

МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, С.А. Игумнов,
С.С. Яновский, Т.С. Яновский

Беларусь, Россия, Украина

Настоящий исторический этап развития психиатрии представляет собой поле битвы цивилизационной и гуманистической антропологической идеологий. Сторонники количественного подхода уверены в том, что психические симптомы и расстройства можно измерить, а феноменологи – сторонники качественного описания клиники психических расстройств, опасаются разрушения клинической традиции психопатологии: «Смерть феноменологической психопатологии – интеллектуальное измельчание» [23]. В основе противопоставления количественного и качественного этапов исследовательских процедур в науке лежат некоторые методологические трудности, которые Э.Гуссерль [8] называл «кризисом европейской науки», а Р.Генон [6] «царством количества» европейской цивилизации. Утверждается, что кризис естествознания, вызванный исходными установками естественнонаучного мышления, является причиной деструктивных тенденций, угрожающих гуманитарному знанию и европейской культуре в целом. Именно «математизированное естествознание», начиная с Галилея, осуществляет своего рода подмену единственно реального, данного в опыте мира миром идеальных сущностей. Основанием кризиса европейской культуры и науки выступают объективация и натурализация жизненного мира. Философами (Б.В. Марков) отмечается, что в процессе формирования классической физики научный разум в гуманитарных науках сбился с пути человеческих ценностей [19]. Кризис наук, с точки зрения Э.Гуссерля, это, скорее, кризис узко понятого научного мировоззрения как результат применения естественнонаучного метода и соответствующего ему типа абстракции за пределами сферы его собственных возможностей.

Проблема единообразного понимания всеми психиатрами во всём мире дефиниций каждого психопатологического симптома остаётся по-прежнему актуальным [9]. Важным как для клинической, так и для социальной психиатрии является прояснение понятий и различий феноменологической персонифицированной и позитивистской доказательной

медицины (ДМ) в достижении успешной клинической практики и научной организации психиатрической помощи.

Цель исследования – выяснить различия и значение методологии для задач, стоящих перед клинической и социальной психиатрией.

Как в клинической, так и в социальной психиатрии в основе разделения клинических форм психических расстройств лежит операциональный подход. Как отмечает Е.Н.Давтян [9], истоки операционального подхода лежат в теории логического позитивизма. Эта теория – «установление связи между операционально интерпретированными понятиями». Вместе с тем: 1) не всякое понятие поддаётся операциональному описанию; феномены субъективного опыта – чувства гнева, любви и тоски, не поддаются операциональным описаниям; 2) операциональные определения раскрывают лишь некоторые значения терминов и их частичное прояснение; 3) стремление к максимально возможной точности операционального определения «неизбежно приводит к утрате ясности понятия»; 4) в основе любого эксперимента лежат предшествующие теоретические модели, определяющие, что и как следует наблюдать.

Для выяснения того, правильно ли понята идея ДМ, следует обратиться к первоисточнику. Д.Саккет так определяет ДМ: «Доказательная медицина – не медицина «поваренной книги», поскольку она требует восходящего подхода, который объединяет лучшее внешнее обоснованное доказательство с индивидуальным клиническим профессионализмом и выбором пациентов... Внешне обоснованное доказательство может осведомлять пациента, но никогда не может заменить индивидуальный клинический профессионализм, а именно этот профессионализм необходим в решении вопроса о том, применимо ли внешнее доказательство к индивидуальному пациенту, если да, то как оно должно включаться в клиническое решение». Алгоритм такого решения известен как «пять шагов ДМ» Д.Саккета [28]: 1) чёткая

формулировка клинического вопроса; 2) поиск ответа на него в литературе; 3) критическая оценка найденных сведений; 4) определение возможности их использования при лечении конкретного пациента; 5) применение найденных данных на практике и оценка результатов проделанной работы.

Категории качества и количества являются традиционными в философии. Качество рассматривается Аристотелем в четырёх разных смыслах: 1) устойчивые или приходящие свойства; 2) врождённые способности или их отсутствие; 3) претерпеваемые свойства или состояния; 4) очертания и внешний облик. Количество, или «сколько», характеризуется Аристотелем независимо от качества и подразделяется на раздельное и непрерывное количество (на множество и величину), причём главным свойством количества является «равенство-неравенство».

По Гегелю синтезом качества и количества является мера: «Все вещи имеют свою меру». Мера – это интервал, в границах которого, предмет, изменяясь количественно, сохраняет своё качество. При выходе количественных изменений за границы меры происходит смена качества. В свою очередь, качественные изменения оказывают обратное воздействие на количественные. Эти закономерности в диалектике качества и количества формулируются в виде «закона взаимного перехода количественных изменений в качественные» [14].

Феноменологическая психиатрия

Качественные исследования в психиатрии в своём крайнем выражении проводятся представителями феноменологического направления. Феноменологическая психиатрия (К.Ясперс, Л.Бинсвангер, Э.Минковски, В.Э. фон Габзаттель, Э.Штраус) [5, 16, 25, 26] использовала основную феноменологическую установку – «к самим вещам», обращались от объяснения к пониманию самой психопатологической реальности пациентов. Благодаря интенциональности феноменологические психиатры преодолевали свойственное психиатрии разделение клиники на внутренние нарушения (симптомы) и внешние проявления (признаки) и выстраивали единое и целостное пространство исследования. Систематическое изложение феноменологической психиатрии предпринял К.Ясперс в своём труде «Общая психопатология» [26]. В психическом расстройстве, по его мнению, изменяется сознание об объективной действительности, переживание пространства и времени, осознание собственного тела, сознание Я и реального мира [24].

Виктор Эмиль фон Габзаттель в работе «Мир компульсивного» (1938) описывает изменение человеческой реальности пациента. Центральным переживанием в психозе является для больного «существование в пустоте» («К вопросу о деперсонализации», 1937) [4, 5].

Эрвин Штраус в работе «Эстериология и галлюцинации» (1948) анализирует своеобразие сенсорного опыта пациента, разрушение соотношения «Я – другой». Показано, что сенсорный опыт при психическом заболевании разворачивается в дологической сфере [11].

В основе работ Эжена Минковски лежит феноменологически структурный метод. За специфическим миром психически больного человека лежат нарушения пространства и времени. В работе «Проживаемое время» (1933) Э.Минковски отмечает необходимость исследования не измеряемых, а переживаемых феноменов, уделяя внимание переживаниям времени и пространства [16].

Таким образом, феноменологические психиатры углубляют клинические представления при исследовании феноменов сознания, интерессубъективности, особенностей структурирования пространства и времени у психиатрических пациентов. Предметом исследования феноменологических психиатров является качество психопатологических феноменов у каждого психически больного пациента, которые невозможно представить количественно. Клиническим примером использования методов феноменологической психиатрии может служить опыт наблюдения за комбатантами с ПТСР, которые часто теряли ориентировку на вокзале в родном городе и не могли добраться домой без посторонней помощи после участия в боевых действиях. При исследовании с помощью теста Роршаха у них наблюдалось патологическое восприятие таблиц в виде взрывов, пробоин от пуль и снарядов, окровавленных тел. Выявлялось искажение времени: при тестировании «линии времени» пациенты с ПТСР крутились на месте и не могли определить векторы «прошлого» и «будущего». Deskриптивная диагностика позволяет оценить подобные состояния как синдром деперсонализации-дереализации.

Описательная (deskриптивная) психиатрия

Как отмечено в Оксфордском толковом словаре по психологии [17] «Описательная психиатрия – термин, обычно употребляемый для обозначения любой системы психиатрической диагностики, основывающейся на относительно простом описании явных внешних симптомов. Обычно противопоставляется динамическим школам, в которых диагностика основывается на внутренних, скрытых психических фактах».

Этот термин имеет негативные коннотации. Коннотация (позднелат. *connotatio*, от лат. *con* – вместе и *noto* – отмечаю, обозначаю) – это дополнительный оттенок значения слова (по отношению к исходному, словарному значению), который обусловлен ассоциативно-образным представлением об обозначаемом предмете. Негативная коннотация – это, соответственно, отрицательный оттенок значения слова, обозначает диагностическую практику, осно-

ванную на регистрации явных и очевидных внешних симптомов психического расстройства или нарушения поведения. В действительности такой метод диагностики используется редко и лишь относительно таких болезненных состояний, в которых пациенты недоступны контакту или контакт с ними в силу психического расстройства сильно ограничен, то есть при изучении острых психотических состояний, например, онейроида, кататонического синдрома, а также слабоумия и эпилептических припадков. Собственно, описательная психиатрия никем из клиницистов не выделяется в качестве самостоятельной. На самом деле, по их мнению, существует общепризнанная и имеющая давние традиции клиническая психиатрия, использующая всё многообразие доступных в настоящее время методов изучения психических расстройств, страдающих ими пациентов и различных обстоятельств их существования от момента зачатия и до последнего времени.

Дескриптивная психиатрия имеет свои теоретические обоснования в структурализме. Структурализм (от лат. structure – строение, расположение, порядок) – направление и интеллектуальное движение в философско-гуманитарном познании 1950–70-х годы XX века, базирующееся на выявлении структуры – устойчивых многоуровневых самовоспроизводящихся связей и свойств объекта, системы.

Современная философия понимает структуру, как совокупность устойчивых внутренних связей объекта как целого и тождественного самому себе, а учение структурализма объясняет мир с помощью понятия «структура». Отечественное учение о симптомах и синдромах психических заболеваний А.В.Снежневского (1983) соотносят с направлением структурализма «русским формализмом» (Якобсон, Трубецкой, Лотман). Выделяют следующие отличительные черты структурализма:

- безличная логика;
- порядок;
- целостность;
- сложный ансамбль;
- органическое единство.

Таким образом, структурализм – это научная методология вместе с общим комплексом мировоззренческих представлений. Для структурализма характерны ясность и общность методологической программы, очевидная даже в процессе ее размывания.

Постструктурализм существовал скорее, как общее пространство полемики, нежели как общность программ, и зависел от структурализма как объекта критики или отрицания. Структурализм содействовал видоизменению феноменологии в ее французской версии и стимулировал к поиску взаимодействия объясняющих стратегий с понимающими; он также давал поводы, особенно после работ М.Фуко, для плодотворной полемики с Франкфуртской школой.

Важнейшие методологические положения отечественной теории классического психиатрического диагноза сводятся к следующему:

1. Ведущий симптом в рамках определенного синдрома обрастает «созвездием» других симптомов (обязательных, дополнительных, факультативных), характерных для данного случая заболевания или его варианта, что отражает особенности патогенеза и патокинеза болезни. Так, мизофобия (навязчивый страх заражения) довольно быстро «обрастает» навязчивыми влечениями, сложными ритуалами мытья рук, предохранения от заражения и подавленным настроением. Следовательно, структуру необходимо рассматривать структурно-динамически. При таком рассмотрении становится очевидной трансформация качества синдрома обсессивного в качество синдрома обсессивно-компульсивного.

2. Любой нозологической форме присущи определенные синдромы и основные закономерности их смены, что характеризует психопатологический стереотип развития заболевания. Каждой самостоятельной нозологической единице присущ свой синдромотаксис. Так, для невротозов характерен набор невротических синдромов и исключаются бред и галлюцинации. Последние могут быть при шизофрении, при которой не наблюдается судорожного синдрома.

3. Каждый синдром при конкретной болезни имеет некоторую специфичность клинической структуры и течения, связанную с ее патогенетическими особенностями. Так, депрессия при биполярном аффективном расстройстве характеризуется суточными колебаниями настроения с улучшением к вечеру, витальной тоской и т. д., тогда как для депрессии при невротических расстройствах характерны ситуационные колебания настроения, кататимность переживаний и т. д.

4. Структура и течение синдромов модифицируются индивидуальными особенностями больного при сохранении общего стереотипа синдромокинеза и синдромотаксиса. Даже при делирии на начальных этапах храбрый человек пытается бороться с галлюцинаторными образами и сохраняет к ним критическое отношение.

Таким образом, историческая парадигма клинической психиатрии зиждется на феноменологической и структурной методологиях. В этих парадигмах прослеживается в большей или в меньшей степени гиппократовский принцип лечения не «болезни», а «больного». Современная индустриализация медицины привела к смене парадигмы с появлением «клинической эпидемиологии» и «доказательной медицины».

ДМ представляет собой интеграцию оптимальных аргументов науки с клиническим опытом и потребностями пациента. Она является детальным и рациональным использованием наилучших достижений современности в процессе принятия решений при

лечении пациентов. При этом используются только те аргументы, которые получены из систематических обзоров. Основы ДМ заключаются в клинически значимых исследованиях, учитывающих интересы больного. Следствием подтверждений становятся достоверность и точность тестов диагностирования и осмотров, важность показателей прогнозов, эффективность и безопасность терапии, реабилитации и профилактики.

Методологической ошибкой является рассмотрение отдельных клинических случаев психической патологии на основе исключительно количественных показателей. Правомерным является рассмотрение количественных парадигм психиатрии, с использованием концепции «социальной психиатрии».

Социальная психиатрия и принципы доказательной медицины

В настоящее время одним из приоритетных направлений в психиатрии признается изучение ее социальных аспектов. Как предмет научных знаний и практической деятельности, социальная психиатрия остается недостаточно изученной и спорной дисциплиной.

М.М.Кабанов [13] отмечал, что проблемы социальной психиатрии настолько тесно увязаны с проблемами клинической психиатрии, что граница между ними весьма условна. Однако И.Н.Гурвич [7] подчеркивал, что социальная психиатрия имеет свой, присущий только ей предмет исследования и практических действий, заключающийся в анализе психического здоровья отдельных групп населения в связи с социальными условиями их жизнедеятельности.

Зарубежные и отечественные психиатры высказывают разные точки зрения на предмет социальной психиатрии, ее задачи и методы. По мнению известного английского ученого А. Leighton, предмет социальной психиатрии определяют пять основных положений:

1) социальная психиатрия ориентируется на общности людей;

2) социальная психиатрия ориентируется на социокультурные процессы в обществе и конструктивно использует их при оказании помощи психически больным;

3) социальная психиатрия ответственна в большей мере перед обществом и его институтами, нежели перед конкретным пациентом;

4) социальная психиатрия привносит клинические знания в стратегически важные структуры социальной системы общества;

5) социальная психиатрия привносит в клиническую психиатрию знания общественных наук о поведении человека.

Швейцарский психиатр L. Ciompi рассматривает социальную психиатрию как «часть общей

психиатрии, которая понимает и лечит пациента в пределах, а также вместе с его социальным окружением» [11].

Т.Б.Дмитриева и Б.С.Положий [10] дали следующее определение социальной психиатрии: «Социальная психиатрия представляет собой самостоятельный раздел психиатрии, изучающий социальные аспекты психических заболеваний. К ним относятся такие, как влияние социальных, культуральных, этнических и экологических факторов на психическое здоровье; связь этих факторов с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии». Социальная психиатрия включает в себя не только эмпирическую науку, базирующуюся на социологии, но и терапевтическую практику, главной целью которой является сохранение психического здоровья и интеграция психически больных в социум.

В задачи социальной психиатрии, по мнению Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего [10], входят:

- влияния макросоциальных факторов на психическое здоровье;

- влияния микросоциальных факторов на психическое здоровье;

- возрастные особенности влияния социальных факторов на психическое здоровье;

- сравнительное изучение психического здоровья и психических расстройств в различных этносах и культурах;

- влияние экологических факторов на психическое здоровье;

- изучение психического здоровья и психических расстройств у представителей различных социально-профессиональных групп населения;

- изучение роли социальных факторов в формировании и течении отдельных форм психических расстройств;

- исследование механизмов формирования, клиники и динамики психических расстройств, обусловленных социальным стрессом;

- изучение психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций;

- изучение роли социальных факторов в формировании деструктивного поведения;

- изучение роли социальных факторов в формировании общественно опасного поведения психически больных;

- изучение возможностей социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психических расстройств;

- изучение социальных последствий психических заболеваний;

- разработка систем социальной поддержки психически больных, программ охраны и укрепления психического здоровья населения.

Важным направлением социальной психиатрии является изучение отношения общества к психически больным и разработка методов психиатрического просвещения населения:

а) изучение социальных последствий пребывания психически больных людей среди здоровых (для психически больных и для общества в целом);

б) изучение возможностей социальных воздействий в профилактике психических расстройств, терапии и реабилитации психически больных;

в) развитие и совершенствование организационных форм и методов социальной помощи психически больным;

г) изучение отношения общества к психически больным и проведение программ, направленных на дестигматизацию.

Следует отметить, что перечислены отнюдь не все, а лишь некоторые, задачи социальной психиатрии.

Социальная полноценность индивида определяется не только его биологическим состоянием и личностной оценкой. Во многом ее восприятие зависит от социальных отношений и культуры, сформировавшейся в стране. По определению ВОЗ: «Психическое здоровье – это одна из составляющих общего здоровья человека. Под психическим здоровьем понимают такое состояние индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные (с учетом этнокультурных критериев) формы поведения». В традиционной национальной русской культуре существовало иное, чем в Западной Европе отношение к душевно больным. Под влиянием Православия было принято «жалеть» и оберегать «убогих и нищих» сограждан.

Ведущей задачей социальной психиатрии является экспертиза психического здоровья человека в аспекте его социальной адаптации. В социальной психиатрии нормоцентрический подход противопоставляется нозоцентрическому подходу клинической психиатрии. При нормоцентрическом подходе существенное значение приобретают способы ранней диагностики психических заболеваний – доболезненных, «донозологических» проявлений психических расстройств, которые современные клинические дименсиональные классификации просто игнорируют. Оценка состояния психосоматического здоровья, как свидетельствует наша практика, возможна при использовании традиционных или неконвенциональных способов диагностики, при которых предлагаются соответствующие способы и методы лечения.

Методологическая проблема возникает на путях ДМ, понимаемой некорректно, то есть только количественно, она устраняется при использовании качественной категории «меры».

По нашему мнению, интегральной частью социальной психиатрии может стать клиническая эпидемиология [20, 24]. Клиническая эпидемиология (Clinical epidemiology) – это наука, позволяющая осуществлять прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни в аналогичных случаях с использованием строгих научных методов изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов. Цель клинической эпидемиологии – разработка и применение таких методов клинического наблюдения, которые дают возможность делать справедливые заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок. В этом заключается важнейший подход к получению информации, необходимой врачам для принятия правильных решений.

Термин «клиническая эпидемиология» произошел от названий двух «родительских» дисциплин: клинической медицины и эпидемиологии. Эта наука «клиническая», потому что стремится ответить на клинические вопросы и рекомендовать клинические решения, основанные на самых надежных фактах.

Выделяются следующие основные положения клинической эпидемиологии:

1) в большинстве случаев диагноз, прогноз и результаты лечения для конкретного больного однозначно не определены и потому должны быть выражены через категорию вероятности;

2) эти вероятности для конкретного больного лучше всего оцениваются на основе предыдущего опыта, накопленного в отношении групп аналогичных больных;

3) поскольку клинические наблюдения проводятся на свободных в своем поведении больных, и делают эти наблюдения врачи с разной квалификацией и собственным мнением, результаты могут быть подвержены систематическим ошибкам, ведущим к неверным заключениям;

4) любые наблюдения, и клинические в том числе, подвержены влиянию случайности;

5) чтобы избежать неверных выводов, врачи должны полагаться на исследования, основанные на строгих научных принципах, с использованием методов минимизации систематических ошибок и учета случайных ошибок.

Главная цель клинической эпидемиологии – внедрять методы клинического наблюдения и анализа данных, обеспечивающие принятие верных решений. При количественных исследованиях используются такие понятия, как сравнение, систематическая ошибка, случайная ошибка, достоверность и обобщаемость, качественная оценка клинической информации.

В клинической эпидемиологии уделяется особое внимание достоверности медицинской информации. Центр «Доказательной медицины» в Оксфорде, предлагает следующие критерии достоверности медицинской информации:

- высокая достоверность – информация основана на результатах нескольких независимых клинических испытаний с совпадением результатов, обобщенных в систематических обзорах;

- умеренная достоверность – информация основана на результатах, по меньшей мере, нескольких независимых, близких по целям клинических испытаний;

- ограниченная достоверность – информация основана на результатах одного клинического испытания;

- строгие научные доказательства отсутствуют; клинические испытания не проводились – некое утверждение основано на мнении экспертов.

Н.А.Зорин [12] говорит о неадекватности претензий клинической эпидемиологии на «прогнозирование для каждого конкретного больного» и разделяет понятия клиническая эпидемиология и ДМ.

Доказательный подход к медицинской практике подразумевает использование лечебных, профилактических и диагностических действий с доказанной эффективностью, что предполагает поиск информации, сравнение, проведение исследований и мета-анализов. Эффективность доказывается не собственным опытом или личным мнением.

В узком понимании подразумевается такой способ медицинской практики отдельного врача, когда он использует в своей работе только то, что имеет качественную доказательную базу эффективности (к этому не относится собственный опыт и личное мнение, они ставятся на последнее место – когда всё доказанное кончилось или случай неординарный, тогда и личный опыт подойдет). Ясно, что объективность сама по себе субъективна, особенно в медицине, но личный опыт субъективнее всего

остального, поэтому к нему так и относятся. Подход к лечению только на основе опыта и впечатлений называется «импрессионистская медицина».

Клиническая эпидемиология и ДМ являются технологией здравоохранения и лечебного дела – «это основа совокупности технологий здравоохранения, направленная на сохранение численности и здоровья больших популяций – на сохранение вида». Следовательно, в ДМ преодолеваются количественные показатели клинической эпидемиологии и возникает новое качество персонализирующих решений с учётом культуральной приемлемости и социальной оценки медицинского вмешательства.

На основе методологии различий социальной и клинической психиатрии мы предлагаем следующие практические рекомендации с использованием принципов ДМ и персонализированной медицины. В тех случаях, когда клинический случай типичен по диагностическим критериям следует использовать подходы ДМ. При значительных индивидуальных вариациях и коморбидных состояниях следует использовать весь опыт клинической психиатрии для эффективной помощи пациенту. При этом возникает риторический вопрос: когда психиатрия из науки становится искусством?

Таким образом, клиническая и социальная психиатрия имеют свою методологию, направленную на эффективную и экономически обоснованную стратегию помощи конкретному больному и популяции в целом. Противопоставление клинической и социальной психиатрии, качественных и количественных методов находит своё разрешение в объединении и последовательном использовании методологии, как ДМ, так и традиционных клинических технологий и врачебного опыта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 2004. 135 с.
2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М.: Медиа Сфера, 2001. 392 с.
3. Власов В.В. Эпидемиология. Учебное пособие для вузов. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 464 с.
4. Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010. 638 с.
5. Габзатель фон В.Э. Мир компульсивного. Режим доступа: www.Medcollegelib.ru. 21.01.2018. Раздел 13-15. С. 1-21.
6. Генон Р. Кризис современного мира. Пер. с франц. М., Эксмо, 2008. 784 с.
7. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб: Изд. СПбГУ, 1999. 1023 с.
8. Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология / Пер. с нем. Д.В.Скляднева. СПб. 2004.
9. Давтян У.Н. О психиатрической терминологии, операциональных определениях и менеджменте // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. № 2. С. 40–44.
10. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Руководство по социальной психиатрии // Медицинское информационное агентство, 2009. 544 с.
11. Зозуля Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 224 с.
12. Зорин Н.А. О всё более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения // Пластическая хирургия и косметология. 2014. № 3. С. 437–496.
13. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
14. Касавин И.Т. Энциклопедия эпистемологии и философии науки. М.: Канон+, Реабилитация, 2009. 1248 с.
15. Марков Б.В. Философская антропология: очерки истории и теории. СПб: Издательство «Лань», 1997. 384 с.
16. Минковский Э. Le Temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologique (1933, Delachaux), Ed.: PUF-Quadrige, 1995.
17. Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А.Ребера, 2002 г. (Режим доступа: www.вокабула.рф 25.01.2018 г.)
18. Парнес Е.Я. Методические указания по проведению практических занятий по доказательной медицине для студентов лечебного факультета (для преподавателей). М.: МГМСУ 2011, 30 с.
19. Петров В.И., Недогада С.В. Медицина, основанная на доказательствах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 144 с.
20. Психосоматическая антропология: теория и практика / Под ред. Ф.В.Лазарев, О.Г.Сыропятов, С.С.Яновский. Симферополь: Н.Орианда, 2012. 152 с.
21. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера, 2002, 2003, 2006. 312 с.
22. Рекомендации по подготовке научных медицинских публикаций. Сборник статей и документов / Под ред. С.Е. Башинского, В.В. Власова. М.: Медиа Сфера, 2006. 464 с.
23. Савенко Ю.С. Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии. Проблемный доклад // Независимый психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 11–15.

24. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М., 1998.
25. Штраус Э. Geschehnis und Erlebnis. В., 1930; Psychologie der menschlichen Wit. Gesammelte Schriften. В., 1960.
26. Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика,

1997. 1056 с.
27. Fletcher R.H. Clinical medicine meets modern epidemiology and both profit // Ann. Epidemiol. 1992. Vol. 2. P. 325–333.
28. Sackett D.L. et al. Evidence based medicine: what it is and is not // Br. Med. J. 1996. Vol. 312. P. 71–72.

МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, С.А. Игумнов, С.С. Яновский, Т.С. Яновский

В статье рассматриваются методологические и философские основы и различия клинической и социальной психиатрии в аспекте их единства и совмещения для более эффективного диагностического и лечебного процесса, понимаемого как «доказательная медицина». По мнению авторов необходимо рассматривать методологию социальной

психиатрии как через категорию «общее», а клинической психиатрии как «особенное» и «единичное» на этапах клинической работы.

Ключевые слова: социальная психиатрия, клиническая психиатрия, доказательная медицина, методология.

METHODOLOGY OF CLINICAL AND SOCIAL PSYCHIATRY

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaya, S.A. Igumnov, S.S. Yanovskiy, T.S. Yanovskiy

The article considers methodological and philosophical basic principles and differences of social and clinical psychiatry in the aspect of their unity and combination for more effective diagnostic and treatment process, understood as “evidence-based medicine”. In the authors’ view methodology

of social psychiatry should be considered as general, and methodology of clinical psychiatry as particular and singular during phases of clinical work.

Keywords: social psychiatry, clinical psychiatry, evidence-based medicine, methodology.

Сыропятов О.Г. – доктор медицинских наук, профессор, независимый исследователь

Дзеружинская Н.А. – доктор медицинских наук., профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Игумнов С.А. – доктор медицинских наук., профессор, заведующий отделением клинической психофармакологии отдела клинической наркологии Научно-исследовательского института наркологии - филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры клинической психологии Института психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Минск, Беларусь, igumnov.s@serbsky.ru

Яновский С.С. – кандидат медицинских наук, руководитель амбулаторного психосоматического отделения ООО «Клиника Генезис», Симферополь, Республика Крым, Россия

Яновский Т.С. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Медицинской академии Крымского федерального университета (КФУ), Республика Крым, Россия