

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А.Е. Бобров, Т.В. Довженко, М.А. Кулыгина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Цель данной работы состоит в обсуждении соотношения между медицинскими (психиатрическими), психологическими и социальными составляющими лечебного процесса. Практическое значение этой проблемы обусловлено формированием комплексного (с участием психиатров, медицинских психологов, социальных работников) подхода к ведению больных психическими расстройствами, а также рядом организационных и методических вопросов, возникающих при оказании полипрофессиональной психиатрической помощи. Что же касается теоретической стороны этой проблемы, то она затрагивает некоторые актуальные методологические вопросы, которые могут оказать серьезное влияние на дальнейшие перспективы охраны психического здоровья [4, 7, 9, 10].

Психиатрия, как отрасль медицины, прошла длительный путь развития. В ходе этого развития она не только обогатилась, но и качественно усложнилась. В результате произошла ее дифференциация на ряд субспециальностей, таких как психотерапия, наркология, сексология и судебная психиатрия. Кроме того, большое значение приобрели смежные дисциплины – медицинская психология и социальная работа в психиатрии.

Однако это лишь формальная сторона дела, которая касается предмета и сфер деятельности психиатров. Существенно большее значение имеет методологическая сторона. В этой сфере в психиатрии наметилось несколько основных направлений, каждое из которых постепенно обретает свой язык, понятийную и концептуальную систему. Здесь, в частности, выделяют клиническую психиатрию, которая связана с оказанием лечебной помощи психическим больным, биологическую психиатрию, занятую изучением нейрохимических и нейрофизиологических механизмов заболеваний и разработкой соответствующих диагностических и терапевтических методов. К важнейшему направлению психиатрии относится социальная психиатрия, которая определяет общую организацию психиатрических служб, а также соотносит научно-образовательные структуры и профессиональные стандарты с общественными потребностями. Наконец, одним из центральных направлений в психиатрии является так называемая психологическая психиатрия, которая привно-

сит психологические знания, методологию и инструментальную базу в психиатрию и, в то же время, влияет на психологию, передавая ей клинические запросы и предоставляя конкретный клинический материал для психологических исследований.

Психологическая психиатрия – сложное понятие. Говоря в общих чертах, обычно под этим направлением в психиатрии понимают психологическое тестирование, психотерапию и психосоциальную реабилитацию. Однако, на самом деле, оно не исчерпывается этим. Дело в том, что основной для клинической психиатрии клинико-психопатологический феноменологический метод во многом является именно психологическим методом. Он в значительной степени связан с традицией интроспекции, которая основывается на получении и систематизации сведений, почерпнутых из субъективных переживаний пациента [8, 14]. При этом психопатологические феномены, а также связи между ними эмпатически и интуитивно опосредуются субъективным восприятием врача-психиатра, а затем многократно воспроизводятся в клиническом опыте. Такое воспроизведение является основой для объективации и клинической квалификации психопатологических феноменов, а также способствует формированию представлений о симптомах, синдромах и болезни. В силу своей эмпатической природы феноменологический подход ориентирован на выявление психических расстройств, которые выходят на первый план в состоянии больного. По мере усложнения диагностической квалификации воспроизводимость такой диагностики снижается. Феноменологический подход исторически связан с философией. Однако несбалансированное соединение философских принципов с эмпирическим исследованием не всегда приводит к удачным результатам и может создавать условия для формирования схоластических, интуитивных и идеологически окрашенных концепций, практическое использование которых, как правило, приводит к чрезмерному упрощению, игнорированию важных «частностей» и, в конечном счете, чревато серьезными отрицательными последствиями. Примеров этому в истории психиатрии и психологии 20 века предостаточно. Взять, например, быту-

ющие представления о непосредственной зависимости психогенных расстройств от психической травмы или концепцию линейной прогрессивности алкоголизма. Сюда же можно отнести большое количество практических проблем, связанных с разработкой и внедрением DSM-V [13].

Другим воплощением психологического подхода в клинической практике психиатрии является психодиагностика, которая тесно сопряжена с клинико-описательным методом. Клиническое описание разнообразных проявлений психических расстройств, личностных особенностей, предрасполагающих к их возникновению, а также динамики и особенностей трансформации психопатологических состояний в различных условиях представляет собой основное содержание данного метода. В наиболее полном виде клинико-описательный метод представлен в современных классификациях психических расстройств, которые создавались не только для психиатров, но и для клинических психологов и социальных работников [2]. При рассмотрении описательного метода следует выделить операциональный принцип. Он заключается в необходимости учета только объективированных (то есть независимых от наблюдателя) критериев аномалий поведения и социального функционирования, а также оценки различных сочетаний (конstellаций) этих критериев. Принцип операциональной диагностики в рамках клинико-описательного метода служит задачам повышения надежности категориальной квалификации психопатологических нарушений. Без него была бы невозможной реалистическая квалификация типов и видов психических расстройств, их нозографическое обозначение и постановка валидного и верифицированного психиатрического диагноза. Однако при этом усложняется диагностическая процедура, а на смену клинической интуиции приходит формализованная система учета признаков, которые далеко не всегда вписываются в целостную «психопатологическую картину».

Важным усовершенствованием клинико-описательного метода является психометрический подход. Он предоставляет возможность дополнить категориальную квалификацию психического состояния больных количественной и степенной оценкой имеющейся у них симптоматики. Такой подход позволяет также давать взвешенную характеристику так называемым психопатологическим «радикалам» и «спектрам» психических расстройств. Это способствует тому, что различные диагностические категории рассматриваются не как самостоятельные дискретные сущности, а как элементы непрерывного континуума клинически и социально значимых свойств и параметров (например, расстройства шизофренического спектра, тревожные расстройства, зависимости, отклоняющееся поведение и т.п.).

Основная сложность, связанная с психометрическим принципом, заключается в том, что доминирование измерительных подходов приводит к утрате качествен-

ной специфики оценки психических расстройств [4]. Психопатологический анализ начинает сводиться к рассмотрению различных сочетаний, в которых выступают внешние проявления и признаки расстройств, степени их выраженности. Диагностический процесс при этом отождествляется с простым перебором заранее ограниченного числа параметров и их автоматическому сравнению с заданными образцами [10].

Учитывая сказанное, в описательной психопатологии в последние годы наметилась тенденция к объединению категориального и психометрического подхода [12]. Особенно ярко это проявляется в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств 5-го пересмотра (DSM-V) [9], где психометрическая составляющая стала фактически необходимым компонентом клинико-диагностической квалификации. Однако и такой «мультиаксиальный» подход не лишен серьезных недостатков. Основная методологическая проблема здесь состоит в еще большем усложнении диагностической процедуры, формализации диагноза и снижении его внутренней валидности за счет увеличения потенциально релевантных критериев [13].

Наконец, третьим психопатологическим методом, объединяющим психиатрию и психологию, является интерпретативная психопатология [11]. Суть этого подхода можно свести к стремлению описать, понять и концептуально объяснить¹ значение различных психопатологических феноменов, исходя из представлений об их системной организации, динамических взаимосвязях и иерархической структуре. По существу, этот подход основной акцент делает не на описании психопатологических феноменов, репрезентируемых в их единстве, а на дифференцированную интерпретацию их значений и функциональных взаимосвязей. Инструментами указанного объяснения является активное психологическое взаимодействие, анализ, интерпретация и «проработка» переживаний пациента с участием психотерапевта. Эмпатическое понимание болезненных переживаний и их рефлектирующая трактовка способствуют мобилизации личностных ресурсов и формированию у пациента «мета-когнитивных» смысловых структур, позволяющих преодолевать, компенсировать или реконструировать дефицитарные психопатологические проявления, обусловленные онтогенетической неразвитостью или нарушением в результате заболевания важных психологических функций и процессов. Более того, многие специалисты полагают, что даже дифференциация и воссоздание определенных психологических взаимосвязей в ходе целена-

¹ Строго говоря, Дильтей, а вслед за ним и Ясперс, проводили строгое разделение между естественными науками и науками о духе, что в свою очередь исключает прямой перенос каузальности на предмет «объясняющей» психопатологии. Тем не менее, попытки представителей многих психотерапевтических направлений концептуально понять психопатологию через призму причинно-следственных взаимодействий являются важнейшим отличительным признаком данного направления.

правленного обучения пациентов оказывает положительный реабилитирующий эффект и обладает значительным психопрофилактическим потенциалом.

Указанное направление в психопатологии породило множество диагностических и терапевтических подходов, базирующихся на каузальном понимании структуры и динамики психопатологических явлений. Причем сами указанные явления нередко смешиваются и отождествляются с представлениями о сущности психических страданий. Вытекающие же из этого попытки «соединить» интерпретативную психологию с биологической психиатрией иногда поражают воображение (например, выведение пограничного расстройства личности из нарушений обмена окситоцина, как гормона обеспечивающего «аффилиативное» поведение), однако при этом могут вводить в серьезное заблуждение практикующих специалистов.

Таким образом, психология и психиатрия имеют во многом общую методологию, которая, однако, приобретает свои существенные особенности, в зависимости от профессиональной принадлежности специалиста. Так, в настоящее время в среде психиатров доминирует клинико-психопатологический феноменологический метод, который дополняется клинико-описательной (в основном, категориальной) методологией. С другой стороны, психологами все чаще используются психометрические и интерпретативные методы в ущерб идеографическим. Однако, в принципе, ничто не препятствует расширению спектра методов, которыми оснащены как психиатры, так и психологи. Об этом свидетельствует опыт, который показывает, что врачи легко овладевают стандартными психометрическими процедурами (например, при проведении скрининговых обследований или при оценке эффективности психофармакологических препаратов), а некоторые клинические психологи прекрасно ориентируются в МКБ-10 и DSM-IV.

В чем же тогда противоречия между психологами и психиатрами, и каким образом можно наладить их сотрудничество оптимальным образом? Прежде всего, обратимся к взаимным претензиям, которые предъявляют психиатры и психологи по отношению друг к другу. Психологами высказывается неудовлетворенность тем, что психиатры недостаточно глубоко оценивают их диагностические заключения, что они чрезмерно привержены упрощенным диагностическим схемам, мало учитывают роль личностных и социальных факторов в генезе и динамике психических расстройств. Кроме того, психологи бывают разочарованы стремлением некоторых психиатров не допускать их к проведению психотерапевтической работы, в отдельных случаях не считают обоснованным запрет на использование ими психофармакологических средств, а также чувствуют себя ущемленными тем подчиненным положением, которое они обычно вынуждены занимать при совместном с психиатрами ведении больных.

В свою очередь, от психиатров нередко можно услышать неудовлетворенность клиническими пси-

хологами, которая связана, прежде всего, с их недостаточно ответственным отношением к больным. По мнению врачей, это выражается в том, что результаты тестов и концептуальных психологических построений могут заслонять у них интересы конкретного пациента, а в процессе практической работы они ведут себя больше как консультанты или сторонние наблюдатели и недостаточно «проникаются» интересами пациента и задачами лечения. Особенно много недовольства со стороны психиатров вызывают попытки некоторых психологов давать несогласованную с врачом интерпретацию природы психических страданий пациента или непрофессиональные советы, касающиеся его жизни и дальнейшего лечения. В этом отношении также негативно воспринимается недооценка психологами значимости фармакологического лечения и упование на психосоциальные модели терапии. Наконец, рядом психиатров отстаивается точка зрения о «неэффективности» психологической психотерапии, что обусловлено «непониманием» психологами патогенеза и биологической сущности происходящих в мозге патологических процессов.

Если попытаться проанализировать ключевые моменты этих столкновений, то можно выделить две основных причины, порождающих эти противоречия. Первая из них связана с тем, что врач ориентирован, прежде всего, на оказание помощи конкретному пациенту, и в этом отношении он не чувствует себя связанным в выборе средств. Психологический подход для психиатра является всего лишь «одной из» существующих возможностей. В связи с этим врачи не очень озабочены теоретическим обоснованием, приверженностью абстрактным правилам и методикам. В то же время они весьма чувствительны к вопросам ответственности и распределению ролей в лечебном процессе. Отсюда возникает повышенное внимание психиатров к организационным и этическим аспектам терапии. Врачам приходится постоянно учитывать юридическую ответственность, наличие профессиональных этических требований и весьма развитый в медицине бюрократический контроль. Наконец, им следует принимать во внимание и то, что общественное недовольство и пессимизм, а также распространенные в социуме архаичные страхи нередко канализируются в направлении медицинских работников.

Медицинские психологи в значительной степени находятся вне указанного социального давления. Степень профессионального контроля и делегируемой им обществом юридической ответственности существенно ниже. Нередко это порождает скрытый протест или активное отрицание медицинской модели как системы «профессиональной власти», потерю профессиональной идентичности. Это же приводит к поиску «альтернативных» путей в терапии, погружению в отвлеченные академические изыскания, а также непродуктивную организационную либо коммерческую деятельность.

Озабоченность врачей-психиатров постановкой диагноза обусловлена тем, что диагноз «опредмечивает» многие стороны их профессиональной деятельности. Диагноз является результатом диагностической работы врача, представляет прогностическое видение перспектив пациента, а также является основой для подбора терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий. Цель терапии для врача заключается в купировании болезненного синдрома, подавлении болезни, достижении ремиссии, предупреждении обострений и даже полном излечении пациента. Все это, в конечном счете, сводится к овладению прогнозом заболевания, который и задается диагнозом.

С точки же зрения психолога, медицинский диагноз не является в полной мере достаточным. Для психолога в процессе психотерапии основными являются достигаемые пациентом уровни социальной адаптации, качество жизни и характер социального функционирования. В этом плане точкой отсчета может стать психологический диагноз. Мишенями терапии для психолога являются личность, ее особенности или важные трансперсональные характеристики, добываясь коррекции которых можно рассчитывать на улучшение других психосоциальных показателей.

Другой аспект проблемы связан с методологией. Клиническая психиатрия в понимании психических расстройств традиционно исходит из того, что их следует рассматривать в направлении «от патологии к норме» [3]. В то же время, медицинская психология чаще исходит из положения о том, что патология является всего лишь «искажением» нормы, то есть патологические процессы можно понять только на основании изучения нормальных приспособительных механизмов. При этом психические заболевания – это результат «накопления» отклонений от нормальных процессов.

Говоря другими словами, здесь возникает столкновение двух различных методологических парадигм – медико-биологической, на которой воспитываются врачи, и социально-психологической, которая имплицитно заложена в основу образования психологов. В основе медико-биологической парадигмы лежат представления о том, что психические расстройства возникают вследствие генетической предрасположенности или прямого поражения центральной нервной системы, они обязательно имеют мозговой субстрат, их течение носит процессуальный (хотя и необязательно прогрессивный) характер, а клинические феномены есть внешнее выражение внутренних биологических изменений. Психические заболевания несводимы к психологическим реакциям. Это нозологические формы, лечение которых состоит в коррекции биологических механизмов патогенеза.

Социально-психологическая же парадигма подразумевает, что психические расстройства не существуют вне базисных структур общества, их субстратом служит ткань межличностных связей, а динамика определяется отношениями личности. Клиническая симптоматика часто является способом самовыражения и

коммуникации. Болезни – это социальные роли, коррекция которых сводится к изменению усвоенных стереотипов реагирования и жизненных сценариев [1].

Преодоление конфликта между этими методологическими позициями возможно только на основе выработки новой более универсальной парадигмы, прообразом которой, по всей видимости, является биопсихосоциальная перспектива. Однако простой декларации в этой области явно недостаточно, и до окончательного разрешения указанного методологического противоречия еще далеко. Очевидно, что опосредованные взаимовлияния факторов этого триединства сложнее их простого механического взаимодействия. Только практическая работа и обширные научные исследования в «пограничных» зонах биологии, психологии и социальных наук смогут согласовать позиции по данному вопросу, что естественно будет сопряжено с переформулированием базовых концепций, как психиатрии, так и медицинской психологии.

Важную роль в решении рассматриваемой проблемы могут сыграть врачи-психотерапевты. Будучи врачами, многие психотерапевты остаются сторонниками нозоцентрического подхода к диагностике и терапии психических расстройств. Вместе с тем, глубокое и профессиональное овладение психологическими подходами к терапии и диагностике вносит коррекцию в их профессиональную деятельность. В этом плане полезно проследить, каким образом происходило становление психотерапии как самостоятельной медицинской специальности в нашей стране. Вначале психотерапия рассматривалась лишь как медицинская процедура, связанная преимущественно с гипнозом и внушением. Лишь с течением времени в отечественной психиатрии стали распространяться представления о рациональной психотерапии, как альтернативе гипнозу. Появились первые концепции личности, стали исследоваться вопросы психосоматики и психопрофилактики.

Перспективы, которые открывались перед медициной в связи с развитием психопрофилактического и психосоматического направления, были осознаны тогдашним руководством здравоохранения. Поэтому, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в Советском Союзе были организованы психотерапевтические кабинеты при поликлиниках. Вначале, в них осуществляли прием только психиатры, приписанные к поликлинике от психоневрологического диспансера. И лишь в начале 21 века, большинство психотерапевтических кабинетов действительно стали таковыми, поскольку с этого времени для работы в таком кабинете врач-психиатр должен пройти профессиональную переподготовку по психотерапии и получить соответствующий сертификат.

Несколько по-иному происходило введение психологических и психотерапевтических методов в учреждениях психиатрической службы. Первоначально в психоневрологических диспансерах организовывались психотерапевтические кабинеты и отде-

ления, затем были введены должности медицинского психолога. После этого аналогичные должности начали появляться и в психиатрических стационарах.

Медицинская психология непросто осваивается в стенах психиатрических учреждений. Основные сложности, возникающие при этом, связаны с определением должностных обязанностей, сферы юридической и этической ответственности психолога, а также показателей эффективности его деятельности. Множество споров возникает в связи с определением набора необходимых для работы психолога профессиональных компетенций. Какие стандартные психодиагностические инструменты должны быть использованы, какие психологические методы и психокоррекционные методики могут применяться? Кто и на каких основаниях определяет приоритетность тех или иных методик? Может ли врач руководить работой психолога, и до какого уровня распространяется контролирующая функция заведующего отделением? Вот далеко не полный перечень вопросов, с которыми сталкиваются специалисты при попытках интегрировать деятельность медицинских психологов в работу медицинских учреждений.

Представляется, что ответы на эти вопросы определяются выбором адекватной стратегии руководства работой психологов. Не вызывает сомнения, что в большинстве психиатрических учреждений, где работают медицинские психологи и социальные работники, необходима компетентная координация их деятельности. При этом осуществлять ее должен врач, имеющий достаточные познания в психодиагностике и психотерапии, понимающий нюансы и проблемы сочетания психосоциальной и психофармакологической работы. С учетом сказанного, еще большее значение приобретает профессиональная переподготовка психиатров по психотерапии, а также повышение компетентности медицинских психологов по вопросам ведения пациентов с затяжными психическими расстройствами [5].

В заключение, хотелось бы остановиться на одной из важнейших проблем современной психиатрии. Она состоит в необходимости создания системы медико-психологического и психотерапевтического сопровождения учреждений первичного звена здравоохранения. Выше уже отмечалось, что эта область психиатрии имеет колоссальное значение, поскольку при правильном использовании психодиагностических, психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий в отечественной системе здравоохранения могут произойти существенные позитивные сдвиги. Эти ожидания не беспочвенны. Дело в том, что распространенность психических расстройств в контингентах соматических больных, обращающихся в поликлиники, колеблется в диапазоне от 30 до 60%. Исследования показывают, что этот поток можно условно разделить на три равные группы. Состав первой группы определяется больными с расстройствами психоорганического круга. Во вторую группу входят преимущественно больные с расстройствами аффективного спектра. Третью же

и последнюю группу составляют пациенты с личностными расстройствами, а также лица с ситуационными психологическими проблемами [6].

Такой состав пациентов предопределяет необходимость общей психиатрической подготовки у врачей-психотерапевтов, владение ими методами ведения больных с сосудистыми заболеваниями и когнитивными нарушениями. Крайне необходимым также является знание психотерапевтом методов лекарственной терапии аффективных и тревожных расстройств. При этом только нелекарственные, то есть психологические методы лечения без применения медикаментов могут использоваться не более чем у трети пациентов. Наиболее оправданными из них являются методы когнитивно-поведенческой и интерперсональной психотерапии, а также групповые и семейные психотерапевтические вмешательства. С учетом сказанного допуск к работе в поликлинике и соматическом стационаре в качестве психотерапевта или медицинского психолога должен осуществляться только после специального обучения, в частности, в объеме не менее 144 часов.

Важно подчеркнуть, что обучение врачей-психотерапевтов необходимо сопровождать повышением их квалификации в области соматической медицины, ознакомлением с принципами ведения соматических больных и определением круга профессиональных обязанностей. Эти обязанности не могут исчерпываться эпизодическим оказанием помощи больным, обратившимся в психотерапевтический кабинет. Важнейшее место в работе психотерапевта должна занимать деятельность по активизации взаимодействия с врачами первичного звена здравоохранения.

Цель такого взаимодействия состоит в повышении осведомленности врачей в вопросах медицинской психологии, расширении арсенала их коммуникативных навыков, а также обучении основам диагностики психических расстройств, которые наиболее часто отмечаются у их пациентов. Из таких расстройств наибольшее значение имеют депрессии, тревожные состояния, краткосрочные стрессовые реакции, а также деменция и преддементные состояния. Умение распознать перечисленные психопатологические состояния, а при необходимости и назначить соответствующее психофармакологическое лечение должно стать одним из необходимых показателей профессионализма участковых терапевтов и врачей общего профиля. Понятно, что обучение и особенно закрепление полученных знаний в ходе традиционных курсов тематического усовершенствования затруднительно. Поэтому важнейшую роль в обучении и консультировании врачей-интернистов должны играть психиатры, психотерапевты. Разрабатываемая в настоящее время концепция медико-психологического сопровождения учреждений первичного звена здравоохранения в качестве одного из своих центральных компонентов как раз и рассматривает учебно-консультативную работу психиатра [5].

Необходимость расширения круга профилактических и реабилитационных мероприятий психосоциального характера в психиатрии выдвигает на первый план специалистов, обладающих необходимыми знаниями не только в сфере традиционной клинической психиатрии, но и являющихся достаточно подготовленными в смежных сферах – психодиагностике, психотерапии и психосоциальной работе. Врачи этого профиля наряду с диагностическими и лечебными мероприятиями призваны осуществлять

значительную по объему организационную и образовательную деятельность. Однако речь не идет о подмене тем самым специалистов в области психологии. Наоборот, подключение к этой работе медицинских психологов будет способствовать развитию междисциплинарного взаимодействия и преодолению описанных выше противоречий на основе взаимного понимания, принятия и уважения сфер компетенции, а также прав и обязанностей разных профессиональных сообществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е. XIII съезд психиатров России (материалы съезда) // Перспективы и научные парадигмы психиатрии. Москва, 2000. С. 47–48.
2. Всемирная организация здравоохранения Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: ВОЗ, 1994. 300 с.
3. Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание // Избранные труды по психиатрии / ред. Кербинов О. В. Ростов-на-Дону, 1998.
4. Давтян Е.Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 3–6.
5. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Старостина Е.Г., Кузнецова М.В. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения // Психическое здоровье. 2011. Т. 63. С. 3–11.
6. Кузнецова М.В., Бобров А.Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 15–20.
7. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М., 2013. 448 с.
8. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М., 1996.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
10. Andreasen N.C. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequence // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33. P. 108–112.
11. Arminjon M. Is psychoanalysis a Folk-psychology? // Front. Psychoanal. Neuropsychoanal. 2013. Vol. 135. P. 4–9.
12. Broome K., Stanghenellini G., Thornton N. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? // World Psychiatr. 2005. Vol. 4. P. 78–86.
13. Rief W., Wittchen H.-U., Frances A. DSM-5 – Pros and Cons // Verhaltenstherapie. 2013. Bd. 23. S. 280–285.
14. Wiggins O. P., Schwartz M. A. Karl Jaspers // Encyclopedia of Phenomenology / ed. Embree L. Springer, 1997.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А.Е. Бобров, Т.В. Довженко, М.А. Кулыгина

В работе обсуждается проблема соотношения между медицинскими (психиатрическими) и психосоциальными составляющими лечебного процесса. Значение этой проблемы обусловлено формированием комплексного полипрофессионального (с участием психиатров, медицинских психологов, социальных работников) подхода к ведению больных психическими расстройствами, а также рядом возникающих при этом методологических и организационных вопросов. В частности, в статье анализируются общие для психологии и психиатрии принципы психопатологической оценки психических расстройств, дается обобщенное изложение феноменологического, клиничко-описательного и интерпретативного подходов. Подчеркивается близость методологии и методического аппарата, который используют как психиатры, так и психологи. Вместе с тем в работе рассматриваются основные противопо-

речия между психологами и психиатрами, которые имеют место в ходе практической работы. Делается заключение о том, что указанные противоречия связаны с объективно существующими различиями между медико-биологической парадигмой, из которой исходят в своей практической деятельности врачи, и социально-психологической, которая имплицитно заложена в основу образования психологов. С учетом сказанного, обосновывается необходимость обучения врачей-психиатров психотерапии. Обсуждаются профессиональные задачи и компетенции психотерапевтов, необходимые для реализации одной из важнейших задач современной психиатрии – ее интеграции с первичной медицинской помощью.

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, медицинская психология, первичная медицинская помощь.

MEDICAL PSYCHOLOGY IN PSYCHIATRY: METHODOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS

A.E. Bobrov, T.V. Dovzhenko, M.A. Kulygina

The article discusses the problem of interrelation between the medical (psychiatric) and psychosocial components of the therapeutic process. The significance of this problem is determined by the challenges of the integrated polyprofessional (with participation of the psychiatrists, medical psychologists and social workers) approach to care provision for the mentally ill as well as by the set of methodological and organizational issues. In particular, the principles of psychopathological assessment of mental disorders are analyzed in the article and the phenomenological, clinical and interpretative approaches are also summarized. The similarity of the methodologies which are used by psychiatrists and psychologists are emphasized. At the same time, the main contradictions between the

psychologists and psychiatrists which arise during the practical work are discussed. It is concluded that the mentioned above contradictions are connected with the objective differences of two paradigms: the medical-biological one, prevailing for the physicians' clinical practice and the social-psychological one which is specific for the psychologists' education. All the evidence goes to prove that it is necessary for the clinicians to study the psychotherapy. The professional tasks and the psychotherapists' competencies which are necessary for realizing in primary medical care are described.

Key words: psychiatry, psychotherapy, medical psychology, primary medical care.

Бобров Алексей Евгеньевич – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по учебно-методической работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Довженко Татьяна Викторовна – профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: dtv99@mail.ru

Кулыгина Майя Александровна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела информатики и системных исследований в психиатрии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: mkulygina@yandex.ru