

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

СТАТЬЯ ПЕРВАЯ: ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ, СЕМЕЙНО-РОЛЕВЫЕ, ДУХОВНО-ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Многообразие расового и этнического состава населения, интенсивный информационный обмен на глобальном уровне, изменения демографической ситуации и направления социально-экономического развития многих стран на новый уровень поднимают вопрос значимости фактора культуры не только в сфере производственных, но и социальных отношений. Психотерапия сегодня, как и прежде, отражает актуальный психосоциальный контекст культурной, расовой, гендерной политики, происходящие общественные изменения, связи с общей терапией и психиатрической практикой. Так, в исследовании Н. Weinberg (2000), посвященном выделению характерных для жителей Израиля этнопсихологических особенностей, отмечается, что в этой стране групповая терапия получает наибольшее развитие именно в послевоенные периоды. Психотерапевтическая практика в современной Грузии, переживающей сложный этап становления и укрепления новой государственности, по мнению R. Korinteli (2003), находится в тесной связи с особенностями советского и постсоветского менталитета, проявлениями которого автор считает отношения между человеком и государством по типу «раб-хозяин»; материалистическое мировоззрение; ностальгию по советскому прошлому с его идеализацией; кризис идентичности, вызванный социально-экономическими потрясениями.

Важную роль в психотерапевтическом процессе играют такие социокультуральные факторы, как этническая идентичность, самопринятие, система ценностей и представлений о психическом здоровье (Е.С. Wong et al., 2003; К.М. Seeley, 2004). В каждой культуре и обществе они имеют свое содержательное наполнение, которое проистекает из традиционных представлений о личности и процессах ее формирования, из особенностей исторической эпохи и социальных условий (Ю.А. Александровский, 1996). Не меньшую сложность для врача, в силу наличия культуральных различий в понимании и концептуализации психического заболевания и терапевтического процесса, представляет лечение больных, принадлежащих к неевропейским культурам. Осознание и признание как врачом, так и пациентом существования таких различий может помочь преодолению культуральных несоответствий при лечении (М.А. Sayed, 2003).

На сегодняшний день наибольшее число кросскультуральных исследований в области психотерапии проводится в США, Японии, странах Западной Европы. В то же время вне поля зрения ученых остаются целые пласты неевропейских культур. Актуальность исследования также велика. В частности, крайне мало работ, посвященных изучению психологических характеристик арабов, которые связаны с социополитическими, культуральными особенностями, влияющими на терапию личности, не прошедшей аккультурации к американскому образу жизни (М.А. Sayed, 2003).

Этнокультуральные исследования в области психиатрии и психотерапии стали проводиться в России гораздо позже, чем на Западе (В.Б. Миневиц с соавт., 1992; В.Я. Семке, 1994; В.Д. Менделевич, 1997; Б.С. Положий, 1997; А.А. Чуркин, 1997; А.В. Голенков, 1998; В.В. Макаров, 2000; Х. Пезешкиан, 2000а; А.Б. Козлов, 2001; Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003; Л.Л. Репина, 2004, и др.), что было вызвано объективными социально-политическими факторами. Несмотря на большое внимание, уделяемое отечественными учеными разработке проблем распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств, многие из них также

рассматривают культуральные вопросы психотерапии представителей различных этносов, проживающих на территории многонациональной России. Обозначая данную проблему в методических рекомендациях для врачей, Б.С.Положий и А.А.Чуркин (2001) справедливо полагают, что этнокультуральные особенности терапии психических расстройств в первую очередь связаны с разработкой подходов культурально ориентированной психотерапии, т.к. культуральные проблемы лежат в основе межличностных отношений и потому служат психологическим механизмом не только возникновения, но и разрешения конфликтов. Выбор методов лечения в свою очередь должен определяться конкретными этнокультуральными особенностями окружающей среды, типологическим складом личности и тенденцией ее последующего развития, в связи с чем объективная оценка проводимых психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств является важной методологической проблемой этнопсихотерапии (В.Я.Семке с соавт., 2001).

Гендерный фактор в психотерапии. Социальные роли мужчин и женщин, в том числе различные нормы и ожидания в отношении полов, закрепленные в ценностях культуры через раннюю социализацию и социальные институты, являются одними из ключевых детерминант здоровья и болезни, которые проявляются в специфической подверженности стрессу в обществе, специфической уязвимости и специфических путях к болезни (А.М. Меллер-Леймкюллер, 2004). Гендерные факторы психического здоровья получают новое звучание в рамках кросскультурального подхода. Сегодня для многих молодых мужчин индустриальных стран характерен гендерно-ролевой конфликт, содержанием которого являются проблемы идентификации в условиях распада традиционного маскулинизма и отсутствия новых ролевых моделей для мужчин, в связи с чем в Западной Европе наблюдается рост числа обращений мужчин по поводу поведенческих расстройств, нарушений пищевого поведения, депрессий, отмечается рост суицидов, что требует адаптации существующих форм терапии к особенностям гендерных потребностей общества (А.М. Меллер-Леймкюллер, 2004).

В то же время обращение за психотерапевтической помощью азиатских женщин, эмигрировавших в США, не приветствуется их окружением и ограничивается такими традиционными социальными нормами, как правило старшинства, страх стигматизации (Arnault D.S., 2002). Корейские женщины с подобными взглядами избегают обращения к специалисту даже при выраженных признаках депрессии (J.K. Shin, 2002). В исламском мире, где традиционно доминируют мужчины, обращение женщины за психиатрической помощью рассматривается лишь как проявление «женского» стиля поведения, не требующего к себе особого внимания (A. Al-Subaie et al., 1997). Целостные взгляды мусульманской культуры здесь считаются несовместимыми с индивидуалистическим подходом западной психотерапии, а ее теоретические модели рассматриваются как требующие дальнейшего совершенствования для создания специальных программ лечения женщин на основе исламских традиций (D.J. Carter, A. Rashdi, 2003).

Примером подобной программы, созданной на базе ценностей традиционной культуры, стал проект бикультурального ресинтеза у американских индейцев (M.G. Constantine, K.L. Kwan, 2003). Бикультуральный ресинтез, по мнению его авторов, помогает участникам психотерапевтического процесса последовательно и позитивно интегрировать традиционные и современные взгляды с особым фокусом на проблемах стыда, изоляции, приспособления к выживанию, деэтнизации, этнической перестройки. Центральное место в этой программе занимает реструктурирование традиционных ролей индейской женщины, как эффективное средство достижения самоопределения и реализации адаптивных копинг-стратегий.

Особенности психотерапии детей и подростков. Культурно ориентированные подходы с разной степенью успешности используются в психотерапии детей и подростков. Так, исследование клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами классической поведенческой терапии у американских подростков европейского и африканского происхождения, проведенное С.В. Ferrell, D.C. Beidel и S.M. Turner (2004), не выявило значимых различий в двух этнических группах. Рос-

сийский опыт психотерапии якутских подростков, пострадавших при пожаре в поселке Сыгдыбыл, напротив, показал, что проработка травматического опыта посредством когнитивных техник в этой этнической группе дает невысокую эффективность (З.И. Кекелидзе с соавт., 2004).

Закономерно встает вопрос, имеет ли смысл вообще строить психотерапию детей и подростков вне контекста культуры? Аргументированные сомнения по этому поводу нам представляются вполне оправданными. Об этом же свидетельствует и постоянно обогащаемый элементами традиционной духовной культуры мировой опыт детской психотерапии вне зависимости от ее форм и методов. Так, G.G. Smith и M. Celano (2000) описывают собственный вариант культурально адаптированной сказкотерапии афро-американских детей. Ключевым моментом здесь является то, что продолжение сказки терапевтом после пациента строится с учетом отражения актуального социокультурального контекста и значимых для ребенка социокультуральных факторов. Реализация стратегий культурального подхода позволила коллективу исследователей во главе с T.N. Robinson (2003), опираясь на учет актуальных потребностей и особенностей сложившегося образа жизни, предложить оригинальное решение проблемы борьбы с избыточной массой тела у афро-американских девочек посредством танцевальной терапии и сокращения времени, проводимого у телевизора.

Создаваемые краткосрочные модели психотерапии для подростков из группы национальных меньшинств направлены, как правило, на помощь в выражении бессознательных конфликтов, содействие в дифференциации личности, гармонизации общения. В ходе таких сессий стимулируется активное использование юмористического материала, ставятся вопросы, помогающие задуматься о значимости культуральных сторон жизни (T.N. Robinson et al., 2003). При определении стратегии долгосрочной работы специалисты неизбежно ориентируются на создание специальных программ, нацеленных на формирование в подростках уверенности, чувства собственного достоинства, позитивной этнической идентичности (D.S. Querimit, L.C. Conner,

2003), что поможет им в будущем стать органичной частью общества, нередко расцениваемого ими как пугающего и чуждого.

Ориентеры в психотерапии пожилых. Психологическая помощь пожилому населению, в силу его большей ориентированности на систему традиционных взглядов и ценностей, требует скрупулезного анализа роли явных и скрытых культуральных факторов. Эстетические, в том числе музыкальные, предпочтения по праву относятся к числу важных потребностей в том возрасте, когда у человека появляется больше возможностей для рефлексии, самопознания, духовного роста. В проведенном на Тайване исследовании пожилых жителей установлено, что среди них наибольшей популярностью пользуется китайская оркестровая музыка, затем – звучание арфы, фортепиано, синтезатора и, наконец, медленного джаза. Прослушивание предпочитаемой музыки помогает достижению состояния релаксации, облегчает психотерапию (H.L. Lai, 2004). Музыка выступает в качестве благотворного ресурса, к которому пациент получает самостоятельный доступ.

Одним из наиболее фрустрирующих моментов в жизни людей старшего поколения являются их взаимоотношения с молодыми. M.Y.Lee и L.Mjelde-Mossey (2004) акцентируют внимание специалистов на том, что в традиционных культурах Восточной Азии большое значение придается семейной гармонии и уважению к старшим. От молодого поколения ожидается почтительность и послушание. Недопонимание возникает в те моменты, когда молодые не склонны следовать традициям и перестают отвечать ожиданиям старших. В ситуации культурального диссонанса поколений рекомендуется использование психотерапии, фокусированной на решении. Восстановление гармоничной атмосферы в семье происходит вследствие предоставления ее членам возможности личностного роста, в результате чего разнообразие мировоззрения и ценностей каждого начинает признаваться, обсуждаться и встраиваться в новую совместную структуру.

Семья в психотерапевтическом процессе. Культурно обусловленные представления о семье и ее функциях, семейных ролях и задачах семейных отношений предполагают различные подходы к терапии семьи (E.S. Shapiro, 1998; I.A. Canino,

J.E. Incan, 2001). Семейная психотерапии, которая базируется на западных концепциях об этапах развития ребенка, рассматриваемых сквозь призму процесса индивидуации-сепарации, ведущего к формированию независимой личности с индивидуально значимыми целями, не будет соответствовать культуральным ценностям и представлениям индуизма и буддизма о всеобщей взаимосвязанности. Поэтому язык психотерапии, фокусированной на индивидууме, останется чуждым для восприятия индуистскими и буддистскими семьями. С учетом этого терапия индуистской семьи должна строиться на принятии эволюционного характера развития личности и общего чувства принадлежности к семье. Непосредственное достижение цели здесь может рассматриваться лишь в качестве дополнения к этому. В соответствии с традициями буддизма страдание является результатом эмоционального или концептуального рассогласования с вытекающими отсюда последствиями. Облегчению страдания служит общая направленность на действие, что также должно учитываться при определении целей в ходе терапии и в ситуации реальной жизни (N. Black, 2004).

Семья может выступать не только в роли объекта воздействия при семейной психотерапии. В работе с населением Азиатско-Тихоокеанского региона чрезвычайно важно опираться на семью как на часть лечебной бригады (J. Yamamoto, 1998). Однако стоит учитывать, что раскрытие интимных подробностей личной и семейной жизни в присутствии психотерапевта, который, несмотря на его профессиональный статус, все равно считается чужим, может нести собой угрозу потери авторитета семейным лидером, принимающим решения (A.T. Yilmaz, 2001). В арабской культуре члены семьи, присутствующие на сессии в качестве опекунов, могут невольно становиться участниками психотерапевтического процесса, что трансформирует его форму, которая начинает занимать промежуточное положение между индивидуальной, семейной и групповой психотерапией (M.A. Sayed, 2003a).

Значимость категории культуры в процессе семейной психотерапии признается и в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре (D.F. Weinstein, 2004). Так,

M.R. Seltzer et al. (2000) описывают культуральный подход в семейной психотерапии сельской семьи в условиях одной из клиник Норвегии. Авторы подчеркивают, что семейная психотерапия требует обязательного установления связи между духовными и материальными проявлениям культуры в конкретной микрогруппе.

Вопросы духовно-культурального характера. Ориентация психотерапевтических подходов исключительно на материалистически-биологические критерии не может удовлетворить все потребности человека (Х. Пезешкиан, 2000) и охватить весь спектр многогранных проявлений личности. Напротив, интеграция духовно-религиозных и социокультуральных компонентов в единую систему лечения значительно уменьшает его сроки у больных, в жизни которых духовно-культуральные факторы играют важную роль. Такой результат получен S.M. Razali et al. (1998) в ходе анализа 203 клинических случаев терапии тревожных и депрессивных расстройств. Чуть позже E. Sublette и V. Trappier (2000) на примере работы с ортодоксальными евреями обосновали важность учета культурально-религиозных аспектов лечения психических расстройств.

Вопросы духовности и религии относятся к числу наиболее важных факторов, которые помогают структурировать опыт, взгляды, ценности, поведение человека, его отношение к болезни (D. Lukoff, R. Turner, F. Lu, 1992). До недавнего времени вклад духовного мировоззрения и религиозных убеждений в клинические проявления эмоциональных и поведенческих проблем в психиатрии недооценивался, несмотря на то, что религиозные взгляды и духовность в семье во многом определяют основы жизни, начиная с вопросов отношения к браку и заканчивая особенностями воспитания детей. (A.W. Lipe, 2002; F.J. Moncher, A.M. Josephson, 2004). Значимость духовных факторов в жизни многих детей и их семей ставит вопрос о важности рассмотрения этой темы, которая во многих случаях лечения открывает перспективы клинического улучшения (A.M. Josephson, 2004).

Религиозные аспекты могут занимать центральное место в работе с жертвами психотравмирующих событий в плане конструирования осмысленной оценки пережитого опыта и определе-

ния фокуса для психотерапевтической интервенции (С. J. Ogden et al., 2000). Экзистенциальные проблемы, связанные со смыслом жизни, не менее остро стоят у ветеранов боевых действий. Их религиозная вера и ощущение благополучия, обеспечиваемое ею, находятся в зоне риска, в результате чего вопросы духовности занимают центральное место в ходе лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (А. Fontana, R. Rosenheck, 2004).

Разнообразие понятий духовности. Взаимосвязь понятий духовности и религиозности, часто трактуемая авторами как свидетельство их полной идентичности, часто приводит к путанице в их толковании. Одни считают, что если религиозность человека определяется его приверженностью к традициям и обрядам какой-либо конфессии, то духовность предполагает взгляды, убеждения, опыт и поступки, отражающие отношения человека с высшим разумом или мирозданием (D.W. Grimm, 1994; L.M. Goldfarb et al., 1996). Другим духовность представляется в виде двухкомпонентной структуры, состоящей из религиозных взглядов и духовного благополучия (W. Breitbart, 2002). Нередко духовность рассматривается как понятие, соответствующее личностному измерению смысла жизни, проявляющееся рефлексией и религиозным мышлением, но никоим образом не ограничиваемое только религиозностью (А. Moller, S. Reimann, 2003).

Вместе с тем О. F. Kernberg (2000) отмечает поразительное соответствие между характеристиками сложившейся религиозности, производными различных источников развития эго-идеала и суперэго, отражающими доминирование любви над ненавистью, либидо над влечением к смерти как признаком психологического здоровья и зрелости, с одной стороны, и характеристикой божественности в религиях иудео-христианских традиций — с другой. В свете подобных представлений одной из клинических функций психотерапевта ему представляется исследование пределов доступности пациентам религиозности как обдуманного стремления к четкой системе морально-этических норм. Психотерапия в таком случае призвана помочь пациенту освободиться от формальных религиозных обяза-

тельств как проявлений защитной рационализации ненависти и деструктивности, направленных против себя или окружающих (O.F. Kernberg, 2000).

Культуральные аспекты духовности. Социокультуральные факторы, определяющие функционирование личности в обществе, тесно связаны с системой его духовно-экзистенциальных ценностей. Исследование результативности лечения психических расстройств в Индии в рамках распространенных здесь подходов – местной (аюрведической) психиатрии, аллопатической (западной) психиатрии и религиозного целительства – свидетельствует, что улучшение наблюдается при использовании всех трех подходов. Каждый вид терапии оценивается больными либо как эффективный, либо как неэффективный, что подтверждает тезис о том, что любой больной может найти тот вид лечения, который дает наилучший для него результат (M. Halliburton, 2004).

Культуральные различия в системе духовных убеждений закономерно приводят к различиям в эффективности лечения. Известно, что в незападных культурах частота полного выздоровления после транзиторных функциональных психозов в десять раз больше, чем в западных культурах. Возможным объяснением этому обстоятельству может быть предположение о том, что эгоцентризм и отрицание духовного происхождения психозов в западных культурах обуславливает их лечение как необратимых биогенетических заболеваний мозга, а не как излечимой духовной болезни. (R.J. Castillo, 2003).

Религиозные убеждения как копинг-ресурс. Что может лежать в основе позитивного влияния духовности и религии на психическое состояние и поведение пациента? Многие исследователи находятся в поисках ответа на данный вопрос. По мнению D.A. Carone, D.F. Varone (2001), религиозные убеждения представляют собой важную часть культуры пациента вне зависимости от степени их осознания. Психологические теории о социальных и когнитивных процессах определяют функции религиозных представлений в механизмах реализации копинг-стратегий, а также их роль в терапии. Считается, что верующие более склонны к быстрым эвристическим суждениям, нежели к

формальному процессу сбора информации. Внутригрупповые предубеждения закрепляют у них подобные взгляды и защищают от восприятия опровергающей информации. Многими религиями проповедуются идеи прощения, что также очень полезно в разрешении конфликтов. Еще одним адаптивным религиозным фактором является непреходящая вера в духовное соединение (D.A. Carone, D.F. Varone, 2001). По мнению Р.М. Грановской (2004), религия помогает человеку увидеть новые значимые цели в своем внутреннем мире.

Духовность, являясь позитивным копинг-ресурсом, способствует, как показывает опыт наблюдения семей христиан-католиков, проявлению широкого спектра реакций, направленных на управление раздражением, - от простого самоконтроля до осознанного выражения собственного гнева. Религиозные убеждения и опыт позволяют участникам конфликтной ситуации ощутить за счет рефлексии большую ответственность за собственное поведение. Если женщины начинают перенаправлять свою агрессию от супруга к Богу, где она дезактуализируется, то мужья предпочитают избегать конфликтов и демонстрации раздражения. Можно сказать, что взаимоотношения в семье верующих напрямую отражают взаимоотношения с Богом, а изменения в одной из систем приводят к изменениям в другой (R. Marsh, R. Dallos, 2001).

Религиозные взгляды протестантов также представляют собой важный ресурс для клинической работы, поскольку служат защитными факторами от депрессии, девиантного поведения, других нарушений. Психотерапевт, работающий с протестантской семьей, должен обязательно принимать во внимание особенности ее религиозного мировоззрения (J.A. Mercer, 2004).

По данным E. Sublette и B. Trappler (2000), религиозность больного и его семьи служит защитным механизмом, способствующим рационализации и скрытому влиянию, что отражается в клинической картине заболевания, ходе терапевтической интервенции и реакциях переноса-контрпереноса. На основе полученных результатов выделяют культурально адаптивные и неадаптивные варианты поведения для ортодоксального сообщества. Обобщая опыт психотерапии в контексте различных культур,

N. Black (2004) приходит к очевидному заключению о том, что духовные учения могут позитивно воздействовать на лечение одновременно с психотерапией, а улучшение функционирования пациента закономерно сопровождается его духовным ростом.

В связи с тем, что духовность часто соответствует реализации человеком адаптивных стратегий совладания, ее низкая значимость для личности предполагает высокую вероятность развития дезадаптивного состояния. Изучение особенностей ПТСР у ветеранов свидетельствует, что частота их обращения за психотерапевтической помощью соответствует интенсивности снижения религиозной веры и росту ощущения вины, связанного с воспоминаниями о вынужденных убийствах или невозможности предотвращения гибели товарищей. Именно эти переживания, а не собственно симптомы ПТСР или нарушения социального функционирования являются основной причиной обращения больных данного контингента за медицинской помощью (A. Fontana, R. Rosenheck, 2004). В такой ситуации именно устойчивая система веры является важным предиктором положительного результата психотерапии. Непокосибимость в религиозных убеждениях при ПТСР служит ключевым копинг-ресурсом, на который можно опираться в процессе психотерапии (M. Brune et al., 2002).

Очевидно, что религиозные убеждения наряду с юмором, когнитивным переструктурированием и использованием воображения также являются наиболее предпочитаемыми копинг-стратегиями у подростков (S.M. Pendleton et al., 2002; P. Elad et al., 2003). Вовлеченность детей и подростков в духовную жизнь в форме посещения церкви в меньшей степени подвергает их стрессовым воздействиям и реже ставит перед ними психологические проблемы. Церковь является для них центрообразующей структурой жизни, объединяя в себе множество функций, многие из которых способствуют положительному направлению развития (K.V. Cook, 2000). Продолжение соблюдения религиозных обрядов пожилыми людьми, перенесшими смерть супруга, также является весомым фактором, способствующим преодолению дезадаптивных состояний, в частности депрессии (J.R. Williams, 2005).

Иными словами, связь религиозных копинг-стратегий с высокими показателями адаптивности вызывает все меньше сомнений, однако остается неясным, какую роль в этом процессе играют религиозно-духовные предпочтения и интенсивность религиозно-духовных практик (S.M. Pendleton et al., 2002).

Связь духовности с физиологией. Позитивная роль религиозных копинг-стратегий имеет помимо психологических механизмов конкретные физиологические корреляты. Так, исследователи отмечают существование определенной связи между духовностью и физиологическими показателями организма. Этот спектр довольно широк: от такого вполне объяснимого феномена, как уменьшение числа случаев поведения, связанного с риском для здоровья, у посещающих церковь, до такого неоднозначного феномена, как дистантное влияние молитвы на протекание физиологических процессов и состояние здоровья (D. Moss, 2002). Описано положительное воздействие иудео-христианских обрядов и медитации на артериальное давление и иммунные функции (T.E. Seeman, L.F. Dubin, M. Seeman, 2003). Более детальные исследования показывают, что состояние иммунитета напрямую связано с тем значением, которое придается самим больным духовно-религиозным вопросам, отражающимся, например, в частоте посещения религиозной службы (S.E. Sephton, 2001). В то же время степень удовлетворенности жизнью больше зависит от «глубины» веры, чем от религиозности, выраженность этих характеристик прямо пропорциональна возрасту, причем женщины проявляют большую религиозность, чем мужчины (A. Bergan, J.T. McConatha, 2000).

Психотерапевт и религия. Важным моментом в изучении духовно-религиозных аспектов психотерапии является определение доминирующих взглядов специалистов на этот вопрос. Согласно исследованию, проведенному в США, большинство медиков одобряют использование молитвы в качестве оздоровительной практики, однако ожидания большего успеха связывают с медитацией. Профессионалы более старшего возраста часто сами прибегают к медитации и поэтому склонны рекомендовать именно ее своим больным (N.E. Schoenberger et al., 2002). Позитивное влияние духовности в работе медицинского работника

может проявляться также в том, что восприятие специалистом себя в качестве верующего существенно снижает уровень его эмоционального выгорания (К.М. Kash, 2000).

В Австралии 43% психиатров-геронтологов причисляют себя к верующим, каждый четвертый регулярно совершает религиозные обряды, существование связи между религией и психическим здоровьем допускают 85% всех опрошенных; 64% австралийских психиатров-геронтологов при необходимости направляют больных к священникам, т.к. считают, что религиозные вопросы чрезвычайно важны в лечении пожилых больных (V. Rayman, 2000).

Исследование отношения к религиозным аспектам психотерапевтической деятельности у психотерапевтов и психологов Франконии (Северная Бавария, Германия) показало, что до трети из них не принадлежит ни к одной конфессии, причем доля неверующих мужчин достоверно больше доли женщин. Католики проявляют большую лояльность к церкви и большую открытость к религии в целом. Каждый пятый психолог молится за своих пациентов. Среди психоаналитиков число неверующих не меньше, чем среди психотерапевтов других направлений, но они характеризуют роль религии как менее значимую. Многие психотерапевты в случае необходимости готовы консультировать и священнослужителя. Обобщенные результаты исследования показывают наличие связи между субъективным отношением психотерапевта к религии и умением использовать тему религии в психотерапевтической практике (J.H. Demling, M. Worthmuller, T.A. O'Connolly, 2001).

Проблемные аспекты религиозности. Несмотря на то, что религия чаще воспринимается как источник душевного комфорта, существуют некоторые проблемы, связанные с религиозными убеждениями. В частности, религиозные аспекты 12-шаговой программы реабилитации зависимых встречают наибольшее сопротивление у больных при групповых встречах (A.B. Laudet, 2003).

Описано развитие религиозного напряжения, вызванного трудностями в ходе религиозной жизни, соответствующего высокому уровню депрессии и суицидальной готовности вне зави-

симости от уровня религиозности и степени религиозного комфорта. Депрессия в таких случаях сопровождается ощущением отчужденности от Бога и межличностными конфликтами в связи с религиозной тематикой. Суицидальные тенденции здесь соотносятся с религиозным страхом и ощущением вины, особенно в связи с убежденностью в совершении непростительного греха. С другой стороны, религиозное напряжение характеризуется большей заинтересованностью в обсуждении религиозных вопросов в ходе психотерапии. Можно отметить, что религиозное напряжение считается потенциально важным индикатором наличия психологического дистресса (J.J. Exline, A.M. Yali, W.C. Sanderson, 2000).

К негативным эффектам религиозных убеждений можно отнести аверсивный контроль с целью развития конформности, а также формирование экстернального локуса контроля. В качестве сравнения можно отметить, что в психотерапии, напротив, практикуется ориентация на саморазвитие, что может привести пациента к определенному уровню компетентности, которая позволит изменить собственную жизнь и реально управлять ею (D.A. Carone, D.F. Barone, 2001).

Религия не всегда оказывает позитивное влияние при выраженных психических расстройствах, в частности шизофрении, сопровождающейся химической зависимостью и суицидальными попытками. Религия может быть как частью самой проблемы, так и составляющей процесса выздоровления, т.к. способствует уменьшению проявлений психопатологии и активизирует адаптивные стратегии совладания (S. Mohr, P. Huguélet, 2004).

Система оценки духовности. Анализ литературы показывает, что некоторые клиницисты убеждены, что сбор информации, связанной с религией, духовностью, мировоззрением, нежелателен, т.к. и без того усложняет непростые задачи лечения (A.M. Josephson, 2004). Однако гораздо большее число психотерапевтов придерживается иной точки зрения. Необходимость оценки состояния духовно-религиозного мировоззрения с тщательным соблюдением этических норм и правил подчеркивается не только в отношении верующих (T.E. Webb, 2004), пожилых, тяжелобольных (A. Moller, S. Reimann, 2003; J.R. Williams,

2005), но и в отношении детей, подростков, всей семьи (R. Wendel, 2003; S.B. Sexson, 2004). Оценка духовно-религиозного мировоззрения семьи позволяет определить, являются ли данные факторы эффективным ресурсом в психотерапии или дополнительным источником, негативно влияющим на текущую проблему (F.J. Moncher, A.M. Josephson, 2004).

Оценка состояния духовной сферы пациента является одним из основных критериев психотерапевтической компетентности специалиста, подобно тому как исследование глубинных измерений личностного опыта, интегрирование духовно-религиозных измерений жизни пациента в психотерапевтический процесс требует высокого профессионализма, глубоких знаний, практических навыков и тщательной подготовки в рамках биопсихосоциальной модели. Процесс исследования духовной сферы должен быть психотерапевтически нейтральным, сопровождаться искренним уважением и живым интересом к жизни пациента, особенно в случае выявления значимых различий во взглядах (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002).

Одной из возможных сфер таких несовпадений может быть различное отношение к религиозной и терапевтической дисциплине в конфессиях, что этически вполне допустимо и может рассматриваться как мощный косвенный фактор формирования переноса (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002). В связи с этим специалисты, использующие фактор духовности в работе, серьезно задумываются над тем, когда начинать обсуждать данные проблемы, как и в каких пределах их рассматривать и, наконец, в каких случаях направлять пациента к священнику (A.M. Josephson, 2004).

Интеграция духовности и психотерапии. Большое смыслообразующее значение духовности и экзистенциального благополучия обуславливает необходимость интеграции духовно-экзистенциальных характеристик пациента в психотерапевтический процесс. Актуальность дальнейших исследований в этом направлении для определения культурно зависимых различий в содержании и выражении измерений смысла жизни в различных религиях и философиях вполне очевидна (A. Moller, S. Reimann, 2003). Анализ современной литературы, содержащей сообщения

об опыте подобной интеграции, показывает, что такие попытки предпринимаются не первое десятилетие.

Так, известно, что христианские взгляды на покаяние в начале двадцатого века послужили своеобразным импульсом к развитию психотерапевтических групп в Великобритании, США и Канаде. В период между двумя мировыми войнами там получили широкое распространение идеи об освобождении от греха через внешний мир, когда психологический индивидуализм сознательно приносится в жертву интересам группы. Данная концепция послужила моральной основой для движения «Анонимных алкоголиков», а также других многочисленных групп (А. Falby, 2003).

Религиозный подход является одним из шести видов психо-социальной интервенции, предложенных японскими специалистами, работающими с терминальными больными при онкологических заболеваниях (К. Hirai, Т. Morita, Т. Kashiwagi, 2003). Сегодня создаются специальные программы лечения для хронических и терминальных больных, где духовность выступает в качестве важного психотерапевтического фактора (А. Moller, S. Reimann, 2003), поскольку страдающие пациенты сталкиваются с явной необходимостью пересмотра отношения к жизни, что наделяет психотерапевта уникальными терапевтическими возможностями. Больные с религиозным мировоззрением часто продолжают бороться вне зависимости от того, заботится ли о них Бог или, по их мнению, он насылает им боль. Пациенты с атеистическим мировоззрением также находятся в поисках смысла жизни, но они отвергают ответы, предлагаемые им традиционными авторитетами. Больные с неустоявшимся или амбивалентным мировоззрением могут ждать от психотерапевта помощи в выслушивании, понимании или ориентирах (J.R. Peteet, 2001).

В качестве возможных направлений интеграции религиозных традиций и теории психотерапии J.V. Gau предлагает христианскую духовность и теорию объектных отношений. Эпистемология гештальта как метода может быть использована, на его взгляд, для облегчения понимания «христианского мифа» (J.V. Gau, 2000).

Метод духовной генограммы, применяемый при семейной и супружеской психотерапии, во многом проясняет религиозную ситуацию среди нескольких поколений, помогает пациентам ощутить духовное наследие своей семьи, исследовать пути воздействия этого опыта на актуальные вопросы семейно-супружеских взаимоотношений (M.W. Frame, 2000).

D. Berry (2002) приводит обоснования использования религиозной психотерапии – терапевтического подхода, нацеленного на выделение и использование в работе с психологическими проблемами пациента его религиозных взглядов. Религиозная психотерапия, по его мнению, является клинически эффективным и отвечающим требованиям стандартов методом лечения, особо призванным к применению в амбулаторных условиях в отношении больных с тревожными и депрессивными нарушениями (D. Berry, 2002).

Таким образом, несмотря на длительную историю усилий по интеграции религии в психотерапию, этот процесс далеко не завершен и, в лучшем случае, представляется проблематичным, т.к. требует соотнесения многих ограничений. Более оправданными в терапевтическом и этическом плане могут быть попытки синтеза духовных подходов психотерапии, базирующихся на внимании к личности, а не болезни, восприятию работы как призвания, стремлении к эмпатическому взаимопониманию (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002).

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовое расстройство // Рус. мед. журн. 1996. Т. 3. № 11. С. 689-694.
2. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 39 с.
3. Грановская Р.М. Психология веры. СПб.: Речь, 2004. 576 с.
4. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
5. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Певцов Г.В. и др. К этнокультуральным особенностям острой реакции на стресс у якутских школьников, пострадавших при пожаре в поселке Сыгдыбыл // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Науч. материалы 1-го нац. конгресса по социальной психиатрии. М., 2004. С.64.

6. Козлов А.Б. Этнокультуральные особенности распространенности и клиник невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М. 2001. 22 с.
7. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга. 2000. 432 с.
8. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клин. психiatr. 2004. № 4. С. 5-11.
9. Менделевич В.Д. Транскультуральные аспекты психотерапевтической теории и практики // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 43-47.
10. Миневич В.Б., Рахмадова Л.Д., Баранчик Г.М., Пахомов Е.Ю. Этнопсихиатрия – наука, которую следует создать // Сб. науч. тр. психиатров, посв. 100-летию каф. нервн. и душевных болезней Имп. университета. Томск, 1992. С. 200-213.
11. Пезешкиан Х. Восемь лет в стране чудес – опыт европейского психотерапевта и взгляд в будущее // Вопр. ментальной медицины и экологии. 2000. Т.6. № 1. С. 56-57.
12. Положий Б.С. Культуральная психиатрия как актуальное направление психиатрической науки и практики // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 6-10.
13. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.
14. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
15. Семке В.Я. Этнос и биопсихический конфликт // Психиатрия в контексте культуры: Сб. науч. тр. Вып. 1. Этнопсихиатрия. Томск; Улан-Удэ, 1994. С. 86-95.
16. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
17. Чуркин А.А. Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С.10-16.

18. Al-Subaie A., Marwa M., Hawari R., Abdul-Rahim F.A. Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia // *Int. J. Ment. Health*. 1997. Vol. 25. No 4. P. 59-68.
19. Arnault D.S. Help-seeking and social support in Japanese sojourners // *West. J. Nurs. Res.* 2002. Vol. 24. P. 295-306.
20. Bergan A., McConatha J.T. Religiosity and life satisfaction // *Activ. Adapt. Aging*. 2000. Vol. 24, No 3. P. 23-34.
21. Berry D. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies // *Int. J. Psychiatr. Nurs. Res.* 2002. Vol. 8. P. 875-890
22. Black N. Hindu and Buddhist children, adolescents, and families // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 201-220.
23. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer // *Support. Care Cancer*. 2002. Vol. 10, No 4. P. 272-280.
24. Brune M., Haasen C., Krausz M. et al. Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study // *Eur. Psychiatry*. 2002. Vol. 17, No 8. P. 451-458.
25. Canino I.A., Inclan J.E. Culture and family therapy // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2001. Vol. 10, No 3. P. 601-612.
26. Carone D.A., Barone D.F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy // *Clin. Psychol. Rev.* 2001. Vol. 21, No 7. P. 989-1003.
27. Carter D.J., Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness // *Health Care Women. Int.* 2003. Vol. 24, No 5. P. 399-413.
28. Castillo R.J. Trance, functional psychosis, and culture // *Psychiatry*. 2003. Vol. 66, No 1. P. 9-21.
29. Constantine M.G., Kwan K.L. Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure // *J. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 59, No 5. P. 581-588.
30. Cook K.V. "You have to have somebody watching your back, and if that's God, then that's mighty big": the church's role in the resilience of inner-city youth // *Adolescence*. 2000. Vol.35, No 140. P. 717-730.
31. Demling J.H., Worthmuller M., O'Connolly T.A. Psychotherapy and religion: a survey of Northern Bavarian psychotherapists // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2001. Vol. 51, No 2. P. 76-82.
32. Elad P., Yagil Y., Cohen L., Meller I. A jeep trip with young adult cancer survivors: lessons to be learned // *Support. Care Cancer*. 2003. Vol. 11, No. 4. P. 201-206.

33. Exline J.J., Yali A.M., Sanderson W.C. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality // *J. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 56, No. 12. P. 1481-1496.
34. Falby A. The modern confessional: Anglo-American religious groups and the emergence of lay psychotherapy. // *J. Hist. Behav. Sci.* 2003. Vol. 39, No 3. P. 251-267.
35. Ferrell C.B., Beidel D.C., Turner S.M. Assessment and treatment of socially phobic children: a cross cultural comparison // *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* 2004. Vol., 33, No 2. P. 260-268.
36. Fontana A., Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004. Vol. 192, No. 9. P. 579-584.
37. Frame M.W. The spiritual genogram in family therapy // *J. Marital. Fam. Ther.* 2000. Vol. 26, No. 2. P. 211-216.
38. Gau J.V. The gestalt of emptiness/receptivity: Christian spirituality and psychotherapy. // *J. Pastoral. Care.* 2000. Vol. 54, No. 4. P. 403-409.
39. Goldfarb L.M. et al. Medical student and patients attitudes toward religion and spirituality in the recovery process // *Am. J. Drug Alcohol.* 1996. Vol. 22. P. 549-561.
40. Grimm D.W. Therapist spiritual and religious values in psychotherapy // *Couns. Values.* 1994. Vol. 38. P. 154-164.
41. Halliburton M. Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its implications for WHO studies of mental disorder // *Transcult. Psychiatry.* 2004. Vol. 41, No 1. P. 80-98.
42. Hirai K., Morita T., Kashiwagi T. Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients // *Palliat. Med.* 2003. Vol. 17, No. 8. P. 688-694.
43. Josephson A.M. Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 71-84.
44. Kash K.M., Holland J.C., Breitbart W. et al. Stress and burnout in oncology // *Oncology.* 2000. Vol. 14, No 11. P. 1621-1633.
45. Kernberg O.F. Psychoanalytic perspectives on the religious experience // *Am. J. Psychother.* 2000. Vol. 54, No 4. P. 452-476.
46. Korinteli R. On the psycho-social conditions of psychotherapy in post-Soviet Georgia // *J. Anal. Psychol.* 2003. Vol. 48, No 3. P. 371-380.
47. Lai H.L. Music preference and relaxation in Taiwanese elderly people // *Geriatr Nurs.* 2004. Vol. 25, No 5. P. 286-291.

48. Laudet A.B. Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: toward identifying obstacles to participation // *Subst. Use. Misuse*. 2003. Vol. 38, No. 14. P. 2017-2047.
49. Lee M.Y., Mjelde-Mossey L. Cultural dissonance among generations: a solution-focused approach with East Asian elders and their families // *J. Marital Fam. Ther.* 2004. Vol. 30, No 4. P. 497-531.
50. Lipe A.W. Beyond therapy: music, spirituality, and health in human experience: a review of literature // *J. Music. Ther.* 2002. Vol. 39, No 3. P. 209-240.
51. Lomax J.W., Karff R.S., McKenny G.P. Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: three perspectives // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2002. Vol. 25, No 3. P. 547-559.
52. Lukoff D., Turner R., Lu F. Transpersonal psychology research review: Psychoreligious dimensions of healing // *J. Transpers. Psychol.* 1992. Vol. 24. P. 41-60.
53. Marsh R., Dallos R. Roman Catholic couples: wrath and religion // *Fam. Process.* 2001. Vol. 40, No 3. P. 343-360.
54. Mercer J.A. The Protestant child, adolescent, and family // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 161-181.
55. Mohr S., Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care // *Swiss. Med. Wkly.* 2004. Vol. 34, No 25-26. P. 369-376.
56. Moller A., Reimann S. Spirituality and existential well-being as topics of research in medical psychology and psychiatry // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2003. Vol. 71, No 11. P. 609-616.
57. Moncher F.J., Josephson A.M. Religious and spiritual aspects of family assessment // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 49-70.
58. Moss D. The circle of the soul: the role of spirituality in health care // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2002. Vol. 27, No 4. P. 283-297.
59. Ogden C.J., Kaminer D., Van Kradenburg J. et al. Narrative themes in responses to trauma in a religious community // *Cent. Afr. J. Med.* 2000. Vol. 46, No 7. P.178-184.
60. Payman V. Do psychogeriatricians 'neglect' religion? An antipodean survey // *Int. Psychogeriatr.* 2000. Vol. 12, No 2. P. 135-144.
61. Pendleton S.M., Cavalli K.S., Pargament K.I., Nasr S.Z. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study // *Pediatrics.* 2002. Vol. 109, No 1. P. 8.

62. Peteet J.R. Putting suffering into perspective: implications of the patient's world view // *J. Psychother. Pract .Res.* 2001. Vol. 10, No 3. P. 187-192.
63. Querimit D.S., Conner L.C. Empowerment psychotherapy with adolescent females of color // *J. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 59, No 11. P. 1215-1224.
64. Razali S.M., Hasanah C.I., Aminah K., Subramaniam M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 32, No 6. P. 867-872.
65. Robinson T.N., Killen J.D., Kraemer H.C. et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study // *Ethn. Dis.* 2003. Vol. 13, No 1. Suppl 1. P. 65-77.
66. Sayed M.A. Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and "otherness" // *Am. J. Psychother.* 2003a. Vol. 57, No 4. P. 445-459.
67. Schoenberger N.E., Matheis R.J., Shiflett S.C., Cotter A.C. Opinions and practices of medical rehabilitation professionals regarding prayer and meditation // *J. Altern. Complement. Med.* 2002. Vol. 8, No 1. P. 59-69.
68. Seeley K.M. Short-term intercultural psychotherapy: ethnographic inquiry // *Soc. Work.* 2004. Vol. 49, No 1. P.121-130.
69. Seeman T.E., Dubin L.F., Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways // *Am. Psychol.* 2003. Vol. 58, No 1. P. 53-63.
70. Seltzer M.R., Seltzer W.J., Homb N., et al. Tales full of sound and fury: a cultural approach to family therapeutic work and research in rural Scandinavia // *Fam. Process.* 2000. Vol. 39, No 3. P. 285-306.
71. Sephton S.E., Koopman C., Schaal M. et al. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study // *Breast. J.* 2001. Vol. 7, No 5. P. 345-353.
72. Sexson S.B. Religious and spiritual assessment of the child and adolescent // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 35-47.
73. Shapiro E.R. The healing power of culture stories: what writers can teach psychotherapists // *Cult. Divers. Ment .Health.* 1998. Vol. 4, No 2. P. 91-101.
74. Shin J.K. Help-seeking behaviors by Korean immigrants for depression // *Iss. Ment. Health Nurs.* 2002. Vol.23. P. 461-476.
75. Smith G.G., Celano M. Revenge of the mutant cockroach: culturally adapted storytelling in the treatment of a low-income African Ameri-

- can boy // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2000. Vol. 6, No 2. P. 220-227.
76. Sublette E., Trappler B. Cultural sensitivity training in mental health: treatment of Orthodox Jewish psychiatric inpatients // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2000. Vol. 46, No 2. P. 122-134.
 77. Webb T.E. Crisis of faith vs. spiritual cry of distress // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2004. Vol. 6, No 4. P. 217-222.
 78. Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // *J. Psychother. Indep. Pract.* 2000. Vol.1, No 2. P. 43-51.
 79. Weinstein D.F. Culture at work: Family therapy and the culture concept in post-World War II America // *J. Hist. Behav. Sci.* 2004. Vol. 40, No 1. P. 23-46.
 80. Wendel R. Lived religion and family therapy: what does spirituality have to do with it? // *Fam. Process.* 2003. Vol. 42, No 1. P. 165-179.
 81. Williams J.R. Depression as a mediator between spousal bereavement and mortality from cardiovascular disease: appreciating and managing the adverse health consequences of depression in an elderly surviving spouse // *South. Med. J.* 2005. Vol. 98, No 1. P. 90-95.
 82. Wong E.C., Kim B.S., Zane N.W. et al. Examining culturally based variables associated with ethnicity: influences on credibility perceptions of empirically supported interventions // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2003. Vol. 9, No 1. P. 88-96.
 83. Yamamoto J. Psychotherapy in the Pacific Rim countries // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52. Suppl. S. P. 233-2353.
 84. Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Bibl. Psychiatr.* Basel: Karger, 2001. No 169. P. 166-174.