



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 4 (5) СЕНТЯБРЬ -2002 • www.oppl.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОРГАН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

ГОРИЗОНТЫ ОБРАЗОВАНИЯ В СЕКСОЛОГИИ

Сексуальная революция, изменив мораль западных стран, совершилась и у нас. Как это обычно бывает, опоздав на два десятилетия. И как это совсем не похоже на нас, протекала она в очень медленном, ползучем варианте на протяжении более чем двадцати лет. Революционные представления по-разному завоевывали свои позиции в больших городах и малых, на юге и западе страны и на востоке и севере, значительно меньше касаясь старших поколений, чем молодёжи. А ведь социально значимые решения принимают старшие поколения. Может быть поэтому таких решений недостаточно, чтобы соответствовать потребностям современного общества. И самой большой проблемой представляется образование в сексологии. Конечно, в сексологическом образовании нуждаются все граждане нашей страны. Здесь мы сосредоточимся на образовании когорты профессионалов, традиционно самой подготовленной в области сексопатологии – врачей-сексологов, психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, невропатологов, клинических психологов, психологов – консультантов, врачей и психологов других специализаций.

Если биологические аспекты сексологии и сексопатологии у нас преподаются в достаточно развёрнутом виде, то социальные, психологические и особенно психотерапевтические аспекты этой дисциплины ещё не нашли адекватного отражения в учебных программах. А ведь именно они лежат в основе многих функциональных расстройств сексуальной сферы. Кроме того, наша сексология имеет явно мужской уклон, зачастую недооценивая проблемы женщин, пожилых людей и особенно подростков. Ещё можно добавить, что традиционно у нас больше преподаётся именно сексопатология, нежели собственно сексология. Грубой патологии у нас уделяется значительно большее место, чем вариантам нормы и функциональным расстройствам сексуальности.

И мы открываем новые горизонты образования в сексологии, предлагаем новые, современные и человеческие трактовки понятий сексологической нормы и функциональных расстройств сексуальности. Кроме того, наступило время внедрять то, что можно назвать высоким стилем сексологии – сочетание сексуального поведения с высокими чувствами человека.

Для реализации поставленных целей в Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) курс сексологии будет теперь преподаваться на кафедре психотерапии и медицинской психологии. Кроме того, кафедра укрепляется за счёт активного сотрудничества с Федеральным Центром сексологии Минздрава России. В расписании циклов повышения квалификации врачей и психологов, опубликованном в данном выпуске газеты, вы обнаружите новый, ранее не проводившийся цикл: «Психотерапия, медицинская психология и сексология». А высокий стиль сексологии мы начнём изучать в Париже, где он практикуется и называется – «Амурология». И произойдет это в феврале 2003 года на III Российско-Европейском декаднике по психотерапии, консультированию и сексологии.

**Заведующий кафедрой психотерапии,
медицинской психологии и сексологии РМАПО,
д. м. н., профессор В. В. Макаров**

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздрава России на 2002 год в г. Москве 2–4 октября 2002 года будет проходить научно-практическая конференция «СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ».

См. стр. 2.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «Психотерапия Европы-Психотерапия Азии» 25–26 мая 2002 Москва, Россия

«Ψ» продолжает публиковать материалы конгресса. Ниже приводится фрагмент аналитического исследования «ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ», материалы которого легли в основу пленарного доклада профессора М. М. Решетникова. Полный текст документа может быть заказан в редакции.*

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

М. М. РЕШЕТНИКОВ

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия «нормы» и «патологии» в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более «приземленные» и более практические.

МЕТОДИЧЕСКИЙ БУМ

Благодаря преимущественно работам З. Фрейда и его последователей, уже в начале 40-х годов XX века психотерапия, фактически, сложилась, как самостоятельная специальность, и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в большинстве передовых стран мира. Характерной особенностью этого периода стало безудержное творчество специалистов: хотя большинство квалифицированных экспертов считают, что количество научно-обоснованных методов в психотерапии весьма ограничено (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен «новых» методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как неоднократно отмечал Б. Д. Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное «размывание» понятия психотерапии как узко медицинской (то есть – исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и не-врачей) очень различно. Одни придерживаются строго «медицинской модели», другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до «медико-психологической», третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки «прокрустова» ложа медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к «медико-психологической», уже хотя бы потому, что не замечать явно (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает и методологический, и кадровый компоненты, при этом последний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится, как минимум, 3 практикующих психолога, при этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт это исходно врач-психиатр игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это – почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом, наша сфера деятельности ближе к варианту неко-

на стр. 3

* Аналитическое исследование выполнено по открытому плану в связи с разработкой нового приказа Министерства здравоохранения «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и проектом Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» (на 2003–2008 годы)

СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

научно-практическая конференция
2–4 октября 2002 года

Основные вопросы конференции:

1. Социальные, семейные и мультидисциплинарные аспекты сексологии.
2. Совершенствование сексологической службы России.
3. Клиника и диагностика сексуальных дисфункций.
4. Новое в терапии сексуальных расстройств.
5. Проблемы расстройства половой идентификации.
6. Правовые вопросы сексологии и сексopatологии.
7. Половое просвещение.

В рамках конференции состоятся:

- Совещание главных психиатров и руководителей психиатрических учреждений.
 - Пленум Правления Российского Общества психиатров.
 - Рабочее совещание представителей ВОЗ, МЗ РФ и национальных представительств стран Восточного Региона ВОЗ.
- Конференция будет проходить в Административном корпусе Всероссийского Выставочного Центра (ВДНХ) по адресу: Москва, Проспект Мира, «ГАО ВВЦ».
- Проезд до станции метро «ВДНХ».

Важнейшие заседания конференции:

2 ОКТЯБРЯ, СРЕДА

- 10.00–13.30 – Открытие конференции, пленарное заседание, зал № 1.
- 16.00–18.00 – Социальные, семейные и мультидисциплинарные аспекты сексологии, зал № 1.
- 14.00–18.00 – Клиника и диагностика сексуальных дисфункций, зал № 2.

3 ОКТЯБРЯ, ЧЕТВЕРГ

- 10.00–13.00 – Совещание главных психиатров, пленум Правления РОП, зал № 1.
- 10.00–13.00 – Клиника и диагностика сексуальных дисфункций, зал № 2.
- 16.00–18.00 – Новое в терапии сексуальных расстройств, зал № 1.
- 14.00–16.00 – Рабочее совещание представителей ВОЗ, МЗ, национальных представителей стран Восточных регионов ВОЗ, зал № 2.
- 16.00–18.00 – Психиатрия, психоанализ: пути взаимодействия, зал № 2.

4 ОКТЯБРЯ, ПЯТНИЦА

- 10.00–13.00 – Правовые вопросы сексологии, зал № 1
- 10.00–13.00 – Проблемы расстройства половой идентификации, зал № 2.
- 16.00–18.00 – Совершенствование сексологической службы, зал № 1.
- 14.00–16.00 – Половое просвещение, зал № 2.

Отчет о конференции будет опубликован в «Ψ».

О РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЯХ В ПСИХОТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ГОВОРИТЬ УЖЕ СЕГОДНЯ

Н. Н. СВИДРО

Проводить долгосрочную стратегическую политику, избегать значительных экономических и социальных потрясений и добиваться стабильного развития и перспективных успехов позволяют маркетинговые программы. Поэтому в основу деятельности психотерапевтов и организаций, работающих в области психотерапии должен лечь именно рыночный подход. Прогнозирование рынка, разработка стратегии и планирование своих действий на рынке, формирование рыночного спроса – основные принципы маркетингового управления. Именно стратегическое управление, предвидение последующих действий ППЛ соответственно изменяющимся требованиям рынка, разработка комплекса взаимоувязанных мер в области товарной, сбытовой, ценовой и стимулирующей политики с учетом возможной реакции конкурентов и т. д. представляют значительные преимущества маркетингового подхода к управлению не только в производственно-сбытовой но и в научно-технической, законодательской и других сферах деятельности нашей организации.

Исходным моментом, лежащим в основе психотерапевтического маркетинга, выступает идея человеческих нужд, потребностей, запросов. Отсюда сущность маркетинга предельно коротко состоит в следующих позициях:

1. следует производить только то, что, безусловно, найдется сбыт, а не пытаться навязать покупателю «несогласованную» предварительно с рынком продукцию;
2. следует стимулировать спрос на нашу продукцию, или даже создавать его.

Покупатели нашей продукции – продукция Профессиональной Психотерапевтической Лиги – это конечно «во-первых» члены лиги (профессиональные психотерапевты), и с ними достаточно давно и кропотливо проводится работа. Выявлены основные потребности (спрос) – обучение, информация, внутри корпоративное общение, защита. В этом отношении Лига и дальше будет проводить планомерную работу. Но наши потребители «во вторых», пока остаются неохваченными – это пациенты.

Тому, что рыночных отношений во взаимоотношении психотерапия – пациент до сих пор не сформировалось, конечно, способствовало и способствует бюджетное финансирование психиатрической сферы, однако именно этот фактор, вернее жесткое соединение, связывание психотерапии и психиатрии не позволяет большинству пациентов правильно сориентироваться даже в самом понятии психотерапии и тем более отсекает от их сознания понимание необходимости взаимодействия с психотерапевтом. Лозунг «У каждого человека должен быть свой психотерапевт» в России не просто вызывает улыбку потенциального пациента, а скорее нездоровую ухмылку и повод пошутить.

Почему так произошло и есть тот вопрос, который необходимо решить нам с Вами в самое ближайшее время. В противном случае кто-то захочет это сделать за нас. Потребности пациентов, на которых может строиться рынок на современном этапе развития ситуации, достаточно отчетливо просматриваются, и на первом плане выступает потребность разобраться в психотерапевтических услугах, ценах на них с последующим формированием потребности в них. Я еще раз рискну утверждать, что на сегодня такая потребность осознается большинством россиян интуитивно, а должна осознаваться по-другому, более четко, с оперированием таких понятий как права, обязанности сторон, договор между психотерапевтом и пациентом, четкое определение границ помощи и ответственности сторон. Как взаимоотношения со стоматологом, как взаимоотношение с ветеринаром, как отношение с любым поставщиком рыночных, а не бюджетных услуг. Именно рыночных, потому что, как показывает опыт других стран, ни

страховые кассы, ни правительство не может полностью платить за психотерапию.

Всё что написано выше – всего лишь теоретизирование на предмет того, как должно быть. Но в целом, еще раз подчеркну, что ни рынок сбыта продукции, ни сама продукция, отношение к которой наша Общественная организация, конечно, имеет самое прямое, на сегодня не сформированы, не изучены, не описаны, не поняты до конца, и именно поэтому эффективно использовать всё это, встраиваться в этот рыночный процесс взаимодействия мы можем крайне неэффективно. Поэтому проведение определенной планомерной работы по пониманию рыночных отношений как психотерапевтами, так и пациентами должно стать одним из основных направлений нашей работы уже сегодня.

Скорее всего, методы маркетинговой деятельности ППЛ сегодня должны заключаться в том, что будет проводиться:

- анализ внешней (по отношению к психотерапевтам) среды, в которую входит не только рынок потребителей, но и политические, социальные, культурные и иные условия.
- Анализ позволит выявить факторы, содействующие коммерческому успеху или препятствующие ему. В итоге анализа должен формироваться банк данных для оценки окружающей среды и ее возможностей.
- анализ потребителей, как реальных, так и потенциальных.

Данный анализ заключается в исследовании демографических, экономических, социальных, географических и иных характеристик людей, принимающих решение о покупке, а также их потребностей в широком смысле этого понятия и процессов приобретения ими как нашего (ППЛ), так и конкурирующих товаров;

- изучение существующих и планирование будущих товаров, то есть разработка концепций создания новых товаров и/или модернизации старых, включая их ассортимент и параметрические ряды, рекламу и т. д.

Устаревшие, не дающие расчетной прибыли продукты деятельности (товары) должны получать соответствующую рекомендацию ППЛ и сниматься с производства и рынка;

- планирование товародвижения и сбыта, включая создание, при необходимости соответствующих собственных сбытовых сетей, что в принципе уже делается ППЛ;
- обеспечение формирования спроса и стимулирование сбыта

Все это позволит сформировать здоровую ценовую, рекламную и другие политики рынка психотерапии, что в конечном счете должно сделать деятельность ОППЛ еще более приближенной к государственным интересам.

Управление маркетинговой деятельностью (маркетингом) как системой, то есть планирование, выполнение и контроль маркетинговой программы и индивидуальных обязанностей каждого участника работы предприятия, оценка рисков и прибылей, эффективности маркетинговых решений, ответственности как пациента так и психотерапевта – вот над этими вопросами я и предлагаю задуматься Центральному совету ППЛ, а как первый шаг в реализации этой большой стратегической программы предлагаю провести в рамках конференции ППЛ «Психотерапия больших городов» секцию, посвященную рыночной экономике в сфере психотерапевтических услуг, по результатам которой издать отдельное издание не только с материалами секции, но и с анализом ситуации в России. Я думаю, что именно ППЛ должна стать во главе обсуждения этого вопроса, как наиболее прогрессивная организация представляющая интересы психотерапевтов России.

со стр. 1

его «кустарного производства», где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати – автор не делает для себя исключение). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное) деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких «высоких» материях, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супервизорского контроля коллег и т. д.

БОРЬБА ЗА РЫНОК

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента, подвергает последнего систематическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто «как раз сейчас разрабатывает») конкретный терапевт, вместо того, чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается и который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Если ли вообще в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли вообще создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют: куда или к кому лучше направить этот «страховой случай»? Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах как: психотерапия, стоматология, косметология, массаж и мануальная терапия, а также – психофармакология и пищевые добавки, то есть – там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения) и разгрузить, таким образом, не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область финансово-емких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать, канализовать и использовать в интересах государства.

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ СТАТУСА ПСИХОТЕРАПИИ

Борьба за психотерапевтический рынок дополняется «неурегулированностью» отношений с психиатрией. Если кратко сформулировать эту проблему, то ее суть состоит в том, что каждый уважающий себя психиатр считает себя «немного психотерапевтом» и не склонен рекомендовать пациенту обратиться к специалисту в смежной области знаний и практики – это с одной стороны. А с другой: квалифицированный психотерапевт, как правило, не очень доверяет психиатру, так как обычно имеет опыт ситуаций, когда направленный им для консультативной помощи к психиатру пациент возвращался с «пачкой рецептов» и рекомендацией «бросить эту ерунду» (в одних случаях это может относиться к проблемам пациента, а в более «жестких» – и к психотерапии в целом).

Психотерапевты очень любят винить во всем психиатров? Но всегда ли они (то есть, мы – психотерапевты) правы? Попробуем взглянуть на проблему с иной точки зрения. Одной из современных тенденций является расширение основных направлений деятельности системы здравоохранения в области, традиционно обозначаемые как социальная сфера. Психотерапия не является исключением. Но она гораздо больше, чем все остальные области медицины, выходит за рамки того, что традиционно принято относить к здравоохранению. Являются ли, например, межличностные и внутриличностные конфликты, неудовлетворенность сексом, недостаточной общительностью или способностью нравиться другим, а также затруднения в разрешении проблемных ситуаций личной жизни и даже суицидные мысли, наркомании, курение или разногласия в решении вопросов планирования семьи (составляющие в совокупности более 50% причин обращений к психотерапии) сугубо медицинскими или хотя бы чисто психиатрическими проблемами? Не является ли нонсенсом то, что психиатр несет ответственность за суицид пациента почти в той же мере, что хирург за летальный исход на операционном столе? Кто вообще может отвечать за волю, мотивации, аффективные порывы или поступки другого? Еще один аспект той же проблемы: почему практически во всех руководящих документах психиатра оказывается более ответственным, чем психотерапевт? Почему мы никак не можем признать, что психиатрия и психотерапия – это не только родственные, но и качественно различные специальности, в которые приходят люди с исходно различными профессиональными установками?

СПЕЦИФИКА СОДЕРЖАНИЯ И ЗАДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ

Как отмечает Б. Д. Карвасарский с соавторами¹ (2000): «В русскоязычной литературе ... принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного» (с. 657). Если убрать из этого определения «лечебного» и «больного», то от медицины практически ничего не остается, так как воздействием на психику занимается и педагогика, и телевидение, и политика, и реклама и т. д. Через психику и на психику воздействуют все: от первого (еще внутриутробного) контакта ребенка с матерью до последнего – со священником, родственником, близким другом или врачом. Напомним также, что многие, из обращающихся к психотерапевтам и психологам, ни соматически, ни психически больными не являются.

Правда, не будем здесь лукавить и передергивать, психотерапия – это особый вид общения, имеющий очень солидное научное и эмпирическое обоснование, которому учат долго и основательно, особенно – с точки зрения того: где искать корни самых различных психологических проблем и каковы могут быть формы и методы их разрешения?

Отношение к психотерапии, как профессии, по определению уже упомянутого Б. Д. Карвасарского, «второго сорта» остается преобладающим. Здесь много вины самой психотерапии, очень мало апеллирующей к обобщению клинических данных и эксперименту. Но есть и чисто бытовая причина. Многие, в том числе врачи, считают психотерапию разновидностью обычной беседы, с которой она не имеет ничего общего, кроме того, что и там, и здесь используются слова. Чтобы еще раз прояснить это широко распространенное заблуждение, позволим себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель – это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость, умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне, оперировать, например, мозг человека,

который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту – умение постоянно анализировать: «Не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом?» – а также: как это соотносится с состоянием его аффективной сферы, психическим развитием и актуальным психо-эмоциональным состоянием и массой других психических параметров, одно перечисление которых заняло бы несколько страниц. Не говоря уже о том, что реакции квалифицированного терапевта всегда строго соотносятся с конкретной методикой и методологией, формой патологии и этапом лечения. И представление о психотерапевте, дремлющем в кресле напротив или у изголовья пациента – не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением. Те, кто работает в рамках реальной психотерапии, хорошо знают, что при эффективной работе специалист просто не в силах принять более 6–8 пациентов за полный рабочий день.

Тем не менее, вопрос о целях и задачах психотерапии остается достаточно сложным. Прочитав несколько авторитетных изданий, я нигде не обнаружил их четкого определения. В большинстве случаев цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими): «разрешение внутри- и межличностных конфликтов», «оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности», «повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение», «расширение временной перспективы», «улучшение социального самочувствия и социальной адаптации» и т. д. и т. п. В какой мере это относится к психиатрии?

Профессиональная компетенция

Здесь, после некоторой апологии, мы вынуждены говорить преимущественно о недостатках. В силу специфики «работы за закрытой дверью» каждый конкретный случай психотерапии, фактически, всегда оказывается вне профессионального или какого бы то ни было иного контроля. Современная законодательная база, в принципе, вообще не регулирует вопрос о том: кто может заниматься психотерапией? Если быть более точным, то эта законодательная база прикрывается «фиговым листком», на котором начертано, что психотерапия – это медицинская специальность, которой в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку и т. д. Но все мы знаем, и это уже отмечалось, что это положение повсеместно не выполняется, и осмелимся предположить – никогда не будет выполняться. Только психологам, теми же актами, предписано заниматься только «психологическим консультированием», но – ни в коем случае – не психотерапией, хотя: в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же – не с точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) – нет. Но наличие или отсутствие этих прав ни имеет никакого отношения к проблеме профессиональной компетентности психотерапевта.

Добавим к этому, что за исключением первых мучительных попыток введения института профессионального тренинга и супервизий в рамках таких направлений психотерапии, как психоанализ и гештальт, ни в процессе обучения психотерапевта, ни в процессе его практики к уровню его компетентности

¹ Карвасарский Б. Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер. 2000. – 1024 с.

со стр. 3

и способности к этой деятельности, фактически, не предъявляется никаких требований (и даже если апеллировать к квалификационным тестам – они характеризуют знания, но не навыки и содержание профессиональной деятельности специалиста).

Характерно, что даже чрезвычайно деликатные попытки «приоткрыть закрытую дверь» наталкиваются на тезис о приоритете конфиденциальности и авторитета специалиста, являющегося самостоятельным лечебным фактором. И это, действительно, сложный вопрос: что важнее – контроль над содержанием практики, реальное исследование ее эффективности и изучение опыта – или конфиденциальность, открывающая неограниченные возможности для паранаучных спекуляций?

О ЕДИНСТВЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Тезис, вынесенный в заголовок, никем не оспаривается. Но есть одна специфика современности – наши теории почти никак не апеллируют к практике. Или – апеллируют к практике вообще, без конкретных случаев. То же самое повторяется в большинстве руководств по психотерапии, где описываются техники, кратко иллюстрируемые теми или иными случаями (чаще – выдержками из случаев). Описание конкретных случаев с конкретной техникой и даже теорией также иногда встречаются. Но обобщения практики (я имею в виду – одной и той же конкретной техники, например, на 50–100 клинических случаях) – это уже нечто почти не существующее. Есть несколько известных нам зарубежных источников, например, работы L. Luborsky & B. Singer², сравнивающих различные методы психотерапии. Но если мы заблуждаемся, то будем благодарны за любые монографические источники, где описывается, например, психотерапия депрессий, навязчивостей или фобий. Исключение составляет, пожалуй, только шизофрения, и то – преимущественно – опять же за рубежом.

Психиатры критикуют нас большей частью справедливо. Мы с удовольствием и нередко высокохудожественно описываем свою деятельность, но в наших трудах пока не слишком много науки, исследований и измерений, доказательности, повторяемости и проверяемости результатов. Может быть, так и должно быть? Может быть, это все-таки не наука? А если наука, то почему такое положение сохраняется с такой завидной устойчивостью?

Нужны ли нам вообще разработки в области стандартизации психотерапевтических методов и процедур? Если нужны, то почему их нет? Если ли у нас специалисты по конкретным формам заболеваний? И если они есть – почему нет системы отбора пациентов для направления их по профилю того или иного специалиста? Почему лишь единично представлены работы, где обсуждаются показания и противопоказания к тому или иному методу психотерапии, и главное – не только обсуждаются, а обосновываются? Много ли вообще в психотерапии результатов, которые могут быть приписаны какой-то конкретной методике, а не всей психотерапии?

Еще несколько вопросов. Существуют ли какие-либо объективные методы оценки профессиональной компетентности практикующих специалистов? Знаем ли мы вообще – в какой мере компетентность и навыки сказываются на результатах? Или нам это не нужно?

О СЛОЖНОСТЯХ СОЕДИНЕНИЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

К предыдущему разделу есть много возражений (и вполне объективных). Во-первых, мы почти никогда не имеем дело с каким-то «гомогенным» расстрой-

ством личности. Это чаще всего – «букет». Во-вторых, какими бы «чистыми» аналитиками, бихевиористами или гештальтистами, мультимодальщиками или интегративщиками мы не являлись, в практике каждого, безусловно, присутствует некая комбинация всех терапевтических подходов и методов, помноженная на специфику конкретной стадии терапии, и еще больше – на индивидуальную одаренность или – во всяком случае – неповторимую индивидуальность конкретного терапевта. Во фразе о том, что ведущим терапевтическим фактором является личность терапевта (особенно, если эта личность квалифицированная), почти все правда. В итоге методов оказывается столько же, сколько специалистов. Может быть нужен иной подход: изучение не методов, а специалистов, без некоего весьма специфического терапевтического инструмента. Почему нет? Но это, опять же вопрос. Его можно еще раз расширить: в зависимости от формы патологии и специфики общения с конкретным пациентом терапевт всегда немного «модифицируется». И тогда оказывается, что методов столько, сколько пациентов.

Совершенно четко пока можно сказать только одно: обратная связь между теорией и практикой – оставляет желать много лучшего. Но это не значит, что она не достижима.

Что вообще понимается под заключением «успешный случай». Как правило, снижение или исчезновение симптома и удовлетворенность пациента терапией. Правильно ли это? Попробуем помыслить сугубо медицинскими аналогиями: если при остром животе путем обезболивания мы достигли исчезновения или редукции симптома: пациент перестал стонать, прижимать руки к животу и расслаблено выразил благодарность доктору – этого достаточно? Можно больше не беспокоиться? Здесь опять же – только вопрос. А зная о конверсионной природе многих из наших симптомов и такие красивые термины как «компромиссное образование», этот вопрос можно продолжать до бесконечности.

Если бы хотя бы часть тех сил, которые тратятся на обоснование исключительности той или иной психотерапевтической школы, была направлена на исследование, и не только личных ощущений терапевтов об их успешности или недостаточной успешности, вероятно, мы могли бы подойти к этой проблеме более адекватно и качественно изменить ситуацию.

Вне всякого сомнения, есть масса очень хороших психотерапевтов, но психотерапевтическая система, основанная на реально действующих стандартах подготовки специалистов, оценки их профессиональной компетентности и эффективности деятельности, пока только складывается.

ПЕРСПЕКТИВЫ

Пока они не кажутся радужными. И главная причина – нет заинтересованности сторон. Каких? Официальная медицина, как уже отмечалось, относится к психотерапии, как к специальности «второго сорта», хотя в методически безупречных исследованиях K. Grawe, R. Donati & F. Bernauer³ было убедительно обосновано, что включение (фактически – не требующих никаких вложений, кроме подготовки специалистов) методов психотерапии в комплекс лечебных процедур снижает расходы на поддержание психического и соматического здоровья населения в 3 раза.

Странно, но эти результаты практически никого не заинтересовали, кроме самих психотерапевтов. Также как и известные аналитические материалы ВОЗ, что более 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. Специалистам Министерства здравоохранения не составит труда вычис-

лить: сколько психотерапевтов нам нужно. И в этом плане разработка проекта Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» должна вызвать самое пристальное внимание всех заинтересованных сторон, так как она должна стать стратегической программой не только на 2003–2008 годы, но и заложить основы будущего поступательного развития российской психиатрии и психотерапии.

Как представляется, в этой программе должны быть предусмотрены специальные разделы для стимуляции развития частной медицины и негосударственного сектора подготовки и переподготовки специалистов, которые демонстрируют гораздо большую мобильность и адаптивность к условиям рыночной экономики. Тем более, что главной пока остается проблема кадрового дефицита, а психотерапия – это не та сфера, где эта проблема может быть решена директивными мерами.

Кадровый дефицит в психотерапии позволяет каждому, кто научился хотя бы просто слушать пациента, выдавать себя за психотерапевта, и при этом быть достаточно «успешным», прежде всего – материально успешным. И зачем, скажите, такому специалисту контроль компетентности или качества? И здесь очень важен западный опыт, где этот контроль осуществляет не государство, а исключительно профессиональные психотерапевтические сообщества, но не любые, а, как правило, аффилированные государством.

При общем взгляде пока получается, что все выглядит не очень оптимистично. Но это, только на первый взгляд. Мы начали об этом думать и говорить. И это дает надежду.

Фундаментальные издания наступившей осени

Столичное издательство «Академический проект» совместно с Профессиональной психотерапевтической лигой продолжает выпускать в свет «Библиотеку психологии, психоанализа, психотерапии». Наступившей осенью выйдут два издания: «Практическое руководство по Терапии Творческим самовыражением» и «Транзактный анализ – Восточная версия» Практическое руководство обобщает почти сорокалетний опыт работы М. Е. Бурно, его учеников и последователей. Терапия Творческим самовыражением – отечественный психотерапевтический метод, созданный разработанный (в настоящем его состоянии) профессором М. Е. Бурно и многими его последователями. Корни метода в Отечественной клинической психотерапии, в Российской культуре и природе.

Руководство предназначено для психотерапевтов, психологов, педагогов, теоретиков психотерапии, философов, культурологов, для всех интересующихся терапией духовной культуры.

Издание по транзактному анализу обобщает почти тридцатилетний опыт работы В. В. Макарова и Г. А. Макаровой в этой области. Пособие посвящено восточной версии транзактного анализа – современному направлению, дополняющему классический вариант этого учения. Книга предназначается психотерапевтам, психологам, социальным работникам, психиатрам, студентам. А ещё тем людям, кто делает важные выборы в своей жизни, своей судьбе. А также всем тем, кто хочет максимально использовать ресурсы собственной личности, полноценно и плодотворно общаться с другими людьми и добиться личного и профессионального успеха.

² Luborsky L., Singer B. *Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"?* – *Archives of General Psychiatry*, 1975. #32. pp. 995-1008.

³ Grawe K., Donati R. & Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Horgefe-Göttingen-Bern-Toronto-Seattle*, 1994.

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ПРОЕКТ ПО ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

В. В. МАКАРОВ

Гештальт подход является одной из наиболее популярных западных модальностей в психотерапии и психологическом консультировании. В нашей стране он развивается немногим более десяти лет. За это время он широко распространился. И без него уже трудно представить современную русскоязычную психотерапию и консультирование. Вместе с тем, популярность гештальт-терапии в последние годы в нашей стране заметно падает. Возможно это вызвано состоянием самого течения гештальт-терапии. Сегодня в Российской Федерации до 10 организаций преподающих гештальт, а число тренеров одиночек не поддается учёту. Они не объединены в организации, называющие себя институтами и центрами, работают совершенно самостоятельно и изолированно. По нашим впечатлениям их численность от 120 до 200 человек. В Российской Федерации отсутствует профессиональная организация объединяющая гештальт-терапевтов. Функцию такой организации отчасти выполняет так называемая гештальт-тусовка. Периодически проводимые большие тренинги, где участвуют многие известные гештальт-терапевты страны. Каждая организация и специалист в области гештальт-терапии активно рекламируют себя. Такая реклама далеко не всегда носит добросовестный характер. В частности заявления о международном признании не всегда точны. Есть претензии и к профессиональной этике части действующих гештальт-терапевтов. То, что делают некоторые гештальтисты возможно и является гештальтом, только вряд ли может называться психотерапией. Это новое явление – гештальт без психотерапии.

Ситуация в гештальт-терапии, одной из ведущих европейских и российских модальностей несомненно оказывает влияние на всю психотерапию Российской Федерации. С целями развития гештальт-терапии, Профессиональная Психотерапевтическая Лига выступила с инициативой проведения национальных программ профессионального обучения по гештальт-терапии и гештальт-подходу в психологическом консультировании. Программы соответствуют международным стандартам подготовки гештальт-терапевтов, принятым Европейской Ассоциацией Гештальт Терапии и Международной Федерацией Организаций, преподающих Гештальт. Супервизором программы выступает Серж Гингер – президент Международной Федерации организаций, преподающих гештальт, вице-президент Французской Национальной Федерации Психотерапии, член правления и регистратор Европейской Ассоциации Психотерапии.

Российские координаторы программы-ректор Санкт-Петербургского Института Гештальт Терапии, кандидат психологических наук Н. М. Лебедева и проректор по учебной работе высшей Школы Гуманитарной Психотерапии Е. А. Соловьёва.

В число обучающихся терапевтов уже включены: С. Гингер, Е. А. Иванова, В. П. Криндач, Н. М. Лебедева, Д. Н. Овечкин, О. К. Романенко, Е. А. Соловьёва. Шесть из них удостоены Европейского Сертификата Психотерапевта и включены в Единый Европейский Реестр Профессиональных Психотерапевтов.

Программа будет реализовываться на постсоветском пространстве.

Первые обучающиеся, тренинговые группы начнутся в Москве осенью 2002 года, запись у Калмыковой Инги Ирьевны по телефону 8–901–750–5108.

Приглашаются к сотрудничеству организаторы следующих учебно-тренинговых групп, обращаться к Макарову Виктору Викторовичу по телефону (095) 105–90–36.

Приглашаются к сотрудничеству тренеры и преподаватели гештальт-терапии, имеющие соответствующий уровень профессиональной подготовки, обращаться к супервизору программы Сержу Гингеру по телефону: +33 1 53686458.

ПСИХОТЕРАПИЯ И БОРЬБА С ТЕРРОРИЗМОМ – СТРАТЕГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В. Ф. ТРУБЕЦКОЙ

Привлечение психотерапии и психотерапевтов к участию в широкомасштабных программах противодействия терроризму видится естественным уже в силу того, что основным, истинным объектом всякого террористического посягательства является неограниченное число формально не вовлеченных в конкретный инцидент людей, а наиболее распространенные последствия (относящиеся к здоровью) каждого, даже не состоявшегося, террористического акта – это различные формы психических и психосоматических расстройств. Таким образом, с учетом глобализации, можно смело утверждать, что любая террористическая деятельность – это угроза психическому благополучию населения всего мира.

Однако какой вклад должны внести психотерапевты, вообще специалисты в области ментального здоровья, в общее дело борьбы с терроризмом?

На поверхности лежит многое – от психотерапевтической помощи пострадавшим в очаге терактов до борьбы с волной виртуального насилия в прессе и на телевидении, от психофизиологического сопровождения деятельности контртеррористических и аварийно-спасательных формирований до выявления потенциальных террористов по «психологическому портрету» и так до бесконечности...

Давайте теперь посмотрим на ситуацию в стратегическом плане. Цель относительно ясна: изжить терроризм и другие проявления экстремизма и избавиться от их последствий. Какие же задачи необходимо решить для достижения этой цели? Задача номер один – необходимо лишить террористические организации возможности пополнения своих рядов, кадрового потенциала, социальной базы. Как теперь стало очевидно, ни сама по себе бедность, ни принадлежность к той или иной религии, ни к региону мира не делают человека террорис-

том. А делают его таким моральная и духовная незрелость, тоталитарное мышление, узость кругозора и страх перед окружающим миром, неспособность принимать на себя ответственность за свою же судьбу, потребность в заменяющей разум идеологии и харизматическом лидере. Стало быть, для решения этой первой задачи необходимо воспитать как можно больше свободных, зрелых, ответственных людей, умеющих адаптироваться в изменяющихся условиях современной жизни, мыслить, анализировать, познавать мир; людей, осознающих ценность своей собственной жизни и других жизней. Вторая задача – избежать как можно больших «вторичных жертв» терроризма (как и природных либо техногенных катастроф). Конечно, можно отменить новостные программы... Но опять же стратегическое решение проблемы – это привитие как можно большему числу людей способности к адекватному восприятию действительности, анализу, сохранению состояний адаптации. Короче говоря, «смотри выше». Такие люди, кстати, менее подвержены воздействию психотравмирующих факторов информационной среды, реже становятся жертвами недобросовестной рекламы, их трудно вовлечь во всякого рода тоталитарные секты и экстремистские организации.

Сопоставляя приведенные выше возможные стратегические пути решения задач противодействию терроризму с общеизвестными целями психотерапии – воспитание в человеке гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения; изыскивать и сохранять ресурсные состояния; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм, сохранять и развивать здоровье, мы обнаруживаем их практически полное совпадение. Вот и получается, что психотерапия уже в силу своей сущности является самым мощным противотеррористическим институтом современного общества. И общественная поддержка, создание условий для развития психотерапии (всей, а не каких-то ее «особых») – это, вероятно, и есть самая эффективная стратегия общества по искоренению терроризма.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

С января 2003 года выйдет в свет новый ежемесячный научно-практический журнал

«ПСИХОТЕРАПИЯ»

Журнал организован Общероссийской Профессиональной терапевтической лигой и издательством «Литера-2000» по инициативе академика РАН проф. Т. Б. Дмитриева.

Журнал «Психотерапия» призван наладить систематический и квалифицированный диалог между традиционными и новыми научными и практическими школами в психиатрии, психотерапии, клинической психологии, психологическом консультировании. Только такой диалог поможет в кратчайшие сроки выработать эффективную научно обоснованную концепцию современной российской психотерапии.

Публикации в журнале будут отражать все аспекты современной российской и зарубежной психотерапии, клинической психологии и психологического консультирования. К работе в редакционном совете и редакционной коллегии журнала привлечены ведущие специалисты из России, Франции, Германии, США, Бельгии, Австрии, Японии, Китая и других стран. Редакционный совет журнала возглавляет академик РАН проф. Т. Б. Дмитриева, главным редактором журнала является проф. В. В. Макаров.

Журнал «Психотерапия» адресован широкому кругу специалистов – психотерапевтов, психологов, медицинских менеджеров, социальных работников, педагогов.

Подписка на первое полугодие 2003 года осуществляется только через редакцию. Справки по телефону в Москве: 155–47–74.

Редакция журнала «Психотерапия»

• ОБЪЯВЛЕНИЯ

**РАСПИСАНИЕ ЦИКЛОВ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И СЕКСОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА 2003 ГОД**

№ п/п	Наименование цикла	Даты проведения	Количество часов	Оплата
1	Психотерапия и медицинская психология (для врачей и мед. психологов)	08.01 – 04.02	144	Госбюджет или 5000 рублей
2	Психотерапия (Сертификационный цикл с выдачей сертификата по психотерапии) Для врачей психотерапевтов	09.01 – 05.02	144	Госбюджет или 5 000 рублей
3	Психотерапия в наркологии (для врачей)	06.02 – 06.03	144	Госбюджет или 5 000 рублей
4	Психотерапия, медицинская психология и сексология (для врачей и мед. психологов)	07.02 – 07.03	144	Госбюджет или 5 000 рублей
5	Профессиональная переподготовка по психотерапии с сертификацией (для врачей психиатров, психиатров-наркологов, сексологов)	14.03 – 18.07	504	17 500 рублей
6	Психотерапия, медицинская психология и сексология (для врачей и мед. психологов)	12.03 – 08.04	144	Госбюджет или 5 000 рублей
7	Психотерапия и фитотерапия в медицинской практике среднего медицинского персонала (для медицинских сестер)	08.04 – 07.05	144	Госбюджет или 5000 рублей
8	Психотерапия, медицинская психология и сексология (для врачей и мед. психологов)	12.05 – 07.06	144	Госбюджет или 5000 рублей
9	Психотерапия (Сертификационный цикл с выдачей сертификата) Для врачей психотерапевтов	21.05 – 18.06	144	5 000 рублей
10	Психотерапия и медицинская психология (для врачей и мед. психологов)	17.09 – 14.10	144	Госбюджет или 5 000 рублей
11	Сексология (Сертификационный цикл с выдачей сертификата по сексологии)	17.09 – 14.10	144	Госбюджет или 5000 рублей (для врачей сексологов)
12	Профессиональная переподготовка по психотерапии с сертификацией (для врачей психиатров, психиатров-наркологов, сексологов)	17.09 – 25.12	504	17 500 рублей
13	Психотерапия в наркологии (для врачей)	14.10 – 11.11	144	Госбюджет или 5 000 рублей
14	Психотерапия, медицинская психология и сексология (для врачей и мед. психологов)	25.11 – 23.12	144	Госбюджет или 5 000 рублей
15	Психотерапия (Сертификационный цикл с выдачей сертификата по психотерапии) Для врачей психотерапевтов	27.11 – 25.12	144	Госбюджет или 5 000 рублей

**Кафедра принимает заявки на выездные тематические и сертификационные циклы на 2004–2005 г.
На кафедре открыта клиническая ординатура и аспирантура. Обращаться (095) 193–96–71
доцент Юрий Львович Покровский**

**123367 г. Москва. Волоколамское шоссе, 47, кафедра психотерапии РМАПО
E-mail: vikgal@aha.ru; earconf@mail.ru; http://www.oppl.ru; http://www.psyclub.net**

СОТРУДНИЧЕСТВО

Редакция Профессиональной психотерапевтической газеты приглашает к сотрудничеству региональных представителей для создания на взаимовыгодных контрактных условиях сети корреспондентских пунктов, обеспечивающих взаимодействие редакции с внештатными корреспондентами на местах, распространение издания и прием рекламных объявлений. Региональным представителям гарантирована информационная поддержка. По вопросам сотрудничества обращайтесь, пожалуйста, к исполнительному редактору газеты В. Ф. Трубецкому – (095) 275 45 67, (095) 418 56 41, arzt@online.ru.

* * *

Центральный Совет ППЛ приглашает психотерапевтов и консультантов для проведения приёма в помещениях Лиги – (095) 463–60–67.

СОБЫТИЯ

Международный конгресс «Психотерапия больших городов» состоится в Москве и Санкт-Петербурге 24–27 мая 2003 г.

* * *

II Всероссийская с международным участием конференция по психологическому консультированию состоится в Москве 22–23 мая 2003 г.

* * *

Первая Международная Конференция Азиатской ассоциации психотерапии «ПСИХОТЕРАПИЯ, ЙОГА И ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ДИАЛОГ ВОСТОКА И ЗАПАДА» состоится 12–15 января 2003 в Дели, Индия. Формирование Российской делегации уже началось. За информацией обращайтесь в Профессиональную психотерапевтическую лигу. Телефон (095) 275 45 67.