

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
(«РОЛЕВОЕ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ») В МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ**

Институт психической культуры, Санкт-Петербург;
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Фактор этнокультурных различий может препятствовать эффективному осуществлению психотерапевтического воздействия. Опыт применения краткосрочной интегративной психотерапии («Ролевое переключение» по С.П. Семёнову) в мультикультуральной среде показывает, что по своей внутренней организации данная технология позволяет в определенной мере ослабить указанный фактор.

Ключевые слова: психотерапия, чрезвычайные ситуации, этнокультурные различия, ролевое переключение, акупунктурное программирование.

Введение

В последние десятилетия вследствие глобальных изменений мироустройства, исчезновения с политических карт одних стран и союзов, возникновения новых, изменений границ государств наблюдается значительное увеличение миграционных процессов [2, 3, 9, 18] и в ряде случаев способствует развитию чрезвычайной ситуации (ЧС) этнического генеза [11, 20]. В странах постсоветского пространства такие межэтнические ЧС проходили в г. Сумгаите (1988 г.), г. Баку (1988, 1990 гг.), г. Оше (1990, 2010 гг.), г. Цхинвале (1991, 2008 гг.), г. Тирасполе (1992 г.), г. Душанбе (1990–1993 гг.) и др. Взаимоотношение мигрантов с новой для себя окружающей культурной средой может складываться как:

- 1) полная или частичная ассимиляция;
- 2) культуральная конвергенция;
- 3) культуральная изоляция;
- 4) формирование новых культурных стереотипов, отличающихся от исходных составляющих;
- 5) социально-этнический конфликт.

Каждая из перечисленных форм межкультуральных отношений требует мобилизации адаптивных возможностей мигрантов. Одновременно с этим изменение этнического состава городов и стран приводит к повышению эмоционального напряжения у автохтонного населения.

Перечисленные факторы способствуют формированию стресса у представителей всех групп населения при возникновении несоответствия между психологической нагрузкой и имеющимися в наличии ресурсами. При этом стрессогенные факторы и копинг-поведение могут отличаться у представителей разных национальностей. Классические европейские методы групповой, когнитивно-поведенческой психотерапии, психоаналитический подход и т.д. показали невысокую эффективность среди носителей неевропейских культур. В то же время, ме-

тоды этнокультуральной психотерапии, учитывающие психофизиологические особенности представителей определенных национальностей, являются более специализированными, более эффективными при оказании помощи представителям только этих групп и неэффективными в отношении других [10]. Таким образом, ни один из подходов не является универсальным с терапевтической точки зрения для проведения лечения в группах, включающих представителей различных национальностей. При этом они являются и экономически менее выгодными относительно интегративных методов психотерапии, дающих возможность за счет включенного в их структуру концептуального синтеза гармонично сочетать различные научные дисциплины (медицину, психологию, этнологию, нейрофизиологию, философию и т. д.) на заведомо транскультуральной основе.

Дж. Дрэганс, используя модель описания культур Г. Хофстеда, выделил особенности психотерапии в зависимости от характера культуры, сведенные в таблицу [цит. по 11].

Психотерапия в мультикультуральной среде имеет ряд особенностей, среди которых наибольшую трудность представляет «языковая проблема». В.К. Калинин [11], обобщая отечественный и зарубежный опыт, приводит несколько приемлемых вариантов решения данной проблемы:

– если пациент и психотерапевт знают один из международных языков (например английский), то, несмотря на снижение эффективности, психотерапия осуществляется на этом языке;

– если есть альтернатива – работать с переводчиком, полностью понимая все высказывания или работать без переводчика при удовлетворительном понимании, то предпочтительнее второе;

– если есть выбор между психотерапевтом, владеющим языком, понятным для клиента, и профессиональным переводчиком, то выбор

Предпочтительный вид психотерапии в зависимости от особенностей характера культуры

Индивидуализм	Коллективизм	Высокий уровень дистанции власти	Низкий уровень дистанции власти	Высокий уровень избегания неопределенности	Низкий уровень избегания неопределенности	Маскулинность	Феминность
Инсайт, самопонимание	Облегчение страдания	Директивная психотерапия	Человекоцентрированная психотерапия	Биологические объяснения	Психологические объяснения	Просоциальная ориентация	Личностная ориентация
Вина, отчужденность, одиночество	Проблемы отношений, стыд	Терапевт как эксперт	Терапевт как сенситивный человек	Поведенческие техники	Эмпирическая психотерапия	Ответственность, конформность, приспособление	Экспрессивность, креативность, эмпатия
Терапевт как отцовская фигура	Терапевт как заботливая мать	Терапевт как изменяющий агент	Терапевт как катализирующий агент	Медицинская ориентация	Мультипрофессиональная ориентация	Предоставляющая разрешение	Заботящаяся
Развитие индивидуальности	Социальная интеракция	Конформность и социальная эффективность	Самораскрытие и актуализация	Небольшое число школ психотерапии	Много школ психотерапии		
Развитие ответственности	Принятие контроля	Дифференцированность ролей терапевта и клиента	Снятие дифференцированности ролей терапевта и клиента	Сильная регуляция психотерапевтической практики	Слабая регуляция психотерапевтической практики		
Межличностный конфликт и его разрешение	Гармонические отношения	Акцент на профессиональной сертифицированности	Способствование движению по пути самосовершенствования				

делается в пользу психотерапевта. Личность переводчика наравне с личностью психотерапевта включена в терапевтический процесс. Даже работа в хорошем контакте с переводчиком неизбежно приводит к «психологической профессионализации» переводчика и одновременно повышению вероятности его трансферной / контратрансферной вовлеченности, к чему переводчик не готов в силу отсутствия психотерапевтической подготовки.

Наш опыт психотерапии при помощи профессионального переводчика иностранных граждан (северных и южных корейцев, китайцев, вьетнамцев), не владеющих русским языком, позволяет выделить еще один недостаток такой работы. Зачастую пациент воспринимает переводчика (особенно предоставленного консульством его страны) как цензора и это мешает пациенту быть откровенным в ходе терапии, что является важным фактором из-за затруднительности использования психодиагностического инструментария.

Условия консультирования в ситуации ЧС пациентов, не владеющих русским языком, делают практически невозможным использование для психологической диагностики опросников (вербальных методик) и семантических дифференциалов, поэтому основным инструментом

психолога становятся проективные психодиагностические методики: в первую очередь тест Люшера и рисуночный тест «дом – дерево – человек» (ДДЧ) [11]. Также может использоваться созданный на платформе ДДЧ «проективный тест отношений» [16].

Ряд авторов (Джонсон Д.Р., 2005; Калинин В.К., 2001; Копытин А.И., 2002; Лебедева Л.Д., 2011) в ситуации невозможности использования методов вербальной психотерапии считают актуальным использование арт-терапевтических методик, хорошо зарекомендовавших себя в работе с пациентами из разных культур. Прежде всего, можно выделить такие арт-терапевтические методики, как арт-анализ [6], фототерапию [4], песочную психотерапию [15], технику «линии конфликта» [8].

Невербальная коммуникация во время терапии стимулирует «внутреннюю активность» пациента, связанную с эмоциональными реакциями и проявлением эмпатии. В то же время, отмечается, что «лечение искусством» в качестве монотерапии не показано при посттравматическом стрессовом расстройстве, но повышает эффективность лечебных программ при сочетании с другими формами лечения и интегративными психотерапевтическими методами [5, 19, 20].

Один из таких интегративных методов, заслуживающий серьезного изучения, – «Ролевое переключение» (Role switching, RS) по С.П. Семёнову (патенты на изобретения РФ № 2094040, 2173183, 2195330, 2252789, 2252790, 2276612). По своей сути – это открытая система краткосрочной интегративной психотерапии [12]. Данная система является, безусловно, открытой, так как подразумевает возможность включения различных приемов психотерапии, рефлексотерапии, медикаментозного лечения в рамках единой философии метода. В то же время, это – вид краткосрочной психотерапии, так как дискретное изменение психологического состояния осуществляется за один сеанс, хотя в случае необходимости возможна дополнительная поддерживающая психотерапия. И это именно интегративная технология, так как метод имеет выраженный междисциплинарный характер, синтезируя несколько психотерапевтических техник, адекватных [12] патогенезу заболевания и направленных на достижение переключения в качественно новое состояние: switching – концептообразующее понятие этого метода.

Сейчас RS применяется в основном для лечения и профилактики психосоматических заболеваний и различного рода зависимостей, прежде всего, таких как алкоголизм, табакокурение, алиментарное ожирение. Однако надо отметить, что возможности самой технологии шире необходимых для решения сугубо медицинских задач, и она может с успехом использоваться также для преодоления различных проблем, в происхождении которых ролевая дисфункция является главным фактором [12].

Двумя основными концептами RS являются: понятие о биологически детерминированной структурно-дискретной организации психики [7] и принцип целого. При этом развитие и функционирование человека представляется определенным, главным образом, влиянием социальных факторов, прежде всего культуры (по С.П. Семёнову, культура – совокупный опыт, передаваемый из поколения в поколение). Под влиянием культуры формируется доминирующая часть психики – сознание, но структурно преобладающей остается бессознательная ее часть. При этом индивид в каждый момент находится в одном из возможных для него психофизиологических состояний, переходы между которыми осуществляются под воздействием как внутренних, так и внешних факторов [12]. Образ и содержание психофизиологического состояния, в котором находится человек, обращенный к другому человеку, обозначается тер-

мином «роль». Грубая фиксация («застывание»; лат. fixio – пригвождение) в одной из ролей препятствует аутентичности (соответствию своей биопсихосоциальной природе), что приводит к снижению адаптивных возможностей индивида и создаёт риск восприятия «болезнетворной программы», являющейся одной из причин развития заболеваний. По С.П. Семёнову, патогенная программа – это система представлений, установок, понятий и сложившихся на их основе стереотипов, бессознательно мотивирующая человека на осуществление того или иного болезнетворного вида деятельности (поведения). «Перепрограммировать» пациента, т. е. изменить содержание и порядок действий, которые будут определять жизнедеятельность индивида после сеанса, можно, осуществляя психотерапевтическую коммуникацию из определённого ролевого состояния. Сочетание ролевой терапии с различными психотерапевтическими техниками и иглотерапией создаёт благоприятные возможности для осуществления свитчинга, повышает эффективность лечебного воздействия.

Технологически RS предполагает существование двух типов медицински-ориентированных методик. Одну группу образуют психотерапевтические методики, например, акупунктурное программирование; они предназначены для психофизиологического переключения из устойчивого патологического состояния [1] в здоровое или предшествующее выздоровлению. Акупунктурное программирование включает в себя, помимо психотерапии, акупунктуру. Эта методика может использоваться врачами, прошедшими специальную подготовку и по психотерапии, и по рефлексотерапии. Другая группа – методики культурно-психологического характера. Примером может служить рекультурация (аутогенное перепрограммирование) [13]. Эта разновидность RS предназначена для преодоления патогенных психологических предрасположений. Она позволяет дискретно изменить психологическое состояние, обусловленное, с одной стороны, особенностями личности человека, определёнными его ранним опытом, с другой – той или иной болезнетворной поведенческой программой [13].

Опыт (более 30 лет) широкого применения RS в виде акупунктурного программирования в моно- и мультикультуральной среде показывает достаточно высокую эффективность этой оригинальной технологии. Например, из 256 человек, проходивших лечение в Санкт-Петербурге по поводу алкогольной зависимости, при установке на воздержание в течение 1 года 72 %

не употребляли спиртное в течение этого срока; при установке на 1 год и более – спиртные напитки не употребляли в течение 1 года 83 % опрошенных [14].

Исследование клинико-психологических характеристик женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением как аддикцией, в связи с задачами краткосрочной психотерапии на примере акупунктурного программирования, проведенное нами под руководством проф. Б.Д. Карвасарского в 2007 г., выполненное в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева, также подтверждает эффективность RS в мультикультуральной среде [17].

Материалы и методы

Цель исследования – выявление степени снижения массы тела под влиянием акупунктурного программирования. Обследовали 115 женщин различных национальностей (русские, украинки, польки, немки, еврейки, чеченки, ингушки, армянки, казашки, киргизки, дунганки, корейчанки, турчанки, узбечки, таджички) и смешанного происхождения, с избыточной массой тела и ожирением в возрасте от 20 до 47 лет.

Из 115 женщин методом случайной выборки сформировали группу из 80 пациенток. Материал для исследования собирали в городах: Алматы, Астана, Бишкек, Сочи, Краснодар. Уровень владения русским языком в большинстве случаев оценивался как свободный или удовлетворительный. У 7 пациенток отмечалось плохое понимание русской устной и письменной речи.

Представители европейских национальностей, корейчаки, еврейки считали русский язык родным и не владели языком титульной национальности, соответствующей региону проживания. Армянки, чеченки, ингушки, турчанки, кроме хорошего или удовлетворительного владения русским языком, как правило, владели и своим национальным.

Казашки, киргизки, узбечки, таджички образовали группы: 1) свободное двуязычие; 2) только русский язык – свободно; 3) двуязычие с плохим или удовлетворительным знанием русского языка; 4) плохое понимание русской устной и письменной речи.

Дунганки – группа с наихудшим владением русским языком (общение осуществлялось через переводчика). В исследовании принимали участие представители различных конфессий и атеисты, представители разных социальных слоев, разного материального достатка, горожане и проживающие в сельской местности.

В качестве метода психотерапевтического воздействия применялось акупунктурное программирование. Одно из существенных отличий этой разновидности «ролевого переключения» от других – большая возможность «обращения» к глубинным структурам психики за счет преодоления сознательных механизмов защиты, вызванных культуральными различиями. Другое важное отличие – осуществление свитчинга с использованием акупунктуры: при этом завершение «гештальта ожидания», сформированного в ходе сеанса, производят опредмеченным действием (иглоукалывание). Свитчинг достигается одновременным вовлечением в процесс вербально-визуального, вербально-аудиального и невербального каналов восприятия, изменения эмоционального состояния пациента с сочетанием «якорей». Это соответствует механизмам условного рефлекса по И.П. Павлову и сочетанного рефлекса по В.М. Бехтереву [7].

Психотерапию методом акупунктурного программирования проводили по следующей схеме. Перед началом терапии пациента информировали о структуре лечебного сеанса, возможных результатах и осложнениях. Ассистент психотерапевта, проводящего лечение, выяснял наличие показаний и противопоказаний к психотерапии и акупунктуре, объяснял необходимость выполнения ряда правил. Затем пациенты, не имеющие противопоказаний, согласные с условиями и правилами проведения терапии, подписывали бланк установленного образца, тем самым заключали своеобразный психотерапевтический контракт.

В случае необходимости психотерапевт проводил предварительную ролевою суггестотерапию с целью повышения мотивации пациента на изменение стиля жизни и выполнение рекомендаций. Лечение осуществляли в группах по 10–15 человек в виде одного сеанса, продолжительность которого составляла $4\frac{1}{2}$ –5 ч.

Сеанс был структурирован и состоял из трех частей. Он мог проводиться с использованием аудиовидеоаппаратуры или без таковой. В любом случае первая часть – это специальная психотерапевтическая лекция, в ходе которой излагали программу действий, осуществляли коррекцию дисфункциональных когний и формировали новые поведенческие стратегии. Вторую часть сеанса сводили к прямой и не прямой суггестии, которую проводили под видом процедуры мобилизации нервно-психического резерва. Третья часть сеанса – суггестия на фоне психофизиологического состояния, сформированного с помощью акупунктуры. При этом саму процедуру акупунктуры осуществляли с

использованием соответствующих психотерапевтических ролей.

Первые две части сеанса проводили в аудитории с удобными креслами. Специальный антураж, цветовая подсветка, адекватное проблеме ролевое поведение психотерапевта – все это вместе создавало определенное эмоциональное состояние. Заключительную третью часть осуществляли в специально оборудованном кабинете, пригодном для иглорефлексотерапии. В случае необходимости после сеанса пациент мог обратиться за консультацией или поддерживающей психотерапией.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что снижение массы тела после лечения методом акупунктурного программирования в течение нескольких месяцев отметили 96,3 %. Через 12–24 мес после лечения достигли и удерживали нормальное соотношение роста и массы тела 20 %, еще 40 % – значительно улучшили свои показатели, уменьшив степень ожирения. Уменьшение массы тела в пределах той же весовой категории отмечено у 10 % пациенток. Минимальное снижение массы тела было в 2 кг, максимальное – 38 кг, средняя величина – 10 кг.

Заключение

Таким образом, Role switching в варианте акупунктурного программирования является эффективным методом лечения, который, учитывая этиологию и патогенез заболевания, способствует нивелированию болезнетворной и формированию новой системы поведенческих стратегий путем воздействия на глубинные психические и физиологические структуры. Опыт показывает, что по своей внутренней организации данная технология позволяет в определенной мере ослабить фактор этнокультурных различий, препятствующий эффективному осуществлению психотерапевтического воздействия.

Литература

1. Бехтерева Н.П. Некоторые вопросы физиологии и структурно-функциональных отношений глубоких структур мозга человека. Нейрофизиологические основы нормальных и патологических реакций мозга человека. – Л. : Наука, 1970. – 296 с.
2. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект) : автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 39 с.
3. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультурная психиатрия. – М. : Медицина, 2003. – 446 с.
4. Зыбина О.А. Проект «МедиаАртАтелье» в решении задач повышения адаптации студентов в культурно-образовательной среде вуза // Иннова-

ционные технологии в медиаобразовании : материалы всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2013. – С. 82–83.

5. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 368 с.

6. Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Зайцев В.В. Арт-анализ – метод психотерапевтической коррекции больных с эндогенными заболеваниями. – СПб. : СПбНИПНИ, 2012. – 30 с.

7. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

8. Лебедева Л.Д., Лаптев Л.Г. Способ экспресс-коррекции эмоционального состояния : патент РФ № 2420233. – Заявл. № 2010107539/14, 02.03.2010 ; опублик. 10.06.2011, Бюл. 16.

9. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Акад. проект ; Екатеринбург : Деловая кн., 2000. – 423 с.

10. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространения, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств : пособие для врачей. – М., 2001. – 25 с.

11. Психология беженцев и вынужденных переселенцев: опыт исследований и практической работы / под ред. Г.У. Солдатовой. – М. : Смысл, 2001. – 279 с.

12. Семёнов С.П. Role Switching (теория и практика подхода). – СПб. : ТАТ, 2005. – 96 с.

13. Семёнов С.П. Рекултатурация (аутогенное перепрограммирование) // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 34 (39). – С. 25–29.

14. Семёнов С.П., Кулакова Л.С. Краткосрочная мультимодальная односеансная психотерапия («Акупунктурное программирование») в лечении аддитивных расстройств // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии : тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. «Психотерапия аддитивных и эндогенных расстройств». – Новосибирск : Сибмедииздат, 2004. – С. 114–117.

15. Слабинский В.Ю., Подсадный С.А. История позитивной песочной психотерапии // Рос. психотерапевт. журн. – 2012. – № 3/4 (5/6) – С. 71–75.

16. Слабинский В.Ю. Семейная позитивная динамическая психотерапия. – СПб. : Наука и техника, 2009. – 464 с.

17. Шипачёв Р.Ю. Исследование клинико-психологических характеристик женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением, в связи с задачами краткосрочной психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 23 с.

18. Этические проблемы оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях / Гуревич К.Г., Тищенко П.Д., Фабрикант Е.Г. [и др.] / Центроспас МЧС России, Центр экстрен. психол. помощи. – М., 2012. – 62 с.

19. Фоа Э.Б., Кин Т.М., Фридман М.Дж. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства/ Когито-Центр. – М., 2005. – 467 с.

20. Sayed M.A. Conceptualization of mental illness within Arab cultures: Meeting challenges in cross-cultural settings // Soc. Behav. Person. – 2003. – Vol. 31, N 4. – P. 333–342.