
ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

СТАТЬЯ ВТОРАЯ: ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Психотерапевт в контексте культуры. Пристального внимания заслуживают работы, направленные на изучение особенностей поведения психотерапевта, работающего в условиях соприкосновения различных культур. В исследовании P. Manoleas et al. (2000) приняли участие 65 специалистов, оказывающих помощь пациентам латиноамериканского происхождения в Сан-Франциско и его пригородах. Предварительно проводилась фокус-группа для сбора идей по составлению опросника, который позднее раздавался для заполнения. Результаты оказались неоднозначными — психотерапевтами использовались подходы, основанные как на универсальных и общепризнанных принципах, так и на взглядах, отражающих специфические ценности латиноамериканской культуры и определяемых личностными особенностями самого терапевта. A. Connolly (2002) находит другой значимый фактор — это двуязычие психотерапевта. Оно облегчает быстроту и подвижность ассоциаций специалиста в работе и, в то же время, заостряет осознание того, как звучание слова может изменять нюансы его значения.

Какими личностными качествами чаще всего наделяют успешного кросс-культурального психотерапевта?

M.G. Constantine, K.L. Kwan (2003) выделяют его способность к самораскрытию, что особенно важно в работе с "цветным" населением. По мнению J.V. Jordan (2000), тема взаимной

эмпатии занимает центральное место в культуральной терапии, исцеление в ходе которой достигается за счет восстановления эффективных взаимосвязей с окружающими.

Особую роль в установлении теплых доверительных отношений психотерапевта с пациентом многие исследователи видят в способности осознания терапевтом собственной этничности и оценки влияния предшествующего этнокультурального опыта на процесс понимания пациента (B.M. Karrer, 1990; D.W. Sue et al., 1992; J. Giordano, M.A. Carini-Giordano, 1995; L.A. Fontes, V. Thomas, 1996; H. Dech et al., 2003). Довольно интересно описание позиции эффективного психотерапевта через его способность восприятия ситуации не в категориях "белого" или "черного", а скорее в структуре разнообразия оттенков "серого" (O. Ayonride, 1999).

Проблемы иного рода возникают в ситуации, когда пациент и терапевт являются эмигрантами общего культурно-языкового происхождения. Данные обстоятельства могут приводить в психоанализе к возникновению расщепления и давать богатый материал для проработки проблем боли и вины по отношению к утраченному. Общая культуральная идентичность может не осознаваться обоими, но может находить отражение в процессе совместной работы. Она может выступать в роли специфической культуральной защиты, а потому, во избежание тупика в терапии, нуждаться в скрупулезном анализе. В итоге наличие взаимного доступа к двойной лингвистической системе символов обогащает диалог в диаде, а тщательное наблюдение за процессом переноса-контрпереноса является условием продвижения в психоаналитической работе (G. Antinucci, 2004).

Феномен культурального переноса и контрпереноса, по мнению M.A. Sayed (2003), может быть использован не только во благо пациенту, но и с целью образования терапевта. Ведь процесс супервизии также не может оставаться вне контекста взаимодействия культур. Этнокультуральные различия между супервизором и супервизируемым могут играть важную роль в процессе супервизии психотерапии. Неспособность к эффективному решению подобных проблем нарушает отношения между сторонами, осложняет процесс психотерапии и совершенствования

ния психотерапевтических навыков (G. Remington, G. Da Costa, 1989).

Кросс-культуральный диалог в психотерапии. Сам по себе диалог, как форма межличностного взаимодействия между психотерапевтом и пациентом, отражает приоритеты западного коммуникативного стиля (A.J. Marsella, 1993). В неевропейских культурах проблемы, связанные с психическим здоровьем, традиционно решаются другими средствами. Одним из вариантов культуральной психотерапии, характерной для японского общества, является получение помощи через сеть неофициальной социальной поддержки, где можно высвободить эмоции, снять напряжение, услышать совет. С этой точки зрения сам факт обращения человека за помощью к специалисту усугубляет его ощущение социальной изолированности и выступает дополнительным психотравмирующим фактором (L.V. Suan, J.D. Tyler, 1990; T.A. Narikiyo, V.A. Kameoka, 1992). Более глубоким путем осознания сущности психологических проблем и направлений выхода из кризиса признается практика интроспекции и медитации, основанная на философских концепциях буддизма, синтоизма, конфуцианства (B. Magid, 2002), предполагающих, как правило, индивидуальную работу в форме монолога.

Что же касается языка общения психотерапевта и пациента, то незнание или несовершенство владения языком друг друга существенно ограничивает возможности оказания помощи. Во-первых, в неевропейских культурах язык может не отражать всего спектра эмоций и представлений человека (G. Yamashiro, J.K. Matsuoka, 1997). Ярким примером этого является восприятие европейцами и американцами японского стиля коммуникации как уклончивого, который с точки зрения высоко структурированного японского общества отражает стремление избежать возможной обиды окружающих (Y. Kozuki, M.G. Kennedy, 2004). Во-вторых, даже на родном языке пациенту бывает довольно трудно говорить с посторонним о своих страхах, опасениях, отчаянии или, наоборот, о тайных желаниях. Эти трудности значительно возрастают в случае привлечения к процессу терапии переводчика, не являющегося лечащим врачом (Т.Б. Дмитриева,

Б.С. Положий, 2003; S. Movahedi, 1996; J.R. Betancourt, E.A. Jacobs, 2000; A. Connolly, 2002).

Подобные ситуации часто происходят при работе с пациентами в рамках арабской культуры. Психотерапия здесь нередко осуществляется не в диадах, а триадах, когда третьим лицом является близкий родственник, сопровождающий пациента в качестве переводчика или с целью обеспечения сохранности семейных тайн. В таких условиях возникают дополнительные факторы, не имеющие непосредственного отношения к терапевтическому процессу, но искажающие естественные реакции переноса-контрпереноса. В некоторых случаях в ходе терапевтической сессии у сопровождающего появляются собственные психологические проблемы, связанные с интенсивным переживанием содержания травматического опыта пациента, особенно при полном погружении в его проблемы. Можно сказать, что присутствие сопровождающего изменяет диалоговую направленность терапевтического процесса и существенно осложняет психотерапевтическую помощь, вводя новые плоскости взаимоотношений: "сопровождающий — пациент" и "сопровождающий — психотерапевт" (М.А. Sayed, 2003а).

Потребность в диалоге, с одной стороны, в согласованности и взаимопонимании — с другой, не всегда удовлетворяются в ходе психотерапии. Рассмотрение этнокультуральных аспектов взаимоотношений в терапевтической диаде четко показывает, что роль психотерапевта в этом процессе может быть как положительной, так и отрицательной. Интересное исследование результатов лечения западными психотерапевтами пациентов японского происхождения было проведено Y. Kozuki, M.G. Kennedy (2004). В ходе его выявлено, что лечение часто могло быть неэффективным, а психотерапевты фактически не осознавали вреда, причиняемого больным. Среди самых распространенных ошибок западных психотерапевтов определились следующие:

- преимущественная опора в диагностике и лечении на видимые признаки;
- подверженность влиянию культуральных стереотипов;

- недоучет особенностей протекания индивидуации и сепарации в японской культуре, связанных с широкой социальной структурой;
- ошибочная интерпретация типичных психологических реакций пациента в ситуациях, связанных со смертью, умиранием, изнасилованием;
- недооценка психологических последствий иммиграции для пациента;
- тенденция к патологизации в оценке непривычного поведения, связанного со своеобразием культуры его носителя;
- проявление этноцентрических позиций в отношении процесса иммиграции.

В качестве средства преодоления подобных неосознаваемых конфликтов во взаимоотношениях терапевта и пациента предлагается формирование у психотерапевта навыков принятия мировоззрения клиента и использования в работе подходов, соответствующих его культуре. Еще одним направлением оптимизации кросс-культуральной психотерапии может быть расширение арсенала копинг-стратегий самого психотерапевта (H.L.K. Coleman, 1997).

Кросс-культуральная эффективность психотерапии. Многих исследователей интересует вопрос эффективности психотерапии, практикуемой в различных социокультурных условиях. Научные разработки по кросс-культуральной проблематике находят обобщение в отечественных и зарубежных публикациях (Б.С. Положий, А.А. Чуркин, 2001; В.Я. Семке с соавт., 2001; Б.Д. Карвасарский с соавт., 2003; Л.Л. Репина, 2004; З.И. Кекелидзе с соавт., 2004; D. Arthur et al., 1999; J.R. Betancourt, E.A. Jacobs, 2000; D. Roe, B.A. Farber, 2001; A.S. Bierman et al., 2002; J. Miranda et al., 2003; F. Neuner et al., 2004; D. Stein et al, 2004). Особенностью многих из них является анализ использования среди больных с неевропейской системой ценностей психотерапевтических техник, зародившихся в недрах западной культуры. Так, С. Schmeling-Kludas et al. (2003) описывают результаты лечения турецких мигрантов в отделении психосоматической реабилитации в Германии. В фокусе психотерапии было уменьшение нагрузки, вызванной страданием, а в

процесс лечения включались психообразовательные программы. Однако результаты такого комплексного терапевтического подхода в лечении турок были значительно ниже, чем у немецких пациентов соответствующего профиля. С. Barrio (2000) прямо указывает, что реабилитационные подходы, основанные на ценностях западноевропейской культуры, могут оказывать противоположный эффект на больных из других этнических групп. Работы D.T. Takeuchi et al (1992), K.M. Lin, F. Cheung (1999), G. Bernal, M.R. Scharron-del-Rio (2001), F.T. Leong, A.S. Lau (2001), D.L. Clay et al. (2002), R.J. Castilo (2003) также четко свидетельствуют о низкой эффективности лечения пациентов, принадлежащих к неевропейским культурам, психотерапевтическими методами, опирающимися на западные концепции личности.

Нередко одной из причин невысоких результатов лечения считается этнокультуральное несоответствие терапевта пациенту. Имеющиеся в литературе данные не содержат единой точки зрения на этот вопрос. Однако недавний мета-анализ серии клинических исследований эффективности психотерапии, проведенный G.G. Maramba, G.C. Hall (2002), позволил установить, что факт принадлежности пациента к этническому меньшинству сам по себе не является значимым клиническим предиктором прерывания процесса психотерапии после первой встречи или, наоборот, увеличения числа посещаемых пациентом психотерапевтических сессий.

Факторы, на первый взгляд осложняющие процесс психотерапии, в работе умелого специалиста могут иметь большой терапевтический потенциал. Так, еще в 80-е годы L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen (1987) установлено, что стереотипизация ценностных подходов при психотерапии лиц, проживающих вне своей этнокультуральной среды, и представителей национальных меньшинств может приводить к нарушению их этнокультуральной идентичности. В процессе психотерапии такие пациенты начинают приписывать своему терапевту определенные этнокультуральные качества, что получило название этнокультуральной идентификации. Целенаправленное использование данного процесса в качестве терапевтического средства усиления

совладания с изменяющимися культурными ценностями помогает интеграции этнокультуральной самости консолидирующей личности.

Тем не менее вопрос о том, являются ли эмпирически обоснованные методы психотерапии столь же эффективными и для этнических меньшинств, остается открытым (С.Е. Fraser, 1998; G.C. Hall, 2001). Не вызывает сомнений одно — необходимость модификации действующих методов психотерапии с целью их большего соответствия культуральным требованиям многочисленных этнических сообществ.

Российская культура также часто относится к культурам, отличным от западной, вследствие чего психотерапевтическая практика здесь имеет определенную специфику. Транскультуральное сравнение психотерапии в российских и германских условиях позволило немецкому психотерапевту Х. Пезешкиану (2000а), несколько лет проработавшему в России, выделить обобщающие характеристики российских пациентов и психотерапевтов, тесно связанные с эффективностью психотерапевтического процесса. К числу особенностей пациентов в России им, в частности, отнесены: терпеливость к повседневным трудностям, пассивная роль в процессе лечения, ожидание быстрого исцеления, малая информированность о сути психотерапии, органически-биологическая ориентация взглядов на развитие нарушений, готовность к экспериментированию и открытость новым подходам, фатализм и магически-мистическое мышление, ориентированность на семью, наличие транскультурального сознания, признание важности духовных потребностей, переложение ответственности за неудачу в лечении на психотерапевта, доверие к врачу и его способностям, наличие советского опыта. Рассматривая "типичного" российского психотерапевта, автор выделяет его следующие характеристики: альтруистическая базовая установка, комбинирование элементов различных подходов, преобладание директивного и суггестивного подходов, преимущественно суппортивный характер психотерапии, отсутствие системного многолетнего образования, недооценка со стороны руководства, наделение сверхъестественными способностями со стороны окружающих, широкий

спектр расстройств у обращающихся за лечением. Х. Пезешкиан считает, что российские психотерапевты, в отличие от немецких коллег, больше ориентированы на применение кратковременных техник, т.к. полагают, что эффект психотерапии должен быть получен уже на первом сеансе. Они чаще верят в сверхъестественные силы и используют эти элементы в работе. В то же время они в большей степени проявляют сочувствие и сострадание к пациентам, что объясняется автором традициями коллективистского общества, в котором ценятся отношения между людьми, а не материальные или временные факторы.

Данная оценка не является констатацией однозначно положительных или отрицательных черт. Все определяется контекстом ситуации, в которой эти качества проявляются. Перечисленные особенности российских психотерапевтов и их пациентов плохо "стыкуются" с традиционными подходами западной психотерапии. Неудивительно, что эффективность психотерапевтического лечения в таких условиях остается под вопросом.

Условия повышения эффективности психотерапии. Каковы же пути повышения эффективности психотерапии, если необходимость движения в этом направлении не вызывает сомнений? L.A. Fontes, V. Thomas (1996) делают акцент на следующих важных моментах межкультурального психотерапевтического взаимодействия: культуральная осведомленность, культуральная сенситивность, культуральная любознательность, социальный анализ, поддержка пациента, вынесение культуральных вопросов на открытое обсуждение, установление культурального соответствия между пациентом и терапевтом, совместное создание новых жизненных стратегий.

В результате контент-анализа литературы с рекомендациями по лечению американцев азиатского происхождения E.Y. Kim et al. (2004) удалось отобрать наиболее оптимальные из них для использования в отношении корейских семей. Выделены одиннадцать важных направлений кросс-культуральной коммуникации, включающие в себя учет системы поддержки, учет особенностей иммиграции, укрепление профессионального доверия, предварительное знакомство с ролями, содействие "сохранению лица", признание соматических жалоб, фокусирова-

ние на актуальных проблемах, директивность, уважение к семейным структурам, избегание конфронтации, обеспечение позитивного переструктурирования.

Важным направлением повышения эффективности психотерапии является обеспечение культуральной компетентности специалиста (M. Dobkin de Rios, 2002). Незнание особенностей этнического мировоззрения пациента, в том числе его отношения к здоровью, болезни, системе помощи, может обернуться непоправимыми ошибками. В частности, в арабской культуре самораскрытие пациента постороннему безоговорочно расценивается как предательство интересов семьи, явная демонстрация собственной слабости и несостоятельности (M.A. Sayed, 2003a). Неудивительно, что такие взгляды приводят к тому, что обращение за помощью происходит лишь тогда, когда психопатологическая симптоматика становится ярко выраженной (D. Greenberg, 1991; A. Al-Subaie et al., 1997).

Раскрывая сущность понятия культуральной компетентности, S. Sue (1998) обозначает три группы ее основных характеристик: научную ориентированность, динамическую гибкость, культуральную осведомленность в отношении конкретной группы. Причем эти характеристики не являются взаимосвязанными. По мнению автора, можно обладать одними, но не иметь других. Интегральная степень культуральной компетентности будет определяться показателями всех уровней.

H.T. Lo, K.P. Fung (2003) в свою очередь выделяют два вида культуральной компетентности: общую и специфическую. Общая культуральная компетентность включает в себя знания и навыки, необходимые специалисту для эффективной работы при любой кросс-культуральной терапевтической встрече. Каждая фаза психотерапии здесь имеет свои культуральные особенности. Специфическая культуральная компетентность подразумевает способность терапевта эффективно работать в определенной культуральной среде. Более глубоко вопросы этнокультуральных подходов в психотерапии и консультировании отражаются в специально созданных руководствах по культуральной компетентности, эффективность которых также нуждается в серьезном исследовании (S. Sue, 2003).

Культуральный анализ в психотерапии. Удачным клиническим инструментом, позволяющим психотерапевту эффективно оценивать степень влияния культуры на внутренний мир человека и поддерживать таким образом свою культуральную компетентность, является схема культурального анализа, предложенная Американской психиатрической ассоциацией в руководстве DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2000). Проводимый на ее основе анализ помогает реализации системного взгляда на многообразие истоков формирования личности, пониманию вклада культурного окружения в развитие определенных клинических симптомов, оценке влияния культуральных различий на взаимоотношения терапевта и пациента (A.T. Yilmaz, M.G. Weiss, 2001).

В процессе диагностического поиска, формулирования диагноза, определения тактики лечения и ухода предлагается учитывать несколько уровней культуральных характеристик конкретного больного. Уровень этнической идентификации определяется тем, к какой этнической группе относит себя пациент, и насколько это соответствует происхождению его родителей. В случае сочетания нескольких культур отмечается степень представленности каждой из них, у мигрантов — роль новой и старой культур. Учитывается степень владения языками, частота их употребления, а также языковые предпочтения, включая многоязычие.

В разделе культурального понимания заболевания особое значение придается таким параметрам:

- форма выражения дистресса, с помощью которой проявляется симптоматика или потребность в социальной поддержке (одержимость духами, соматические жалобы, беспричинные неудачи);
- значение и выраженность симптомов у конкретного пациента в сравнении с нормой для данной культуры и этноса;
- отношение к данному патологическому состоянию в семье больного и его сообществе;
- существующая в данной культуре (а также у больного) модель возникновения заболевания;

- наличие опыта обращения за помощью к официальной или народной медицине в прошлом и предпочтения в настоящее время.

При работе с уровнем значимых психосоциальных факторов рекомендуется выделять наиболее вероятные для пациента социальные стрессоры, источники социальной поддержки, успешности его функционирования или дисфункции. Сюда же отнесены стрессы в ближайшем окружении больного, а также роль религии, семьи и близких в обеспечении эмоциональной, предметной и информационной поддержки.

В разделе культуральной оценки взаимоотношений врача и пациента обозначают различия в культуральном и социальном статусе терапевта и пациента, а также возникающие в связи с этим проблемы в диагностике и лечении. Считается, что напряженность в отношениях может быть вызвана затруднениями или неспособностью общения на родном для пациента языке, трудностью устранения или непониманием культурального значения симптомов, неопределенностью степени доверия, невозможностью однозначного определения поведения пациента как нормативного или патологического.

В заключение проводится полная культуральная оценка диагноза и стратегии помощи, в ходе которой анализируется, как вышеперечисленные культуральные особенности влияют на обобщенный диагноз, определяется тактика лечения, ухода и дальнейшей помощи (DSM-IV, 2000).

Успех психотерапии, опирающейся на данные культурального анализа, тесно связан с четким определением целей, хода процесса и содержания лечения, адекватного культуральным условиям. При этом возможно использование различных культурально-конгруэнтных стратегий, включающих культуральное или контркультуральное усиление, применение несовместимых культуральных убеждений, некоторых других техник (Н.Т. Ло, К.Р. Фунг, 2003).

Психодинамическое направление психотерапии. Психоанализ является одним из наиболее распространенных западных психотерапевтических подходов, практикуемых в условиях различных культур и на их стыке (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen,

1991; R.A. Shechter, 1992; H.F. Smith, 2000; A. Connolly, 2002; S. Kakar, 2003).

S.C. Chang (1998) подробно описывает случай аналитической терапии выраженного тревожно-панического расстройства у японского студента, изучающего английский язык в США и вынужденного одновременно существовать в системе двух культур. По мнению автора, залогом успешности терапевтического процесса является интеграция аналитических взглядов на жизнь в структуру традиционной азиатской культуры и ментальности пациента. Реакции переноса и контрпереноса, возникающие в моноэтнических и биэтнических диадах в результате воздействия этнокультуральных факторов, могут рассматриваться при психоанализе в качестве катализаторов таких терапевтических проявлений, как доверие, амбивалентность, гнев, а также принятие разобщенных частей личности (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen, 1991).

R.A. Shechter (1992) различает в ситуации биэтнической терапевтической диады структуры кросс-культурального рабочего альянса, способствующие возникновению так называемой ассоциативной идентификации. Ассоциативная идентификация, отражая феномен конструктивного контрпереноса, представляет собой сознательную идентификацию терапевта с эго-опытом пациента, что позволяет терапевту отслеживать существование параллельных воспоминаний, стимулирующих осознанное применение терапевтических техник. В основе подобной работы лежат представления о возникновении в рабочем альянсе универсальных культуральных конфликтов. Наиболее общими для терапевта и пациента культуральными конфликтами бывает стремление быть услышанным и тенденция к разотождествлению. Целенаправленное использование феномена ассоциативной идентификации обогащает терапию и способствует интеграции изолированных и обособленных частей личности.

Различия в практическом приложении стройной системы психоанализа в Индии, Японии, других странах объясняются прежде всего его культуральным преломлением в рамках традиций той или иной страны (A. Roland, 2003). M. Tatara (1982), выделяя особенности развития психоанализа в Японии, проводит

его сравнение с традиционными для этой страны видами психотерапии — найкан-терапией, морита-терапией, буддистской философией. Изучение истории развития психоанализа на японской почве приводит М. Tatara к формулировке двух этнокультуральных феноменов: первого — комплекса Аясе, связанного с моделью материнского переноса и сопровождающегося интерпретацией объектных отношений через значимость прощения как средства разрешения вины и обиды; второго — комплекса Амида, выступающего в роли культуральной модели контрпереноса и проявляющегося у психотерапевта ощущениями всемогущества и потребности в похвале (М. Tatara, 1982). Поэтому становится понятной позиция Н.Ф. Smith (2000), поднимающего при рассмотрении современного состояния психоанализа как психотерапевтического направления актуальный вопрос о реальности интеграции его европейского, североамериканского и латиноамериканского вариантов.

Восточные философские концепции также могут значительно обогатить классический психоанализ. В системе духовных традиций целительства центральное место занимает идеализирующий перенос, рождающийся в ходе взаимодействия исцеляемого с духовным учителем, или гуру. В то же время направленность и динамика этого идеализирующего переноса существенно отличаются от подобных в западной психологии личности. Восточная теория идет дальше психоаналитических формулировок о природе и способах передачи эмпатии. Считается, что практика медитации сопровождается значительным ростом эмпатических возможностей учителя-целителя, а их передача к исцеляемому становится возможной, минуя вербальный канал коммуникации. В связи с этим уместно поднимается вопрос о необходимости изучения медитации в системе психоаналитического образования (S. Kakar, 2003).

Когнитивно-поведенческий подход. В отношении обоснованности использования при кросс-культуральной психотерапии техник другого широко известного направления — когнитивно-поведенческого встречаются довольно разноречивые мнения. В работе J. Rittenhouse (2000) беспристрастно разбираются клинические аспекты взаимосвязи этничности, фенотипа, диагностики

и лечения посттравматического стрессового расстройства у больных смешанного этнического происхождения с помощью глазодвигательной десенситизации и перестройки (EMDR). Безоценочный характер носит сообщение C.V. Ferrell et al. (2004) об изучении особенностей клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами поведенческой психотерапии у американских подростков европейского и африканского происхождения. Значимые различия в двух этнических группах выявлены не были. Осторожной позиции придерживаются R.D. Marshal, E.J. Suh (2003), которые, не отрицая положительного опыта применения в психотерапии посттравматического стрессового расстройства клинически обоснованных методов поведенческой терапии, считают, что в полиэтническом обществе вопросы влияния культуры на клиническую картину и результаты лечения еще остаются недостаточно изученными.

Рандомизированное клиническое исследование результативности четырехмесячной психотерапии ВИЧ-инфицированных с депрессией, проведенное J.C. Markowitz et al. (2000), дало более низкий эффект когнитивно-поведенческой терапии в группе афроамериканцев, чем среди других больных. Низкая эффективность когнитивных техник в работе с подростками-якутами также описана З.И. Кекелидзе с соавт. (2004). Напротив, в сообщении A.A. Pina et al. (2003) подчеркивается, что кросс-культуральное исследование результатов когнитивно-поведенческой терапии по методу погружения показывает ее высокую эффективность у подростков латиноамериканского происхождения. Уточнение J. Yamamoto (1998) относит высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии к случаям умеренной и выраженной депрессии.

Наряду с тем K. Lloyd и D. Bhugra (1993) подчеркивают, что когнитивная триада у депрессивных больных в сравнительном этнокультуральном аспекте серьезно не изучена и не оценена. В связи с этим требуют дальнейшего изучения причины преобладания в некоторых незападных культурах не эмоций вины, а переживаний стыда, выступающих больше в качестве социально направленных проявлений.

Особый интерес представляет работа Y.N. Lin (2002), посвященная особенностям применения когнитивно-поведенческой терапии в работе с лицами, принадлежащими к китайской культуре. Автор выделяет преимущества этого терапевтического подхода при работе в контексте традиционных китайских взглядов и ценностей. Китайские больные ждут от психотерапевта директивности, патернализма, заботы и эмпатии. Они предполагают, что психотерапевт будет предлагать конкретную информацию, давать необходимые советы или непосредственно сам решать проблемы пациента, что связано с авторитарным характером общественных отношений в китайском обществе. Когнитивно-поведенческий терапевт, работающий в русле проблемно ориентированного подхода или метода, нацеленного на выработку решений, будучи лидером терапевтического процесса, естественно проявляет авторитет и компетентность. Вдобавок к этому во время психотерапевтического процесса он берет на себя определенный уровень ответственности в области установления проблемы, определения цели встречи, планирования хода работы, ее осуществления и оценки. Эффективный в глазах китайского пациента психотерапевт всегда берет часть ответственности за лечение и его результат на себя, дает четкие рекомендации и советы, активно поддерживает пациента в выполнении домашних заданий, выработке новых навыков в ходе сессий и на практике.

К достоинствам когнитивно-поведенческого подхода в контексте китайской культуры Y.N. Lin (2002) относит возможность фокусировки на нарушениях поведения, что избавляет пациентов от необходимости исследования тщательно подавляемых ими эмоций и ощущений. Корректировка негативного эмоционального опыта в таком случае проводится косвенно, через поведение. В своих рекомендациях по работе с китайскими пациентами автор советует соблюдать баланс между индивидуализмом и коллективизмом, при принятии решений ориентировать пациентов на сочетание сохранения собственной индивидуальности и учета семейных и групповых целей, социальных норм и ожиданий близких.

Групповые формы работы в психотерапии. Растущая неоднородность населения индустриальных стран мира ставит, по мнению J.T. Salvendy (1999), вопрос о необходимости пересмотра социокультурных норм и подходов *групповой психотерапии*, восходящей к ценностям белой иудео-христианской культуры. E.P. van Schoog (2000) находит связь между индивидуалистической культурой США и историей развития групповой психотерапии от групп аналитических подходов через психодраму и Т-группы к группам встреч, в которых вера в самоосвобождение достигает своего пика. Р.Д. Тукаев (2003) также считает, что групповая форма терапии, создавая искусственную микросоциальную среду, на время снимает у человека высокоурбанизированного общества остроту отчужденности и одиночества. В качестве путей разрешения данных проблем в группе обычно предлагается: интенсификация микросоциального общения за счет повышения коммуникативных навыков (Т-группы) либо углубление эмоционального взаимодействия (группы встреч); адаптация к отчужденности (гештальттерапия, первичная, телесно ориентированная терапия, ортодоксальный психоанализ, эмпирическая терапия).

Еще одним подтверждением генетической направленности групповой психотерапии на решение проблем личности индивидуалистического общества служит работа D. Roe, B.A. Farber (2001), в которой исследовалась разница в уровнях и стилях самораскрытия при психотерапии у американских и израильских пациентов. Результаты, не выявившие значимых различий между группами, показали, что наиболее частыми общими темами обсуждения были: неприятие собственной личности, отчаяние, депрессия, раздражение и гнев по отношению к собственным родителям.

Современная израильская культура, исторически преломляющая традиционные восточные и западные ценности, представляет собой довольно интересное явление. Несмотря на то, что израильтяне имеют репутацию индивидуалистов, никто не может конкурировать с их социальной и групповой сплоченностью. Присущий им поиск взаимопомощи и потребность в аффилиации становятся особенно очевидными в ситуациях лично-

го или национального дистресса. Когда кому-нибудь приходится плохо, готовые помочь друзья, соседи, случайные люди окружают человека душевной заботой и материальной поддержкой. В случае общих трудностей, например войны или вспышек терроризма, могут наблюдаться многочисленные спонтанные проявления взаимопомощи. В то же время в эти моменты возрастает востребованность групповой психотерапии (Н. Weinberg, 2000).

Рассмотрение социокультурных феноменов групповой психотерапии и выделение особенностей восприятия, системы отношений, коммуникации и поведения представителей этнических меньшинств предоставило возможность J.T. Salvendy (1999) поставить вопрос о необходимости культурно-сенситивной трансформации групп-терапевтических техник, что встретило понимание ученых и практиков. По мнению F.H. Hsiao et al. (2004), приложение групповой психотерапии к условиям китайской культуры должно сопровождаться следующими направлениями ее транскультуральной модификации: установление псевдородственных отношений между членами группы и терапевтом, обязательное использование упражнений на разогрев и структурирование деятельности, применение проективных методов, фокусирование на вопросах межличностных отношений и проблемах внутриличностного характера.

Философия западных и восточных подходов. Выделение ключевых различий между западными (преимущественно европейскими) и восточными (преимущественно азиатскими) подходами психотерапии может помочь определению актуальных для каждой культуры психотерапевтических мишеней и наметить направления их дальнейшей интеграции при работе в кросскультуральной ситуации. Дифференциация направленности мировосприятия, отражающегося в психотерапевтической практике, проводится в работе Y. Matsuda (2003), в которой обсуждаются отличия процессов обработки информации в сопоставлении восточно-азиатского и западного культуральных контекстов.

Более содержательное многоуровневое обобщение мировоззренческих, этнокультуральных, этнопсихологических парамет-

ров европейской и азиатской моделей психотерапии проведено В.Я. Семке с соавт. (2001). Среди ряда сопоставляемых ими факторов особого внимания заслуживают характеристики, непосредственно связанные с психотерапевтическим процессом. Отмечается, что при западном подходе в качестве целей психотерапии во главу угла ставится самореализация, функциональная автономия и творческая самостоятельность пациента-индивидуума. На Востоке рост спонтанности и творческого воображения стимулируется через постижение наследия прошлого и использование народных методов, при этом учитель, гуру, наставник полностью управляют процессом лечения. В традициях европейского подхода более предпочтительны партнерские взаимоотношения терапевта и пациента. Факторами, обеспечивающими успешность терапии, здесь будут считаться: снятие напряжения, принятие проблемного опыта, когнитивное научение, корректирующий эмоциональный опыт, в то время как на Востоке большее значение придается преодолению социальной изоляции, поведенческой регуляции, стремлению к "самоотторжению" конфликта.

N. Watanabe (2003) выделяет характерные для Востока концепции трансцендентности эго-структур, равенства души и тела, психических структур пустоты или небытия. Он подчеркивает, что здесь сила эго не укрепляется, а рассеивается во взаимоотношениях человека с окружением, которое может быть как одушевленным, так и неодушевленным. Не существует различий между разумом и телом, а есть традиционный путь достижения пустоты и небытия через дзен-буддизм. Опору западной культуры N. Watanabe видит в концепциях силы эго, верховенства разума над телом, психических структурах полноты и целостности, в то время как понятия пустоты и небытия наполнены негативным смыслом. В сопоставлении с характерным для Востока циклическим образом мышления здесь преобладает линейный образ мышления, а жизнь рассматривается как движение в направлении прогресса, к Богу.

Своеобразным свидетельством того, что поликультуральные условия российской действительности также часто представляют собой картину неевропейского мировоззрения, являются ре-

комендации Л.Л. Репиной (2004) по двухэтапному лечению невротических расстройств у пациентов удмуртской национальности. Целью первого этапа индивидуальной психотерапии является создание максимально возможной атмосферы доверия на фоне интенсивной комплексной биологической терапии. На втором этапе возможно применение собственно психотерапевтических методов преимущественно в групповой форме с преобладанием директивно-суггестивных подходов, адекватных коллективистско-вертикальному типу культуры удмуртов (Л.Л. Репина, 2004).

Директивность, большая ориентация на интересы социального окружения, чем на потребности собственной личности, отличает неевропейские подходы терапии. Однако арсенал средств воздействия восточных психотерапевтических по своей сущности, а не названию практик достаточно богат и разнообразен, хотя и менее известен специалистам. Знакомство с лечебными традициями Востока может, несомненно, обогатить теоретические концепции психотерапии и практический арсенал средств психологической помощи.

Восточные психотерапевтические практики. Широко распространенная в Японии морита-терапия полностью основывается на традиционных характеристиках восточной культуры (N. Watanabe, 2003). Показанием для нее являются ипохондрические состояния, называемые "шинкейшиту". При ипихондрии сильный страх смерти сосуществует с нереализованным желанием полнокровной жизни, однако страх смерти доминирует, что приводит к формированию фобий, панических, обсессивно-компульсивных, других невротических расстройств. Таким пациентам назначается абсолютный покой в постели до семи дней, за исключением периодов приема пищи и гигиенических процедур, с целью осознания естественного характера внутренних процессов, происходящих во время столь длительного нахождения в постели. Физический отдых способствует появлению скуки, ведущей к возникновению парадоксального желания полноценной жизни. В последующий период трудотерапии больные учатся фиксировать внимание на окружающем, а не на собственных симптомах и ощущениях, даже при их наличии. Позднее

начинают осознаваться изменения в восприятии собственного тела, ощущаться взаимодействие с окружающими людьми, природой, миром. Больные учатся не устранению тревоги как таковой, а ее принятию, что может служить показанием к морита-терапии и при тревожных расстройствах (N. Watanabe, 2003).

Примечательно, что морита-терапия, как и другие восточные терапевтические методы, может использоваться и вне рамок японской культуры, независимо от различий в этническом происхождении пациентов. С точки зрения Н. Elliott (2002), культуральный подход в работе с образами, опирающийся на японский опыт, помогает получить доступ к символическому языку подсознания. Y. Matsuda (2003) считает, что результаты кросс-культурального сравнения помогают понять сущность психического здоровья и предложить концепцию морита-терапии как вариант возможной интегрированной теории. S. Usa (2003) сообщает о результатах успешного применения морита-терапии в практике киотской больницы Сансей при лечении больных из Германии, Швейцарии, США, Китая, Кореи, Индии и Индонезии. Одним из ключевых моментов практикуемого здесь лечения является освобождение больного от концентрации на самосознании и собственном образе как субъективной фантазии, возникшей вследствие преобладания абстрактно-логического мышления. Второй важный принцип — это стимулирование пациента на разрешение реальных жизненных проблем. Такой подход помогает больному не включаться в механизм образования симптома и фиксации на нем, а преодолевать центрированность на собственной личности. Во время продолжительного отдыха в постели пациент может ощущать свое физическое тело в "образе" новорожденного, что связано со спонтанным "предсознательным" состоянием мыслительной деятельности (так называемый феномен "юн-накокоро" или состояние "чистого разума"), а не с сознательным абстрактно-логическим мышлением, ведущим, по представлениям морита-терапии, к фиксации симптомов, в связи с чем основным принципом лечения здесь является процесс децентрализации личности и переживание состояния "чистого разума", знакомого каждому, независимо от этно-

культурального происхождения, по опыту повседневной жизни (S. Usa, 2003).

Японская культура открыла миру еще один метод психотерапии — найкан-терапию (Т. Maeshiro, 2003; S. Tashiro et al., 2004). Это особая форма медитирования, целью которой является возникновение экзистенциального сознания вины и одновременного ощущения того, что человек может получить любовь и заботу о себе, несмотря на собственное несовершенство (Б.Д. Карвасарский, 1998). Ее признанность и востребованность в мире определяется существованием 38 найкан-центров не только в Японии и Китае, но и в Австрии, Германии, США (R. Kawahara, 2003; F. Qie, L. Xue, 2003; T. Takahiro, 2003).

Взаимодействие европейского и традиционного подходов. Универсальность опыта повседневных ощущений, не связанных с конкретной системой интерпретации, может в какой-то мере объяснять эффективность использования "восточных" подходов в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре. В.Я. Семке с соавт. (2001) считают, что обращение к иррациональному мышлению восточных целителей иногда содействует достижению более высокого уровня адаптации пациента через систему метафор, притч, иносказаний, структурированных лингвистических построений. L. Gerber (1994), оценивая быстроту технологического прогресса на Западе, видит его последствия в изменении и утрате традиционных основ смысла бытия. Западные концепции об индивидуальных границах, семейных связях, взаимоотношениях разума и тела, путях познания мира, на его взгляд, требуют переосмысления при работе с выходцами с Востока. В то же время L. Gerber отмечает, что в западной культуре еще сохраняются элементы, созвучные так называемому "азиатскому" вектору движения, а работа психотерапевта с выходцами из восточных стран может помочь западному психотерапевту осознать, насколько его культурно обусловленные представления о здоровье, психопатологии и психотерапии влияют на то, как он слышит, понимает и реагирует на пациента.

Так, несмотря на заметные различия в философии и методологии древних буддистских техник медитации, саманты, випасаны, дзен, с одной стороны, и современного клинического гип-

ноза — с другой, между этими подходами существует определенное сходство. Несомненно, не каждая медитативная техника "вписывается" в западную культуру, однако в каждой из них есть то, что может быть эффективно использовано клиницистом, работающим в рамках гипноза (А. Natani, 2003). Определенные параллели между традиционными магическими практиками и концепциями современной психотерапии отмечены по итогам анализа хода лечения семей семисот латиноамериканских иммигрантов медицинским антропологом и лицензированным психотерапевтом М. Dobkin de Rios (2002), которая четко показала конгруэнтность техник шаманизма у жителей прибрежных районов Перу и Амазонки трем западным психотерапевтическим приемам: гипнозу, поведенческой модификации и когнитивному реструктурированию.

Методы психотерапии, основанные на народных традициях, обычаях, ритуалах, практикуются и в центре Европы. Б.Д. Карвасарским (1998) описан вид этнотерапии, созданной в Чехии Гауснер и Кочовой. Сущность метода состоит в том, что пациенты погружаются в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы. Это способствует самораскрытию, самоутверждению, поиску своего места в жизни через ощущение всего природного, древнетрудового, язычески-праздничного.

Немецкий психотерапевт иранского происхождения Н. Пезешкиан (1992), получивший профессиональное образование на Западе и сохранивший при этом глубокое знание восточной культуры, отметил господство в европейской культуре ориентации на высокую производительность труда, преуспевание и карьеру, в то время как межличностные отношения отступают на второй план. Разум и интеллект здесь ценятся больше, чем фантазии и интуиция. С целью преодоления этой, по его мнению, односторонности, обусловленной различием культурно-исторических условий, Н.Пезешкиан разработал специальный транскультуральный подход, предусматривающий использование восточных историй в качестве вспомогательного средства, облегчающего общение психотерапевта с пациентом. Восточные притчи с их иррациональностью представляют собой разитель-

ный контраст с целесообразностью, рационализмом, техницизмом современного индустриального общества и дают большой простор фантазии и интуиции для обогащения опыта пациента в разрешении внутриличностных конфликтов.

Психотерапия в рамках любой культуры, любого подхода требует большего внимания к творческим ресурсам личности, реализация которых в каждой группе может иметь свои особенности (H.L. Lai, 2004). К примеру, при музыкотерапии болевого синдрома соматические больные европейского происхождения чаще выбирают оркестровые произведения, афроамериканцы — джаз, выходцы из Китая — музыкальные произведения для арфы (M. Good et al., 2000). Опыт успешной работы с головной болью в Китае с помощью медитации, свидетельствует о ее высокой клинической и экономической эффективности только у высоко мотивированных пациентов без органической симптоматики (T.F. Sun et al., 2002). В контексте афроамериканской культуры большое пространство для психотерапевтического взаимодействия дает использование метафор (C.E. Fraser, 1998).

Для облегчения процесса интегрирования разнородных клинических, культуральных и природных факторов в унифицированный метод планирования и проведения лечения больных с психическими расстройствами, а также в исследовательских целях предлагается применение ступенчатых клинических алгоритмов (P. Manoleas, B. Garcia, 2003). Схожие лечебно-реабилитационные программы, разработанные для эскимосов северо-западной Аляски, успешно включают такие элементы традиционной культуры народа, как прогулки по тундре и совместное проведение времени со старшими (P.A. Mills, 2003). При выборе стратегии работы в рамках трехмерной модели психотерапии представителей этнических меньшинств во внимание должны приниматься по меньшей мере три фактора: уровень аккультурации пациента, источник происхождения его проблемы и нацеленность помощи (D.R. Atkinson et al., 1993). Учет факторов, общих для психотерапии и народных целительных практик, может помочь интегрировать диаметрально противоположные взгляды культурно-специфического (эмик) и универсалистского (этик) подходов психотерапии (A.R. Fisher et al., 1998).

Перспективы развития психотерапии. Наступившее тысячелетие с его стремительными темпами технологических изменений и социальных преобразований открывает новые возможности и перспективы перед психотерапией как универсальной развивающейся практикой. Так, G. Riva et al., (2002) видят огромный для психотерапии потенциал в виртуальной реальности, связывая это с процессами активизации воображения и памяти. Эти фундаментальные для жизни человека функции чаще представляют собой абсолютные или относительные ограничения для развития индивидуального потенциала. Виртуальная реальность, по их мнению, может помочь преодолеть разрыв между воображением и реальностью, компьютерной и повседневной реальностью, повысить, таким образом, эффективность проводимой психотерапии.

Э.Г. Эйдемиллер (2002) видит в психотерапии, вне зависимости от исторического пути ее становления и развития, новую междисциплинарную специальность, основанную на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах, интегрирующую в себе такие духовные практики, как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология и др.

По оптимистическому прогнозу W.H. Silverman (2000), который вполне реален, т.к. основывается на анализе современных тенденций общественного развития, психотерапию в третьем тысячелетии ждут революционные изменения, в числе которых — ее интеграция, специализация, расширение возможностей, культуральное разнообразие, отсутствие границ для сфер ее деятельности. В связи с этим В.Я. Семке с соавт. (2001) справедливо прогнозируют в третьем тысячелетии бурное развитие наиболее важных разделов науки о человеке, в частности этнопсихологии и этнопсихотерапии, которые, по их мнению, ожидают крупные революционные события. Х. Пезешкиан (2000) вообще считает, что XXI век будет веком решения культуральных проблема и станет эрой транскультуральной психотерапии. Монокультуральная психотерапия, по мнению германского ученого и практика, не найдет в ближайшем будущем никакого применения. Психотерапии начинают придавать, помимо личносно интегрирующей и оздоравливающей функции, важную социально-

психологическую роль. В США считается, что в рамках этнополитического подхода психолого-психотерапевтическое сообщество может многое сделать для формирования коллективной идентичности общества, которое рассматривается как многорасовая и многоэтническая демократия (L. Comas-Díaz, 2000).

Обзор современного состояния психотерапии в условиях поликультуральной среды показывает, что ее эффективное проведение становится немыслимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности.

Психотерапевтическая теория и практика в мире начинают приобретать все более культурно ориентированный характер, в большей степени отвечающий потребностям представителей неевропейских общин. Приходит осознание того, что классические западные методы психотерапии нацелены, в первую очередь, на носителей европейской культуры и сознания. Использование в работе с этническими меньшинствами западных терапевтических подходов сопровождается активным вовлечением в процесс терапии в качестве специалистов представителей культуры пациента; повышением общей культуральной компетентности психотерапевта и всего медицинского персонала; использованием специальных схем культурального анализа и клинических алгоритмов диагностики и лечения; модификацией западных методик вплоть до их структурной перестройки на основе культуральных ценностей пациента.

Определенный интерес сегодня проявляется к традиционным неевропейским, по своему происхождению, духовным практикам и методам терапии, которые завоевывают все большее число приверженцев вне своей культуры и помогают созданию новых психотерапевтических концепций лечения больных как на Востоке, так и на Западе. Закономерной ступенью развития психотерапии нам представляется ее транскультуральная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества, объединяющих большое разнообразие

культур. Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, которые имеют универсальный общечеловеческий характер.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
2. Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Инст-т им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
3. 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 соц. психиатрии. М., 2004. С.64.
4. Пезешкиан Н. Тоговец и попугай: Восточные истории и психотерапия: Пер. с нем.. М.: Прогресс, 1992. 240 с.
5. Пезешкиан Х. Транскультуральный подход в психотерапии // Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000а. С. 478-492.
6. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.
7. 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.
8. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
9. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 296 с.
10. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия в современном культурном контексте России // Соц. и клин. психиатр. 2002. № 4. С.57-60.
11. 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.

12. Antinucci G. Another language, another place: to hide or be found? // *Int. J. Psychoanal.* 2004. Vol. 85. No 5. P. 1157-1173.
13. Arthur D., Chan H.K., Fung W.Y., Wong K.Y., Yeung K.W. Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients // *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 1999. Vol. 6. No 1. P.29-36.
14. Atkinson D.R., Thompson C.E., Grant S.K. A three-dimensional model for counseling racial/ethnic minorities // *Counsel. Psychologist.* 1993. Vol. 21. No 2. P. 257-277.
15. Ayonride O. Black, White, or shades of grey: the challenges of ethnic and cultural difference (or similarity) in the therapeutic process // *Int. Rev. Psychiatry.* 1999. Vol. 11. No 2-3. P. 191-196.
16. Bernal G., Scharron-del-Rio M.R. Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2001. Vol. 7. No 4. P.328-342.
17. Betancourt J.R., Jacobs E.A. Language barriers to informed consent and confidentiality: the impact on women's health // *J. Am. Med. Womens Assoc.* 2000. Vol. 55. No 5. P.294-295.
18. Bierman A.S., Lurie N., Collins K.S., Eisenberg J.M. Addressing racial and ethnic barriers to effective health care: the need for better data // *Health Aff. (Millwood).* 2002. Vol. 21. No 3. P.91-102.
19. Castillo R.J. Trance, functional psychosis, and culture // *Psychiatry.* 2003. Vol. 66. No 1. P.9-21.
20. Chang S.C. An effective analytical psychotherapy in crosscultural context. An East Asian student in the United States // *Am. J. Psychother.* 1998. Vol. 52. No 2. P.299-239.
21. Clay D.L., Mordhorst M.J., Lehn L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: where is the diversity? // *J. Pediatr. Psychol.* 2002. Vol. 27. No 4. P.325-337.
22. Coleman H.L.K. Conflict in multicultural counseling relationships: Source and resolution // *J. Multicult. Counsel. Devel.* 1997. Vol. 25. No 3. P. 195-200.
23. Comas-Diaz L., Jacobsen F.M. Ethnocultural identification in psychotherapy // *Psychiatry.* 1987. Vol. 50. No 3. P. 232-241.
24. Comas-Diaz L. An ethnopolitical approach to working with people of color // *Am. Psychol.* 2000. Vol. 55. No 11. P. 1319-1325.
25. Connolly A. To speak in tongues: language, diversity and psychoanalysis // *J. Anal. Psychol.* 2002. Vol. 47. No 3. P. 359-382.
26. Constantine M.G., Kwan K.L. Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure // *J. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 59. No 5. P.581-588.

27. Dech H., Ndetei D.M., Machleidt W. Social change, globalization and transcultural psychiatry- some considerations from a study on women and depression // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 1. P.17-27.
28. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Text revision. Washington, 2000. 943 p.
29. Dobkin de Rios M. What we can learn from shamanic healing: brief psychotherapy with Latino immigrant clients // *Am. J. Public Health*. 2002. Vol. 92. No 10. P.1576-15788.
30. 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.
31. Fontes, L. A., Thomas, V. Cultural issues in family therapy // *Family therapy sourcebook*. New York: Guilford, 1996. P. 256—282.
32. Fraser E.C. The use of metaphors with African-American couples // *J. Couples Ther*. 1998. Vol.7. No 2-3. P. 137-148.
33. Gerber L. Psychotherapy with Southeast Asian refugees: implications for treatment of Western patients // *Am. J. Psychother*. 1994. Vol. 48. No 2. P.280-293.
34. Giordano J., Carini-Giordano M.A. Ethnic dimensions in family treatment // *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1995. P.347—356.
35. Good M., Picot B.L., Salem S.G., Chin C.C., Picot S.F., Lane D. Cultural differences in music chosen for pain relief // *J. Holist. Nurs*. 2000. Vol. 18. No 3. P.245-260.
36. Greenberg D. Is psychotherapy possible with unbelievers?: The case of the ultra-orthodox community // *Israeli J. Psychiatry Relat. Sci*. 1991. Vol. 28. No 4. P. 19-30.
37. Hall G.C. Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues // *J. Consult. Clin. Psychol*. 2001. Vol. 69. No 3. P.502-510.
38. Hsiao F.H., Lin S.M., Liao H.Y., Lai M.C. Chinese inpatients' subjective experiences of the helping process as viewed through examination of a nurses' focused, structured therapy group // *J. Clin. Nurs*. 2004. Vol. 13. No 7. P.886-894.
39. Jordan J.V. The role of mutual empathy in relational/cultural therapy // *J. Clin. Psychol*. 2000. Vol. 56. No 8. P.1005-1016.
40. Kakar S. Psychoanalysis and Eastern spiritual healing traditions // *J. Anal. Psychol*. 2003. Vol. 48. No 5. P.659-678.

41. Karrer B. M. The sound of two hands clapping: Cultural interactions of the minority family and the therapist // *Minorities and family therapy*. New York: Haworth, 1990. P. 209—237
42. Kawahara R. The current situation of the internationalization of the Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.988-993.
43. Kim E.Y., Bean R.A., Harper J.M. Do general treatment guidelines for Asian American families have applications to specific ethnic groups? The case of culturally-competent therapy with Korean Americans // *J. Marital. Fam. Ther.* 2004. Vol. 30. No 3. P.359-372.
44. Kozuki Y., Kennedy M.G. Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and Japanese traditions // *J. Nurs. Scholarsh.* 2004. Vol. 36. No 1. P.30-38.
45. Lai H.L. Music preference and relaxation in Taiwanese elderly people // *Geriatr Nurs.* 2004. Vol. 25. No 5. P.286-291.
46. Leong F.T., Lau A.S. Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans // *Ment. Health Serv. Res.* 2001. Vol. 3. No 4. P.201-214.
47. Lin K.M., Cheung F. Mental health issues for Asian Americans // *Psychiatr. Services.* 1999. Vol. 50. No 6. P.774-780.
48. Lin Y.N. The Application of Cognitive-Behavioral Therapy to Counseling Chinese // *Am. J. Psychother.* 2002. Vol. 56. No 1. P.46-58.
49. Lloyd K., Bhugra D. Cross-cultural aspects of psychotherapy // *Int. Rev. Psychiatry.* 1993. No 5. P. 291-304.
50. Lo H.T., Fung K.P. Culturally competent psychotherapy // *Can. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 48. No 3. P.161-170.
51. Maeshiro T. From the point of view of a Naikan counselor // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.970-975.
52. Magid B. *Ordinary mind*. Somerville: Wisdom, 2002. 398 p.
53. Manoleas P., Garcia B. Clinical algorithms as a tool for psychotherapy with Latino clients // *Am. J. Orthopsychiatry.* 2003. Vol. 73. No 2. P.154-166.
54. Manoleas P., Organista K., Negron-Velasquez G., McCormick K. Characteristics of Latino mental health clinicians: a preliminary examination // *Community Ment. Health. J.* 2000. Vol. 36. No 4. P.383-394.
55. Maramba G.G., Hall G.C. Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning // *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* 2002. Vol. 8. No 3. P.290-297.
56. Markowitz J.C., Spielman L.A., Sullivan M., Fishman B. An exploratory study of ethnicity and psychotherapy outcome among HIV-

- positive patients with depressive symptoms // *J. Psychother. Pract. Res.* 2000. Vol. 9. No 4. P.226-231.
57. Marsella A.J. Counseling and psychotherapy with Japanese Americans: Cross-cultural considerations // *Am. J. Orthopsychiatr.* 1993. Vol. 63. No 2. P. 200-208.
 58. Marshall R.D., Suh E.J. Contextualizing trauma: using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11 // *Psychiatr. Q.* 2003. Vol. 74. No 4. P.401-420.
 59. Matsuda Y. Cognition and mental health // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105. No 5. P.576-588.
 60. Mills P.A. Incorporating Yup'ik and Cup'ik Eskimo traditions into behavioral health treatment // *J. Psychoactive Drugs.* 2003. Vol. 35. No 1. P.85-88.
 61. Miranda J., Azocar F., Organista K.C., Dwyer E., Areane P. Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups // *Psychiatr. Serv.* 2003. Vol. 54. No 2. P.219-225.
 62. Movahedi S. Metalinguistic analysis of therapeutic discourse: Flight into a second language when the analyst and the analyzed are multilingual // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1996. Vol. 44. No 3. P. 837-862.
 63. Narikiyo T.A., Kameoka V.A. Attributions of mental illness and judgments about help-seeking among Japanese American and White American students // *J. Couns. Psychol.* 1992. Vol. 39, No 3. P. 363-369.
 64. Natani A. Eastern meditative techniques and hypnosis: a new synthesis // *Am. J. Clin. Hypn.* 2003. Vol. 46. No 2. P.97-108.
 65. Neunek F, Schauer M., Klaschik C., Karunakara U., Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004. Vol. 72. No 4. P.579-587.
 66. Pina A.A., Silverman W.K., Fuentes R.M., Kurtines W.M., Weems C.F. Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2003. Vol. 42. No 10. P.79-87.
 67. Qie F., Xue L. The application of Naikan therapy in China // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105. No 8. P.982-987.
 68. Remington G., Da Costa G. Ethnocultural factors in resident supervision: black supervisor and white supervises // *Am. J. Psychother.* 1989. Vol. 43. No 3. P.398-404.

69. Rittenhouse J. Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2000. Vol. 6. No 4. P.399-408.
70. Riva G., Molinari E., Vincelli F. Interaction and presence in the clinical relationship: virtual reality (VR) as communicative medium between patient and therapist // *IEEE Trans. Inf. Technol. Biomed.* 2002. Vol. 6. No 3. P.198-205.
71. Roe D., Farber B.A. Differences in self-disclosure in psychotherapy between American and Israeli patients // *Psychol. Rep.* 200. Vol. 88. No 3. P.611-624.
72. Roland A. Psychoanalysis across civilizations: a personal journey // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry.* 2003. Vol. 31. No 2. P.275-295.
73. Salvendy J.T. Ethnocultural considerations in group psychotherapy // *Int. J. Group. Psychother.* 1999. Vol. 49. No 4. P.429-464.
74. Sayed M.A. Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and "otherness" // *Am. J. Psychother.* 2003. Vol. 57. No 4. P.445-459.
75. Shechter R.A. Voice of a hidden minority: identification and countertransference in the cross-cultural working alliance // *Am. J. Psychoanal.* 1992. Vol. 52. No 4. P.339-349.
76. Silverman W.H. New trends for a new millennium // *Am. J. Psychother.* 2000. Vol. 54. No 3. P.312-316.
77. Smith J. Towards a secure EPR: cultural and educational issues // *Int. J. Med. Inf.* 2000. Vol. 60. No 2. P.137-142.
78. Stein D., Rousseau C., Lacroix L. Between innovation and tradition: the paradoxical relationship between eye movement desensitization and reprocessing and altered states of consciousness // *Transcult. Psychiatry.* 2004. Vol. 41. No 1. P.5-30.
79. Suan L.V., Tyler J.D. Mental health values and preference for mental health resources of Japanese American and Caucasian American Students // *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1990. Vol. 21. P.291-296.
80. Sue D. W., Arredondo P., Mc Davis R. J. Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession // *J. Counsel. Devel.* 1992. Vol. 70. P. 477—486.
81. Sue S. In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment // *Am. Psychol.* 2003. Vol. 58. No 11. P.964-970.
82. Sun T.F., Kuo C.C., Chiu N.M. Mindfulness meditation in the control of severe headache // *Chang. Gung. Med. J.* 2002. Vol. 25. No 8. P.538-541.

83. Takahiro T. The present state of Naikan in Japan // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.976-981.
84. Takeuchi D.T., Mokuau N, Chung C.A. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders // *J. Ment. Health Adm.* 1992. Vol. 19. No 3. P.237-245.
85. Tashiro S., Hosoda S., Kawahara R. Naikan therapy for prolonged depression: psychological changes and long-term efficacy of intensive Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2004. Vol. 106. No 4. P.431-457.
86. Tatara M. Psychoanalytic psychotherapy in Japan: the issue of dependency pattern and the resolution of psychopathology // *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1982. Vol. 10. No 2. P.225-239.
87. Usa S. Morita therapy over history // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 10 No 5. P.589-592.
88. Watanabe N. Morita therapy in cultural context // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 5. P.554-560.
89. Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // *J. Psychother. Indep. Pract.* 2000. Vol.1. No 2. P.43-51.
90. Yamamoto J. Psychotherapy in the Pacific Rim countries // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52. Suppl. S. P.233-2353.
91. Yamashiro G., Matsuoka J.K. Help-seeking among Asian and Pacific Americans: A multiperspective analysis // *Soc. Work.* 1997. Vol.42. No. 2. P. 176-186.
92. Yilmaz A.T., Weiss M.G. Cultural formulation: clinical case study // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Bibl. Psychiatr.* Basel: Karger, 2001. No 169. P. 126-140.