

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМ В РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО ИТОГАМ ПРЕДСТАВИТЕЛЬНОГО СОВЕЩАНИЯ В АРХАНГЕЛЬСКЕ)\*

М.РЕШЕТНИКОВ\*\*

Прежде чем приступить к основной части доклада, я еще раз, рискуя надоесть, приведу некоторые цифры. В России (при беспрецедентном росте психопатологии и социопатий) в настоящее время имеется всего 2 тысячи дипломированных психотерапевтов и 15 тысяч психиатров. В целом – это 17 тысяч.

В гораздо более благополучной (с точки зрения психопатологии) стране – США – действуют 40 тысяч психиатров, 80 тысяч психотерапевтов, 225 тысяч психологов, социальных работников, специализированных медицинских сестер, и т. д. Всего – 345 тысяч. Аналогична ситуация и в большинстве европейских государств, где 1 специалист-психопатолог приходится на 500–900 человек населения. У нас – 1 на 10 тысяч. Заметим также, что на 1 психиатра в западных странах приходится 5–8 вспомогательных специалистов, у нас – с точностью наоборот. И даже если мы переквалифицируем всех психиатров в психотерапевтов (а другого пути в рамках действующих приказов МЗО у нас пока нет) – проблема не решается.

Поэтому в последнее время практически на всех конференциях, посвященных проблемам психотерапии, мы обсуждаем один и тот же вопрос: о более широком привлечении к подготовке по психотерапии врачей об-

---

\* Доклад на пленарном заседании Международной конференции «Психология и психотерапия семьи». – Санкт-Петербург, НИПИ им. В.М.Бехтерева, 14 декабря 1999 года.

\*\* Решетников Михаил Михайлович – ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа, президент Национальной Федерации Психоанализа, директор и заведующий кафедрой «Теории и истории психоанализа» Санкт-Петербургского филиала Государственного факультета социальной медицины ГЕА, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор.

щей практики и клинических психологов. Таким образом, первый и самый актуальный вопрос сегодня – *кадровое обеспечение психиатрической и психотерапевтической служб*, что должно стать одним из важнейших направлений в деятельности МЗО по сохранению и укреплению психического здоровья населения (тем более, что тенденция к росту психопатологии остается и ничто не предвещает ее спада). И, как представляется, именно поэтому на последнем совещании в Архангельске\* руководитель департамента кадров и вузов МЗО профессор Н.Н.Володин в своем докладе отметил, что в переживаемое нами время существенно возросла потребность в клинических психологах. Эта же проблема была особо выделена в докладе главного психиатра МЗО профессора Б.А.Казаковцева. Выступивший затем руководитель Федерального центра психотерапии и медицинской психологии МЗО, главный психотерапевт МЗО профессор Б.Д.Карвасарский представил расчеты, по которым уже сегодня нам требуется около 60 тысяч клинических психологов (а имеется – 1,5 тысячи).

Надо признать, что, несмотря на реальную оценку ситуации и усилия ряда ведущих специалистов страны, эта проблема остается трудно преодолимой, так как требует пересмотра практически всех руководящих документов и встречает как поддержку, так и неприятие, на самых различных уровнях. Достаточно остро эту проблему сформулировал ведущий научный сотрудник Федерального центра психотерапии и медицинской психологии Р.К.Назыров, отметив, что система МЗО в целом не готова – ни психологически, ни морально – к сотрудничеству и взаимодействию с клиническими психологами. Это положение сохраняет свою силу, вопреки тому факту, что (по данным ректора Архангельской медицинской академии профессора П.И.Сидорова) обеспеченность учреждений здравоохранения медицинскими психологами и психотерапевтами не превышает, соответственно, 3% и 19%, а психопатология с 1985 года возросла в 2,5 раза. Есть о чем подумать.

Вторая часть актуальных проблем сводится к вопросу, *как осуществлять подготовку психотерапевтов и какова последовательность этой подготовки*. Только за последний год эти проблемы самым серьезным образом обсуждались на конференциях ведущих специалистов МЗО в Смоленске, Москве, Иваново и Архангельске, заседаниях Координационных советов по психотерапии МЗО и РАН. С учетом этих обсуждений, как представляется, для нас сейчас более существенна не почасовая программа, а *стратегия* решения вопроса.

Недавно, в соответствии с заданием МЗО для доклада на совещании в Архангельске, мы провели анализ западного опыта, рассмотрев, в частно-

---

\* «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов и учреждений дополнительного профессионального образования МЗО по вопросам преподавания клинической (медицинской) психологии» – в соответствии с Указанием МЗО РФ № 1071-у от 29.09.99, Архангельск, 10 декабря 1999г.

сти, как осуществляется там подготовка клинических психологов и врачей к деятельности в качестве психотерапевтов.

Клинический психолог на Западе, как и любой другой специалист в области психологии, получает, прежде всего, общепсихологическую теоретическую подготовку. Таким образом, *клиническая психология* (как вариант психотерапевтического образования) – это одно из направлений *дополнительной или послевузовской подготовки*. Аналогична ситуация и в отношении врачей. При этом в большинстве европейских стран *психотерапия* – это *самостоятельная специальность* (в рамках медицины, а не психиатрии) или даже *самостоятельная профессия* (вне медицины)\*.

В целом, отношение к психотерапии, как к искусству, как к *гуманитарной дисциплине*, а не естественнонаучной (подобно медицине) – составляет одну из *мировых тенденций*.

Есть ли основания для подобного отношения? Это слишком глубокий и достаточно дискуссионный вопрос, требующий самостоятельного обсуждения. Будущего обсуждения. Но, как представляется, положения приказа МЗО № 294 от 30.10.95 года все-таки требуют пересмотра уже сегодня. Напомним, что в соответствии с этим приказом психотерапевт определяется как специалист с высшим образованием по специальности «Лечебное дело», имеющий предшествующую специализацию по психиатрии и стаж практической работы в качестве врача-психиатра, как минимум, 3 года. И только затем возможна его подготовка по суб-специальности в психиатрии – по психотерапии. Этот путь, прямо скажем, игнорирует логику, материальную заинтересованность и многое другое, включая этику. С одной стороны, специалист вроде бы приобретает более высокую (или – качественно иную) квалификацию, а с другой – из ранга специалиста он переходит в категорию суб-специалистов.

Понятно, что, следуя подобной стратегии, мы не решим проблему кадрового обеспечения ни психотерапии, ни психиатрии – даже до конца XXI века. Расчеты директора Института им. В.М.Бехтерева профессора М.М.Кабанова показали: если мы будем готовить психиатров и психотерапевтов темпами и способами, практиковавшимися до сего дня, сколько-нибудь адекватное потребностям общества их количество появится не ранее, чем через 150 лет. А мы уже сейчас – в значительной степени психопатологизированная нация. Поэтому хочу еще раз вернуться к идее (сформулированной мной ранее, на конференции в Иваново) о создании *специализированных психиатрических факультетов*, по аналогии со стоматологическими, педиатрическими и гигиеническими. Мы нуждаемся не только в большем количестве квалифицированных психотерапевтов, но и психиатрическая помощь должна быть и квалифицированнее, и доступнее. Толь-

\* Считаю себя человеком достаточно либеральных взглядов, я с трудом воспринимаю последний тезис, и поэтому понимаю, что аналогичные трудности могут быть и в отношении ряда идей, сформулированных в докладе.

ко так можно будет сформировать качественно иную психиатрическую культуру в обществе. Пока – в этом плане – у нас преобладает полное бескультурье, подтверждением чего является наличие института магов, колдунов, провидцев, численность которых достигает 300 тысяч (!). Вся эта, простите, паранаучная нечисть паразитирует на отсутствии квалифицированных кадров (и весьма успешно – по обоснованным данным, доходы «альтернативщиков» превышают весь бюджет МЗО). Приходится признать, у них есть одна не подлежащая сомнению заслуга: они реально демонстрируют, сколько специалистов требуется на рынке психотерапевтических услуг. Неудивительно поэтому, что лишь 1 из 7 пациентов обращается к специалистам, а основная доля все чаще апеллирует к колдунам и знахарям, все глубже погружаясь в атмосферу средневековья.

Считается, что на Западе дополнительное образование клинического психолога или врача-психотерапевта длится около года. На самом деле оно значительно протяженнее. Как правило, вначале будущий психотерапевт закрепляется за каким-либо Институтом, имеющим собственную клинику и право на заключение договоров с различными учреждениями относительно подготовки специалистов. Это «закрепление» осуществляется либо в рамках государственного финансирования (например, той или иной государственной программы), либо (чаще) на частных основаниях, когда кандидат оплачивает свою подготовку самостоятельно (как и любое другое послевузовское образование).

Первые этапы специализации у клинических психологов и врачей несколько отличаются. У психологов основным предметом изучения на первом этапе (в абсолютном большинстве случаев) является практическая психодиагностика – от 3 до 5 месяцев. При этом обучение ведется не в аудитории, а только на рабочем месте, например, в центре профориентации молодежи или в службе профотбора кандидатов для армии. Ежедневно – тестирование, обработка данных, их интерпретация и статистический анализ.

После успешного завершения первого этапа будущий клинический психолог становится интерном в психиатрической или психотерапевтической клинике. Врач сразу становится интерном, без предварительного этапа. И здесь пути врача общей практики и психолога сходятся.

В качестве интерна будущий психотерапевт проводит около года, изучая психиатрию, неврологию, психотерапию, продолжая осваивать тесты и методы статистической обработки клинических данных, получает первых пациентов и начинает работать с ними под руководством супервизора. Значительная роль отводится самообразованию. Интерн должен регулярно готовить конспекты, рефераты и доклады по различным клиническим темам (согласовывая эти темы с назначаемым ему руководителем, «советником»). Этот этап включает также обучение распознаванию клинических

синдромов (на практике), диагностику личностных расстройств, участие в разборах случаев, составление диагностических отчетов и ведение историй болезни.

Теоретическая подготовка в форме аудиторных занятий также продолжает иметь место. В частности, как минимум раз в неделю все интерны конкретного Института (даже если они работают в разных клиниках) собираются на теоретические семинары, где разбираются основные концепции психотерапии и клинического тестирования. Примечательно, что основными теоретическими направлениями в ведущих западных странах являются два – психодинамическое и бихевиоральное. Теоретическая подготовка ведется на самом высоком уровне, так как большинство психотерапевтов, независимо от их базового образования, готовятся к тому, чтобы претендовать на ученую степень по философии (Ph.D.). В последние годы в США для этих категорий специалистов был официально введен новый вариант ученой степени – Psy.D., с более простой процедурой признания, но он пока не получил широкого распространения и, по сравнению с Ph.D, его статус оценивается пока как более низкий.

Уместно отметить, что для подготовки интернов подбираются не самые лучшие условия (тюремная психиатрия, клиники для детей с дефектами развития, государственные психиатрические больницы и т.д.). Но самое главное – подготовка интерна всегда ведется на рабочем месте. И еще одно чрезвычайно важное уточнение – каждый интерн изучает только конкретный метод психотерапии (к этому мы еще вернемся чуть ниже).

Особо следует выделить вопрос, который для России является принципиально новым. Практически во всех западных странах каждый будущий психотерапевт в процессе своей подготовки обязательно проходит персональный психотерапевтический тренинг, то есть – пробует избранный им метод на себе (в Европе в последние годы это определяется как «познание границ собственной личности»). В процессе этого, еще раз подчеркнем, – обязательного – элемента подготовки будущий психотерапевт не только знакомится с чувствами, которые испытывает пациент, но и максимально прорабатывает собственные проблемы, чтобы не привносить их затем в работу с пациентами.

Вслед за этим этапом или параллельно он проходит супервизорскую подготовку, что (в ряде случаев – в разрез с установленными сроками обучения) подразумевает достаточно длительный период работы с пациентами (от года до 2-3 лет, в зависимости от его способностей и избранного метода психотерапии<sup>\*</sup>). Супервизор, под систематическим руководством которого проходит эта подготовка, в конечном итоге и решает: завершена она или нет.

<sup>\*</sup> Мы здесь не затрагиваем психоанализ, где сроки подготовки, в среднем, в 2-3 раза больше.

Стать супервизором на Западе очень почетно, прибыльно и очень нелегко. Во многих странах существуют не только профессиональные, но и гласные, и негласные, в том числе – возрастные критерии супервизорства. В среднем, супервизорами становятся после примерно 15-20 лет практики, в возрасте около 50 лет, при наличии постоянной практики и печатных работ, и в результате достаточно сложной процедуры признания в качестве таковых.

В отделении, где работает интерн, обычно не только он, но и пациент знает, кто является супервизором по его случаю, и этой теме – отношений в триаде «пациент-терапевт-супервизор» – в последние годы посвящены десятки публикаций. Большинство специалистов продолжают пользоваться услугами супервизора на протяжении всей последующей практики (на это есть 3 основных причины: снизить вероятность привнесения своих актуальных проблем в работу с пациентом; совершенствовать свою психотерапевтическую технику и – особый повод – снискать уважение коллег, так как работающий без супервизора в профессиональной среде всегда менее авторитетен).

Общий объем программы подготовки психотерапевтов сильно варьирует в различных странах и даже в различных институтах (в рамках конкретной страны) – от 1500 до 3600 часов. Из них в среднем 25% процентов приходится на теоретическое обучение (без учета самоподготовки), еще 25% – на прохождение персональной психотерапии и около 50% часов – на систематически супервизируемую практику.

До окончания супервизорской практики специалистом будущий психотерапевт не считается: в течение нескольких лет он продолжает выступать в качестве интерна, кандидата или супервизанта. И лишь после того, как его способности и умения будут позитивно оценены, как минимум, двумя опытными и признанными супервизорами, выносится заключение относительно его профессиональной готовности к самостоятельной работе. Наконец, он получает соответствующий сертификат.

В некотором смысле, это аналогично подготовке в академии художеств: диплом выпускника никому не дает право называться художником – это право должно быть заслужено в процессе длительного труда и в результате признания коллег. Для нас это – пока – в значительной степени только стратегическое направление, только перспектива.

Но уже сейчас (с учетом мирового опыта), мы должны продумывать и формировать предварительные решения о более широком привлечении к подготовке в качестве психотерапевтов, психо- и социокорректоров – врачей общей практики (минуя психиатрию) и дипломированных психологов.

Как представляется, в подходах к этому вопросу нам необходимо принять, по крайней мере, четыре основополагающих тезиса:

1) психотерапевт (если он работает именно по этой специальности) никогда не делает никаких назначений и не выписывает рецептов;

2) в отличие от естественнонаучной медицины, где общепризнан принцип каузальности, наиболее четко проявляющийся в инфекционной патологии (конкретный возбудитель вызывает конкретное заболевание), в психопатологии – «ответ» всегда является неспецифическим, то есть один и тот же негативный фактор может вызывать самые различные, фактически – любые, формы расстройств (от легкой транзиторной дисфории или невроза до полного и пожизненного аутизма);

3) 80% пациентов в психотерапевтической практике имеют чисто психологические проблемы или относятся к пограничным пациентам;

4) от 30 до 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам (по данным ВОЗ) нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. И по прогнозам ВОЗ 1999 года, количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое.

Нужен ли здесь психиатр? Безусловно, нужен – как консультант, назначающий медикаментозное лечение там, где для этого есть показания (успехи психофармакологии никто не оспаривает), как эксперт, дающий заключение о вменяемости пациента, потребности в его изоляции или отсутствии таковой. Но психотерапевт – должен стать самостоятельной фигурой в терапевтическом процессе, где четко определены рамки его специальности и компетентности. Помимо специальной подготовки, это предполагает особую подготовленность к систематическому и длительному общению с пациентом, особый склад личности, принятие весьма специфического кодекса поведения и стиля жизни.

Об очень важной, последней и кардинальной особенности методики подготовки специалистов, используемой в ведущих странах мира. Когда мы говорим о двух или трех тысячах часов подготовки будущего психотерапевта, имеется в виду подготовка по конкретному виду психотерапии: бихевиоральной, психодинамической, гуманистической или когнитивной и пр. Обычно она ведется в отдельном учебном заведении, куда выпускник вуза приходит вновь в качестве студента (слушателя), затем становится кандидатом и начинает проходить персональный тренинг и супервизии – только по конкретной психотерапевтической школе. И так он и идет – в рамках избранной им специализации и института – от студента до профессора и супервизора (кстати, статус последнего в целом не ниже профессорского).

В таких институтах работают, как правило, около 20-30 (постоянно практикующих только в рамках одного направления) специалистов высшей квалификации. И каждый из институтов функционирует на базе кон-

кретной клиники, где применяется преимущественно данный метод психотерапии (где работают единомышленники). Фактически, называя институт, который он окончил, любой западный психотерапевт одновременно сообщает, какому из направлений в психотерапии он принадлежит.

Попробуем сравнить, что делаем мы. Установленные стандартом 700 часов преподаются на наших кафедрах усовершенствования четырьмя-пятью преподавателями, которые читают бихевиоральную, психоаналитическую, когнитивную, телесноориентированную, транзактную, эриксоновскую, групповую, плюс – психодрама, гештальт, НЛП, психосинтез, арт-терапия, символдрама, классический гипноз и т.д. Группа за группой. В ряде случаев этим преподавателям просто некогда практиковать. Таким образом, на каждый метод приходится от 2 до 30 часов. И так называемый специалист после этого получает сертификат, приходит в клинику и имеет право применять один из методов (он же не использует все сразу!). А метод – это основной инструмент его работы. Каменщика на стройке дольше готовят, пока допустят к кладке в качестве подсобника. Мы же не с кирпичами работаем! Как с горечью констатировал на уже многократно упомянутом совещании в Архангельске профессор В.В.Шкловский: «Преподаватели-теоретики от психотерапии готовят теоретиков для практики».

Есть ли выход? Как преодолеть эти трудности роста и становления российской психотерапии? И можно ли их преодолеть с наскока? На последний вопрос, как, вероятно, согласятся все, нужно ответить: «Нет». Мы проигрываем и в качестве, и в количестве. Но первоочередной задачей представляется заполнение кадрового вакуума. Вначале нужно было бы создать *реальную профессиональную среду*.

Нам нужно, даже вопреки нашим врачебным убеждениям, набраться мужества и ответственности и сделать психотерапию *самостоятельной специальностью* – в рамках медицины и медицинской психологии, то есть специальностью, которую может получить любой врач и любой клинический психолог, если он хочет и способен к этому.

Нам нужно набраться терпения и постепенно начать выделять (очень осторожно и методологически обоснованно) суб-специальности в психотерапии (их не так много, от силы – три-пять, остальные – формы и варианты основных направлений).

Я сейчас сделаю отступление и умышленно немного акцентирую ситуацию. На прошлой конференции в Москве я уже говорил, что любой психотерапевтический метод имеет в своей основе конкретную методологию (и, соответственно, – философию): психодинамическую, гуманистическую, бихевиориальную и т.д. Это кардинально отличает психотерапию от медицины. Суб-специалисты в психотерапии различаются между собой гораздо значительнее, чем в медицине. Поясню почему: в медицине одна методология, общая для всех ее направлений, – естественнонаучная. Оку-

лист и проктолог, хотя у них и разные инструменты, и объекты терапии весьма несхожи, друг друга легко поймут: они говорят на одном языке. В психотерапии – все совершенно иначе: объект – один (психика), а вот методология, техника, «инструменты» и даже понятийный аппарат – зачастую принципиально не совпадают. И представители двух различных психотерапевтических направлений, столкнувшись в теоретической дискуссии или обсуждении практического вопроса, могут не только не понять друг друга, но даже не захотеть понимать. Индивидуальный выбор той или иной школы психотерапии как профессии – это всегда вопрос индивидуальных предпочтений, это вопрос психического склада конкретной личности, ее мировоззрения, ее представлений о себе и о мире, ее образования.

Вернемся к актуальным задачам. Нам нужно было бы не спеша начать формировать полномасштабные учебные циклы по конкретным методам и направлениям в психотерапии, а затем – в соответствии с ними, способствовать созданию специализированных (или переориентации действующих) институтов. Именно *способствовать*(!), потому что сложиться они могут только естественно-историческим путем (нельзя кого-то директивно назначить бихевиористом, а кого-то гипнологом – подобный выбор всегда индивидуален).

Нам нужно набраться решимости и, возможно, конвенциональным путем ввести институт супервизорства с учетом конкретных направлений в психотерапии, но только однократно, из числа признанных специалистов, а всем будущим придется, как видно, идти уже путем, аналогичным западному.

Нам нужно найти в себе добрую волю и создать (пока – очень «мягкий») отечественный стандарт дополнительного психотерапевтического образования для врачей и психологов, стандарт персонального тренинга и супервизий – также по конкретным направлениям в психотерапии. И уже потом, по мере становления российской школы, может быть, раз в десять лет, – пересматривать эти стандарты, «подтягивая» их к европейским и международным критериям. Стандарт даже в 1000 часов для нас, как мне представляется, пока не реален, но 600-700 часов по конкретному направлению в психотерапии – это был бы уже значительный шаг вперед.

Крайне важно – избежать все еще существующей нетерпимости между представителями различных психотерапевтических направлений. В российской психотерапии пока гораздо больше того, что нас объединяет. Мы все находимся примерно в одинаковых условиях, и единственный условно оптимистический вывод – также один на всех: без пациентов в ближайшие сто лет никто не останется.

Следует особо подчеркнуть, что изложенные принципы и предложения ни в коей мере не предполагают отказ от развивающегося в России ин-

тегративного направления. Это еще один путь. Пока он – один из немногих, реально действующих, и нужно, чтобы он продолжал действовать.

На предшествующих конференциях\* мы совершили достаточно смелый шаг, признав, где прямо, а где – косвенно, что сильно отстали – и организационно, и методически. Но некритическое воспроизведение западной модели грозило бы нам опасностью еще большего отставания. В России и так уже много чего переломано, а мы как специалисты, вероятно, больше, чем другие, способны ценить то, что уже сделано, и предпринимать стратегические шаги в нескольких направлениях.

Как представляется, нам не стоило бы замыкаться на формальных, точнее, – фасадных критериях подобия Западу. Гораздо важнее критически переосмыслить мировой опыт и, с учетом беспрецедентности переживаемой в России ситуации, выработать собственные долговременные планы и тактические решения. И наряду с уже действующими подходами начинать готовить специалистов по конкретным направлениям в психотерапии. Причем специалистов, в лучшем смысле слова, амбициозных, избавленных от чувства своей «периферийности». И непременно учитывая при этом не только российскую социально-экономическую и психопатологическую ситуацию, но и специфику российской культурной и образовательной традиции.

Здесь несколько раз употреблялось сочетание «нам нужно». Закономерно возникает вопрос: как? У меня нет на него конкретного ответа и, думаю, поиск такового не будет простым. Вероятно, первым шагом в этом направлении могло бы стать профессиональное обсуждение всего комплекса накопившихся проблем.

---

\* Имеются в виду: Международная конференция «Психотерапия сегодня (медицина, психология, социальная работа)», Москва, 26-28 февраля 1999г.; Конференция «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», Иваново, 25-28 мая 1999г.; Международная конференция «Психотерапия на рубеже тысячелетия», Москва, 3-4 октября 1999г.; «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов и учреждений дополнительного профессионального образования по вопросам преподавания клинической (медицинской) психологии» – в соответствии с Указанием МЗО РФ № 1071-у от 29.09.99, Архангельск, 10 декабря 1999г.; хотя впервые эти вопросы поднимались уже на 2-ом съезде РПА в Смоленске (1998), а также на конференции «Психическое здоровье населения регионов России» в Новгороде (1997) и ряде др.