих подруг в большом доме. Между партнерами должны существовать вечная любовь и сочувствие, как это бывает в сказках и мифах.

Реальность же, на которой почти не стоит останавливаться, совсем иная. После раннего заключения брака, часто после первой большой любви, быстро наступает другая действительность: жизнь с родителями кого-либо из супругов без надежды на собственное жилье; раннее рождение первого и, как правило, единственного ребенка, которого воспитывает по большей части бабушка; неспособность многих мужчин прокормить свои семьи, несмотря на имеющуюся профессию; физические изменения партнеров, происходящие в результате алкоголизма, малоподвижного образа жизни и нерационального питания; снижение роли сексуальности; “ведущая роль” женщины в семье и другие аспекты.

Различие между (неосознаваемым) идеалом и реальностью приводит к многочисленным внутренним и внешним конфликтам, которые манифестируют различными реакциями избегания: алкоголизм как бегство из кажущейся невыносимой действительности, агрессия, депрессия, частые внебрачные сексуальные контакты, бегство в работу, бегство в фантазию. К этой и без того сложной ситуации прибавляется еще и внешняя, связанная с западным индивидуалистическим влиянием благодаря средствам массовой информации и рекламе, что порождает еще большую неуверенность.

Подводя итоги, мы можем заключить, что сегодняшнее российское общество характеризуется различными чертами, которые только частично могут быть объяснены используемыми психологическими конструктами. С другой стороны, это не означает автоматически, что российский менталитет не может быть понят и описан. Вопрос, который столетиями возникает при соприкосновении с российской культурой в этой связи: “Является ли российская культура европейской или нет?” Российская культура во многих отношениях парадоксальна. В российской установке к европейской культуре существует сложное смещение идентификации и устремлений к различению. Российская культура по заключению независимой международной экспертной комиссии ЮНЕСКО (Laszlo E., 1993) может быть понята как “результат переноса европейских культурных стандартов, правил, идей и традиций в сферу вне Европы”. Она - “пограничный случай”: она может рассматриваться как последний пограничный пост Европы или как первая пограничная полоса Не-Европы. Логически трудно представить страну, протянувшуюся от Балтийского моря до Тихого океана, в качестве пограничного, окраинного или переходного образования. Российская культура не лучше, чем любая другая культура, которую можно назвать пограничной. Российский мыслитель Петр Чаадаев сказал в этой связи: “На протяжении нашей истории существует один господствующий фактор, который прослеживается красной нитью и в котором содержится вся ее философия, фактор, который обнаруживается во всех сферах нашего общественного развития и определяет его характер, это географический фактор” (цит. по Averintsev S., 1993). С. Аверинцев выдвинул следующее психологическое предположение: “Русская культура обладает европейским сознанием и неевропейским бессознательным”.

С психотерапевтической точки зрения мы хотели бы установить, что дуализм “Восток - Запад” не свойствен многонациональному российскому обществу. Вероятно, другие многонациональные культуры также не вписываются в эти категории, так что в будущем должны быть созданы новые критерии, особенно с учетом новой мультикультуральной реальности. Мир и человеческое общежитие гораздо сложнее, чем то, что описывается простыми понятиями. Для психотерапевтической работы это означает необходимость применения подходов и методов, достаточно гибких, культурно-сенсibilизированных и соответствующих духу времени.

III.2. Психотерапия в России с транскультуральной точки зрения.

Психотерапевтическая деятельность в многонациональном переходном обществе

Психотерапевтические отношения в качестве “помогающих отношений” (Luborsky L., 1988), как и любые другие, находятся в тесном динамическом взаимодействии с культурой, временем, обществом и духом времени, в которых они существуют. Это утверждение означает, что психотерапевтические отношения в сегодняшней России являются и должны быть другими, нежели в Западной Европе, но в то же время отличаются от тех, которые установятся здесь в будущем. Тогда как западная психотерапия развивалась преимущественно на основе психоанализа и длительного психотерапевтического процесса с целым комплексом сопутствующих ему установок и принципов работы [Setting], которые широко применяются в Западной Европе, российская психотерапия имеет другую основу, на чем мы также хотели бы здесь остановиться. Психотерапия в России отлична от того, что на Западе понимают под психотерапией. Тем не менее психотерапия в России существует, и она эффективна. В дальнейшем предлагается более подробный анализ общих факторов ее эффективности, чтобы а) понять российскую психотерапию и б) разработать ее критерии на будущее.

В дальнейшем мы хотим дать основные типичные характеристики пациента, психотерапевта, психотерапевтической работы и психотерапевтического образования в сегодняшней России. Одновременно мы хотим рассмотреть эти особенности в транскультуральном контексте, в основном в сравнении с “типичной” западной психотерапией. Точно так же, как не существует сугубо западной психотерапии, нет и типично российского варианта.

III.2.1. Эффективность и механизмы действия психотерапии

Психотерапия и наше представление о ее механизмах действия изменились вместе с тем, как изменились и наши требования, которые мы к ней предъявляем. Классическая психотерапия подошла к поворотному моменту, особенно это относится к ортодоксальному психоанализу с его длительными курсами лечения, концентрацией на одном единственном аспекте и отрицанием других методов. Американский психиатр L. Wolberg еще в 1977 году в предисловии к третьему изданию своего двухтомного труда (“Техника

психотерапии”) проанализировал действенность психотерапии, особенно аналитической, и высказал следующее мнение о будущем психотерапии: “... несмотря на то, что длительная психотерапия, безусловно, показана некоторым пациентам, по мнению многих психотерапевтов, в том числе и психоаналитиков, большое число, возможно, даже большинство пациентов... может быть эффективно вылечено в рамках краткосрочной программы работы... Мы подошли к такому моменту, когда психологическая помощь не может более длительно ограничиваться малым... Многие люди кажутся совершенно неприспособленными к таким методам. Что кажется необходимым, так это многообразие прямых форм лечения... Я уверен, это [новая ориентация] достижимо при эффективной интеграции нескольких эклектических техник (психофармакология, супружеская, семейная, групповая психотерапия, изменение поведения, индивидуальные техники интервью и т.д.) внутри динамического (аналитического) процесса... Техники сами по себе не являются достаточными - они должны применяться в качестве инструментария интерперсональных отношений...”.

III.2.1.1. Что же такое психотерапия и как она действует?

L. Wolberg (1977) приводит в своей книге 37 определений психотерапии и заключает, что их можно обобщить в том, что “психотерапия представляет собой подход ко многим проблемам эмоциональной природы”. Его собственное определение гласит: “Психотерапия - это лечение проблем эмоционального характера психологическими средствами, при котором профессионально образованная личность устанавливает с пациентом специальные отношения с намерением (а) устранить, модифицировать или укрепить возникшие симптомы, (б) изменить неадекватный стереотип поведения и (в) способствовать позитивному личностному росту и развитию. По N. Pesechian (1997), “первостепенная задача психотерапии помогать людям. Только на этой основе возникает потребность в правдоподобной целостной и проверяемой теории - не наоборот”.

В сущности психотерапия стремится оказать помощь пациенту целенаправленным психологическим вмешательством. Но последнее еще не является единственным исцеляющим фактором. Существует большое число эффективных влияний, действие которых, однако, зачастую настолько незаметно, что им не придают значения. Вместе с тем вряд ли возможно однозначно определить, насколько в действительности эффект обусловлен психотерапевтическими или же неспецифическими элементами. Попытка определить эти неспецифические факторы могла бы помочь нам в лучшем случае целенаправленно использовать их в терапии, либо как минимум не препятствовать их влиянию. Одним из важнейших факторов является сама болезнь или нарушение. Так же, как инфекция не сводится только лишь к бактериальному заражению, разворачивая в организме естественную ответную реакцию с участием антител, в психотерапии мы также можем говорить о существовании внутренних исцеляющих сил, которые могут изменить течение

даже такого обычно смертельного заболевания, как рак. Именно поэтому акцент в позитивной психотерапии сделан на позитивном - существующем, уже имеющемся, целостном, данном. Наряду с внутренними силами, важнейшим фактором является также “помогающая” ситуация, которая существует не только в условиях психотерапии, но и в отношениях с врачами, священниками, учителями, юристами, социальными работниками и друзьями.

Согласно позитивной психотерапии (Peseschkian N., 1996) мы можем говорить о трех измерениях психотерапии и психосоматики: психотерапии и психосоматики в узком, широком и всеобъемлющем смысле. Под *психотерапией и психосоматикой в узком смысле* N. Peseschkian понимает пациента и его заболевание, то есть сферу, которой ограничивается традиционная медицина. Под *психотерапией в широком смысле* мы понимаем значение и влияние психических аспектов на пациента и его заболевание; воздействие соматически-душевного заболевания на человека и его жизнь; реакцию окружающего мира на заболевание. Сюда относятся также вопросы отношения врача и обслуживающего персонала к пациенту, социоэкономические факторы и видение человека у пациента, врача и окружающего мира. *Психотерапия во всеобъемлющем смысле* включена в социокультурное окружающее поле, что в некоторой степени отражается в “четырёх сферах переработки конфликтов”. К ней относятся сферы индивидуума, науки, культуры, политики, экономики, религии и мировоззрения. Психосоматика во всеобъемлющем смысле, наряду с телесно-душевыми взаимодействиями включает общественные условия, в которых человек живет и благодаря которым становится понятной реакция его окружения на него и наоборот. Здесь находит отражение и соответствующий дух времени.

Согласно L. Wolberg (1977), на которого мне хотелось бы в дальнейшем сослаться, в связи с этим выделяется 5 существенных факторов: плацебо-эффект, размерность отношений, эмоциональный катарсис, суггестия и групповая динамика. Эти элементы в дальнейшем будут освещены подробнее, поскольку являются очень значительными для понимания транскультуральной психотерапии. Разумеется, эти пять критериев представляют собой лишь вспомогательные факторы, хотя и большой величины. Существует большое количество микропроцессов и микровлияний, которые воздействуют в ходе психотерапевтического процесса.

1) Плацебо-феномен:

Из опыта медицины известно, что плацебо может быть эффективным при нарушениях сна, болях, язвенной болезни, инфекционных и других болезнях (Jellinek E.M., 1946; Volgyesi F.A., 1954; Beecher H.K., 1970; Hollander D., Harlan J., 1973). Впечатляет тот факт, что благодаря суггестивному влиянию плацебо могут возникать также объективные физиологические изменения (Abbot F.K., 1952). С транскультуральной точки зрения можно назвать также цепочки и амулеты, обладающие плацебо-эффектом в различных культурах. Возвращаясь к психотерапии, это означает, что люди проецируют свои ожидания исцеления

на техники или методы и тем самым наделяют их той силой, какой они на самом деле не обладают. Существует тесная корреляция между убеждением и выздоровлением. Например, само только ожидание приема в поликлинике уже приводит к заметному уменьшению симптомов (Frank J.D., 1963) или, к примеру, 80 - 90% пациентов, посещающих врача общей практики или амбулаторию, отмечают улучшение своего состояния без назначения какого-либо симптоматического лечения (New York Medicine, 29:18, 1973).

Формы терапии, включающие, по мнению пациентов, эзотерические, магические или мистические элементы, в большинстве случаев оказывают именно плацебо-эффект. Лекарства, амулеты и техники также являются сильными источниками плацебо, но все же не такими мощными, как авторитет человека с ореолом вдохновителя. В этом целитель имеет большое преимущество перед врачом, который подчинен науке и этике. Надежда является существенным фактором процесса лечения. В том случае, если психотерапевт сам испытывает сомнения в эффективности его терапевтической системы, эта неуверенность и зарождающийся пессимизм могут загасить веру пациента. Одновременно у пациента должно быть доверие к методу лечения и “целителю” - какой метод будет применен - это уже второстепенно. Если есть вера пациента в своего врача, то он будет верить в эффективность его метода, не обращая внимания на его научную обоснованность.

2) Размерность отношений

Каждая “помогающая” ситуация характеризуется особым видом отношений между авторитетом и субъектом. Чем беспомощнее и безнадежнее пациент, тем больше его доверие к психотерапевту. Благодаря такому средству, как отношения, могут использоваться следующие процессы, стимулирующие лечебное воздействие на пациента:

- Угнетенный собственными эмоциями пациент получает возможность вручить свою судьбу в руки заботящегося, понимающего, защищающего и не наказывающего авторитета. Существует тенденция идеализировать психотерапевта, считая его практически непогрешимым, божественным авторитетом, что возрождает надежду.
- В результате этой зависимости формируется потребность получить от этого авторитета объяснение своего заболевания и нарушения в такой форме, которая была бы доступна и приемлема для пациента. Истинная точность предлагаемых причин заболевания не столь важна, как готовность пациента принять ее на веру.
- Пациент ожидает от авторитета формулы, которая устранил истинную или предложенную причину заболевания.

Эти и другие процессы протекают во всех отношениях, не только в психотерапевтических. Важность факторов часто недооценивается, а техники и теории переоцениваются в своей эффективности. В этой связи было установлено, что восстановление первоначального доверия является

важнейшей задачей всех форм психотерапии (Strupp Н.Н., 1972). Хотя сфера отношений возникает при всех человеческих контактах, наиболее эффективно она может быть использована хорошо осведомленным психотерапевтом, постигшим природу человеческих отношений.

3) Фактор эмоционального катарсиса

Простая возможность высказаться может подействовать освобождающе и облегчающе, если вместе с этим уменьшаются страхи, напряжение, негативные переживания. Облегчение может наступить при наличии любого слушателя, будь то хороший друг или признанный авторитет. Психотерапевт может при помощи определенных техник научиться стимулировать этот процесс в пациенте.

4) Фактор суггестии

Люди постоянно - сознательно или неосознанно - оказываются под влиянием различных факторов, особенно в отношениях, формирующихся между авторитетом и "простым" человеком. В любых помогающих отношениях активизируются различные силы, в том числе потребность идентифицироваться с помогающей личностью, которая является своего рода моделью или образцом. Это может способствовать не только облегчению для пациента, но и в случае "доброго и здорового" примера благодаря такой идентификации может происходить изменение личности пациента (психотерапевт как пример для подражания).

Суггестию можно выявить во всех формах психотерапии, даже в психоанализе при зависимой позиции психотерапевта (Bibring E., 1954), уже выдвигалось предположение, что применимость психотерапии у конкретного человека зависит от его восприимчивости к суггестивным влияниям (Strupp Н.Н., 1972). Описанные ниже факторы могут повысить внушаемость пациента.

Пережитки потребности в оберегающих родителях, которая изначально существует у всех людей, делает человека более восприимчивым к суггестии, если она используется при наличии какого-либо авторитетного символа. Авторитет приобретает влияние благодаря следующим факторам: представительности, статусу, репутации, харизме и признанию группы. Следующим фактором является страх. Благодаря возрастанию зависимости он ведет к увеличению внушаемости. В смятении человек стучится в двери любого потенциального источника помощи и драматически реагирует на предлагаемые советы и помощь. Отказ и низкая самооценка, по-видимому, снижают порог внушаемости. Другими факторами являются объяснения заболеваний, которые должны быть приемлемыми для пациента. Являются ли они истинными - это для него вторично.

5) Групповая динамика

Группа оказывает очень мощное влияние на отдельных ее участников. В психотерапевтическом плане это используется, например, в группах анонимных алкоголиков и др. Если человек принадлежит к какой-либо группе, которую он уважает и к которой хочет относиться, то эта группа может требовать от него

такого изменения поведения, что он окажется перед выбором либо изменить поведение, либо покинуть группу. При этом вероятно изменение или приспособление поведения, чтобы остаться в группе. Воздействие группы может быть использовано не только в процессе групповой психотерапии, но и при других формах психотерапевтического процесса.

Подводя итог, мы хотели бы подчеркнуть, что 5 факторов (Wolberg L., 1977) необходимы для успешной психотерапии в дополнение к вышеупомянутым. Но они не ограничиваются только психотерапевтической ситуацией, а имеют место в любой “помогающей” ситуации: надежда, доверие, свобода реагирования, вера и привязанность. Задачей психотерапевта является создание такой атмосферы, которая бы позволила пациенту развить эти способности. Согласно В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донскому (1997), хорошего психотерапевта отличают следующие качества: эмпатия, сердечность, теплота и доброта в отношениях с окружающим миром, внимательность, способность понять пациента, креативность. Сказанное ранее показывает, что отношение к пациенту имеет гораздо большее значение, нежели метод или способ психотерапии.

После описания факторов действенности психотерапии мы в последующих главах (III.2.3. - III.2.6.) опишем современную психотерапию в России, а затем в III.2.7. проанализируем в какой степени современная российская психотерапия отвечает критериям действенного психотерапевтического подхода.

III.2.2. Краткий исторический обзор развития психологии и психотерапии в России

Чтобы понять современную ситуацию в психотерапии в России, необходимо обратиться к историческому развитию психологии, психиатрии и психотерапии в России и изучить различные факторы, повлиявшие на него. Поскольку развитие этих специальностей, как никаких других, в существенной степени подвержено влиянию общества, политики, духа времени, идеологии и культуры, а Россия в течение последних 130 лет (со времени отмены крепостного права в 1861 году) неоднократно переживала фундаментальные изменения (и сейчас переживает), в ограниченных рамках этой работы мы можем осветить историю российской психотерапии лишь в краткой форме. Автор в основном опирался на следующие литературные источники: Б.Д. Карвасарский (1985, 1989, 1993, 1995); А.М. Шерешевский, Е.А. Столова, А. Том (1989); А.В. Петровский (1990); М.М. Кабанов (1993, 1989); В.Д. Вид (1994); М.К. Гонопольский (1994); Т.Б. Дмитриева (1994); Н.Д. Семенова (1994); В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской (1997); Ю.А. Александровский (1997); Н. Eichhorn, G. Stern (1977); Е.Н. Ackerknecht (1985); I. Karkos (1994).

Согласно А.В.Петровскому (1990), развитие психологии в России можно разделить на четыре больших периода:

1. Период с начала 20 столетия до начала 20-х годов. Только на основании изучения науки этих лет можно понять предысторию советской психологии. Здесь играют особую роль прежде всего естественнонаучные материалистические теории.

2. Период с середины 20-х до конца 30-х годов. Здесь речь идет о формулировании психологических теорий на основе марксизма.
3. Этот период начался в конце 30-х годов или в начале 40-х и может быть назван новой историей советской психологии. В этот период создавалась система советской психологической науки, основанной на марксистско-ленинских идеях и стремлении поставить психологию на службу “построению социализма”.
4. Последний период начинается в 80-х годах и продолжается по сей день. Он обусловлен мощным импульсом, заданным мышлением “перестройки”, и характеризуется множеством новых аспектов.

В нашем обзоре мы представим эту историю в трех этапах: досоветском, советском и современном, учитывая соответствующее каждому периоду видение человека.

1) Досоветский период

Научная тенденция российской психологии была в сущности заложена И.М. Сеченовым в 1863 году с развитием его рефлекторной теории психической активности, которая послужила материалистической основой психологии. Позднее В.М. Бехтерев (1857 - 1927) развил такие методы лечения, как гипноз и суггестию, став впоследствии одним из основателей рациональной психотерапии. И.П. Павлов (1849 - 1936) продолжил работу в этом направлении и создал свою теорию условных рефлексов, заменив с 1900 года прежнюю “психологическую” психологию “физиологической” объективной психологией.

До 1917 года психоанализ развивался в России так же, как в Западной Европе, поскольку его распространение в России было тесно связано с психоаналитическим движением в целом. Например, российские психоаналитики принимали участие в международных конгрессах, публиковались труды З. Фрейда, был основан “Государственный институт психоанализа”.

В отношении видения человека в этот период времени можно утверждать, что он был материалистическим естественнонаучно-психологическим, на основе которого впоследствии сформировался социалистический образ человека.

2) Советский период

В 20-е годы сначала приоритетным стал вопрос о психоанализе З. Фрейда как науке и его совместимости с марксизмом. В это время появился так называемый рефлексологический фрейдизм, намеривавшийся интегрировать труды К. Маркса и З. Фрейда на “рефлекторной” базе. Вскоре после этого психоанализ был признан антимарксистским, психоаналитический институт закрыт, а имя Фрейд упоминалось только как имя врага. И.П. Павлов однажды привел такую аналогию: “Две группы горных рабочих начали прокладывать туннель у подножия горы с намерением выйти на свет - то есть постичь человеческое сознание. Фрейд начал копать вглубь и все глубже проникал в лабиринт человеческого бессознательного, в то время как мы вскоре выбрались на свет” (цит. по Field M.G., 1960; по Семеновой Н.Д., 1994).

В последующие годы подчеркивалось, что с советской точки зрения основополагающей структурой личности является сознание (Иванов Н.В., 1961). Советский подход к психическим заболеваниям получил две теоретические предпосылки: учение И.П. Павлова и К. Маркса. Особенно теории К. Маркса и объяснение человеческого поведения как продукта экономических и социальных условий общества, привели к тому, что лечение должно было быть в основном социологического характера. Это опять-таки привело к редуцированию психотерапии до преимущественно директивно-суггестивных техник и воздействий, вследствие чего возникло большое количество суггестивных форм психотерапии (Рожнов В.Е., 1979; Свядош А.М., 1982). Суггестивными методами и их медицинскими, физиологическими, психологическими, социально-психологическими и педагогическими аспектами занимались такие ученые, как В.М. Бехтерев, И.П. Павлов, А.С. Макаренко, А.В. Петровский, В.Е. Рожнов и А.Т. Филатов (см. Карвасарский Б.Д., 1985).

Большую роль играла также групповая психотерапия, называемая также “коллективной психотерапией” (Гройсман А.Л., 1969; Иванов Н.В., 1959, 1961; Либих С.С., 1974; Рожнов В.Е., 1979). Теоретический базис групповой психотерапии в СССР представляли работы В.М. Бехтерева и его ученика В.Н. Мясищева (Карвасарский Б.Д., 1985). Последний значительно развил так называемую патогенетическую психотерапию (Мясищев В.Н., 1960). Групповая психотерапия основывалась на принципах советской педагогики, описывающей влияние коллектива на индивидуум. Группа, по-видимому, была в связи с этим очень подходящей расстановкой. Здесь также уместно упомянуть теорию воспитания А.С. Макаренко (1951), которая оказала значительное влияние на групповую психотерапию. Согласно А.С. Макаренко, которого особо интересовало отношение отдельного человека к обществу, индивидуум не только формировался группой, но и развивал в группе свое сознание (при ее поддержке). Лечение имело целью, таким образом, чтобы отдельный человек соответствовал группе и стремился стать “лучшим” членом группы. Психотерапевтический процесс направлялся на эти цели и был ориентированным на руководителя или задачи, директивным и инструктивно-дидактическим. Психотерапевтические отношения строились иерархически: пациент должен был слушаться врача.

Поскольку советские ученые занимались в психотерапии преимущественно гипнозом и физиологией, другие направления работы длительное время оставались без внимания. Как следствие этого некоторые аспекты психотерапии, например гипноз и суггестия, были значительно развиты и усовершенствованы, а другие, особенно недирективные методы, почти не применялись (Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1997). По словам Б.Д. Карвасарского (1995), послереволюционный период оказался в целом крайне неблагоприятным для психотерапии.

3) Перестройка и современный период

В 70-80-е годы на фоне общественно-политических изменений было установлено, что при менее авторитарном и дидактическом подходе можно

достичь больших успехов в лечении. Б.Д. Карвасарский (1993) описывает этот процесс так: “Теперь психотерапия стала больше ориентироваться на развитие человеческой личности, раскрытие внутреннего потенциала и усовершенствование психологических и социальных функций индивидуума”. Позднее, на основе работ В.Н. Мясищева в Ленинграде были развиты новые концепции групповой психотерапии и аспекты личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которые существенно отличались от прежних подходов (Карвасарский Б.Д., 1980, 1985, 1993).

III.2.3. Пациент в России

Следующие характеристики типичного российского пациента основаны на опыте клинической работы в амбулаторной и стационарной обстановках и результатах статистического исследования (см. III.3.4.).

1. Работая с российским пациентом, необходимо учитывать его широко распространенное принятие того, что жизнь трудна, и огромное, с западной точки зрения почти безграничное, терпение при многочисленных повседневных проблемах. Это распространенное во всем мире представление о судьбе, или предопределении - сейчас часто говорят о карме, которой не стоит сопротивляться. Судьба также может измениться и к лучшему. “Все будет хорошо”, это широко распространенный подход к жизни, который подает надежду, нужно только достаточно терпеливо подождать. Особенно характерна простота во взгляде индивидуума на все жизненные ситуации.

Транскультуральное сравнение: Когда американский психиатр М. Scott Peck опубликовал в 1978 году свою книгу “The road less travelled” [“Нехоженная тропа”], она стала национальным бестселлером, вышедшим общим тиражом 5 миллионов экземпляров. Первая фраза книги воспринималась как новая идеология: “Life is difficult” [“Жизнь трудна”]. И далее следовало: “Ведь если один раз принять это, тогда сам факт, что жизнь трудна, неважен”. Широко распространенная на Западе жизненная установка, что жизнь должна быть без проблем, является важной темой в работе с западными пациентами и требуется иногда много сеансов, чтобы пациент оказался готов хотя бы в целом принять проблемы как составную часть жизни. В этой связи позитивная психотерапия говорит о том, что “не тот здоров, у кого нет проблем, а тот, кто умеет преодолевать возникающие трудности” (Peseschkian N., 1977).

2. Пациент быстро подхватывает отводящуюся ему пассивную роль и переносит ответственность за лечение на врача (а тот ее благодарно принимает. Подробнее об этом 2.5.). Собственной инициативы вообще не существует. Психотерапевт ведет пациента. Темы обсуждений на сеансах должны задаваться психотерапевтом, а сеансы обычно проходят в директивном стиле. Пациент почти не пишет домашних заданий и редко “доделывает” их.

Транскультуральное сравнение: Особенно американские пациенты часто начитанны в психологических вопросах (или, по крайней мере, стараются выглядеть начитанными) и часто берут на себя активную роль пациента. Психотерапевт нередко должен ясно указывать пациенту на границы, если

последний не старается их придерживаться. Пациент часто приходит на сеансы со своими темами, которые он хотел бы обсудить. Психотерапевт скорее является сопровождающим или партнером для пациента. Пациент нередко ведет дневник, просит задания, которые хотел бы выполнить дома, пишет заданное и приносит на следующий сеанс.

3. Ожидание быстрого (чудесного) исцеления, лучше всего за один сеанс. Пациент хотел бы чувствовать себя лучше после каждого сеанса, и это является важным критерием оценки компетентности и способностей врача. Психотерапевт должен конкурировать в этом со всякого рода целителями, обещающими моментальное излечение. Лечение длительностью в 5 сеансов кажется уже довольно долгим.

Транскультуральное сравнение: В Германии пациент нередко должен несколько месяцев или даже целый год ждать очереди на амбулаторный прием у психотерапевта (список ожидания). Часто пациенты сами считают, что им необходимо многолетнее лечение, чувствуют себя обиженными и непонятыми, когда психотерапевт предлагает им краткосрочную психотерапию (“Вы считаете мою проблему столь незначительной, раз собираетесь так быстро разрешить ее?”).

4. Предшествующее знание о сущности психотерапии, ее эффективности и лежащих в основе техниках очень ограничено. “Психотерапевтической культуры” в России (еще) не существует. Имеется небольшое количество книг о самопомощи или другой информационный материал. Международная специальная литература имеет ограниченный доступ (примечание: благодаря интернету открываются новые возможности, однако они еще долгое время будут недостижимыми для многих). Проблемы обсуждаются с подругами, друзьями и родственниками по телефону или на работе (“Почему я должен пойти к чужому человеку, который вовсе меня не знает, рассказывать ему о моих проблемах, да еще и платить за это деньги?”).

Транскультуральное сравнение: Многие пациенты на Западе хорошо осведомлены и приходят к врачу с определенными ожиданиями. Например, американские пациенты достаточно часто приходят на прием с прямой просьбой прописать им конкретное лекарство, они прочитали о его эффективности в различных книгах и даже пытаются давить на психотерапевта (“Что, разве Вы ничего не знаете об этом лекарстве?”). В Западной Европе посещение психиатра стало почти социальной стигмой, но социальное признание врачей в последние годы заметно изменилось.

5. Взгляды на возникновение, причины и лечение психических заболеваний. В каждой культуре существуют социально принимаемые заболевания. Депрессия в России скорее считается настроением, нежели заболеванием, и человеку чаще советуют взять себя в руки. Генетическим причинам придается очень большое значение. В то же время психотерапевт вынужден противостоять убеждению многих пациентов в том, что заболевания и нарушения могут иметь магические или предопределенные причины. Господствует органически-биологическая

ориентация в отношении развития нарушений (“У него с рождения был непростой характер”, “Роды были тяжелыми”).

Транскультуральное сравнение: В США совершенно естественно говорить о посещении психиатра, о работе над собой под его руководством. Пациента поддерживают в намерении посещать психотерапевта и в случае необходимости принимать лекарства. В своей практике автор мог наблюдать, как часто возникают разногласия из-за того, что, например, “повышенная температура” для российских коллег является поводом не идти на работу, чего западные сотрудники не могут понять, а с другой стороны “депрессия” для иностранца является поводом пойти к врачу, тогда как российские сослуживцы убеждены, что сейчас плохо всем и в депрессивном настроении нет ничего необычного (“Кому сейчас хорошо?”).

6. Открытость, интерес и готовность к новым подходам. Почти всегда можно наблюдать готовность экспериментировать в том, что касается новых подходов и возможностей психотерапии, даже если последние не получили научного подтверждения. Если что-либо доступно объяснить, пациент будет готов это принять (“Кто лечит, тот и прав”).

Транскультуральное сравнение: Пациенты хотят подробнейших сведений о “вмешательстве”; аннотация о лекарствах всегда прочитывается самым тщательным образом; непременно выясняется вопрос о научной проверке применяемого метода; вследствие неминуемого судебного разбирательства при врачебной ошибке врач находится почти в перманентном напряжении.

7. Вера в сверхъестественное, в предопределение и духовные силы (магическо-мистическое мышление). Убеждение в возможности быть заколдованным или заговоренным достаточно широко распространено. Собственные болезни приводятся в прямую взаимосвязь с этими силами. Психотерапевт, который не верит в гороскопы, влияние родовой травмы, электромагнитного излучения, влияние звезд и приливов, реинкарнацию или сверхъестественные силы, в глазах пациента может утратить свою компетентность (личный опыт автора!). Парапсихология рассматривается как наука и занимает свое место в лечении. Она социально признана, хотя официально лишь немногие психотерапевты причисляют себя к ней и прочим сверхъестественным силам и практикам.

Транскультуральное сравнение: Полное отвержение такого рода мнений в западных кругах специалистов. Даже если втайне человек считает возможными магические причины заболеваний, он никогда не выскажет эти мысли в профессиональном кругу. Только эмпирически доказанные знания академической медицины могут учитываться в работе и являются социально признаваемыми. В последние годы в Германии, например, различные “психологические” институты стали предлагать подготовку по астрологической психологии, ароматерапии, психологии почерка, Тай Ши, Тантре, Дзен, графологии, танцу дервишей, йоге, медитации, психологии имени и т.д. за большие деньги, что доказывает растущий интерес к альтернативным направлениям.

8. Роль семьи. Так как каждый живет в семье или в течение всей жизни “опекается” ею, личные проблемы тесно связаны с проблемами коллектива (здесь: семьи). Создание семьи (свадьба, дети) является целью почти всей молодежи и как правило не оспаривается. Это социально ожидаемый шаг в планировании жизни, несмотря на увеличивающиеся проблемы, вроде разводов, насилия и неудовлетворенности.

Транскультуральное сравнение: Институт семьи поставлен под вопрос, созданы новые так называемые альтернативные жизненные сообщества (например, концепция партнеров на период жизни (Lerner S., Meiser H.C., 1991), гомосексуальные браки, банки спермы и пр.). В Германии 34% всех домашних хозяйств ведутся одним человеком (статистическая служба Германии, 1994), в крупных городах их число составляет более половины. В то время как в 1900 году примерно 44% всех немецких домов включали 5 или более человек, в 1992 году их было лишь 5%.

9. Существование транскультурального сознания. В многонациональной России каждый пациент имеет друзей, знакомых, коллег и родственников из других культур, с которыми ежедневно общается. Это приводит к относительной открытости по отношению к другим концепциям и делает относительными собственные.

Транскультуральное сравнение: Многие пациенты стоят на монокультурной точке зрения, мало общаются с иностранцами и не имеют почти никаких возможностей подвергнуть сомнению свои убеждения. Это положение изменяется вследствие притока иностранцев и превращения общества в многонациональное.

10. Реализация и признание духовных потребностей. Даже так называемые атеисты верят в существование души, говорят о духовном вакууме и духовных потребностях. Духовные элементы являются составной частью психотерапии.

Транскультуральное сравнение: Согласно исследованию Американской Психиатрической Ассоциации психиатры реже верят в Бога, чем в среднем население США. Со времени религиозной критики Фрейдом (1978) религия и духовность отмежевались от психотерапии, и психоанализ стал зачастую социально более приемлемой заместительной религией. При психотерапевтическом образовании учат, что собственные религиозные убеждения не должны переноситься на пациентов и не являются составной частью подготовки. В последние годы благодаря New-Age-движению и альтернативным психотерапевтическим направлениям духовные элементы стали занимать больше места в (западной) психотерапии.

11. Вопросы гарантии успеха психотерапии возникают уже на первом сеансе (часто с этим связана оплата). За неудачу психотерапии считается ответственным преимущественно психотерапевт.

Транскультуральное сравнение: N. Peseschkian (1991) указывает на то, что “во многих восточных культурах врачу платят до тех пор, пока пациент здоров”. Каждый психотерапевт поостережется предоставлять гарантии, хотя бы из

страха дальнейшей юридической ответственности, а пациент поощряется в принятии на себя активной роли в процессе лечения. В “сомнительных случаях” в провале психотерапии виновен пациент вследствие своего сильного сопротивления.

12. Доверие к врачу и его способностям (“Вы врач, скажите мне, что я должен делать”). Но это доверие еще относительное, поскольку было поколеблено богатым негативным опытом. Психотерапевту с авторитетом - не обязательно профессиональным, а просто благодаря его харизме - чаще верят, по крайней мере сначала, бессознательно, если возникают положительные отношения и имеется одинаковый взгляд на причины болезни.

Транскультуральное сравнение: Благодаря влиянию средств массовой информации (объявление в одном немецком журнале: “Если вы не довольны своим врачом, найдите другого”), дискуссий о доходах (“врачи зарабатывают много денег”), возрастающему влиянию денег и бизнеса в медицине, росту судебных процессов (профессиональные ошибки), влиянию больничных касс и контролю гражданских организаций отношения врач - пациент больше не являются простыми и представляют собой нечто большее, чем психотерапевтические отношения. Они строятся на основе совместного (лечебного) контракта (иногда действительно подписываемого), в котором обе стороны выступают в качестве равноправных партнеров и несут определенную ответственность.

13. Советский опыт. Согласно Е. Laurinaitis (1994), типичного постсоветского пациента и психотерапевтические отношения можно описать следующими семью критериями: а) основная тревога и страх взять на себя ответственность и принять решение; б) отсутствие интереса к окончательному результату собственной деятельности при одновременных опасениях взять на себя ответственность за независимый шаг; в) глубокое расщепление между открыто выражаемыми ценностями общества и индивидуума (“говорить одно, думать другое, делать третье”); г) глубокое недоверие к средствам массовой информации и возможной манипуляции посредством психологических механизмов; д) привычная высокая степень контроля во всех жизненных сферах, осуществляемая государственными органами и их представителями, которыми могут быть даже друзья и родственники; е) как результат этой системы все члены общества находились под высоким давлением витального страха, одним из путей борьбы с которым был алкоголизм; ж) злоупотребление государственными органами психиатрией и отсюда недоверие к любой психиатрии.

Транскультуральное сравнение: Согласно американскому психологу V. Satir (цит. по Е. Laurinaitis, 1994), существуют следующие предпосылки, чтобы избежать изменения личности при психотерапии:

1. Видеть и слышать, что здесь происходит, вместо того, что должно быть или будет.
2. Говорить, что чувствуешь и думаешь, вместо того, что должен.
3. Чувствовать, что чувствуешь, вместо того, что должен.

4. Спрашивать и просить, что хочешь, вместо ожидания разрешения.
5. Рисковать, пробуя новые возможности, вместо того, чтобы выбирать “проверенные” пути и никогда “не ушибаться”.

III.2.4. Психотерапевт в России

Рассматривая “типичного” российского психотерапевта, можно определить его следующие характерные черты.

1. Личность и поведение. Примечательна альтруистическая базовая установка российских психотерапевтов. Она проявляется в неподдельной заинтересованности помочь страдающему пациенту (“каждому приходится страдать, и когда-нибудь нам потребуется помощь других”); в выполнении профессиональной поддержки без соответствующего материального стимула (низкая зарплата, которая может задерживаться на полгода и зачастую не может служить основным средством к существованию); в бесплатной помощи нуждающимся, но не обеспеченным материально пациентам. Это основывается как у пациентов, так и у врачей на широко распространенном взгляде, что неэтично и не морально брать деньги с того, кто попал в беду. Существует моральная ответственность в том, чтобы помочь этому человеку. Далее следует назвать простоту в понимании человеческих проблем, а также гуманную позицию в отношении психических аномалий, что может быть обусловлено исторически (Karkos, I., 1994).

Транскультуральное сравнение: В то время как раньше часто говорили о призвании, теперь психотерапия все больше рассматривается как “нормальная” профессия, в которой нет места альтруизму. Напротив, говорят о “синдроме помогающих людей”, о том, что “помощь утомляет” (Fengler J., 1994), о “синдроме профессионального сгорания” (Burisch M., 1994), а в процессе обучения и повышения квалификации специалистов все больше внимания уделяется необходимости умения устанавливать собственные границы. Одним из аспектов установки границ является вопрос оплаты. Финансовые проблемы пациентов наряду с другими рассматриваются как лимитирующий фактор, и, если пациент не в состоянии оплатить лечение или за него не заплатит больничная касса, “не существует возможности для адекватного лечения” (Reimer S., 1996). Требуется, чтобы ответственные психотерапевты были в состоянии устанавливать собственные границы, воспринимать лимитирующие условия со стороны пациентов и определять ограничения, возникающие в совершенно специфическом взаимодействии или констелляции между участниками процесса. Как ключ к этому рекомендуется постоянная супервизия.

2. Применяемые методы и техники. Почти не существует психотерапевтов, работающих в одном направлении (по западному образцу), обычно комбинируются элементы различных методов. В большинстве психотерапевтических направлений работают психотерапевты различной специализации, и лечение основывается на междисциплинарном аспекте. Существует огромный интерес (и необходимость) к краткосрочной

психотерапии, поэтому так популярны и пользуются спросом психологические техники. Применяются преимущественно директивные и суггестивные методы, чисто аналитических почти нет. Предпочитаются холистические и семейно-центрированные методы. Психотерапия понимается широко и, наряду с “чисто” психотерапевтическими элементами, применяются физиотерапевтические (как массаж, ванны, занятия спортом), а также акупунктура, двигательная терапия, релаксация, искусство и литература. Лечение разносторонне и целостно в смысле “комплексной психотерапии”. Согласно Б.А. Барашу (1993), прошлый опыт России имеет также позитивные аспекты, которые приводят к тому, что российские специалисты более свободны, чем их западные коллеги, в выборе и принятии идеи и методов работы.

Транскультуральное сравнение: Клиники и институты известны теми методами, которые они представляют, а лечебный план основывается на одном единственном базовом методе (например, аналитические клиники, клиники поведенческой терапии и т.д.). В Германии врачу можно получить 4-летнее психотерапевтическое образование только в одном институте, сертификаты, полученные где-либо еще не признаются. Психотерапевт идентифицируется со своим методом и/или институтом. Акцент ставится на индивидуальной психотерапии. Различные техники представляют самостоятельные направления и интегрируются в лечебный план другими психотерапевтами. В последние годы, однако, возрастает интерес к эклектической или интегративной психотерапии.

3. Форма психотерапии. Психотерапия носит преимущественно суппортивный характер. Глубинно-психологический процесс встречается редко. Психотерапевт работает в основном директивно-суггестивным способом и “ведет” пациента. Техники и методы не всегда различаются и часто применяются одновременно. Психотерапевтический процесс часто включает индивидуальную, а также семейную и групповую формы лечения. Психотерапевт стремится быстро достичь субъективного улучшения у пациента и вынужден укладываться в рамки 5 - 10 сеансов. В психотерапию нередко вовлекаются социальные проблемы (работа, квартира, семья, закон, деньги), и психотерапевт вынужден заниматься и этими проблемами.

Транскультуральное сравнение: Психотерапевты работают преимущественно глубинно-психологически, преимущественно в индивидуальной форме. В Германии лечение рассчитано в среднем на 50 сеансов, так как в таком объеме оно оплачивается больничными кассами. Социальные проблемы решаются социальными работниками и соответствующими службами, так что практикующий психотерапевт лишь изредка сталкивается с этими факторами.

4. Образование. Психотерапевтическое образование и особый метод работы психотерапевт должен выбрать самостоятельно, так как в настоящее время практически не существует института, который предлагал бы полноценное многолетнее обучение. Подготовка занимает несколько месяцев, акцент в ней делается на теорию. Собственный опыт не предполагается; для супервизии почти не существует опытных практикующих психотерапевтов. Психотерапевт

- своего рода “один в поле воин”, зачастую он очень творческий, гибкий и относительно уверенный в себе.

Транскультуральное сравнение: В Германии психотерапевтическое обучение и повышение квалификации сопутствуют профессиональному и осуществляются обычно в течение 4-х лет в признанном институте постдипломного образования. Обучение финансируется участниками самостоятельно и часто представляет собой серьезную финансовую проблему. Акцент образования делается на собственном опыте (самоанализе) обучающихся; важны также теоретическая подготовка, практика, супервизорство и пациент-центрированные группы (балинтовские группы). Следует, однако, заметить, что после окончания обучения у психотерапевта еще мало практических познаний, которые он должен будет получить затем в самостоятельной работе.

5. Положение в обществе. Психотерапевт постоянно сталкивается с вызовом всякого рода целителей и шарлатанов, обещающих чудесное исцеление (“лечу все болезни”, “избавлю от алкоголизма за один сеанс”), а в обществе существует немало невежественных, наивных пациентов. Даже самый серьезный психотерапевт должен иметь в своем репертуаре магические элементы и “экспресс-техники”. Одновременно многие психотерапевты на рабочем месте также подвергаются значительному давлению с требованиями успешного лечения. Руководитель часто не осведомлен о механизмах действия в психологии и психотерапии, так что психотерапевту приходится регулярно доказывать свои способности и оправданность своего существования (“Если Вы психотерапевт, решите проблемы этого сотрудника”, “Сделайте что-нибудь с моим ребенком, чтобы он лучше учился”). Его зарплата нередко приводится в соответствие с успешностью его работы. Окружающими психотерапевт иногда воспринимается как маг и волшебник, нередко наделяется сверхъестественными способностями (“Вы же психотерапевт - что Вы можете сказать обо мне?”). Здесь - в обществе - он в конечном счете находит признание и восхищение своей деятельностью.

Транскультуральное сравнение: Психотерапия рассматривается как серьезная профессия. А в оценке профессии часто исходят из того, какое она предполагает образование. Общеизвестно, что психотерапия представляет собой длительный, нередко многолетний процесс, который не всегда может быть успешным. Общественное положение не отличается существенно от других академических профессий и обычно связывается с базовым образованием, например, медицинским, психологическим или педагогическим.

6. О нарушениях, которые подлежат лечению. К психотерапевту обращаются пациенты с различными расстройствами, ожидая если не излечения, то уж наверняка облегчения. Низкая самооценка существует почти у всех пациентов; многие это осознают и хотели бы изменить. Почти все пациенты испытывают значительные проблемы и надеются избавиться от них в ходе психотерапевтического процесса. Тема смерти, как и на Западе, является совершенно вытесненным феноменом. Однако многие чувствуют облегчение в связи с предложением поговорить об этом (что, к сожалению, психотерапевты

делают редко, поскольку не до конца прояснили свое собственное отношение к смерти и умиранию!). Почти не существует специальных психотерапевтических стационаров.

Транскультуральное сравнение: Показания к психотерапии достаточно узки. Пациенты сначала обследуются врачом на предмет органических заболеваний и только после исключения органической патологии направляются к психотерапевту. В среднем проходит несколько лет, пока пациент с органическим заболеванием будет направлен к психотерапевту. Пациенты, приходящие на лечение, страдают в основном депрессиями, страхами, психосоматическими нарушениями и невротическими расстройствами. Трудные пациенты могут быть приняты в психотерапевтические и психосоматические отделения.

III.2.5. Особенности психотерапии в России (расстановка⁵, психотерапевтический альянс и отношения психотерапевт - пациент)

Ниже приведены результаты транскультурального сравнения различных элементов психотерапевтического союза.

- Российские психотерапевты работают в различных институтах и организациях; психотерапевт сталкивается с определенными трудностями, так что его деятельность должна соответствовать этим условиям. Большое число практикует в больницах, поликлиниках или частных центрах. Психотерапевтов можно встретить в школах, педагогических учреждениях, медицинской службе крупных фирм и предприятий, военных и государственных учреждениях.
- Большинству психотерапевтов не приходится находить себе пациентов, так как их либо направляют к ним, либо психотерапевту по различным причинам не удастся уклониться от пациентов. “Быть направленным” к психотерапевту в этой связи означает, что другие коллеги направляют к психотерапевту пациента, нуждающегося на первый взгляд в психотерапии, без всякого предварительного выяснения его мотивации и готовности к психотерапии. Если состояние пациента, например, поведение “трудного” ребенка, не улучшается, это вина исключительно психотерапевта. Роль, задача и ответственность пациента в психотерапевтическом процессе почти не учитываются и не являются значимыми. Сильно также семейно-социальное давление с необходимостью лечения родственников и друзей, а отказ воспринимается как оскорбление, критерий ненадежности дружбы и т.д.
- Психотерапевт должен прежде всего исходить из того, что пациент придет всего на один сеанс. Вернется ли он еще раз после первой беседы, зависит от

⁵ Мы используем в этой работе слово "расстановка" в значении термина "setting". Setting в буквальном смысле значит “рассаживаться” или “организовывать” и часто используется в психологической литературе для объяснения внешних и внутренних аспектов психотерапевтической работы.

многих факторов, в существенной степени от того, насколько “успешным” и убедительным оказался психотерапевт (не пациент!). Параметрами хорошего психотерапевта являются улучшение самочувствия после сеанса, принятие субъективной позиции, устраивающей пациента, и сообщение практических техник и советов, которые могут быть употреблены сразу же. Психотерапевт постоянно находится под гнетом достижения эффекта и цейтнота, так как при “плохом начале” пациент просто больше не придет.

- Обсуждение формальных условий психотерапии затруднительно для обеих сторон. Если пациент наконец обрел доверие к психотерапевту и начал свободно высказываться, то последний не может ограничить время сеанса или объяснить, что отведенное время истекло. Доверие, чувства и эмпатия не хотят подчиняться никакой регламентации. Так, психотерапевтический сеанс может длиться 90 минут, а иногда и 2 - 3 часа. Здесь отчетливо проступает транскультуральный аспект психотерапевтических отношений: в то время как на Западе психотерапевтический союз является деловым соглашением, в России на первый план выступают человеческие отношения. Если психотерапевт выдержит временные рамки, он вступит в конфликт со своей совестью, правильно ли он поступил, прервав страдающего пациента только лишь потому, что окончилось время.
- Вопрос оплаты еще один сложный аспект. В государственных учреждениях, таких, как больницы и поликлиники, существует положение, что психотерапевты обслуживают пациентов бесплатно, и психотерапевт обязан принять каждого желающего. Многочисленные психотерапевты имеют небольшую частную практику, помимо официальной деятельности, чтобы зарабатывать деньги, а также заниматься “чистой” психотерапией. Типичный пациент почти не имеет финансовых возможностей для такого лечения, так что в последнее время очень благоприятной клиентурой являются в основном так называемые “новые русские” и в особенности их жены. Брать деньги за услуги, особенно для человека, обязанного помогать, считается неэтичным (новые русские являются исключением). Все работающие сегодня психотерапевты пережили советское время и помнят общественно-идеологическую установку по отношению к деньгам. Еще одну проблему представляет собой необязательность пациентов и их частые финансовые проблемы. Особенно сложно, когда пациент мотивирован на психотерапию, однако не имеет на это денег. Отказать такому пациенту почти невозможно как с общественной позиции, так и эмоционально, об этом трудно договориться с собственной совестью. В повседневности же получается так, что существует слишком мало платежеспособных пациентов, которые бы позволили обслуживать других неимущих пациентов. Часто оплата обуславливается успехом психотерапии (“Заплатите в соответствии с оценкой моей работы и Вашего выздоровления”), явкой пациента или его общими представлениями (“Заплатите столько, сколько считаете нужным” или “Сколько не жалко”).

- Психотерапевтический процесс предполагает преимущественно индивидуальную психотерапию. Часто на первый сеанс пациента приводят родственники (довольно часто матери), это они сказали ему о необходимости лечиться, однако, впоследствии они редко появляются на сеансах, особенно если психотерапевт (прямо или косвенно) замечает, что они - родственники - также причастны к заболеванию.
- Частым феноменом является вопрос вины. Нередко уже в первой беседе звучит следующее: “Мы расскажем Вам ситуацию, а Вы скажите, кто виноват”. Происхождение вопроса вины, безусловно, имеет исторические корни в недавнем прошлом (“поиск врагов народа и виноватых”). Психотерапевт наделяется ролью судьи, он должен обладать достаточным опытом, чтобы не принять эту роль, а сконцентрироваться на содержательном аспекте отношений.
- Отношения между психотерапевтом и пациентом продолжают после сеанса и после завершения лечения, как это принято и требуется в коллективистских обществах. Прерывание отношений в смысле “психотерапевтической абстиненции” психоанализа истолковывается пациентом как обесценивание и не вызывает понимания. Пациенты в дальнейшем часто становятся хорошими друзьями психотерапевта и готовы оказать помощь, обычно связанную с их профессиональной деятельностью (ремонт автомобилей, приобретение водительских прав и т.д.). Б.Д. Карвасарский (1985) указывает на то, что ни в какой другой области медицины этические аспекты не имеют такого значения, как в психотерапии.

Транскультуральное сравнение: Во время лечения внимание уделяется не только психотерапевтическим отношениям, но уже с самого начала работы - общению психотерапевта и пациента, которое начинается с установления контакта. Уже сам способ установления этого контакта должен указывать психотерапевту на характер нарушения, особенности ожидаемых в последующем взаимодействий и на прогноз возможного лечения. Было установлено, что качество психотерапевтического альянса в начале психотерапии существенно коррелирует с результатом лечения (Beauford J.E., 1997). При первой беседе, психотерапевтическом сборе анамнеза, речь идет, наряду с постановкой диагноза, прежде всего об оценке показаний или противопоказаний возможной психотерапии. Для “процесса определения показаний” значимыми являются четыре аспекта (Schneider, W., 1990): пациент, расстройство, форма психотерапии и психотерапевт. Психотерапевт заинтересован в том, чтобы последовательно проверить мотивацию пациента, и не только с точки зрения выраженности его страдания, но и исходя из представлений пациента о ценности и необходимости психотерапии.

С транскультуральной точки зрения здесь особенно интересен вопрос так называемого соответствия. Не только пациент, но и психотерапевт должен быть мотивирован на начало лечения. Он должен проанализировать свои чувства к пациенту (эмпатию, антипатию) и вполне вправе отказать пациенту. “Только

мазохисты лечат всех одинаково охотно”, - говорят в психотерапевтических кругах на Западе.

Существует список показаний к глубинно-ориентированной психотерапии. С. Reimer (1996) приводит 8 основных критериев, и только если эти критерии выполняются, может быть начата собственно психотерапия. Аналогично существуют и противопоказания. Большое значение придается процессу окончания психотерапии, поскольку он актуализирует предыдущий опыт расставаний и потерь. Здесь используются некоторые техники, так же как пробное расставание и последующие беседы, которые должны помочь пациенту (и психотерапевту) подготовиться к расставанию и периоду после завершения психотерапии.

Важной целью первой беседы, наряду с диагностической и психотерапевтической функциями, является обсуждение формальных и содержательных рамок психотерапевтического процесса, которым придается существенное значение в успехе лечения (Reimer С., 1996). В основном при этом речь идет о выборе психотерапевта, формы психотерапии, частоте и длительности сеансов, оценке длительности психотерапии и условиях оплаты.

В формальных условиях психотерапии различают пространственные и временные факторы. Под пространственными условиями понимают, помимо прочего, расположение пациента и психотерапевта во время работы, вплоть до многозначительного угла между ними (Hoffman S.O., 1986) (Примечание: оба должны сидеть под углом 90 градусов друг к другу). Под временными условиями понимаются частота и длительность сеансов. Как правило, при глубинно-психологическом лечении речь идет об одном сеансе в неделю (около 50 минут) и общей длительности психотерапии от двух до пяти лет (Reimer С., 1996). В Германии, например, пациенты вынуждены ждать места на лечение до года, будучи включены в специальный список ожидающих психотерапевта. Это, помимо прочего, должно усилить страдания пациента и проверить его мотивацию - и то, и другое можно считать хорошей предпосылкой для успешной психотерапии.

При формулировании содержательных условий психотерапии пациент рассматривается как (нуждающийся в помощи) партнер, который должен участвовать в планировании психотерапии. Принято говорить о “максимально возможной открытости” по отношению к пациенту, о “совместно запланированной работе и сотрудничестве”. При этом речь идет об установлении рабочего союза, формулировании совместных представлений о цели, концентрации на “актуальном невротическом конфликте” и выяснении защитных механизмов, таких, как регрессия, перенос и контрперенос.

С транскультуральной точки зрения вопрос оплаты особенно значен В США не только принято, но и психотерапевт поощряется обсудить этот вопрос в конце первого сеанса. В целом пациент должен соответствовать финансовым критериям психотерапевта или подыскать себе другого (соответствующего возможностям) врача. Категорически не рекомендуется лечить пациента бесплатно или принимать оплату ниже установленной психотерапевтом

границы. Последнее может привести к контрпереносу, например, к потере интереса или скуке (Wolberg L., 1977). Есть психотерапевты, которые требуют оплаты любого пропущенного сеанса (включая болезнь или отпуск пациента) или допускают 24-часовую отсрочку оплаты.

Отношения с пациентом вне психотерапии рассматриваются как неэтичное поведение и нарушение закона абстиненции. Фрейд требует: “Лечение должно проводиться в абстиненции” (Freud S., 1915). В последние годы в этой связи широко дискутируется вопрос о сексуальном злоупотреблении психотерапевтами-мужчинами. (Примечание: каждый сексуальный контакт между психотерапевтом и пациентом, в том числе и вне сеанса, рассматривается как злоупотребление), появились многочисленные публикации специалистов и пострадавших (Anonyma, 1988; Augerolles J., 1991; Heyne C., 1991). Исследователи интересовались дальнейшей судьбой пострадавших пациентов и показали, какие эмоциональные расстройства впоследствии развиваются у этих людей (Schoner, 1984). Психотерапевтическая абстиненция распространяется не только на сексуальные отношения, но и на другие этические проблемы, например, рестриктивное финансовое регулирование, перенос собственных ценностных представлений и идеологии на пациентов, обязанность психотерапевта контролировать свои нарциссические, эмоциональные потребности по отношению к пациенту (нарциссическое злоупотребление) и сохранение интимности и анонимности пациента. Требуется, чтобы предмет этики изучался в рамках психотерапевтического обучения и повышения квалификации, предлагаются специальные семинары, посвященные вопросам этики (Reimer C., 1996).

III.2.6. Психотерапевтическое образование и повышение квалификации в России

С конца 80-х годов интерес к психотерапии в России резко возрос как среди населения, так и среди специалистов, так что сегодня многие работают “психотерапевтами”. Так как понятия “психотерапия” и “психотерапевт” не защищены законом, психотерапевты получили самое различное образование. В целом можно различить две группы: 1) врачи, в основном психиатры, которые в рамках своей клинической деятельности несколько месяцев практиковали в качестве психотерапевтов, приобретя таким образом некоторый практический опыт, и в дальнейшем углубили его на семинарах. 2) Люди различных профессий (от медицины и психологии, педагогики до технических специальностей), которые интересуются психотерапией, приобретают опыт на различных семинарах и курсах, отчасти являясь практикующими психотерапевтами. Эти группы в свою очередь подразделяются на серьезно относящихся к психотерапии и тех, кого можно назвать шарлатанами и целителями.

Ситуация несколько изменилась с тех пор, как Министерством здравоохранения России 30.10.1995 был издан приказ “О психиатрической и психотерапевтической помощи”, который впервые регламентировал

психотерапевтическое образование для врачей (но не других профессиональных групп). Проект приказа был разработан под руководством проф. Б.Д. Карвасарского и устанавливает правила подготовки и получения сертификатов “психотерапии”. Обучение включает 700 часов и подразумевает теоретические знания (минимум 150 часов), практический опыт (минимум 350 часов) и самостоятельный опыт (а также балнтовские группы, супервизию - минимум 150 часов). Помимо прочего, требуется соответствующая клиническая практика в области психиатрии. Это постановление является важной вехой в развитии российской психотерапии. Трудности состоят теперь во внедрении требований в практику, в учебные планы институтов и образовательных центров.

В настоящее время существует небольшое число институтов и высших школ, которые предлагают многолетнюю полноценную психотерапевтическую подготовку, обычно на базе кафедры психотерапии (и/или психиатрии или медицинской психологии и педагогики).

На семинарах и курсах преподаются преимущественно теоретические знания и психологические техники, но не подразумеваются собственный опыт и супервизия. Семинары проводятся в качестве интенсивных тренингов или в рамках Недель психотерапии. Если раньше основное внимание уделялось теоретической подготовке, то теперь акценты смещаются на практическую работу. В супервизии нуждаются многие молодые коллеги, однако этот спрос не удовлетворен. Многие психотерапевты находятся в поиске примеров, которых все еще немного. Старшие коллеги в большинстве своем являются теоретиками, так что у молодых практикующих психотерапевтов почти нет живых примеров, и им приходится самим формировать свою профессиональную идентичность. Заинтересованность и потребность в институте с фундаментальным обучением, где можно получить не только специальные знания, но и постичь человеческо-этические ценности в отношениях учителей - учеников, выражены так сильно не только в России. Различными авторами указывается на то, что подготовка врача в России занимает около 8000 часов (Кабанов М.М., 1994), из них 97% посвящается изучению человеческого тела и отдельных органов и только 3% - психологии, этике и родственным им предметам. Это было названо “ветеринарным подходом” в образовании врачей (цит. по В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донскому, 1997).

Транскультуральное сравнение: Как и последующая психотерапия для пациентов, так и образование для врачей являются длительным многолетним процессом. С длительностью и комплексностью образования связывается профессиональная компетентность. Обучение длится около 4 - 6 лет после окончания института (обычно медицинского или психологического). Согласно L.Wolberg (1977), “не существует коротких путей для приобретения профессионализма”, он посвящает в своем руководстве целую главу “вооружению психотерапевта” и описывает в связи с этим следующие предпосылки компетентности психотерапевта:

1) Знания: обучение должно включать такие области знаний, как учение о поведении, базовые знания нейропсихиатрии, историю психиатрии, развитие динамической психологии, техники психотерапии, групповую психотерапию, супружескую психотерапию, семейную психотерапию, аспекты поведенческой психотерапии, детской психотерапии, профилактику, социальную психотерапию, культурологию и теорию личности, психологическое тестирование, исследовательские методы, специальные формы лечения и клинические конференции, а также разбор клинических наблюдений.

2) Личность: важнейшей переменной психотерапевтического процесса является не техника, а человек, который эту технику применяет, то есть сам психотерапевт (Strupp Н.Н., 1960). Называются пять предпосылок, которые должны существовать у психотерапевта для построения и поддержания необходимых психотерапевтических отношений: восприимчивость (к восприятию вербальных и невербальных посланий пациента и собственного поведения), гибкость (в применении методов и техник с учетом индивидуальности пациента), объективность (при переносе и контрпереносе), эмпатия (в страдании и ситуации пациента) и относительная отстраненность от тяжелых эмоциональных или характерологических нарушений пациента (владение собственными импульсами, потребностями и ожиданиями).

3) Практический опыт: при многолетней супервизии, лечении различных заболеваний и расстройств, в разнообразных формах (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия и т.д.).

Согласно “Страсбургской декларации о психотерапии от 1990 года” (World Council for Psychotherapy, 1990) “психотерапия является самостоятельной научной дисциплиной, занятие которой представляет собой отдельную свободную профессию. Психотерапевтическое образование проходит на высоком, квалифицированном и научном уровне”. “Интегральное специальное обучение по психотерапии” Европейского Сообщества Психотерапии (ЕАР, 1995) длится минимум четыре года и должно включать четыре образовательных сферы: собственный опыт (минимум 250 часов), теорию (знания) (минимум 250 часов), работу с пациентами и супервизию (минимум 130 часов). Обучение проводится на базе признанного института в течение всего вышеназванного срока. З. Фрейд еще в 1927 году подчеркивал необходимость “аналитических высших школ” и пояснял: “...Прежде всего нужно создать план занятий, который должен включать духовно-научный, психологический, культурно-исторический и социологический материал, а так же анатомический, биологический и историю развития... Легко выступить против этого предложения, таких аналитических школ не существует, это идеальное требование. Да, это идеал, однако такой, который может и должен быть реализован”.

III.2.7. Действенность российской психотерапии

После обсуждения факторов эффективности общей психотерапии (см. главу III.2.1.1.) и современных российских психотерапевтических подходов (см. главы III.2.3. - III.2.5.) мы можем сделать следующие выводы:

1) Российские психотерапия и психотерапевты учитывают многие факторы, которые необходимы для эффективности: использование магии и мистических элементов, авторитетная внешность врача, применение нетрадиционных техник, сила убеждения врача, отказ от традиционного поведения врача и принятие роли целителя, такое объяснение причины расстройства, которое может принять пациент, использование суггестивных факторов, применение группового давления посредством включения членов семьи в лечение, например, алкоголизма (коллективное целительное давление), элементы творчества, вера пациента в своего целителя и его уверенность в то, что "все будет хорошо", это значит, что исцеление или лечение возможно.

2) Если следующие факторы действенности будут учитываться и включаться, то российская психотерапия может стать еще более эффективной: установление первичного доверия, предоставление пациенту свободы на проявление реакции, не "наказывая его" и не "нападая на него", увеличение эмпатии, теплоты и доброты, выделение принципа надежды, создание безопасной атмосферы во время психотерапевтического сеанса, на котором пациент захочет рассказать о себе и улучшение формальной обстановки (например, мебель в комнате и т.д.).

III.3. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в психотерапии

III.3.1. Замечания по поводу понятия транскультуральная психотерапия

Как следует называть направление психиатрии и психотерапии, которое является темой обсуждения в данной работе, уже давно стало предметом дискуссии, которая до сих пор еще не завершена (ср. Pfeiffer W.M., 1994). Понятие "сравнительная психиатрия" восходит к исследованиям Е. Kraepelin (1904) и позднее было использовано некоторыми другими авторами (Murphy N.B., 1982; Petrilowitsch N., 1967; Yap P.-M., 1974;). Введенное Е.D. Wittkower (1965) понятие "транскультуральная психиатрия" является общепринятым и получило широкое распространение как в публикациях, так и в деятельности профессиональных организаций, например, создание секции транскультуральной психиатрии во Всемирной Психиатрической Ассоциации. По Е.D. Wittkower (1965) транскультуральная психиатрия представляет собой раздел социальной психиатрии, который занимается культуральными аспектами возникновения, частотности, форм и лечения психических расстройств в различных культурах. Приставка "транс" (лат.: пере-, насквозь, за пределами) означает культурно-обусловленную точку зрения, хотя прежде всего важно понять пациента и его картину заболевания исходя из собственной культуры. В английском языке используется в основном понятие "кросскультуральный" (cross-cultural), которое кажется нам недостаточно емким, хотя, по-видимому, под этими

терминами подразумевается одно и то же. В этой связи обсуждались также такие понятия, как “этнопсихиатрия” (Devereux G., 1961; Wulff E., 1978), “культуральная психиатрия”, “культурально-обусловленная” или “культурально-ориентированная психиатрия” и “антропологическая психиатрия” (ср. Pfeiffer W.M., 1994). Важные общие черты связывают транскультуральную психиатрию с транскультуральной психологией; она была подробно представлена H.C. Triandis, W.W. Lambert (1980) и затем позднее van R. Quekelberghe (1991). Американскими психологами (см. Ponterotto J.G., 1995) также было введено понятие “мультикультурального консультирования” (Multicultural Counseling), которое подразумевает консультирование, осуществляемое между или с личностями из различных культурных групп (Jakson M.L., 1995) (об истории “мультикультурального консультирования” см. Jackson M.L., 1995). В психотерапии такими учеными, как N. Peseschkian (1974), и некоторыми другими применено и распространено понятие “транскультуральной психотерапии”. Оно еще только внедряется в качестве субспециальности и пока не представляет собой самостоятельный предмет, по крайней мере в немецкоязычных странах [5, 8, 26 - 29].

Какое из этих понятий (или совершенно новое) будет в конечном счете принято повсеместно, представляет интерес только с терминологической точки зрения, однако содержательно можно уже сейчас утверждать, что все используемые понятия в сущности описывают одно и то же: наблюдение, признание, осознание и применение значения и влияния культуральных факторов в широком смысле слова на пациента, психотерапевта и психотерапевтические отношения. Мы используем в данной работе понятие транскультуральной психотерапии, которое в настоящее время принято и распространено в немецком и русском языках, однако мы хорошо осознаем тот факт, что это лишь переходное понятие, до тех пор пока психотерапевтический аспект культуральных факторов не будет учтен и представлен в каждой форме психотерапии. Транскультуральная психотерапия должна рассматриваться в этом смысле как всеобъемлющее понятие, а не только как сравнение между различными культурными традициями.

Далее несколько слов о понятии “культура”. Речь о транскультуральной или культурно-ориентированной психотерапии может иметь смысл только тогда, когда оговаривается, что следует понимать под словом “культура”. Представляет интерес, что понятие культуры само по себе является культурно-обусловленным. В этой связи мы хотели бы коснуться не множества определений этого термина, а привести только лишь два: по W.M. Pfeiffer (1994), “под культурой понимается совокупность передающихся из поколения в поколение опыта, представлений, ценностей, а также общественные порядки и способы поведения. Речь идет о категориях и правилах, при помощи которых люди интерпретируют свой мир и каким образом направляют свою деятельность”. A. Kleinmann (1996) говорит о том, что культура состоит из локальных миров ежедневного опыта. Культура может быть понята из ежедневных примеров повседневных поступков. Автор применяет

всеобъемлющее понятие культуры, которое, наряду с культуральными аспектами, учитывает также этнические, национальные и расовые факторы.

III.3.2. Общая теория метода позитивной психотерапии

Развиваемая N. Peseschkian с 1968 года в Германии позитивная психотерапия (первоначальное название дифференциальный анализ) (Peseschkian N., 1974, 1977, 1988, 1991; Peseschkian H., 1, 4, 8, 18, 20) может быть обозначена как гуманистический метод психотерапии с аналитическими, глубинно-психологическими и поведенческими элементами. Сам N. Peseschkian определяет этот метод как “глубинно-психологически обоснованный метод психотерапии с транскультуральной точки зрения с новыми техниками в русле конфликт-центрированной и ориентированной на ресурсы краткосрочной психотерапии”. Она основывается на транскультуральных исследованиях, проведенных группой ученых под руководством N. Peseschkian более чем в 20 культурах, которые собственно и повлекли за собой развитие метода. Позитивная психотерапия является новым методом, новым подходом к человеку, который преследует в основном следующие цели: лечение (психотерапевтический аспект), воспитание и профилактику (педагогический аспект), развитие межкультурного сознания (транскультурально-социальный аспект) и взаимодействие и интеграцию различных психотерапевтических направлений (междисциплинарный аспект). Так как предлагаемые в работе исследования были проведены при помощи этого метода, нам необходимо кратко его представить.

В данной работе акцент сделан на применении позитивной психотерапии в России. Для понимания транскультурального подхода имеет смысл продемонстрировать также международный статус позитивной психотерапии. Со времени своего становления в 1968 году метод был представлен более чем в 60 странах на семинарах, конгрессах и конференциях. К настоящему моменту существует свыше 40 региональных центров (в Европе, Азии, Африке, Северной и Южной Америке) и 5 национальных обществ (в Германии, России, Болгарии, Боливии и Австрии). В Висбадене (Германия) действует Международный центр позитивной психотерапии (ICPP); с 1974 года метод преподается в академии повышения квалификации и постдипломного образования Врачебной палаты земли Гессен; Висбаденский институт признан в качестве учебного заведения для подготовки специалистов в области психотерапии (длительность 4 года), семейной терапии (4 года) и позитивной психотерапии (2 - 3 года); выдаваемые им сертификаты действительны на территории всей Германии; с 1992 года позитивная психотерапия была признана (Врачебной палатой земли Гессен) в качестве так называемого “второго метода” для психотерапевтической подготовки - только 10 методов в Германии имеют этот статус; Международный центр позитивной психотерапии (ICPP) является членом Всемирного совета психотерапии (WCP), Европейского Общества Психотерапии (EAP) и Врачебного Общества Психотерапии (AAGP) в Германии. Наряду с книгами N. Peseschkian, которые были переведены более

чем на 20 языков мира, и нашими исследованиями, изданы многочисленные работы его учеников в различных странах. Журналы, посвященные позитивной психотерапии, издаются в Германии (с 1979 года), России и Болгарии (оба с 1993 года). В мае 1997 года в Санкт-Петербурге состоялся первый Всемирный Конгресс по позитивной психотерапии, в котором приняли участие 250 представителей из 16 стран.

Помимо практической работы, большое внимание уделяется научному базису, основам. Кроме многочисленных научных работ, к настоящему времени было подготовлено и защищено две докторские и несколько кандидатских диссертаций, посвященных использованию метода позитивной психотерапии. В 1997 году главной медицинской премией в области гарантии качества (Премия Ричард-Мертен-Прайс) была отмечена многолетняя исследовательская работа, проведенная в Германии с нашим участием и посвященная “Компьютерному анализу эффективности позитивной психотерапии”. Таким образом, позитивная психотерапия стала одним из немногих психотерапевтических методов, получивших научное обоснование эффективности [18].

Теория позитивной психотерапии основывается главным образом на трех основных принципах: позитивном, содержательном и стратегическом [1].

III.3.2.1. Позитивный процесс - принцип надежды и поддержки

Понятие позитивного, которое особенно актуально для позитивной психотерапии, прежде всего означает, что терапия направлена не только на устранение определенного симптома или расстройства (медицина, ориентированная на симптом), но прежде всего стремится понять смысл заболевания и помочь осознать его пациенту. “Позитивный” означает здесь в соответствии со своим исходным значением (лат.: positum, positivus) данное, действительное, существующее. Действительными и существующими, таким образом, являются не только конфликты и заболевания, которые приносит с собой человек или семья, но и способность преодолевать эти конфликты, учиться на этом выздоравливать. Болезнь тоже может быть представлена как способность именно так, а не иначе реагировать на ситуацию или конфликт. Она всегда может быть обозначена как своеобразная попытка человека самоисцелиться, которая осуществлена в большей или меньшей степени успешно. Пациенты страдают не только от их заболеваний и расстройств, но и от безнадежности, которую обретают вместе с диагнозом, особенно в психиатрии. Такое положение вещей можно назвать историческим и культурно обусловленным - концентрация на патологическом - и его удастся изменить только тогда, когда на смену придут другие модели мышления. Эти альтернативные модели могут заимствоваться из поведения других людей, из других психотерапевтических систем отношений и из других культурных традиций. Основополагающим при этом является то видение человека, которое существует у врача или в обществе на определенном этапе.

1) Значение образа человека в психотерапии и психиатрии

В основе современного глобального кризиса - как в индивидуальной, так и коллективной жизни - с его многочисленными влияниями и гранями, безусловно, лежат различные причины, и их исследованием давно уже занимаются специалисты самых разных дисциплин. С психотерапевтической точки зрения в связи с этим вопрос о видении человека приобретает особое значение и, исходя из его влияния на межличностные отношения, может быть обозначен как вопрос № 1 сегодняшней психотерапии и психиатрии - поскольку все остальные задачи проистекают из этой (Hagehuelsman H., 1987). В психотерапии и психиатрии вопрос о видении человека тесно связан с образом человека самого психотерапевта и этим же аспектом того метода, который им используется. Зачастую техники и теории считаются важнее, чем лежащий в основе подход к человеку в этом методе: так что в свое время было выдвинуто требование, чтобы, "учитывая, по общему согласию основополагающее влияние образа человека на создание психологических теорий, а также на сопоставимость теорий, очень желательно, чтобы такая модель человека ученого и/или научного общества была представлена как минимум в его основных публикациях или прояснялась в соответствующих литературных ссылках" (цит. по Buehler Ch., Allen M., 1973). В целом можно назвать такое описание подхода к человеку также "моделью человека", которая направляет наше поведение как человека, так и психотерапевта. Высказывалось мнение, что тот факт, "что с человеком возникает образ человека, характеризует качество гуманности" (Vogler P., 1972).

Если обратиться к содержанию высказываний о видении человека, то, наряду с общими определениями о том, что психологические теории характеризуются различными моделями человека, встречаются следующие замечания: образ человека сущностен; он определяет философские и трансцендентные предпосылки; он предполагает ответ на вопрос "что есть человек"; он отражает все соответствующие исторической эпохе мнения и представления человека о себе самом и о сущности человека; он представляет собой человека как понятие, который сформировался в определенную культурную эпоху, в ее духовном климате (Westmeyer H., 1973; Clauss G., 1976; Dorsch F. et al., 1982; Scheerer E., 1983). Содержание подобных высказываний о сущности человека или сущностных элементах человеческого бытия включает такие вопросы, как: чего человек может достигнуть физически/духовно/душевно, и что является для него недостижимым; что может ему наверняка помочь, и что ему ни в коем случае не повредит; какие требования можно предъявлять к нему, не нарушая его сути? Какой смысл имеет психотерапия и чего она хочет достичь? На какой ступени бытия находится человек? Вместе с тем видение человека включает также высказывания об ответственности, свободе, способности принимать решения и воле человека. Далее определяется отношение к генезу психических заболеваний (теория заболеваний), а также разрабатывается модель лишенного нарушений (здорового) индивидуума (следует заметить, что некоторые господствующие также в психотерапии модели человека предполагают, что

человек никогда не может быть здоровым, так что, согласно этим теориям, не существует и не может существовать людей без каких-либо расстройств).

Традиционная психиатрия и психотерапия основывают свое видение человека на психопатологии. Предметом этого видения являются заболевания или нарушения. Цель лечения состоит в устранении болезни, что сравнимо с хирургическим удалением пораженного органа. Такой симптомо-ориентированный подход коренится в редукционистско-механистическом образе человека, сформировавшемся с конца 17-го столетия в соответствии с ньютоно-картезианской моделью мира и оказывающим большое влияние на медицину до сих пор (Сарга F., 1985). Аналитическая модель мышления Декарта привела, помимо прочего, к редукционизму - вере в то, что все аспекты сложнейших феноменов могут быть познаны, если их разделить на составные части. Высказывания типа “Для меня человеческий организм - машина. Я мысленно сравниваю больного человека и плохо сделанные часы с моей идеей о здоровом человеке и хорошо сделанных часах” (Декарт, цит. по Rodis-Lewis G., 1978) и сегодня еще в значительной степени господствуют в нашей психотерапевтической деятельности и научном процессе. Картезианская модель человека послужила большому прогрессу особенно в соматической медицине, однако вместе с тем обусловила сужение русла научных исследований и до сегодняшнего дня препятствует осмыслению врачами многих часто встречающихся тяжелых заболеваний. Прежде всего картезианское разделение духа и материи “Тело не содержит ничего, что могло бы относиться к духу, а дух не содержится ни в чем, что бы принадлежало телу” (Декарт, цит. по Sommers F., 1978), привело во всех науках, особенно в психологии, психотерапии и психиатрии, к окончательной путанице в отношениях между духом и мозгом (Сарга F., 1985). О разделении между духом и материей W. Heisenberg (1962) писал: “Разграничение глубоко проникло в человеческое сознание за три столетия после Декарта, и пройдет еще много времени, пока проблема действительности не будет исследоваться по-настоящему с иной точки зрения.

2) Видение человека в позитивной психотерапии

Позитивная психотерапия является, таким образом, ориентированным на ресурсы методом психотерапии, который обращается сначала к возможностям пациента, и только затем уже исследует его заболевание. Ее видение человека включает, наряду с другими элементами, основной свойственный гуманистической психологии принцип: так, например, признание неизменности человека означало бы бессмысленность психотерапевтической работы, если бы не было веры в его изменяемость (Herzog L., 1982). Отдельные психотерапевтические школы различаются не признанием или отвержением предпосылки, а преимущественно тем, “каким образом” возможна изменяемость (по собственной воле, по приказу, навязыванием, с принятием ответственности на себя или под контролем психотерапевта, при изменении когнитивных процессов или всей личности в целом). Следующим отправным

моментом является то, что человек - активный организатор своего собственного бытия (Buehler Ch., Allen M., 1973), что он сознательно или неосознанно ориентируется на определенные ценности и стремится наполнить свою жизнь смыслом, реализуя свое самовыражение только в постоянном взаимодействии с социальной средой (Voelker U., 1980). Видение человека всегда включает также образ мира, в котором осуществляется становление человека с его органическим и материальным миром, а также взаимодействиями в этих сферах. Кроме того, научные высказывания о человеке имеют также политическое измерение, поскольку стремятся укрепить или изменить существующие условия. Обобщая, можно сказать, что “теория личности [должна] поощрять, а не сужать старания человека понять себя” (Bischoff L.J., 1983). Она должна также, “если она хочет представлять ценность, вообще быть замеченной, предоставлять для всего континуума человеческого существования наполненное смыслом пространство” (Feifel H., 1963). “Гуманистическая психология личности должна помочь развивать всеобъемлющие модели личности и поддерживать человека, овладевать жизнью и раскрывать его возможности”. Такое раскрытие позволит “понять человека целостно - как часть космоса, в котором он живет” (Clemmens-Lodde B., Schaeuble W., 1980). На базе знаний нам хотелось бы теперь ближе представить видение человека в позитивной психотерапии и его влияние на психотерапевтическую работу. “Позитивный подход” складывается из нового, позитивного видения человека в позитивной психотерапии, в основу которого положен постулат о том, что каждый человек - без исключения - от природы обладает двумя базовыми способностями, способностью к любви и способностью к познанию (см. рис.1).

Рис.1. Базовые способности в позитивной психотерапии

Обе базовые способности составляют сущность каждого человека и заложены в нем с рождения. В зависимости от потребностей организма, окружающей среды (воспитание, образование и культура) и того времени, в которое он живет (дух времени), эти базовые способности дифференцируются в неизменную структуру сущностных черт, которые впоследствии составляют характер человека и его индивидуальность. Постулат о двух базовых способностях (ср. “Концепция базовых способностей в различных психотерапевтических школах” у N. Peseschkian, 1985) означает не что иное, как то, что человек добр по своей сути. “По своей сути” - значит, что каждый человек наделен в полной мере всеми способностями, которые сравнимы с семенами скрытых возможностей, которые, однако, еще нужно развить. Позитивная психотерапия дистанцируется

при этом от детерминизма инстинктов в психоаналитической концепции или механистической модели человека в поведенческой психотерапии, которые видят изначального человека “недобрым” или как “*tabula rasa*”. Выражаясь иначе, согласно позитивной психотерапии, человек в основе своей здоров, а цель психотерапии состоит в том, чтобы вернуть человека к его исходному состоянию здоровья (в широком смысле слова). С транскультуральной точки зрения в отношении базовых способностей мы можем наблюдать в западных культурах акцент на способности к познанию, в то время как в восточных культурах на передний план выходит способность к любви, считаясь масштабом здоровья. Россия видится нам в этой связи не только как дуализм “Востока и Запада”, но и как самостоятельная культура [1, 14, 15, 29, 34].

Как и видение человека в любом другом психотерапевтическом направлении, этот метод также отражает образ человека своего создателя и основывается на духовно-философско-идеологической платформе. Два источника оказали особое влияние на N.Peseschkian в процессе создания концепции позитивной психотерапии: его собственная транскультуральная ситуация (Иран - Германия) и его мировоззрение как последователя веры Бахаи (Бараш Б.А., 1993). Первое привело к разработке транскультурального подхода, а второе, наряду с другими причинами, к позитивному видению человека. Образ человека в вере Бахаи предполагает, что “человек [есть] наивысший талисман” и должен восприниматься как “шахта, полная драгоценных камней” (Баха’у’ллах, 1982; Jordan D.C., Streets D.T., 1973). Позитивное видение человека - хотелось бы назвать его “революцией в психотерапии и психиатрии” - имеет множество производных факторов, влияющих на повседневные отношения врач - пациент. На некоторых из них мы остановимся в этой работе подробнее. В своей работе “Можно ли считать позитивную психотерапию “революцией” в психотерапевтической практике?” Г.А.Исурина (1993) отмечает, что можно говорить о революции в том случае, если была выработана новая концепция или предложена новая теория личности, которая в корне отличается от существующих. Если мы считаем теорию личности основой метода, тогда мы должны, согласно нашей точки зрения, считать представление о человеке основой теории личности. Гуманистический метод, конечно, является ориентированным на ресурсы, но позитивная психотерапия делает еще один шаг вперед в своем заявлении о том, что “человек добр по своей сути”, и это отражается не только в используемых техниках, но и в отношении к пациенту. “Достаточно” ли этого для того, чтобы стать революцией, покажет недалекое будущее.

Для практической работы это означает прежде всего принимать себя и других такими, как они есть, замечая также, какими мы можем быть. Значит принимать пациента с его нарушениями и заболеваниями как человека, чтобы затем обратиться к его еще неизвестным, скрытым, затененным болезнью способностям. Мы спрашиваем о значении, которое имеет симптом для него и окружающих его людей, стараясь выделить “позитивное” значение (символическая функция болезни). Расстройства и заболевания

рассматриваются, таким образом, как своего рода способность реагировать на конфликт именно так, а не иначе. В этом смысле заболевания и расстройства трактуются в позитивной психотерапии по-новому [1, 3, 6, 11, 20-23, 25]. Здесь мы приведем несколько примеров таких интерпретаций заболеваний:

- Депрессия - способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты.
- Фригидность - способность сказать “нет” своим телом.
- Страх одиночества означает потребность быть вместе с другими людьми.
- Алкоголизм - способность получать самому то тепло, которое не удается получить от окружающих.
- Психоз - способность жить одновременно в двух мирах или способность раствориться в мире фантазий.

Позитивный процесс приводит тем самым к изменению точки зрения всех участников - пациента, семьи и врача, - что является базисом для совместной психотерапевтической работы, облегчая последовательное преодоление возникших проблем и конфликтов. Происходит переход от симптома к конфликту. Это помогает нам сконцентрироваться на “настоящем” пациенте, которым к тому же нередко оказывается вовсе не обратившийся к нам человек - он-то как раз часто бывает только носителем симптомов и может быть обозначен как “слабейшее звено” (семейной) цепочки, - “настоящий” пациент нередко “сидит” дома [24]. Образно говоря, симптомы и заболевания можно сравнить с верхушкой айсберга, возвышающейся над водой. А основная масса ледяной глыбы - конфликты пациента - скрыта (и по большей части неосознаваема) и нуждается в специальных “техниках” для того, чтобы стать “видимой”. В позитивной психотерапии осуществляется, помимо прочего, при помощи позитивных интерпретаций, применения притч и транскультурального подхода.

Притчи, сказки, мифы, пословицы и поговорки целенаправленно применяются в позитивной психотерапии с учетом их 9 функций. Они используются преимущественно в качестве нерациональных подходов, которые позволяют пациенту лучше использовать свое воображение и интуицию (способность любить) и найти для себя новые возможные решения. Это оказывается особенно успешным в случаях так называемых “трудных” пациентов, которые невосприимчивы к рациональному обращению, например, с пограничными личностными расстройствами.

Транскультуральный аспект позитивной психотерапии является в сущности предметом настоящей работы. Прежде всего он затрагивает вопрос: "Что общего у всех людей, и чем они различаются?" Данный вопрос может быть рассмотрен в качестве основы транскультурального подхода позитивной психотерапии. Он включает как менталитет разных людей и их культуру, так и их уникальность - все это необходимо для транскультуральной работы. Нас интересует, как одни и те же конфликты и проблемы воспринимаются и оцениваются в различных культурах. Следует заметить, что “другая культура” может быть обнаружена также в собственной стране, она есть и в каждой семье,

и даже каждый человек по сути представляет собой отдельную культуру. Осознание того, что такое же поведение в другой культурной традиции или в другие времена могло оцениваться по иным меркам, считаться неизбежным или даже желательным, происходит расширение горизонтов оценивания. Люди перестают применять к этому поведению только привычную шкалу ценностей, а сравнивают его с другими концепциями. Для межличностных отношений это означает следующее: благодаря признанию относительности ценностных установок пересматриваются предубеждения, разрушаются фиксации и устраняются коммуникативные препятствия, что приводит к ликвидации “невротического сужения” и вместе с тем к расширению репертуара способов реагирования. Это может быть обозначено как общественно-политическое измерение позитивной психотерапии. Этому здесь следует уделить особое внимание, так как любая психотерапия, помимо психотерапевтической, всегда выполняет общественную, политическую, душевно-охранную и духовно-религиозную функции. Данные функции могут, в том случае, если учитываются целенаправленно, оказать последовательно возрастающее влияние на человека и общество. Но ими можно и злоупотреблять. Сегодня можно встретить и то, и другое: психотерапевтические методы становятся замещением религии, психотерапевты превращаются в гуру или пророков, а между представителями различных школ возникают настоящие религиозные войны. Это еще раз подчеркивает значимость лежащего в основе психотерапевтического направления видения человека. Многие из существующих сегодня психотерапевтических методов не представляют собой школы, теории или системы в собственном смысле. Можно обозначить их как техники, которые могут быть очень эффективны, но они не могут заменить теорию и концепцию заболеваний.

Позитивный аспект, таким образом, ведет от поддержки к надежде, вере и убежденности, которые, как известно из исследований (Wolberg L., 1977), могут мобилизовать или освободить живущие в человеке способности и потенциал самопомощи.

III.3.2.2. Содержание психотерапевтического процесса

В ежедневном общении с пациентами было замечено, что, как правило, к расстройствам и нарушениям приводят не крупные события (макротравмы), а постоянно возникающие мелкие душевные травмы (микротравмы), которые становятся “чувствительными” или “слабыми” местами, вырастая до потенциальных конфликтов. То, что с психотерапевтической точки зрения может представлять собой такой потенциальный конфликт, в морали, этике и религии может встречаться в понятиях добродетели в нормативном смысле. Отдельные поведенческие сферы были сведены воедино с целью описания содержательного компонента конфликтов и способностей. Сферы, названные актуальными способностями, можно разделить на две группы. К одной были отнесены психосоциальные нормы, ориентированные на достижение, деятельность (вторичные способности): пунктуальность, аккуратность,

бережливость, чистоплотность, трудолюбие, послушание, учтивость, честность, верность, справедливость, обязательность и точность; к другой - эмоционально-ориентированные категории (первичные способности): любовь, терпение, доверие, сексуальность, время, образец для подражания, общение, надежда, единство и вера. Актуальные способности формируются в процессе социализации и содержательно соответствуют социокультурной системе отношений, проявляясь в неповторимых условиях индивидуального развития. В качестве концепций они переносятся в самовосприятие и определяют принципы восприятия человеком окружающего мира и решения возникающих проблем.

С транскультуральной точки зрения следует заметить, что первичные способности эмоциональности, как любовь, доверие и общительность, более выражены в восточных культурах, а вторичные способности, как аккуратность, пунктуальность и чистоплотность, свойственны западной культуре. Уже в раннем детстве родителями и обществом расставляются такие акценты, например, режимом кормления младенца и т.д. В России мы наблюдаем выраженность эмоциональных способностей, а также акцентирование некоторых вторичных способностей [1, 3, 7, 15, 30, 31].

Влияние актуальных способностей выявляется в четырех сферах: посредством ощущений, посредством рассудка, посредством традиции и посредством интуиции/воображения (см. рис.2).

тело

будущее

деятельность

контакты

Рис.2 Модель баланса.

Исследования N. Peseschkian и в которых мы также принимали участие [1, 4, 5, 15], проведенные в различных культурах, показали, что в четырех вышеназванных сферах существует “четыре пути способности к познанию”, которые могут быть названы “четырьмя качествами жизни”. Модель равновесия основывается на целостном подходе к человеку в позитивной психотерапии. В этой связи мы говорим о биологически-телесной, рационально-интеллектуальной, социо-эмоциональной и духовной сферах и соответственно о способностях человека. Хотя в каждом человеке заложен потенциал в каждой из этих сфер, некоторые из них в процессе социализации могут гипертрофироваться, а другие подавляться. Каждый человек развивает свои собственные предпочтения в преодолении конфликтов (“Четыре пути переработки конфликтов”): бегство в соматические расстройства и болезни, бегство в работу, бегство в одиночество или общение и бегство в мир фантазий.

Каким формам преодоления конфликтов будет отдано предпочтение, в существенной степени зависит от приобретенного опыта, прежде всего от детского. Согласно позитивной психотерапии, таким образом, не тот человек может считаться здоровым, у которого нет проблем, а тот, кто научился преодолевать конфликты. В соответствии с моделью переработки конфликтов (моделью равновесия) здоров тот, кто старается равномерно распределить свою энергию в четырех названных сферах. Целью же психотерапевтического вмешательства можно считать помощь пациенту в познании и мобилизации его ресурсов для приведения в динамическое равновесие его четырех сфер. Ценно именно сбалансированное распределение энергии, а не равномерное распределение времени [19, 20]. Длительно существующая односторонность может, наряду с другими причинами, приводить к конфликтам и вместе с тем к заболеваниям. Всегда должна учитываться индивидуальность пациента, чтобы он мог достичь именно ему соответствующего равновесия. С точки зрения позитивной психотерапии здоровым может, таким образом, называться человек, находящийся в “равновесии”. Здесь снова проявляется влияние позитивного видения человека, определяющего концепцию здорового человека и открывающего пути к достижению здоровья. Вместо патогенетической концепции мы исходим из салютогенетической, то есть ориентированной на здоровье.

Наши исследования [4, 5, 28, 29] показали эффективность модели в транскультуральной психотерапии. В то время как в индивидуалистических культурах Западной Европы и Северной Америки имеют большое значение преимущественно сферы телесного здоровья, спорт (тело) и профессии (достижения), в коллективистских обществах Востока (Ближнего Востока) предпочтение отдается в основном сферам семьи, общения с друзьями и гостями (контакты) и размышлениям о будущем, смысле жизни, мировоззренческим вопросам (фантазия/интуиция). В России в исследованиях более чем в 25 областях мы наблюдали, что здесь, с одной стороны, имеется тенденция ко всем четырем сферам, с другой, преимущественную роль играют сферы профессии/деятельности и общения/семьи (см. рис.3). Интересно в связи с этим, что Россия не только географически, но и психологически находится между Востоком и Западом. Это может также явиться еще одним (научным) основанием того, почему ничего не получилось из попыток определить Россию как европейскую или азиатскую страну, что многие напрасно старались сделать, и только подчеркивает необходимость признания ее уникальности [14, 30].

Рис. 3. Модель баланса в транскультуральном сравнении

III.3.2.3. Стратегия психотерапевтического процесса в “5-ступенчатой модели”

В рамках психотерапии и самопомощи позитивная психотерапия использует 5-ступенчатый метод работы, который подразделяется на следующие ступени: наблюдения/дистанцирования, инвентаризации, ситуативного ободрения, вербализации и расширения системы целей. Эта “стратегия” применяется как на протяжении всего психотерапевтического процесса, так и во время отдельного сеанса, она является также техникой самопомощи.

1) Стадия наблюдения и дистанцирования

Целью данной стадии психотерапевтического процесса является выбор дистанции и анализ ситуации пациента. Эта ступень должна помочь ему перейти от абстрактного к конкретному описанию ситуации. Пациент излагает (по возможности письменно), в связи с чем или с кем, как, когда появляются его симптомы или возникают конфликты. Здесь начинается процесс обучения различению. Приобретается навык очерчивания и содержательного описания конфликта. Благодаря своей позиции наблюдателя пациент дистанцируется от своей конфликтной ситуации и может несколько расширить свое первоначально “невротически суженное” восприятие. Он становится наблюдателем самого себя и окружающего мира.

2) Стадия инвентаризации

На психотерапевтическом сеансе задача состоит прежде всего в том, чтобы выяснить приобретенный опыт в отношении актуальных способностей и сфер переработки конфликтов, а также помочь пациенту увидеть истоки его жизненных концепций и разногласий. Установки, которые обычно кажутся пациенту неизменными и лично-зависимыми, становятся относительными благодаря прояснению их жизненно-исторической предрасположенности. При помощи специального перечня актуальных способностей (Дифференциально-аналитический опросник, ДАО) мы устанавливаем, в каких поведенческих сферах пациент и его партнер по конфликту обладают позитивными, а в каких негативными качествами.

3) Стадия ситуативного поощрения

Чтобы построить доверительные отношения с партнером по конфликту, пациент учится усиливать позитивные качества другого и контролировать противоречащие с ними критически выраженные собственные особенности. Вместо критики партнера пациент на основе опыта, приобретенного на 1-й и 2-й ступенях, учится поддерживать его.

4) Стадия вербализации

Чтобы преодолеть безмолвие или словесное искажение конфликта, постепенно по четко установленным правилам налаживается коммуникация с партнером. Так как на третьем этапе работы были установлены доверительные отношения, которые облегчают открытую коммуникацию, теперь могут обсуждаться как позитивные, так и негативные качества и переживания. При этом пациент обучается также определенным техникам и правилам общения, знакомится с концепцией семейной группы, и к психотерапии может быть привлечена вся семья. В фокусе психотерапевтической работы теперь находятся семейные концепции и неосознаваемые базовые конфликты.

5) Стадия расширения системы целей

Данная ступень присутствует в работе с пациентом с самого начала. Пациент должен найти ответы на вопрос: “Что я стану делать, если у меня не будет больше проблем?” Эта ступень носит также профилактический характер, чтобы избежать развития в дальнейшем “синдрома отдачи” после “успешной” психотерапии. Пациент учится у своего психотерапевта развивать новые способности, которые в прошлом были вытеснены по каким-либо причинам. Он развивает при поддержке психотерапевта свои микро- и макроцели.

На каждой из 5 ступеней в зависимости от психотерапевтической ситуации и особенностей пациента могут применяться элементы и техники различных других психотерапевтических подходов (метатеоретический аспект). Могут быть использованы такие методы и техники, как психоанализ, поведенческая психотерапия, психодрама, телесноориентированная психотерапия, релаксационные техники, гипноз, а также физиотерапевтические процедуры. Психотерапевтический процесс (и психотерапевт) тем самым направляют пациента, но не наоборот. Целенаправленное применение историй, притч, народной мудрости, поговорок на каждой ступени помогает пациенту не только лучше понять смысл и цель работы на определенной ступени, но и научиться самопомощи в повседневной жизни. Способность находить соответствие и интегрировать различные методы являются еще двумя критериями, которые позволяют использовать позитивную психотерапию в транскультуральной сфере.

III.3.2.4. Модель конфликта в позитивной психотерапии

Позитивная психотерапия, таким образом, обладает моделью, которая объясняет возникновение заболевания с точки зрения позитивной психотерапии (см. рис. 4) [1].

В соответствии с методом позитивной психотерапии, личность и жизненная ситуация человека определяются развитием трех концепций: способностью любить, представленной “4 моделями для подражания” (базовая ситуация, которая может привести к базовому конфликту), способностью к познанию, представленная в “4 сферах модели равновесия”, и актуальными способностями в качестве норм социализации. В этой “базовой личности” возникает

актуальный конфликт, который может быть вызван либо крупными жизненными событиями (макротравмами), либо небольшими повседневными кумулирующими происшествиями, как, например, неаккуратность детей, непунктуальность и т.д. Актуальные события могут действовать травматически только тогда, когда резонируют с существовавшим латентным конфликтом и реактивируют его. Таким образом, может возникать внутренний конфликт, который представлен двумя разнонаправленными векторами внутреннего напряжения или силами (актуальный и базовый конфликты). Внутренний конфликт выражается в таком случае в психологических или соматических симптомах в смысле символизации лежащего в основе конфликта и представляет собой неосознаваемую попытку самоизлечения. Если функциональные расстройства не распознаются своевременно, это может привести к манифестации различных органических синдромов и заболеваний.

III.3.3. Опыт применения позитивной психотерапии в России в преподавании, обучении, клинической практике и исследованиях

Метод позитивной психотерапии впервые был представлен в России - тогда еще в СССР - в 1989 году. Первые семинары состоялись в 1989 и 1990 гг. в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, а позднее также в Москве. Подробное описание истории распространения позитивной психотерапии в бывшем СССР было представлено автором работы ранее [2, 13, 34], так что здесь мы позволим себе привести лишь краткий обзор основных этапов. Позитивная психотерапия с самого начала, особенно с 1991 года, применялась в различных областях: в клинической практике, в повышении квалификации и постдипломном образовании, в научных исследованиях и университетском преподавании. Подобная разносторонность приводила (и продолжает по сей день) к постоянной перепроверке теории в повседневной транскультуральной практике и позволяет избежать сужения или односторонней идеализации.

Рис.4. Модель конфликта в позитивной психотерапии

III.3.3.1. Применение в практике и клинике

- С 1991 года были основаны 23 местных и региональных центра позитивной психотерапии, транскультуральной психиатрии и психосоматической медицины” в республиках бывшего Советского Союза, 18 из них находятся в Российской Федерации. Центры созданы на базах университетов, психиатрических больниц или частных медицинских и психологических центров. Почти во всех центрах ведется практическая работа с пациентами.

- С 1995 года под руководством автора данной работы в Американском медицинском центре в Москве создано нейропсихиатрическое отделение, которое изо дня в день обслуживает пациентов приблизительно 25 различных национальностей. В психотерапевтической практике позитивная психотерапия применяется в своей транскультуральной форме и постоянно подвергается проверке на эффективность в этой сфере.

- Многие из 4000 коллег, участвовавших в семинарах, посвященных позитивной психотерапии, работают в государственных учреждениях или стали частнопрактикующими специалистами и применяют метод в самых разнообразных областях медицины (психотерапии, психиатрии, гинекологии, онкологии, пульмонологии), психологии и педагогике (в школах, детских садах и интернатах).

III.3.3.2. Применение в области повышения квалификации и постдипломного образования

Наряду с книгами прежде всего следует сказать о семинарах, которые распространяли в России метод позитивной психотерапии. До конца 1997 года в России состоялось 75 недельных интенсивных семинаров, посвященных позитивной психотерапии, транскультуральной психиатрии, семейной психотерапии и психосоматической медицине более чем в 30 городах России и 5 бывших республиках Советского Союза. Интенсивные семинары служат повышению квалификации и постдипломному образованию в области психотерапии в целом и позитивной психотерапии в частности. Во многих местах они стали первыми психотерапевтическими семинарами (например, в Чувашии, на Сахалине и др.). Семинары проходили преимущественно на базе психиатрических отделений и кафедр университетов (в т.ч. в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Архангельске, Екатеринбурге, Новосибирске, Владивостоке, Чебоксарах, Челябинске), в психиатрических областных больницах, в медицинских и психологических центрах, реабилитационных центрах и педагогических высших учебных заведениях (семинары для учителей). Обзорные семинары были представлены на Международных неделях психотерапии, например, в Красноярске и Москве, метод также представлялся на различных национальных и международных конгрессах.

Из 4000 участников семинаров примерно 700 психиатров, врачей и психологов прошли 2-годичную подготовку в области позитивной психотерапии, и после

успешно сданного экзамена им были вручены соответствующие дипломы. Семинары и полный курс повышения квалификации состояли, ориентируясь на психотерапевтическое повышение квалификации в Германии, из теоретических лекций, практических занятий, семинаров, посвященных первой беседе с пациентами, демонстраций работы с пациентами, балинтовских групп, групп обмена опытом, супервизорских групп и письменных домашних заданий.

С начала 1997 года сертификаты и дипломы “Международного центра позитивной психотерапии” были признаны Российской медицинской академией последипломного образования врачей в качестве свидетельства о повышении квалификации и составной части психотерапевтического последипломного образования согласно приказу Министерства здравоохранения (№ 294, от 30.10.95).

III.3.3. Преподавание, публикации, научные исследования и взаимодействие

1) Публикации:

Наряду с переводом на русский язык основных работ N. Peseschkian, были изданы также книги самого автора [1, 4], различные публикации в руководствах и журналах. Это привело к дальнейшему распространению и знакомству с методом и показало возможности его применения в России в различных специальностях. С 1993 года Российское общество позитивной психотерапии издает специальный журнал “Позитум”, посвященный позитивной психотерапии, транскультуральной психиатрии, семейной психотерапии и психосоматической медицине.

2) Преподавание

Позитивная психотерапия входит в образовательную программу ряда медицинских высших учебных заведений (например, в Казани, Архангельске, Иванове) и преподается на кафедрах психиатрии (и психотерапии) начинающим врачам. Автор преподает позитивную психотерапию и психосоматическую медицину с 1996 года на кафедре медицинской психологии и педагогики Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

3) Научные исследования

Помимо многочисленных публикаций российских коллег в стране и за рубежом, в последние годы ими были подготовлены, главным образом под супервизией автора, 3 кандидатские диссертации, посвященные применению позитивной психотерапии в различных медицинских областях, психологии и педагогике. Многочисленные транскультуральные исследования были проведены в российских центрах позитивной психотерапии с пациентами самых разных национальностей. В совместной работе с Международным центром в Висбадене был инициирован также ряд международных исследований (например, Россия - Германия - Болгария).

4) Взаимодействие и сотрудничество

Наряду с образованием 23 местных и региональных Центров позитивной психотерапии, в последние годы были установлены контакты с ведущими организациями, такими, как Российская медицинская академия последипломного образования, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Медицинский университет им. академика И.П. Павлова в Санкт-Петербурге, Московский медицинский университет, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Российская Академия образования, Министерство Здравоохранения республики Саха, которые во многих случаях способствовали расширению сотрудничества с международным центром позитивной психотерапии.

III.3.3.4. Позитивная психотерапия в России

Международный центр позитивной психотерапии заинтересован в развитии самостоятельных центров в разных странах. Так, после создания центров было предпринято образование в качестве координатора деятельности Российской ассоциации позитивной психотерапии. Ассоциация была основана 25 марта 1993 года в Казани. Собрания Ассоциации проходят ежегодно (Казань, 1993; Москва, 1994 и 1996; Санкт-Петербург, 1997; Москва, 1998), а в 1997 году Российским Министерством Юстиции в Санкт-Петербурге в качестве общественной организации была зарегистрирована “Межрегиональная ассоциация позитивной психотерапии” (№ 1201-ЮР, 8.1.97). Ее руководство находится в настоящее время в Медицинском университете им. И.П. Павлова в Санкт-Петербурге.

III.3.4. Статистические исследования в области применения позитивной психотерапии в транскультуральном сравнении (Россия - Германия)

Описание статистической обработки данных приведено в главе II.4. Основной задачей проведения исследования являлся ответ на вопрос: различаются ли условия применения позитивной психотерапии в различных культурах? Имеются ли специфические различия между российскими и немецкими психотерапевтами, использующими метод позитивной психотерапии? Были изучены особенности использования позитивной психотерапии в обеих культурах и оценена достоверность выявленных различий.

Сначала достоверности различий были проверены χ^2 -тестом для общих вопросов, то есть для суммы категорий одного вопроса, а затем полученные достоверности были обработаны для каждой категории с помощью формулы Фишера. Таким образом было отображено различие между двумя культурами. Из 54 вопросов ниже приведены те, что содержат наиболее важную информацию.

<i>Таблица 1: Социодемографические данные об участниках семинаров</i>

	Россия ⁶ (n=55)	Германия (n=60)	Досто- верность различий
Возраст (средний)	39	42	
Пол	50 женщин (91%) 5 мужчин (9%)	36 женщин (60%) 24 мужчины (40%)	p<0,05 p<0,05
Образование			
- медицинское	20 (36%)	49 (82%)	p<0,05
- психологическое	30 (55%)	6 (1%)	p<0,05
- другое	5 (9%)	5 (8%)	н.д. ⁷
Специальность			
- психолог-психотерапевт	26 (47%)	0	p<0,05
- психиатр	14 (25%)	7 (12%)	p<0,05
- врач (кроме психиатров)	0	33 (55%)	p<0,05
- психотерапевт	6 (11%)	14 (23%)	н.д.
- другая	9 (17%)	6 (10%)	н.д.
В настоящее время преимущественно работают психотерапевтом			
- да	15 (28%)	18 (31%)	н.д.
- нет	4 (7%)	19 (32%)	p<0,05
- частично	35 (65%)	22 (37%)	p<0,05
Применение ППТ в собственной практике (длительность)			
< 1 года	14 (26%)	11 (20%)	p<0,05
1-3 года	35 (65%)	16 (29%)	p<0,05
3-5 года	2 (4%)	14 (43%)	p<0,05
>5 лет	3 (5%)	5 (8%)	н.д.

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 1.

С российской стороны среди обследованных были преимущественно женщины, которые работают психологами. С немецкой стороны большинство опрошенных работают врачами в клиниках, либо занимаются частной практикой. Это означает, что многие дальнейшие результаты будут подвержены влиянию именно данного фактора, а для психотерапевтов, работающих в других условиях, можно ожидать других результатов. Так как большинство лиц в обеих группах уже имеют достаточный опыт применения позитивной психотерапии, можно исходить из того, что изменения установки или личностной самооценки у них произошли благодаря данному методу. Это может быть причиной того, что многие последующие данные совпадают у представителей обеих культур, чего обычно не наблюдается. Поскольку в процессе психотерапии изменяются не только пациенты, но и психотерапевты, можно думать о соответствующем эффекте метода (аспект самопомощи в позитивной психотерапии).

⁶ Имеются ввиду опрошенные российские психотерапевты, аналогично в следующем столбце приведены данные о немецких психотерапевтах

⁷ статистически не достоверно

Таблица 2: Опыт применения позитивной психотерапии

Обращаетесь ли Вы к позитивной психотерапии в Вашей работе?	Всегда	часто	иногда	Никогда
- Россия	19 (35%)	26 (47%)	10 (18%)	0
- Германия	23 (39%)	12 (20%)	15 (25%)	4 (6%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	p<0,05	н.д.	p<0,05

Какой психотерапевтический метод Вы используете преимущественно (основной метод)?	ППТ	другие
- Российские психотерапевты	42 (81%)	10 (19%)
- Немецкие психотерапевты	35 (74%)	13 (26%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.

Самооценка как психотерапевта	1-10 (10=max.)
- Российские психотерапевты	6,5 (средняя)
- Немецкие психотерапевты	6,5 (средняя)

Насколько эффективна, по Вашему мнению, позитивная психотерапия?	max. 100%
- Российские психотерапевты	77% (в среднем)
- Немецкие психотерапевты	79% (в среднем)

Применима ли и эффективна позитивная психотерапия в Вашей стране? (5-1, max. 5)	5	4	3	2	1
- Российские психотерапевты	3 (6%)	33 (61%)	18 (33%)	0	0
- Немецкие психотерапевты	12 (20%)	43 (72%)	5 (8%)	0	0
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	p<0,05	н.д.	н.д.

Собственная идентификация с ППТ (5 = max Идентификация)	5	4	3	2	1	0
- Российские психотерапевты	7 (13%)	20 (37%)	19 (35%)	5 (9%)	3 (6%)	0
- Немецкие психотерапевты	18 (30%)	26 (44%)	10 (17%)	3 (5%)	2 (3%)	0
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.

Какие элементы/техники ППТ Вы преимущественно применяете и находите особенно эффективными (возможно несколько ответов)	Россия	Германия	Достоверность различий
- Притчи/истории/сказки	51 (93%)	39 (68%)	p<0,05
- модель равновесия (четыре сферы)	50 (91%)	48 (84%)	p<0,05
- позитивные интерпретации	39 (71%)	48 (84%)	p<0,05
- транскультуральные примеры	18 (33%)	23 (40%)	н.д.
- модель базового конфликта	32 (58%)	22 (39%)	P<0,05
- макротравмы (жизненные события)	33 (60%)	47 (82%)	p<0,05
- микротравмы (актуальные способности, ДАО)	25 (45%)	43 (75%)	p<0,05
- 5-ступенчатая модель	20 (36%)	30 (53%)	P<0,05
- модель конфликта	26 (47%)	22 (39%)	P<0,05

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 2

Для более чем 3/4 опрошенных позитивная психотерапия является основным методом в их работе. Другими методами и подходами среди российских психотерапевтов являются нейролингвистическое программирование, психодрама, гештальттерапия, поведенческая психотерапия, эриксоновский гипноз, аутогенная тренировка и так называемая рациональная психотерапия. С немецкой стороны были названы поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, гипноз, гештальттерапия, психодрама и прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону. Применение элементов других методов подчеркивает интегративный, междисциплинарный аспект позитивной психотерапии.

Самооценка удивительным образом совпадала в пределах 6 - 7 в обеих группах; также совпала оценка метода позитивной психотерапии как весьма эффективного (около 80%). Метод является адекватным для любой культуры; хотя идентификация с этим методом выше в Германии. Вероятно, это связано с выбором немецкими врачами определенной психотерапевтической школы для своей практической работы, в то время как в России в меньшей степени ориентируются на какое-либо конкретное направление. Как правило уверенность российских психотерапевтов в себе чаще достаточно низкая; то, что в наших исследованиях выявилась высокая оценка себя как психотерапевта, может свидетельствовать о том, что благодаря применению позитивной психотерапии в собственной жизни и деятельности происходит не только рост самооценки и самосознания, но и в связи с обучением и принятием метода повышается уверенность в себе при работе с пациентами.

В России наиболее часто используются такие элементы, как притчи, позитивные интерпретации заболеваний и модель равновесия. В Германии помимо этого используется концепция макро- и микротравм. Вероятно, здесь играет роль различная продолжительность психотерапии и тенденция к рациональному мышлению в Германии. Это свидетельствует и о том, что в России полностью метод позитивной психотерапии нигде не применяется, а используются лишь его отдельные элементы.

Таблица 3: Психотерапевтические отношения

Кто, по-Вашему мнению, виновен в неуспешной психотерапии?	Психотерапевт	пациент	Оба	Другие факторы
- Российские психотерапевты	26 (51%)	11 (21%)	12 (23%)	2 (5%)
- Немецкие психотерапевты	22 (44%)	2 (4%)	24 (48%)	2 (4%)
- <i>Достоверность различий</i>	н.д.	p<0,05	p<0,05	н.д.

Даете ли Вы пациентам домашние задания?	Всегда	часто	иногда	редко	никогда
- Российские психотерапевты	13 (24%)	19 (35%)	16 (31%)	5 (9%)	1 (1%)
- Немецкие психотерапевты	17 (31%)	14 (25%)	15 (27%)	6 (12%)	3 (5%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Испытываете ли Вы давление, обусловленное ожиданиями "чудесного" исцеления со стороны Вашего пациента?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	4 (7%)	25 (45%)	19 (35%)	6 (11%)	1 (2%)
- Немецкие психотерапевты	0	20 (37%)	25 (46%)	7 (13%)	2 (4%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Прервете ли Вы работу с пациентом, если время сеанса истекло?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	1 (1%)	12 (22%)	18 (33%)	18 (33%)	6 (11%)
- Немецкие психотерапевты	1 (2%)	14 (26%)	21 (39%)	13 (24%)	5 (9%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Требуют ли Ваши пациенты гарантии успеха психотерапии?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	3 (5%)	13 (24%)	18 (33%)	14 (25%)	7 (13%)
- Немецкие психотерапевты	0	6 (12%)	7 (14%)	24 (48%)	13 (26%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	p<0,05	p<0,05	н.д.

Выполняют ли Ваши пациенты домашние задания?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	6 (11%)	21 (38%)	15 (27%)	11 (20%)	2 (4%)
- Немецкие психотерапевты	15 (29%)	16 (31%)	13 (25%)	6 (11%)	2 (4%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Ожидают ли Ваши пациенты от Вас конкретных советов?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	12 (22%)	32 (58%)	9 (16%)	2 (4%)	0
- Немецкие психотерапевты	10 (20%)	28 (55%)	12 (23%)	1 (2%)	0
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Длительность одного сеанса (в среднем)	<30 мин	45 мин	60 мин	90 мин	120 мин	>120 мин
- Российские психотерапевты	1 (1%)	15 (28%)	32 (60%)	1 (2%)	5 (9%)	0
- Немецкие психотерапевты	8 (16%)	20 (40%)	20 (40%)	2 (4%)	0	0
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	p<0,05	н.д.	p<0,05	н.д.

Общая длительность курса лечения (в среднем)	1	2-4	5-10	11-20	21-30	>30 сеансов
- Российские психотерапевты	2 (4%)	22 (41%)	23 (43%)	7 (12%)	0	0
- Немецкие психотерапевты	0	7 (14%)	10 (21%)	18 (38%)	12 (25%)	1 (2%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	н.д.

Продолжительность самого длинного сеанса	<1,5 ч	1,5 ч	2 ч	2,5 ч	3 ч	>3 ч
- Российские психотерапевты	2 (4%)	10 (18%)	12 (22%)	9 (16%)	10 (18%)	12 (22%)
- Немецкие психотерапевты	11 (26%)	12 (28%)	12 (28%)	3 (7%)	3 (7%)	2 (4%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	p<0,05

Частота сеансов (в среднем)	2-3/нед	1/нед	2/нед	1/нед	реже
- Российские психотерапевты	13 (24%)	30 (56%)	8 (17%)	0	2 (3%)
- Немецкие психотерапевты	5 (10%)	36 (73%)	6 (12%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Количество пациентов, которые приходят на первую беседу и больше не возвращаются на лечение (вероятность прерывания в %)?	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	>40%
- Российские психотерапевты	25 (49%)	8 (16%)	5 (10%)	6 (12%)	7 (13%)
- Немецкие психотерапевты	36 (82%)	4 (9%)	1 (2%)	0	3 (7%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	p<0,05	н.д.

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 3.

Здесь речь идет преимущественно об отношениях психотерапевт - пациент и способности психотерапевта устанавливать границы. Домашние задания обычно давались пациентам в обеих группах, однако немецкие пациенты чаще выполняли их, чем российские. Это тоже может быть связано с установкой психотерапевта. Российские психотерапевты описывают обычно своих пациентов пассивными и плохо сотрудничающими в том, что касается домашних заданий. То, что здесь психотерапевты говорят о возросшей активности пациентов, подтверждает гипотезу, что активность пациентов большей частью зависит от установки психотерапевта.

При преждевременном окончании терапии или неудаче едва ли не половина психотерапевтов нередко ищут причину в себе. Российские психотерапевты чаще дают этому полярную оценку: либо виноват пациент, либо - терапевт (p<0,05), в то время как немецкие психотерапевты в 48% случаев расценивают прерывание лечения как результат взаимодействия врача и пациента (.p<0,05).

Российскими психотерапевтами описываются частые ожидания пациентов "чудесного" исцеления и конкретных советов. В России вопрос, относящийся к

гарантии успеха, гораздо шире распространен, чем в Германии. Обе группы испытывали трудности с пациентами, которые не соблюдали временные условия работы, но немецкие психотерапевты скорее могут указать границы. У трети российских психотерапевтов имеется опыт сеансов продолжительностью более 3-х часов ($p < 0,05$). В среднем длительность одного сеанса колеблется от 45 до 60 минут. Причиной того, почему немецкие психотерапевты иногда работают менее 30 минут, является то, что проведение краткосрочной психотерапии узаконено в больничных кассах в пределах 25 минут. Длительность сеанса отличается в соответствии с нашими ожиданиями весьма существенно. В 88% случаев в России психотерапия длится максимум 10 сеансов. В Германии в 63% случаев проводится от 11 до 30 сеансов. Российский психотерапевт таким образом располагает только третьей времени по сравнению с немецким. Частота сеансов составляет 1 раз в неделю и идентична в обеих группах, по характеру психотерапия также в основном носит индивидуальный характер. Российские психотерапевты, однако, чаще привлекают детей и членов семьи, но следует учитывать, что опрошенные в данном случае работают преимущественно в школах.

Количество пациентов, прерывающих психотерапию, в России гораздо больше, чем на Западе. Четверть российских психотерапевтов вынуждена считаться с тем, что пациент после первой беседы с вероятностью в 30 - 40% больше не придет. Напротив, немецкий психотерапевт может быть уверен, что пациент не прервет начатого лечения. Это определяет форсирование успеха российскими психотерапевтами, успех должен быть достигнут на первом сеансе или сразу после него, поскольку, возможно, что это был последний сеанс. Интерес к техникам и краткосрочной психотерапии, скорее всего, связан с этой причиной.

Таблица 4: Психотерапия и финансовые вопросы

Лечили ли Вы когда-либо пациентов длительное время бесплатно?	Часто	иногда	Никогда
- Российские психотерапевты	43 (78%)	11 (20%)	1 (2%)
- Немецкие психотерапевты	8 (16%)	25 (50%)	17 (34%)
<i>Достоверность различий</i>	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Отказали бы Вы в помощи пациенту, который не в состоянии оплатить лечение?	всегда	часто	иногда	редко	Никогда
- Российские психотерапевты	0	3 (5%)	3 (5%)	16 (30%)	33 (59%)
- Немецкие психотерапевты	1 (2%)	6 (11%)	12 (21%)	20 (36%)	17 (30%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	н.д.	$p < 0,05$	н.д.	$p < 0,05$

Обсуждаете ли Вы организационные условия (цель, оплата, продолжительность) в начале психотерапии?	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
- Российские психотерапевты	18 (33%)	14 (25%)	6 (11%)	11 (20%)	6 (11%)
- Немецкие психотерапевты	32 (64%)	10 (20%)	4 (8%)	3 (6%)	1 (2%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	p<0,05	p<0,05

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 4.

Отношение к пациентам, которые не в состоянии платить за лечение, - это проблема для российских психотерапевтов, в то время как свыше трети всех немецких психотерапевтов никогда не бывали в такой ситуации (p<0,05). Примерно 90% всех российских психотерапевтов не отказали бы в помощи пациентам, лишенным средств, немецкие коллеги занимают такую же позицию в 2/3 случаев (однако гораздо реже имели дело с такими пациентами) (p<0,05). Более трети немецких психотерапевтов никогда не оказывали бесплатную помощь. Организационные условия психотерапии чаще обсуждаются немецкими коллегами, чем российскими, из которых около 1/3 вообще никогда не делают этого или делают крайне редко. Тема установки границ обсуждается на семинарах довольно часто, так что опытные российские психотерапевты уже могут, по-видимому, применять эти знания на практике. На языке позитивной психотерапии можно сказать, что российские психотерапевты скорее ориентированы на сферы способности к любви, что проявляется в сочувствии и сострадании к пациентам. Как принято в коллективистских обществах, важнейшим являются отношения между двумя людьми, а не деньги или другие факторы. Эта поддерживающая отношения тенденция в России сказывается на различных аспектах психотерапии, в том числе и на обсуждении финансовых вопросов с пациентами.

Таблица 5: Изменения собственной личности и поведения

Изменение распределения собственной энергии (модель равновесия) со времени работы с ППТ	лучше/уравновешеннее	Достоверность различий
- Российские психотерапевты	47 (87%)	н.д.
- Немецкие психотерапевты	32 (72%)	

Изменение отношения к своей семье благодаря ППТ (5 max.)	5	4	3	2	1
- Российские психотерапевты	2 (4%)	24 (44%)	24 (44%)	3 (6%)	1 (2%)
- Немецкие психотерапевты	4 (16%)	30 (54%)	12 (21%)	2 (4%)	3 (5%)
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Изменение отношения к пациентам благодаря ППТ	5	4	3	2	1
- Российские психотерапевты	2 (4%)	31 (57%)	17 (31%)	4 (8%)	0
- Немецкие психотерапевты	17 (30%)	22 (39%)	9 (16%)	3 (5%)	0
<i>Достоверность различий</i>	p<0,05	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.

Изменение отношений с коллегами благодаря ППТ	5	4	3	2	1	Достоверность различий

- Российские психотерапевты	2 (4%)	23 (43%)	21 (39%)	3 (6%)	5 (8%)	н.д.
- Немецкие психотерапевты	7 (13%)	23 (41%)	21 (38%)	3 (5%)	2 (3%)	н.д.

Изменение отношения к смерти и смыслу жизни благодаря ППТ	Полно-стью	очень	Несколько	едва ли	Нет	Достоверность различий
- Российские психотерапевты	5 (9%)	28 (51%)	15 (27%)	4 (7%)	3(5%)	н.д.
- Немецкие психотерапевты	4 (7%)	23 (40%)	17 (30%)	8 (14%)	5 (9%)	н.д.

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 5.

Почти все опрошенные изменили свой стиль жизни в духе модели равновесия и работают над развитием ранее вытесненных способностей. Более чем в половине случаев метод позволил существенно изменить отношение к пациентам и собственной семье, то же касается и отношения к экзистенциальным вопросам к теме смерти. Это подчеркивает действие позитивной психотерапии не только на пациентов, но и при применении этого метода в частной жизни психотерапевта, как ориентированного на личностный рост. Немецкие психотерапевты в большей степени, чем русские, отмечают улучшение психотерапевтических отношений благодаря методу ($p < 0,05$). Возможно, это связано с тем, что значимость терапевтических отношений на Западе подчеркивается больше, тогда как в России на первом плане находится «чистое» лечение.

Таблица 6: Сверхъестественное и психотерапия

Верите ли Вы в гороскопы, влияние звезд и предсказания?	да	нет	не знаю
- Российские психотерапевты	25 (46%)	16 (30%)	13 (24%)
- Немецкие психотерапевты	7 (12%)	36 (60%)	17 (28%)
<i>Достоверность различий</i>	$p < 0,05$	$p < 0,05$	н.д.

Используете ли Вы в своей работе гороскопы, астрологию, сверхъестественные силы?	всегда	часто	иногда	редко	Никогда
- Российские психотерапевты	0	5 (9%)	1 (2%)	20 (37%)	28 (52%)
- Немецкие психотерапевты	0	0	4 (7%)	8 (13%)	48 (80%)
<i>Достоверность различий</i>	н.д.	$p < 0,05$	н.д.	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Верите ли Вы в то, что пациент может быть заколдован, и это стало причиной его болезни?	да	нет	не знаю
- Российские психотерапевты	7 (13%)	27 (50%)	20 (37%)
- Немецкие психотерапевты	2 (3%)	54 (90%)	4 (7%)
<i>Достоверность различий</i>	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Обсуждение и интерпретация данных таблицы 6

Российские психотерапевты чаще верят в сверхъестественное в широком смысле, чем их немецкие коллеги ($p < 0,05$), и чаще используют эти элементы в работе ($p < 0,05$). 50% опрошенных в России верят в возможность существования “заколдованности” или “проклятия” пациента либо не имеют четкой позиции в этом отношении, то есть не исключают ($p < 0,05$). Психотерапевт может использовать эту неуверенность, если захочет.

III.4. Анализ эффективности позитивной психотерапии в России и уточнение критериев российской модели психотерапии

Основываясь на описанном выше опыте применения позитивной психотерапии в России, мы должны последовательно перечислить основные критерии, которые, на наш взгляд, позволили за короткий промежуток времени методу стать не только известным, но и широко применяемым. Одновременно автор хотел бы сравнить критерии позитивной психотерапии с таковыми применительно к психотерапии в целом.

Критерии эффективности психотерапии, называемые также “факторами действенности” (Corsini R., Rosenberg B., 1955), “факторами исцеления” или “терапевтическими факторами” (Yalom I.D., 1970, 1974), могут быть полезны в концептуальном описании российской психотерапии, то есть применяемой в России концепции. Позитивная психотерапия отвечает основным критериям общей эффективности и, кроме того, содержит транскультуральные элементы. Здесь речь в меньшей степени должна идти о том, могут ли в России использоваться методы западной психотерапии или нет, а следует учитывать уже установленный факт, что психотерапия, чтобы быть успешной, должна 1) соответствовать месту, времени и духу времени, в которых она осуществляется, и 2) отвечать факторам эффективности (Frank J.D., 1961, 1971), которые при любой форме психотерапии выражены в большей или меньшей мере. J.D.Frank (из: Reimer C., 1996) понимает под этим интенсивные, эмоционально насыщенные доверительные отношения между нуждающимся в помощи и помогающим; принцип объяснения (система верований, мифы) причин заболевания и связанный с ними метод их устранения или преодоления; анализ проблем, который открывает пациенту возможности их разрешения; пробуждение надежды с целью предотвратить деморализацию пациента; актуализация переживаний успешности, которые укрепляют надежду и поддерживают в пациенте возрастающую уверенность и компетентность; необходимость эмоционального переживания как предпосылку изменения установки и поведения.

1) Позитивный, гуманистический образ человека

Гуманистический аспект характеризуется поддержкой индивидуума с его способностями, присущими ему ценностями и его достоинствами. Именно в России, где самооценка зачастую бывает значительно заниженной, индивидуум ощущает себя в обществе недооцененным по достоинству, такое видение человека и сообщаемая тем самым надежда имеют особое значение. Одновременно такой психотерапевтический подход к человеку приобретает характер примера, образца для формирования всеобщего видения человека, то есть идеологии, мировоззрения и идентичности, потребность в которых в настоящее время остро ощущается в России.

2) Позитивная интерпретация заболеваний

В отличие от медицины, обычно ориентированной на диагноз или симптом, здесь речь идет об ориентации на символический или функциональный аспект, который учитывает и усиливает здоровые стороны человека. В целом модель заболеваний в позитивной психотерапии может быть распространена на самые различные картины болезней и расстройств и ведет к новому пониманию психосоматической медицины. Каждое нарушение тем самым приобретает смысл в социальном контексте индивидуума.

3) Целостный подход

При помощи модели равновесия человек воспринимается в целостности его тела, рассудка, эмоций, души, и эти элементы учитываются в психотерапии. При помощи реализации и принятия особенно духовных аспектов здоровья и болезни в расчет принимаются духовно-душевные потребности - что особенно ценно в такой стране, где вера в сверхъестественное, магически-спиритуальное очень широко распространена. Модель равновесия представляет собой модель здоровья и объясняет, что такое здоровье и как оно выглядит в практической жизни (салютогенетическое мышление).

4) Транскультуральный аспект

Благодаря известному вниманию к культуральным аспектам учитывается реальность многонационального российского общества. Притчи, народная мудрость всегда имели особое значение в российской культуре. И у людей сохраняется позитивное отношение к ним. Поэтому очень естественно привлекать к психотерапии оба эти аспекта - транскультуральную точку зрения и притчи.

5) Междисциплинарный аспект

Благодаря уже описанной открытости по отношению к различным направлениям, готовности экспериментировать, интересу к новому и реальности различных психотерапевтических школ, холистически-комплексному подходу к заболеваниям в России не представляется трудным интегрировать различные методы работы и строить психотерапевтический подход с междисциплинарной точки зрения. Монодисциплинарный подход здесь менее эффективен.

6) Краткосрочная терапия

На основе уже обсуждавшихся ожиданий пациентов от психотерапевта и психотерапии позитивная психотерапия может успешно применяться в качестве краткосрочного метода и вполне соответствовать многим ожиданиям пациента.

7) Привлечение членов семьи и социального окружения

Партнер и члены семьи привлекаются к любому лечению прямо или косвенно. В коллективистских обществах, где существуют тесные отношения с семьей и

социальной группой в повседневности, этот подход, по-видимому, может быть более действенным по сравнению с индивидуальной психотерапией.

8) Ориентированность на будущее

Позитивная психотерапия не довольствуется только анализом или осознанием прошлого, а пытается сформулировать практические рекомендации для настоящего времени и в особенности для будущего и непосредственно воплотить их в жизнь. Именно в России, где существует надежда на лучшее, но при этом многие люди испытывают трудности, связанные с темой будущего, этот аспект приобретает особый смысл.

9) Учет уникальности и индивидуальности человека

Так как позитивная психотерапия, с одной стороны, предлагает теорию конфликта для различных расстройств и в то же время учитывает уникальность каждого пациента, она применима в транскультуральной области. Метод должен служить пациенту, а не наоборот.

Основываясь на нашем статистическом исследовании, мы можем установить следующие особенности использования психотерапии в России: в связи с ожиданиями от психотерапевта существует необходимость краткосрочной психотерапии с лечебным планом, включающим 5-10 сеансов, которые должны быть переменными по длительности и частоте; оплата представляет собой значительную проблему для обеих сторон; необходимо уделять должное внимание духовным аспектам. Эти и другие особенности следует учитывать при определении русской психотерапевтической модели.

III.5. Психотерапевт, компетентный в вопросах транскультуральной психотерапии, - качества и образ человека

Если психотерапия будущего особым образом должна будет учитывать культуральные аспекты, то это приобретает особо важное значение для образования психотерапевтов. Мы нуждаемся в психотерапевтах, восприимчивых и грамотных в вопросах транскультуральной терапии. В рамках работы мы не обращаемся к содержанию обучения, программе подготовки для формирования подобной компетентности, сошлемся лишь на уже существующие в этой области работы (Макаров В.В., 1995; Ташлыков В.А., 1995; Reynolds A.L., 1995; Berg-Cross L., Chinen R.T., 1995). Необходимо, чтобы “компетентность в транскультуральных вопросах стала такой же элементарной для психотерапии, каковыми уже являются эмпатия или другие основополагающие коммуникативные техники” (Reynolds A.L., 1995). И далее, “несмотря на то, что мультикультуральная психотерапия представляет собой самостоятельную специализацию, не следует считать нормальным тот факт, что некоторые университетские преподаватели, которые не специализируются в транскультуральных вопросах, игнорировали бы свою ответственность за развитие в себе подобной компетентности. Эти вопросы должны быть интегрированы в философию, ожидания и план преподавания любого курса

любой психотерапевтической образовательной программы в Соединенных Штатах”. Лишь в том случае, если культуральная восприимчивость будет развита, можно будет преодолеть “синдром культурального слепого пятна” (Lin E.H.V., 1984), когда пациент и психотерапевт принадлежат одной культуре или одной этнической группе, однако психотерапевт отказывается при этом учитывать культурные традиции.

С нашей точки зрения, наряду с уже упомянутыми качествами такого рода компетентного психотерапевта, следует особо подчеркнуть наличие у него гуманистического, позитивного и динамического подхода к человеку. Такое видение человека означает, что каждый человек добр по своей сути, и все люди, а также их культурные традиции, ценны в равной степени. Каждая культура обладает добрыми и менее добрыми свойствами и традициями - не существует идеальной культуры. Только если психотерапевт готов сойти со своей собственной точки зрения и вместе с тем в определенной мере отойти от позиции своей собственной культуры, только если он в достаточной степени дистанцируется и освободится от нее и от ее насущных проблем, что очень непросто, так как он есть часть этой культуры и живет ею, только тогда он будет в состоянии принять пациента и его культуру, такими, как они есть, и построить “помогающие отношения”. До тех пор пока мы не перестанем говорить о “нашей” или “вашей” культуре, мы не сможем соответствовать не только пациентам, но и аутентично чувствовать сами психотерапевтические отношения и будем вынуждены вкладывать слишком много энергии, чтобы выстоять во внутреннем конфликте, вызываемом столкновением различных культурных традиций.

Другими качествами для психотерапевта, компетентного в транскультуральных вопросах, являются, на наш взгляд, открытость для всего нового и неизвестного, юмор, гибкость, оптимизм и соответствующее времени религиозно-духовное мировоззрение. Следует заметить, что американская исследовательская группа “DSM-IV и культура” недавно выразила мнение, что “истинный интерес к культуре пациента означает более взыскательное и восприимчивое отношение к религиозным ценностям, нежели оно существует в целом у психиатров” (Kleinmann A., 1996). Морально-этические ценности должны учитываться в образовании и прививаться так же, как психотерапевтические техники и теории. Без этого возникает конкретная опасность превращения психотерапии в идеологию со всеми вытекающими отсюда последствиями.

IV. Выводы

1. Развиваемый и совершенствуемый автором клинко-психотерапевтический метод - позитивная психотерапия (ППТ) - как показывает многолетняя практика, весьма эффективен в лечении психосоматических и невротических расстройств, коррекции пограничных и личностных нарушений. Эта краткосрочная психотерапия может успешно применяться для лечения пациентов из различных культур.

2. ППТ в сущности отличается от других методов своим новым видением человека (позитивный аспект), который характеризуется: 1) ориентированностью на способности и ресурсы человека; 2) позитивной интерпретацией расстройств и заболеваний как человеческих проявлений; 3) гуманистическим подходом к человеку; 4) целостным восприятием человека как единства тела, разума, эмоций, души и духа; 5) ориентированностью на будущее.
3. Конкретные техники и терапевтические подходы в ППТ: 1) полуструктурированное стандартизованное первое интервью; 2) использование притч, поговорок и пословиц; 3) транскультуральный подход; 4) позитивная символ-ориентированная интерпретация расстройств; 5) модель конфликта для понимания психосоматических заболеваний; 6) модель равновесия способности к познанию; 7) переработка микро- и макротравм; 8) модель равновесия способности к любви.
4. Позитивная психотерапия представляет собой не только новый самостоятельный метод, но и предлагает базовую модель, в рамках которой могут - в зависимости от пациента и заболевания - использоваться элементы и техники других психотерапевтических методов (междисциплинарный аспект). В России комбинируются преимущественно следующие методы: нейролингвистическое программирование, психодрама, гештальттерапия, поведенческая терапия, эриксоновский гипноз, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. В Германии используются преимущественно поведенческая терапия, аутогенная тренировка по Шульцу, гипноз, гештальттерапия, психодрама и прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.
5. Лечебный процесс позитивной психотерапии основывается на 5-ступенчатой стратегии: 1) ступень наблюдения и дистанцирования; 2) ступень инвентаризации; 3) ступень ситуативной поддержки; 4) ступень вербализации и 5) ступень расширения системы целей. Этот 5-ступенчатый конфликт-центрированный процесс способствует сокращению продолжительности терапии (позитивная психотерапия как метод краткосрочной терапии) - в Германии в среднем до 30,5 сеансов, в России до 10-12 сеансов. Наряду с основными показаниями позитивная психотерапия как клиничко-терапевтического метода, она может применяться для консультирования, воспитательной и педагогической деятельности (педагогически - профилактический аспект).
6. Позитивная психотерапия применяется в России и более чем в 60 других странах и может быть охарактеризована как транскультуральный психотерапевтический метод. Принципы позитивной психотерапии могут являться основой для определения и разработки нового научного направления транскультуральной психотерапии. Это необходимо для психотерапевтического образования и повышения квалификации врачей и психологов, а также для создания и признания новых психотерапевтических методов.

7. Позитивная психотерапия характеризуется коэффициентом эффективности $e = 1,24$, превышающим этот показатель у поведенческой терапии ($e = 0,75 - 1,08$) и гуманистической психотерапии ($e = 0,29 - 0,64$). Позитивные психотерапевты идентифицируются с позитивной психотерапией, 67% опрошенных российских психотерапевтов считают этот метод подходящим для России.
8. Учет в психотерапии культуральных факторов и индивидуальности каждого человека способствует широкой применимости ППТ, с одной стороны, и эффективному использованию ее в переходных и многонациональных обществах (транскультуральный аспект), с другой.
9. Модель конфликта в ППТ основывается на трех аспектах: актуальном конфликте, базовом конфликте и внутреннем конфликте. Базовый конфликт может рассматриваться с психофизиологических позиций, он реактивируется актуальным конфликтом, который служит, таким образом, разрешающим фактором. Реактивированный и вновь возникший конфликт рассматривается как внутренний конфликт, который выявляется в физиологической или психологической сфере.
10. В российские психотерапии психотерапевты применяют различные элементы, действенность которых необходима для психотерапии: использование суггестивных техник; включение нетрадиционных элементов; авторитетная внешность врача; такое объяснение причин расстройства, которое может быть принято пациентом; применение группового давления для достижения более долгосрочных результатов; использование элементов творчества.
11. Отношение "типичного" российского пациента может быть описано с помощью характеристик, способствующих и усложняющих психотерапевтический процесс. Способствующие: принятие трудностей; открытость к новым и нетрадиционным подходам; существование многокультурального понимания; духовный голод и роль семьи. Усложняющие: выбор пассивной роли; ожидание исцеления на первом же сеансе; требование гарантии успеха; "советский" опыт межличностных отношений, психиатрии и психиатров; недостаток эмоциональной эмпатии; недостаток общих знаний о принципах действенности психотерапии и отсутствие психотерапевтической культуры в обществе.
12. Отношение "типичного" российского психотерапевта может быть описано способствующими и усложняющими характеристиками соответственно. Способствующие психотерапевтическим отношениям: общее альтруистическое отношение; открытость к новым техникам и подходам; использование психотерапии поддержки; понимание человеческих страданий; вторичная роль денег, творчество и импровизация психотерапевта. Усложняющие: трудность в установлении формальных и эмоциональных рамок; смешение различных методов и техник; недостаток углубленного тренинга, особенно в отношении самопознания; недостаток глубоких психотерапевтических знаний; давление извне и ожидания в

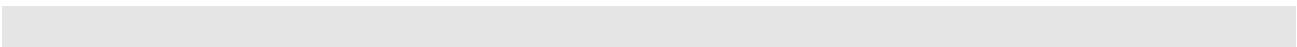
отношении успеха психотерапии, а также постоянная конкуренция со стороны народных целителей и шарлатанов.

13. Психотерапевтические отношения в России имеют место в индивидуальной психотерапии; совсем немного времени выделяется для обсуждения формальных элементов рамок; личные отношения за пределами психотерапии не только возможны, но и поощряются; финансовые вопросы зачастую неясны и оказывают еще больше давления на психотерапевтический процесс; чувство вины - это важный фактор; необходимость работать с краткосрочным методом, обычно менее 10 сеансов, и давление со стороны руководителей медицинских учреждений.
14. Позитивная психотерапия отвечает большинству критериев, требующихся для эффективности в многокультуральной обстановке: гуманистический подход; динамический, ориентированный на ресурсы и способности образ человека; использование вербальных и невербальных техник и вмешательств; краткосрочный метод; холистический подход, рассматривающий человека в целостности его тела, разума, эмоций и души; включение семьи; ориентация на будущее; акцент на принцип надежды и поощрения; примеры из других культур; открытость по отношению к другим методам и техникам (междисциплинарный подход). Эти критерии могут рассматриваться как необходимые элементы любого транскультурального психотерапевтического подхода.
15. В статистическом сравнении между российскими и германскими психотерапевтами, работающими с методом позитивной психотерапии российские психотерапевты подтвердили действенность метода (77 %); оценка его пригодности для страны (67 %); позитивные изменения в личности психотерапевта (87%), его семье (92%) и его взаимодействии с коллегами (86%); предпочтение для использования модели баланса (91%), позитивной интерпретации (71 %); трудность установления ясных формальных и содержательных рамок; максимальная продолжительность лечения 5 - 10 сеансов (88 %) и необходимость зачастую лечить пациентов бесплатно (78 %).
16. Психотерапия в многонациональном обществе имеет тенденцию к транскультуральности. Россия является многонациональной страной, и эта тенденция является распространенной и будет усиливаться в будущем столетии. Подлинно клиническая психотерапия всегда представляет собой культуральную психотерапию.

V. Рекомендации

- 1) Транскультуральная психотерапия должна быть интегрирована в образовательный план для подготовки врачей-психотерапевтов и психологов в качестве обязательной составляющей. Наряду с чтением лекций, проведением семинаров, должны организовываться курсы и кафедры транскультуральной психотерапии в университетах и высших учебных

заведениях. Россия при этом может быть впереди, так как на основе развития и роста уровня образования, с одной стороны, и наличия многонационального общества, с другой, в ней имеются хорошие исходные возможности для создания такого рода кафедр.

- 2) Лицензирование и допуск к практике психотерапевтических методов должны быть приведены в соответствие с их использованием. Основой для подтверждения применимости и действенности являются три следующих принципа: а) отвечает ли метод общим критериям эффективной терапии?; б) на каком видении человека основывается метод и является ли оно соответствующим и своевременным для блага пациента?; в) учитывает ли метод культуральные особенности?
 - 3) Настоящая работа представляет собой основу для дальнейшей разработки критериев эффективности психотерапии в России.
- 

VI. Список работ, опубликованных по теме научного доклада

V.1. На русском языке

- 1) Основы позитивной психотерапии. - Архангельск: Изд-во АМИ, 1993. -116 с.
- 2) Краткий очерк по истории развития позитивной психотерапии в России и других республиках бывшего СССР в 1989 - 1993 гг. // Позитум - Журнал по позитивной психотерапии, психосоматической медицине и транскультуральной психологии. - 1993. - No. 1. -С. 72 - 75.
- 3) Позитивная психотерапия - транскультурный и междисциплинарный подход. // Позитум - Журнал по позитивной психотерапии, психосоматической медицине и транскультуральной психологии. - 1993. - No. 1. - С. 12 - 23.
- 4) Позитивная психотерапия в психосоматике. - Чебоксары: Изд-во Чувашского Университета, 1993. -116 с. (Соавт. Д.А. Авдеев).
- 5) Позитивная психотерапия - транскультуральный и междисциплинарный подход // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1993. - № 4. - С. 63 - 73. (Соавт. Н. Пезешкиан).
- 6) Психосоциальные аспекты патогенеза поясничной грыжи межпозвоночного диска // Позитум - Журнал по позитивной психотерапии, психосоматической медицине и транскультуральной психологии. - 1993. - №1. - С. 52 - 62. (Соавт. Ю. Айхлер).
- 7) Перспективы позитивной терапии в России // Психотерапия: от теории к практике: Материалы I-го съезда Российской психотерапевтической ассоциации. - Спб.: Изд. Ин-та им. В.М.Бехтерева, 1995. - С. 103 - 107.
- 8) Позитивная психотерапия - транскультуральный и междисциплинарный подход // Теоретические и прикладные аспекты физиологии и психологии в психиатрии // Материалы Всесоюзной научно-практической конференции. - Владивосток, 1995. -С.63-73.
- 9) Новые концепции семьи 2000 года // Семья в современном многонациональном мире: Материалы конференции Академии наук Татарстана. - Казань, 1995. - С. 22 - 23.
- 10) Позитивный образ человека XXI века // Война и Мир или Ад и Рай: Материалы научно-теоретического симпозиума. - Омск, 1995. - С. 40 - 41.
- 11) Психосоматический подход в терапии бронхиальной астмы и гипервентиляционного синдрома // Позитум - Журнал позитивной психотерапии. - 1996. - №1. - С. 7 - 16. (Соавт. Н.Пезешкиан).
- 12) Позитивная концепция семьи XXI столетия // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний: Материалы Международной конференции "Специализированная помощь в зоне катастроф и кризисных состояний". - Владивосток, 1996. - С. 77 - 89.
- 13) Тренинг психотерапевтов в девяностые годы в России // Тезисы Первой всемирной конференции по позитивной психотерапии. - СПб., 1997. - С. 98.
- 14) Терапевтические отношения и российский менталитет с транскультуральной точки зрения // Тезисы Первой всемирной конференции по позитивной психотерапии. - СПб., 1997. - С. 98.
- 15) Позитивная семейная психотерапия - целостный и транскультуральный подход // Школа Здоровья. - 1997. - т. 4. - №1. - С. 14 - 23.
- 16) Значение образа человека в психотерапии // Социальные права, медицинские аспекты психиатрии, наркологии и психотерапии: Материалы Международной конференции Научно-исследовательского института психического здоровья Томского научного центра Сибирского отд. РАМН. Владивосток - Томск, 1997. - С. 324-327.
- 17) Транскультуральная психотерапия в многонациональной России // Тезисы докладов научно-практической конференции с международным участием "Интеграция

психологических культур Востока и Запада в российскую психотерапию”. - Омск, 1998. - С. 24 - 26.

- 18) Психотерапевтическое лечение пациента с пограничным расстройством личности с помощью метода позитивной психотерапии // Материалы Международной конференции психиатров. - М., 1998. - С. 228 - 229.
- 19) Изучение эффективности и компьютерная программа для определения гарантии качества позитивной психотерапии // Материалы Международной конференции психиатров. - М., 1998. - С. 227 - 228. (Соавт. Н.Пезешкиан, К. Тритт).

V.2. На немецком и английском языках

- 20) Psycho-soziale Aspekte beim lumbalen Bandscheibenvorfall: Medizin. Diss., Universitaet Mainz, 1987. -188 Seiten.
- 21) Positive Psychotherapie - Vier Qualitaeten des Lebens im Rahmen der Ganzheitsmedizin // Die Heilkunst. -1988. -101. Jahrgang. - Nr. 11. -S. 470-477.
- 22) Die Anwendung der Positiven Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin // Die Heilkunst. -1989. - 102. Jahrgang. - Nr. 9. - S. 371-380.
- 23) Die Bedeutung psychosozialer Aspekte beim lumbalen Bandscheibenvorfall // Zeitschrift fuer Positive Psychotherapie. -1989. -11. Jahrgang. - Nr. 12. - S. 7-16.
- 24) Positive Psychotherapie und Familientherapie / In: J. Derbolowsky, U. Derbolowsky (Hrsg.): Praktische Psychotherapie: Vom Symptom zur Ganzheitstherapie - Methodenvielfalt und Effizienzkontrolle / -Heidelberg. -Verlag fuer Medizin Dr. Ewald Fischer. -1990. -S. 128-143.
- 25) Psychosomatische Aspekte beim lumbalen Bandscheibenvorfall / In: H-G. Willert, G. Wetzel-Willert (Hrsg.): Psychosomatik in der Orthopaedie / -Stuttgart. -Hans Huber Verlag. -1991. -S. 135-143. (Co-Autor: J. Eichler).
- 26) Psychosoziale Aspekte von 100 Patienten mit lumbalen Bandscheibenvorfall / In: B. Reinhardt (Hrsg.): Die orthopaedische Rueckenschule / Uelzen. Medizinische Literarische Verlagsgesellschaft, 1991. (Co-Autor: J. Eichler).
- 27) Der Mensch ist seinem Wesen nach gut - Die Notwendigkeit eines positiven Menschenbildes fuer Priester und Aerzte im Zeitalter multikultureller Gesellschaften / In: O. Ausserer, W. Paris (Hrsg.): Glaube und Medizin / Meran, Italien. Alfred und Soehne, 1993. S. 182-207. (Co-Autor: N. Peseschkian).
- 28) Positive Family Therapy - A holistic and transcultural approach // Abstract Book of the 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry // St. Petersburg, 1994. (Co-Autor: D.A. Avdeev).
- 29) Positive Family Therapy - A holistic and transcultural approach / In: Dynamische Psychiatrie, 1995, Vol. 28, Nr. 150/151, S. 75-85. (Co-Autor: D.A. Avdeev).
- 30) Transcultural Psychotherapy in multicultural Russia // Proceedings of the 1st Congress of the World Council for Psychotherapy // Wien, 1996. (Co-Autor: A. Chernokrylov).
- 31) Transcultural Psychotherapy in multicultural Russian society // Proceedings of the 10th World Congress of Psychiatry (WPA) // Madrid, 1996, Vol. 2, p. 394. (Co-Autor: A. Chernokrylov).
- 32) The therapeutic relationship and Russian mentality from transcultural perspective - Experiences with Positive Psychotherapy // Этика, денталогия в медицине на современном этапе // Изд-во Дальневосточного государственного университета, Владивосток, 1998, с. 157-166.
- 33) The patient, the therapist and their therapeutic relationship from a transcultural perspective // Proceedings of the 1st World Congress of Positive Psychotherapy // Wiesbaden, 1998, S. 202-204.
- 34) Positive Psychotherapie in Russland // Vortragsband der Tagung “Richard-Merten-Preis 1997” // Wiesbaden, 1998, Seite 88-90.