

Министерство здравоохранения РФ
Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Высшая школа методологии
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(кафедра клинической психологии и психологической помощи)

Региональная научно-практическая конференция

**«МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА»**
(8-9 октября 2015 года)

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Конференция проведена при финансовой поддержке
Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург

2015

Медицинская психология в системе здравоохранения региона : материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга. 8 – 9 октября 2015 г. / под редакцией А.Н. Алёхина. – СПб.: издательство «Трактат», 2015. – 257 с.

В сборнике представлены материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга «Медицинская психология в системе здравоохранения региона» (8-9 октября 2015 г., Высшая школа методологии). Сборник содержит тезисы докладов, представленных на конференции ведущими специалистами в области медицинской психологии, психиатрии и психотерапии, а также документы, регламентирующие профессиональную деятельность медицинского психолога в системе здравоохранения и материалы по аттестации специалистов.

*Сборник материалов конференции опубликован
при финансовой поддержке
Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга*

© Авторы статей, 2015

© Алёхин А.Н. (ред.), 2015

© Высшая школа методологии, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие: к участникам конференции.....	6
Введение.....	9
Резолюция Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга: «Медицинская психология в системе здравоохранения региона».....	24
Раздел 1. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинского психолога в учреждениях здравоохранения.....	26
Приказ «О главных внештатных специалистах министерства здравоохранения РФ».....	26
Положение о главном внештатном специалисте по медицинской психологии комитета по здравоохранению.....	27
Номенклатура психологических услуг в здравоохранении.....	31
Квалификационные характеристики специалиста «медицинского психолога».....	32
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере оказания медицинской и социальной помощи детям.....	34
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере восстановительной медицины и реабилитации.....	37
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере оказания специализированной помощи лицам с неврологическими заболеваниями.....	38
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями.....	42
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в многопрофильных стационарах и амбулаторно-поликлинической сети.....	45
Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в обеспечении психологической и психотерапевтической помощи.....	51

Раздел 2. Актуальные проблемы медико-психологической практики (тезисы докладов участников конференции).....	58
Алёхин А.Н. Медицинская психология поле практики и задачи научной дисциплин.....	58
Соловьёва С.Л. Задачи клинического психолога в соматической клинике.....	73
Парцерняк С.А. Психологическая помощь в аспекте интегративного подхода к диагностике и лечению заболеваний..	89
Мухамедрахимов Р.Ж. Актуальные медико-психологические проблемы в педиатрии.....	95
Малкова Е.Е. Основные направления и организация деятельности подразделений психологического сопровождения гериатрической службы.....	98
Исаева Е.Р. Задачи медицинского психолога в системе нейрореабилитации.....	107
Кулаков С.А. Задачи клинического психолога в реабилитации наркозависимых.....	114
Защиринская О.В. Актуальные направления медико-психологической работы в системе школьного образования.....	120
Юсупов В.В. Медико-психологическое сопровождение адаптации военнослужащих.....	125
Рыбников В.Ю., Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В. Стрессовые реакции населения радиоактивных загрязненных территорий после аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде.....	134
Бочаров В.В. Актуальные проблемы клинической психодиагностики.....	141
Смирнова Т.Г. Актуальные вопросы судебно-психологической экспертизы.....	142
Курпатов В.И. Значение и роль медицинского психолога в системе оказания психотерапевтической помощи.....	153
Алёхин А.Н. Психотерапия: психологическая терапия или целительство души?.....	160
Винокур В.А. Балинтовские группы в системе подготовки медицинских психологов.....	163
Алёхин А.Н., Чернорай А.В. Объяснение и понимание психологии в профессиональной подготовке специалистов.....	167

Раздел 3. Актуальные проблемы аттестации медицинских психологов.....	174
Приложения.....	214
Приложение 1. Типовые должностные инструкции и нормативные документы.....	214
Приложение 2. Типовые психодиагностические заключения.....	244

ПРЕДИСЛОВИЕ

К участникам конференции

Медицинская психология в качестве профессиональной деятельности специалистов является элементом системы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых медицинскими учреждениями, и отнюдь не случайно психологическая работа включена в состав перечня услуг, оказываемых населению.

Как научная дисциплина, медицинская психология генетически связана с физиологией и патологией, она сформировалась в рамках естественно-научного подхода к изучению функций организма человека, в частности высших психических функций – их формирования, развития, нарушений в результате заболевания или травмы. Вся история медицинской психологии связана с именами таких выдающихся медиков, как И.М. Сеченов, И.П. Павлов, А.А. Ухтомский, В.М. Бехтерев, П.К. Анохин в России, В. Вундт, Э. Кречмер, П. Жане, З. Фрейд, В. Райх и многие другие в Европе. Не случайно сам предмет медицинской психологии содержит в себе такие традиционные для медицины разделы, как диагностика, терапия, коррекция, профилактика и реабилитация.

Как учебная дисциплина высшего профессионального образования медицинская, с 2000 года (из-за наивного желания интеграции в европейское образовательное пространство) переименованная в клиническую психологию, существует чуть больше полувека. А массовая подготовка соответствующих специалистов берёт своё начало только с 2005 года. К сегодняшнему дню, однако, уже по меньшей мере 10 лет высшие учебные заведения страны готовят соответствующих специалистов для работы в учреждениях образования, здравоохранения, социального обеспечения, в силовых ведомствах, и эти специалисты трудятся в сфере оказания психологической помощи людям.

Печалит тот факт, что опрометчивое откомандирование медицинской психологии в тень гуманитарного университетского образования немало способствовало выхолащиванию её научного характера и, как следствие, практической направленности. Медицинская психология всё больше уподобляется умозрительному мудрствованию, где множество школ, подходов и методик. На то есть объективные и субъективные причины. Нам приходится лишь примириться с тем, что в результате 5-летнего обучения выпускник психологического факультета хоть и знает много занимательных вещей, зачастую не представляет: где и как применить эти разнообразные теории личности, теории психосоматики, теории психодиагностики, теории психотерапии.

Как бы то ни было, но профессия «медицинский психолог» есть, законные условия для деятельности этого специалиста в обществе созданы, и новые когорты специалистов готовятся к работе. И сегодня уже актуальной задачей становится формирование профессионального сообщества клинических психологов, своеобразного цеха специалистов, такого неформального их объединения, которое позволило бы практикам обмениваться опытом, обсуждать насущные клинические, организационные, научные аспекты профессиональной деятельности. Профессиональная организация специалистов позволила бы всем нам рефлексировать свою работу, чётче идентифицировать себя и свою роль в лечебном процессе. Такая организация необходима и для того, чтобы совместными усилиями развивать теорию и практику медицинской психологии, передавать свой опыт молодёжи, наконец, артикулировать свои интересы и потребности.

Хотелось бы, чтобы организуемая нами конференция послужила «камнем в основании» такого сообщества. Мы планируем предоставить слово ведущим специалистам, руководителям учреждений здравоохранения, психологам-учёным и психологам-практикам и обсудить совместно перспективы развития медико-психологической службы, её актуальные

задачи и необходимые решения. Наконец, у нас есть прекрасная возможность познакомиться и завязать профессиональные и дружеские отношения.

С уважением,

Алёхин А.Н.

доктор медицинских наук профессор,

главный внештатный специалист по медицинской психологии комитета по здравоохранению Санкт Петербурга.

ВВЕДЕНИЕ

Первая региональная научно-практическая конференция медицинских (клинических) психологов «Медицинская психология в системе здравоохранения региона» состоялась 8 и 9 октября 2015 года в Высшей школе методологии (по адресу: Санкт-Петербург, ул. Достоевского 19/ 21 лит. Б) и была приурочена к отмечаемому 10 октября Всемирному дню психического здоровья.

Целью проведения конференции явилось объединение профессионального сообщества медицинских психологов и поиск решений актуальных проблем медико-психологической практики в системе здравоохранения на основании обмена профессиональным опытом специалистов, профессионального общения и других форм коллективной работы (заслушивание докладов, дискуссия, работа в рамках круглых столов).

Актуальность проведения конференции была продиктована необходимостью поиска решений целого ряда противоречий и проблем медико-психологической практики в современных условиях модернизирующегося здравоохранения, недостатком организационных предпосылок для продуктивного профессионального общения специалистов в поиске путей их преодоления.

Конференция явилась первым научно-практическим форумом, проводимым в Санкт-Петербурге, в задачу которого входило объединение и обеспечение эффективного профессионального взаимодействия специалистов — медицинских психологов, работающих в учреждениях здравоохранения, а также решающих медико-психологические задачи в системе образования и социальной помощи населению. По сути, конференция явилась первой конференцией медицинских психологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области и тем самым создала условия для большей профессиональной сплоченности (в частности, формирования

профессионального объединения медицинских психологов), обмена опытом, поиска решений актуальных проблем и определения перспектив совершенствования работы медицинских психологов региона. Конференция имела отчетливую практическую направленность и позволила осветить наиболее острые проблемы в работе медицинских психологов в системе здравоохранения в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Потребность в проведении конференции специалистов – медицинских психологов в рамках представительного форума назрела давно. Психологические услуги включены в перечень медицинских услуг и в стандарты оказания медицинской помощи, высшие учебные заведения ежегодно осуществляют выпуск специалистов-клинических психологов, ряд профильных образовательных и научно-исследовательских учреждений осуществляет профессиональную переподготовку и курсы профессионального совершенствования медицинских психологов.

Вместе с тем работа медицинских психологов в учреждениях здравоохранения, социальной защиты, в образовании, в других ведомственных учреждениях нуждается в прояснении как по вопросам нормативно-правовых оснований, так и в части содержания профессиональной деятельности, её актуальных задач и средств их решения, методического обеспечения технологий психологического сопровождения диагностических, лечебно-реабилитационных, психопрофилактических мероприятий. Обсуждению этих вопросов и была посвящена работа конференции.

Повестку конференции составило обсуждение актуальных медико-психологических проблем в сфере обеспечения диагностического, лечебно-восстановительного, реабилитационного процессов в системе здравоохранения, определение перспективных направления развития медицинской психологии как сферы практики, вопросы нормативно-правового обеспечения профессиональной деятельности медицинских психологов.

В конференции приняли участие главные внештатные специалисты Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по профильным направлениям (медицинская психология, психотерапия, психиатрия, наркология), руководители образовательных учреждений и подразделений вузов, ведущих профессиональную подготовку и переподготовку по специальности «клиническая (медицинская) психология», руководители профильных научно-исследовательских учреждений и учреждений здравоохранения, ведущие специалисты в области медицинской психологии и смежных областях науки и практики, медицинские психологи учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи населению.

В организации конференции приняли непосредственное участие главные внештатные специалисты Комитета по здравоохранению: профессор Алёхин А.Н. (по медицинской психологии, назначен приказом Председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 170-12 от 24.06.2015), профессор Софронов А.Г. (по психиатрии и наркологии), профессор Курпатов В.И. (по психотерапии).

О проведении конференции были проинформированы: руководители всех бюджетных и казенных учреждений здравоохранения, в штате которых предусмотрены ставки медицинских психологов, руководители профильных научно-исследовательских центров, руководители образовательных учреждений и подразделений вузов, осуществляющих подготовку по направлению «клиническая психология», ведущие специалисты города и области.

Для информирования о ходе подготовки и работы конференции, а также для предварительной регистрации потенциальных участников был создан сайт конференции (www.psycho.gb15.ru).

В работе конференции приняли участие более 250 специалистов.

Программа конференции включала три части, разделенные на два дня конференции:

- первый день работы конференции – пленарное заседание с выступлениями ведущих специалистов,
- второй день конференции – тематические рабочие совещания в формате круглых столов и подведение итогов конференции (заслушивание отчетов руководителей круглых столов, свободные выступления и дискуссия, обсуждение резолюции конференции).

В первой части конференции (8 октября 2015; 9.00-15.00) было проведено пленарное заседание «Актуальные проблемы оказания психологических услуг в учреждениях здравоохранения». В выступлениях ведущих учёных, специалистов и организаторов здравоохранения, прозвучавших в рамках пленарного заседания, был поднят широкий круг вопросов, касающихся профессиональной деятельности специалистов – медицинских психологов, форм их деятельности в работе как специализированных медицинских учреждений, так и многопрофильных скоропомощных стационаров, детских лечебных и специализированных учреждений, в психологической реабилитации участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Ведущими специалистами были представлены следующие доклады:

- **Бочаров Виктор Викторович** (кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психологической диагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций Санкт-Петербургского государственного университета) «Современное состояние клинической психодиагностики».
- **Винокур Владимир Александрович** (доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова) «Балинтовские группы в системе подготовки медицинских психологов».

- **Защиринская Оксана Владимировна** (доктор психологических наук, доцент, доцент кафедры педагогики и педагогической психологии Санкт-Петербургского государственного университета) «Актуальные направления медико-психологической работы в системе школьного образования».
- **Исаева Елена Рудольфовна** (доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова) «Задачи медицинского психолога в системе нейрореабилитации».
- **Кулаков Сергей Александрович** (доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по реабилитации МАУЗ «Центр Бехтерев») «Задачи клинического психолога в реабилитации наркозависимых».
- **Курпатов Владимир Иванович** (доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по психотерапии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор Санкт-Петербургского медико-социального института) «Значение и роль медицинского психолога в системе оказания психотерапевтической помощи».
- **Мухамедрахимов Рифкат Жаудатович** (доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей Санкт-Петербургского государственного университета) «Актуальные медико-психологические проблемы в педиатрии».
- **Парцерняк Сергей Александрович** (доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Городская больница №15») «Психологическая помощь в аспекте интегративного подхода к диагностике и лечению заболеваний».
- **Рыбников Виктор Юрьевич** (доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС

России) «Стрессовые реакции населения радиоактивно загрязненных территорий после аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде».

- **Смирнова Татьяна Геннадьевна** (старший психолог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6», старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций Санкт-Петербургского государственного университета) «Актуальные вопросы психологической экспертизы».

- **Соловьёва Светлана Леонидовна** (доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова) «Задачи клинического психолога в соматической клинике».

- **Софронов Александр Генрихович** (доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по психиатрии и наркологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова): «Задачи медико-психологического сопровождения лечения и реабилитации психически больных».

В своем докладе профессор **Софронов А.Г.**, освещая задачи и перспективы модернизации системы оказания психиатрической помощи в современных условиях, подчеркнул, что её развитие и совершенствование неизбежно предполагает смещение акцентов в организации лечебно-профилактических мероприятий от стационарных форм к формам амбулаторным. Современные средства фармакотерапии сводят к минимуму необходимость длительного пребывания больных в условиях стационара. Более того, длительные госпитализации нецелесообразны в аспекте возможностей реабилитации больных, их социальной адаптации. Следовательно, именно в амбулаторной сети, в психоневрологических диспансерах должна вестись курация хронически больных, и здесь роль специалистов: клинических психологов и социальных работников

приобретает вполне самостоятельный характер. А это, в свою очередь, требует серьёзных научно-методических проработок для обоснования технологий психологического сопровождения лечения и реабилитации больных. Та диагностическая работа, которая традиционно представляется основной формой деятельности медицинских психологов, – патопсихологическая диагностика постепенно утрачивает своё значение в современных условиях, в то время как актуальность задач психологической коррекции нарушений поведения больных, предупреждение их стигматизации, создание условий для социальной реабилитации непрерывно растёт.

Главный внештатный специалист по психотерапии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга профессор **Курпатов В.И.** осветил современные формы оказания психотерапевтической помощи населению, в которых главную роль теперь играют многопрофильные бригады специалистов, включающие в свой состав врачей, психологов, социальных работников, средний медицинский персонал. Особое внимание он уделил вопросам экономической эффективности психотерапевтической помощи. Это и своевременное выявление лиц с психическими расстройствами, и предупреждение хронификации расстройств и инвалидизации больных. В то же время наблюдающаяся экспансия в психотерапию специалистов немедицинского профиля сильно затрудняет эту работу. В соответствии с принятым законодательством, психотерапия является видом медицинской практики, что не исключает участия клинических психологов в психотерапевтической работе. И именно организация её в форме работы мультидисциплинарных бригад снимает это мнимое противоречие.

Профессор **Рыбников В.Ю.** – заместитель директора Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова в своём докладе осветил работу психологической службы МЧС, рассказал о ее организации, задачах клинических психологов при оказании помощи пострадавшим на местах и в отдалённом периоде, при оказании помощи и

при психологической реабилитации ликвидаторов чрезвычайных ситуаций и катастроф. Сейчас, по прошествии 30 лет со дня Чернобыльской катастрофы, психологические аспекты состояния здоровья населения на заражённых территориях проступают со всей очевидностью. И обеспечение психологической реабилитации населения этих территорий становится актуальной задачей клинических психологов.

В своём докладе профессор **Соловьёва С.Л.** обобщила опыт работы клинического психолога в клинике внутренних болезней. Этот опыт показывает, что психологические реакции больных зачастую неправомерно трактуются в качестве психопатологических состояний, в то время как они представляют собой разнообразные формы адаптации к новым условиям жизнедеятельности, связанным с болезнью. Психологическая коррекция таких состояний является средством выбора и зачастую намного эффективнее и более оправдана, нежели медикаментозная терапия псевдопсихопатологических состояний.

Профессор **Мухамедрахимов Р.Ж.** остановился на современных научных представлениях о значении болезненных состояний для психического развития детей, о важности психологического сопровождения при их госпитализации, диагностических мероприятиях, лечении. Психологическое сопровождение больных детей является необходимым звеном психопрофилактики возможных нарушений их психического развития в результате пережитых эмоциональных реакций, обусловленных непривычной обстановкой больницы и разлучением с родителями.

Заведующая кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова **Исаева Е.Р.** поставила вопрос о технологиях нейрореабилитации при осложнениях сосудистых заболеваний. Несмотря на то что клинические психологи включены в штатную структуру реабилитационных центров, методическое оснащение их работы существенно отстало от потребностей практики и нуждается в

совершенствовании. К тому же, нейропсихология постепенно становится самостоятельной психологической дисциплиной, а следовательно, специалисты, работающие в этой сфере, нуждаются в дополнительном профессиональном образовании для приобретения современных научных знаний и освоения эффективных технологий работы с больными.

Профессор **Винокур В.А.** выступил с обобщением опыта зарубежных специалистов по организации профессионального общения психологов в формате Балинтовских групп, указав на их отличие от разнообразных форм супервизии, практикуемых в психологических сообществах. Такая форма сотрудничества представляется перспективной для профессионального объединения практикующих специалистов в интересах обмена опытом, профессионального роста и личностного развития.

Руководитель лаборатории клинической психологии и психологической диагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева **Бочаров В.В.** в своем докладе подчеркнул, что используемый психодиагностический инструментарий зачастую не отвечает требованиям, предъявляемым к современным методикам психодиагностики, и выбор соответствующих средств всё чаще нуждается в тщательном обосновании. Такая работа по адаптации и валидации психодиагностических методик проводится во всём мире, и эту задачу предстоит решать, дабы избежать необоснованных диагностических заключений и ошибок в работе.

С докладом о проблемах участия специалистов-клинических психологов в проведении судебной экспертизы выступила **Смирнова Т.Г.** – старший психолог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6». Она осветила новые тенденции в судебно-психологической практике, указав на появление новых задач для такой экспертизы, в частности экспертизы по делам семьи. Особый интерес у участников вызвали вопросы оценки квалификации эксперта-психолога, этических норм регуляции его деятельности, особенно в связи с нашумевшими в прессе случаям

неквалифицированных экспертных заключений, имевших тяжкие последствия для судьбы подэкспертных. На сегодняшний день не выработано таких регуляторов профессиональной деятельности экспертов, которые могли бы предотвратить подобные казусы, и профессиональное сообщество клинических психологов представляется наиболее адекватной формой общественного контроля деятельности эксперта-психолога, защиты его прав и репутации.

О содержании работы клинического психолога при лечении больных полиморбидной патологией в рамках интегративного терапевтического подхода выступил главный терапевт Городской больницы №15 профессор **Парцерняк С.А.** Он подчеркнул, в частности, что клиническая картина любого заболевания всегда осложняется психологическими реакциями больных на изменения своего статуса, активности, представляемых перспектив.

Доцент **Защиринская О.В.** посвятила свое выступление клинко-психологическим проблемам школьного образования. Задачи инклюзивного обучения, разнообразные и полиморфные формы нарушения поведения у детей, учащихся школ предполагают интенсивные научные исследования для выработки методических подходов к психологической квалификации наблюдаемых состояний, их психологической коррекции. Серьезные задачи стоят перед школьными психологами и в части проектирования здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях. Остро стоят вопросы последипломной подготовки психологов образования по вопросам клинической психологии школьного возраста.

Профессор **Кулаков С.А.** в своем докладе подчеркнул особое значение психологического сопровождения реабилитации наркозависимых в связи с ключевой ролью личности пациента в преодолении зависимости на этапе редукции её химико-биологического компонента. Ведущее место в психодиагностической работе с наркозависимыми занимает клинко-психологический подход, квалифицированное использование которого

позволяет существенно углубить понимание психогенеза зависимости, раскрыть личностные и социальные ресурсы, необходимые для обеспечения эффективности реабилитационного процесса. Именно в решении этих задач важную роль играет клинический психолог.

Все прозвучавшие доклады вызвали живой интерес у участников конференции, им была предоставлена возможность задать вопросы докладчикам, обсудить затронутые в докладах проблемы.

Во **второй части конференции** (9 октября 2015; 9.00-12.00) были проведены рабочие совещания в форме круглых столов. Специалисты объединились для обсуждения актуальных вопросов организации и содержания профессиональной деятельности в профильных учреждениях.

На круглые столы для обсуждения были вынесены следующие вопросы:

- организация и содержание работы психолога в учреждении;
- перспективные направления профессиональной деятельности клинического психолога в учреждении;
- организационные и методические препятствия для реализации перспективных направлений профессиональной деятельности;
- необходимые организационно-управленческие решения для оптимизации психологической службы в системе здравоохранения.

Руководители образовательных учреждений обсуждали актуальные направления и содержание программ дополнительного образования клинических психологов в форме постдипломного образования.

Всего было организовано пять круглых столов.

Круглый стол №1. Психологическое сопровождение лечебного процесса в многопрофильном стационаре. Круглый стол был посвящен обсуждению вопросов организации и содержания деятельности медицинского психолога на разных этапах диагностического и лечебно-восстановительного процессов в клинике соматических и психосоматических

заболеваний. Ведущие: Иванова Г.А. (заведующая психосоматическим отделением (кардиологическим психотерапевтическим) СПб ГУЗ «Введенская больница»), Чернорай А.В. (кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская больница №15»).

Круглый стол №2. Задачи и содержание профессиональной деятельности медицинского психолога в системе оказания психиатрической помощи. Круглый стол был посвящен обсуждению перспективных направлений работы медицинского психолога в системе оказания психиатрической помощи, актуальных проблем организации медико-психологического сопровождения диагностического и лечебно-реабилитационного процессов, перспектив использования методов медико-психологического вмешательства в обеспечении реабилитации психически больных. Ведущие: Мухитова Ю.В. (кандидат психологических наук, медицинский психолог Городского психоневрологического диспансера №7), Деева Е.Ю. (старший психолог Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца).

Круглый стол №3. Задачи профессиональной деятельности медицинского психолога в детских лечебно-профилактических и специализированных учреждениях. Круглый стол был посвящен обсуждению задач, актуальных направлений медико-психологической работы и перспектив развития психологической службы в системе охраны детства, многопрофильных детских стационарах, детских поликлиниках, перинатальных центрах, учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, социально-реабилитационных центрах и школах-интернатах. Ведущие: Аринцина И.А. (кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей Санкт-Петербургского государственного

университета, медицинский психолог женской консультации №30 при родильном доме №6 имени проф. В.Ф. Снегирева), Защирина О.В. (доктор психологических наук, доцент, доцент кафедры педагогики и педагогической психологии Санкт-Петербургского государственного университета).

Круглый стол №4. Модели психотерапевтической помощи.

Круглый стол был посвящен обсуждению роли и задач медицинского психолога в системе оказания психотерапевтической помощи, проблемам эффективности медико-психологических вмешательств, юридической и этической ответственности медицинского психолога, а также вопросам организации эффективного взаимодействия в полипрофессиональной бригаде. Ведущий: Курпатов В.И. (доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по психотерапии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор Санкт-Петербургского медико-социального института), Алексеева Ю.П., Иванов М.Д. (психологи Городского психотерапевтического центра).

Круглый стол №5. Актуальные вопросы постдипломного образования клинических психологов. Круглый стол был посвящен обсуждению проблем качества и обеспечения преемственности профессиональной подготовки клинических психологов, вопросам постдипломного образования, повышения квалификации и аттестации медицинских (клинических) психологов. Ведущие: Алёхин А.Н. (доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, ректор Высшей школы методологии), Малкова Е.Е. (доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена).

В третьей части конференции (9 октября 2015 г., 12.00-14.30) были подведены итоги её работы. По итогам работы конференции (пленарного заседания и круглых столов) было организовано заключительное заседание, где выступили руководители рабочих совещаний: Курпатов В.И. – главный внештатный специалист по психотерапии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Иванова Г.А. – заведующая психосоматическим отделением (кардиологическим психотерапевтическим) СПб ГУЗ «Введенская больница», Аринцина И.А. – старший преподаватель кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей Санкт-Петербургского государственного университета, Деева Е.Ю. – старший психолог Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца, Малкова Е.Е. – руководитель программ последипломного образования РГПУ им. А.И. Герцена.

В обсуждении активное участие приняли специалисты-клинические психологи.

Основные результаты конференции определяются следующим:

- были определены наиболее актуальные проблемы и противоречия в сфере современной медико-психологической практики в учреждениях здравоохранения;
- были созданы предпосылки для формирования профессионального объединения медицинских психологов как профессиональной ассоциации, объединяющей заинтересованных специалистов – психологов здравоохранения, создающей условия для профессионального общения и обмена опытом, поиска решений актуальных проблем медико-психологической практики, разработки предложений по совершенствованию системы оказания психологических услуг, защиты прав специалистов и обеспечения этико-деонтологического контроля их профессиональной деятельности;

- подготовлена резолюция конференции, отражающая консолидированное мнение специалистов-участников конференции в отношении современного состояния медико-психологической теории и практики;
- обобщены результаты работы круглых столов, представленные в виде отчетов и рекомендаций по совершенствованию медико-психологической практики.

По результатам дискуссии и подведения итогов конференции участники сформулировали следующие выводы:

- недостаточно четко определен профессиональный статус медицинского психолога в учреждениях здравоохранения, не проработаны вопросы рабочей нагрузки на специалиста, его прав на льготы, положенные медицинскому персоналу специализированных учреждений;
- между медицинским персоналом лечебных учреждений существуют разногласия в понимании целей и задач, содержания мероприятий реабилитации и психологической коррекции, отсутствуют единые формы экспертных и диагностических заключений;
- необходима организация систематической переподготовки специалистов-медицинских психологов по актуальным проблемам практики;
- назрела необходимость оформления профессионального сообщества специалистов помогающих профессий: врачей, психологов, социальных работников, других участников лечебно-профилактических мероприятий в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения, детском здравоохранении.

По результатам обсуждения итогов конференции был принят следующий проект резолюции.

**Резолюция Первой региональной
научно-практической конференции медицинских (клинических)
психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга:
«Медицинская психология в системе здравоохранения региона»**

9 октября 2015 г.

(проект)

8-9 октября в Высшей школе методологии (ул. Достоевского 19/21 литер Б.) проведена научно-практическая конференция: «Работа медицинского психолога в учреждениях здравоохранения».

В организации и проведении конференции приняли участие: главные внештатные специалисты Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по профильным направлениям (медицинская психология, психотерапия, психиатрия и наркология), руководители образовательных учреждений и подразделений вузов, ведущих подготовку и профессиональную переподготовку по специальности «клиническая психология», руководители профильных научно-исследовательских учреждений и учреждений здравоохранения, ведущие специалисты в области медицинской психологии и смежных областях науки и практики, медицинские психологи учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи населению.

Заслушав и обсудив доклады главных специалистов, ведущих ученых, специалистов-психологов, **участники конференции выражают консолидированное согласие в том, что:**

- профессиональная деятельность медицинских психологов осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ и имеет достаточно полную нормативно-правовую базу;
- в современных условиях медицинская психология (как вид профессиональной деятельности) является необходимым элементом системы здравоохранения и способствует повышению эффективности

диагностических, лечебных, экспертных, реабилитационных, психопрофилактических мероприятий.

Участники конференции выражают озабоченность тем, что:

- содержание профессиональной деятельности медицинского психолога не вполне отвечает актуальным требованиям модернизации системы здравоохранения в своих научно-теоретических основаниях и по уровню методической разработанности психологической практики;
- система профессиональной подготовки клинических психологов, как в части базового, так и постдипломного образования, отстаёт от современных научных разработок и актуальных практических задач и нуждается в совершенствовании;
- отсутствуют организованные формы профессионального взаимодействия специалистов для реализации потребностей профессионального совершенствования, защиты своих прав и интересов.

По результатам работы конференции её участники приняли следующие **решения:**

1. Провести анализ содержания и организации профессиональной деятельности медицинских психологов в учреждениях здравоохранения для выработки предложений по её оптимизации. (Ответственный: профессор Алёхин А.Н., срок – январь 2016 г.).
2. Разработать предложения по созданию профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации и провести необходимые мероприятия для её организации (Ответственный: профессор Курпатов В.И.).
3. Ходатайствовать перед президиумом Российского психиатрического общества о вхождении в его состав профессиональной ассоциации медицинских психологов (Ответственный: профессор Софронов А.Г.).
4. Разработать тематический план рабочих совещаний специалистов (организационный комитет конференции, срок – январь 2016 г.).

РАЗДЕЛ 1.
ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В
УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИКАЗ «О ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТАХ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ»



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

П Р И К А З

21 июня 2013 г.

№ *400*

Москва

О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных
специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации»

П р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в приложения № 2 и № 3 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации» согласно приложению.

Министр



В.И. Скворцова

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «21» сентября 2013 г. № 400

**Изменения, которые вносятся в приложения № 2 и № 3 к
приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах
Министерства здравоохранения Российской Федерации»**

1. В приложении № 2 «Номенклатура главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации» к приказу:

1) пункт 16 изложить в следующей редакции:

«16. Главный внештатный специалист торакальный хирург»;

2) дополнить пунктами 68, 69 и 70 следующего содержания:

«68. Главный внештатный специалист фтизиатр

69. Главный внештатный специалист по медицинской психологии

70. Главный внештатный специалист по аналитической и судебно-
медицинской токсикологии».

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ГЛАВНОМ ВНЕШТАТНОМ СПЕЦИАЛИСТЕ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Возложение обязанностей главного внештатного специалиста по
медицинской психологии Комитета по здравоохранению осуществляется
приказом Комитета по здравоохранению с учётом согласия специалиста.

1.2. Обязанности главного внештатного специалиста Комитета по
здравоохранению возлагаются на руководителя профильного научно-
исследовательского учреждения, руководителя или ведущего специалиста
профильной кафедры высших учебных заведений, имеющего высокую
теоретическую и практическую подготовку по медицинской психологии и по
смежным специальностям и обладающим организаторскими способностями.

1.3. Деятельность главного внештатного специалиста Комитета по
здравоохранению осуществляется на основе законодательства Российской

Федерации, Положения о Комитете по здравоохранению, нормативных правовых актов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и настоящего положения на безвозмездной основе.

1.4. Главный внештатный специалист Комитета по здравоохранению действует в соответствии с ежегодным планом, утверждённым Комитетом по здравоохранению.

2. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

Основными задачами главного внештатного специалиста по медицинской психологии Комитета по здравоохранению являются:

2.1. Участие в разработке стратегии развития медицинской психологии и тактических решений по её реализации с целью обеспечения современного уровня оказания психологических услуг населению.

2.2. Участие в разработке нормативно-правовых документов по оказанию психологических услуг в учреждениях здравоохранения.

2.3. Участие в организации внедрения современных специализированных технологий повышения психологической грамотности населения и медицинского персонала.

2.4. Участие в разработке региональных стандартов оказания психологической помощи Санкт-Петербурга, протоколов ведения больных и внедрения их в практику медицинских психологов.

2.5. Организационно-методическое руководство деятельности медицинских (клинических) психологов, оказывающих психологическую помощь в системе здравоохранения;

2.6. Решение сложных и спорных вопросов, возникающих в практической деятельности специалистов в области медицинской психологии.

3. ОБЯЗАННОСТИ

В соответствии с основными задачами главный внештатный специалист по медицинской психологии обязан:

- 3.1. Участвовать в разработке предложений по совершенствованию направления медицинской психологии, на основе изучения передового опыта в области организации психологических услуг в здравоохранении, технологий и методов психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологической реабилитации.
- 3.2. Участвовать в разработке комплексных планов психологической помощи больным, а также разработке планов по развитию и совершенствованию психологической службы в учреждениях здравоохранения.
- 3.3. Вносить предложения в содержание программ аттестации специалистов, требований к подготовке и своевременному прохождению курсов переподготовки и повышения квалификации медицинских (клинических) психологов.
- 3.4. Участвовать в разработке перспективных планов постдипломного повышения квалификации медицинских (клинических) психологов и социальных работников, осуществляющих деятельность в лечебных и профилактических учреждениях города Санкт-Петербурга.
- 3.5. Проводить анализ состояний психического здоровья населения и качества квалифицированной психологической помощи, оказываемой лицам с различными психическими состояниями, входящими в компетенцию медицинских (клинических) психологов, путем систематической проверки работы соответствующих подразделений, их инспектирования.
- 3.6. Принимать участие в разработке целевых программ по совершенствованию медицинской психологии, способствовать внедрению в практику эффективных методов психопрофилактики, психологической и патопсихологической диагностики, консультирования, а так же новых форм организации психологической помощи.
- 3.7. Изучать потребности в аппаратуре, оборудовании, применяемых в практике медицинских (клинических) психологов, принимать участие в

составлении годовых заявок на них, а также осуществление контроля за рациональным использованием их в медицинских учреждениях.

3.8. Принимать участие в разработке и формировании научно-исследовательских программ различного уровня (отраслевых, федеральных и др.), в рецензировании (экспертизе) результатов научных исследований по вопросам медицинской психологии.

3.9. Изучение причин, порождающих жалобы населения на уровень организации и качество психологических услуг, принятие мер по устранению этих причин, рассмотрение в установленном порядке заявлений и жалоб граждан.

4. ПРАВА

Главный внештатный специалист по медицинской психологии Комитета по здравоохранению имеет право:

4.1. Вносить предложения по кандидатурам специалистов организационно-методического отдела.

4.2. Вносить предложения по совершенствованию организации профильного направления в Санкт-Петербурге.

4.3. По поручению Комитета по здравоохранению принимать участие в проверке работы лечебно-профилактических учреждений и клиник по соответствующему профилю и представлять свои рекомендации по совершенствованию их деятельности.

4.4. Принимать участие в заседаниях коллегии Комитета по здравоохранению по вопросам организации лечебно-профилактической помощи и санитарно-эпидемиологического благополучия населения по направлению их деятельности.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

5.1. Главный внештатный специалист по медицинской психологии Комитета по здравоохранению работает по плану, утвержденному Комитетом по здравоохранению.

5.2. План работы на год представляется на утверждение к 20 декабря предшествующего года. Отчеты о проведенной за год работе представляются в срок до 01 февраля последующего года.

5.3. Работа главного внештатного специалиста по медицинской психологии Комитета по здравоохранению осуществляется во взаимодействии со структурными подразделениями Комитета по здравоохранению, высшими учебными заведениями, осуществляющими подготовку специалистов медицинских (клинических психологов) и социальных работников, осуществляющих свою деятельность в учреждениях здравоохранения, профильными институтами и центрами.

НОМЕНКЛАТУРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н, психологические услуги представлены так:

A13.23.009	Индивидуальная нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии
A13.23.010	Групповая нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций
A13.23.012	Общее нейропсихологическое обследование
A13.23.013	Специализированное нейропсихологическое обследование
A13.29.001	Психопатологическое обследование
A13.29.003	Психологическая адаптация
A13.29.003.001	Тестологическое психодиагностическое обследование
A13.29.004	Терапия средой
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование

A13.29.005.001	Арттерапия
A13.29.006	Психологическое консультирование
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование
A13.29.007	Психологическая коррекция
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция
A13.29.008	Психотерапия
A13.29.008.001	Индивидуальная психотерапия
A13.29.008.002	Групповая психотерапия
A13.30.003	Аутогенная тренировка

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СПЕЦИАЛИСТА «МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА»

ПРИКАЗ МЗ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

Медицинский психолог

Должностные обязанности. Проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных. Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности больного. Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, вследствие чего оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств. Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с

учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных. Выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии. Оценивает по состоянию здоровья больного эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Должен знать: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан; Декларацию прав и свобод человека; медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию, психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику); методы психологического консультирования; методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения; методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности; психологию труда; деонтологию; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Инструкция «Об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения» (утв. приказом Минздрава РФ 5 мая 1999 г. № 154):

- Отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни;
- Отделение является структурным подразделением детского амбулаторно-поликлинического учреждения, обеспечивающего лечебно-профилактическую помощь детскому населению;
- Объем оказываемой медико-социальной помощи определяется администрацией поликлиники по согласованию с вышестоящим органом здравоохранения.

Задачи и функции отделения:

- медико-социальный патронаж в семьи, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в т.ч. и путем анонимного приема.

ПРИКАЗ от 16 октября 2001 г. № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек (в редакции 28.04.2006 г.)»:

Должности медицинских психологов и логопедов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи устанавливаются в зависимости от объема работы.

При медико-психологическом сопровождении детей:

- При паллиативная медицинская помощь детям, (**приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 193н**).
- **предусматриваются в случае отсутствия соответствующих должностей в медицинской организации**, в структуре которой создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям.

Положение о работе медико-психолого-педагогической комиссии дома ребенка (утв. приказом Минздрава РФ от 24 января 2003 г. № 2):

- Медико-психолого-педагогическая комиссия (далее комиссия) создается в доме ребенка.
- Работу комиссии возглавляет главный врач дома ребенка или заместитель главного врача по лечебной работе.
- Персональный состав членов комиссии и график ее работы утверждается главным врачом дома ребенка.
- В состав комиссии могут входить следующие специалисты: врачи – педиатр, невролог, психиатр;

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ПРИКАЗ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 марта 2007г. № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»:

Оказание медицинской помощи по восстановительной медицине осуществляется медицинскими работниками учреждений здравоохранения (их отделений, кабинетов): врачами по восстановительной медицине и

другими врачами-специалистами, имеющими подготовку по восстановительной медицине, а также врачами-физиотерапевтами, врачами-психотерапевтами, врачами-рефлексотерапевтами, врачами-диетологами, врачами по лечебной физкультуре, врачами мануальной терапии, **медицинскими психологами**, а также медицинскими сестрами, имеющими подготовку по восстановительной медицине, по физиотерапии, по медицинскому массажу, по функциональной диагностике, инструкторами по лечебной физкультуре в соответствии с установленным порядком.

Медицинская помощь по восстановительной медицине включает:

- восстановительное лечение больных в условиях больницы (отделения) восстановительного лечения, центра восстановительной медицины и реабилитации непосредственно после стационарного лечения;
- долечивание больных в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения;
- восстановительное лечение больных в условиях отделения (кабинета) восстановительной медицины непосредственно после интенсивного (амбулаторного, стационарного) лечения;
- медицинскую реабилитацию больных и инвалидов в условиях центра восстановительной медицины и реабилитации, других центров, а также санаторно-курортных учреждений;
- медицинскую реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в условиях санатория;
- оздоровление лиц групп риска в условиях отделения (кабинета) восстановительной медицины учреждений здравоохранения.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 года № 1705н.

Реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:

а) врачей-специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи, врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача по медицинской реабилитации, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, **медицинского психолога**, медицинских сестер палатных отделения реанимации и интенсивной терапии, медицинских сестер палатных профильных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь;

б) медицинских сестер кабинетов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

в) специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, **медицинских психологов**, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

Медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортной организации осуществляется в специализированных отделениях физиотерапии, лечебной физкультуры, кабинетах мануальной терапии, рефлексотерапии, **медицинского психолога**, логопеда, учителя-дефектолога или отделениях реабилитации санаторно-курортных организаций соответствующего профиля.

Медицинская реабилитация включает в себя:

- оценку (диагностику) клинического состояния пациента;
- факторов риска проведения реабилитационных мероприятий;

- факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;
- морфологических параметров;
- функциональных резервов организма;
- состояния высших психических функций и эмоциональной сферы;
- нарушений бытовых и профессиональных навыков;
- ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни;
- факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Положение о реабилитационном отделении для больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения (утв. приказом Минздрава РФ от 25 января 1999 г. № 25).

Для осуществления реабилитации в условиях стационара, необходимо включение в штат реабилитационного отделения следующих специалистов: неврологов, владеющих методами реабилитации, терапевта (кардиолога), **нейропсихолога** (логопеда), психотерапевта (**медицинского психолога**), врача-физиотерапевта, методистов ЛФК, массажистов, медицинской сестры кабинета физиотерапии, медицинских сестер, санитарок-уборщиц.

Конкретная численность указанных специалистов определяется коечным фондом реабилитационного отделения.

Штаты отделения устанавливаются в соответствии со штатными нормативами отделений для восстановительного лечения амбулаторно-

поликлинического звена с включением в штат невролога, логопеда, медицинского психолога или психотерапевта, социального работника, методиста ЛФК, массажиста, медицинской сестры кабинета физиотерапии, медицинской сестры, санитарки-уборщицы.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы», Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. N 534 «Положение об организации деятельности Центра патологии речи и нейрореабилитации».

Рекомендуемая структура Центра:

- консультативно-диагностическое отделение;
- отделение функциональной диагностики;
- стационар с круглосуточным пребыванием больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы;
- стационар на дому для больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы;
- дневной стационар для больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы;
- дневной стационар для больных с нарушениями общения и коммуникаций (логоневроз);
- амбулаторно-стационарный комплекс для детей и подростков;
- консультативно-диагностическое отделение;
- дневной стационар;
- стационар с круглосуточным пребыванием;
- фониатрическое отделение;
- отделение ЛФК и массажа;

- отделение по восстановлению бытовых и трудовых навыков;
- отделение клинической психологии;
- физиотерапевтическое отделение;
- организационно-методический отдел.

Медицинский психолог из расчета 1 должность на 20 коек

Приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н:

В медицинских организациях, имеющих в своем составе клинико-диагностический кабинет, рекомендуется предусматривать должности врача функциональной диагностики, врача по лечебной физкультуре, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, врача-психотерапевта, логопеда, **медицинского психолога**, инструктора по лечебной физкультуре из расчета 0,5 должности на клинико-диагностический кабинет, а также должности логопеда и медицинского психолога из расчета 1 на клинико-диагностический кабинет.

Приложение № 8 к приказу Минздрава РФ от 28 декабря 1998 г. № 383 «Штатные нормативы медицинского, педагогического и иного персонала учреждений и подразделений специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций».

Центры патологии речи и нейрореабилитации, специализированные стационарные отделения, в том числе дневные стационары для оказания помощи больным с патологией речи и других высших психических функций: Должность медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

Стационары на дому для больных с нарушениями речи и других высших психических функций: должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 25 больных.

Логопедические кабинеты: в кабинете для взрослого населения устанавливаются должности:

- логопеда - 1;
- медицинского психолога - 1;
- специалиста по социальной работе - 1;
- медицинской сестры - 1.

В кабинете для детского населения устанавливаются должности:

- логопеда - 1;
- медицинского психолога - 1;
- медицинской сестры –1.

Нейропсихолог осуществляет исследование высших психических функций, дает заключение о степени нарушения когнитивных и мнестических функций, исследует память, внимание, гностическую, практическую сферу, речь, письмо, счет и др., определяет программы восстановительного и коррекционного обучения. Наблюдает за динамикой восстановления нарушенных функций, проводя повторные нейропсихологические обследования. Участвует в профессиональной ориентации больного и определении нагрузки при логопедических занятиях совместно с врачом и логопедом. Психолог занимается психодиагностикой, проводит психологическое исследование личности, принимает участие в составлении программы лечения, в том числе психотерапевтического процесса. Проводит индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Определяет объем и содержание социально-психологической реабилитации. Вносит коррективы в реабилитационные программы по мере изменения психического статуса больного.

Нейропсихологические исследования высших психических функций являются основными для использования в диагностике, формирования

индивидуальных восстановительных программ, наблюдения за динамикой реабилитационного процесса. На данных нейропсихологического обследования больных базируется оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)».

Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре следующие подразделения:

- приемное отделение;
- лечебно-реабилитационный отдел, имеющий в своем составе:
 - кабинеты участковых врачей-психиатров,
 - кабинет врача-невролога,
 - психотерапевтический кабинет (ы),
 - кабинет (ы) медицинского психолога.

Приложение № 2 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Рекомендуемые штатные нормативы психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)»:

- 1 медицинский психолог на 75 тысяч взрослых,
- 1 на 45 тысяч детей (до 14 лет включительно).

Приложение № 6 «Стандарт оснащения кабинета участкового врача-психиатра»: Набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов – 1.

Приложение № 8 «Рекомендуемые штатные нормативы кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения»: 1 медицинский психолог на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения.

Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2003 г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним»: В наркологическом кабинете по обслуживанию детского населения имеет право работать врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, **медицинский психолог** и специалист по социальной работе прошедшие подготовку в области детской наркологии и психиатрии.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. № 45 «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений».

Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета:

- В стационарных подразделениях - 1 должность на 20, 15 и 10 коек для больных алкоголизмом, больных наркоманией и для лечения детей соответственно (кроме коек для лечения больных с алкогольными и интоксикационными психозами, отделений неотложной наркологической помощи, наркологических отделений для больных с тяжелой сочетанной патологией);
- В амбулаторных подразделениях - 1 должность на 1 должность врача-психиатра-нарколога для амбулаторного приема взрослого или детского населения;
- В дневном наркологическом стационаре - 1 должность на 1 должность врача-психиатра-нарколога;
- В организационно-методическом консультативном отделе одного из наркологических учреждений (областного, республиканского, краевого, городов Москвы и Санкт-Петербурга) –
1 должность медицинского психолога, ответственного за организационно-методическую работу по психологии.

Штатные нормативы медицинского и иного персонала реабилитационных наркологических учреждений (подразделений):

В отделении социальной и медицинской реабилитации устанавливаются:

- 1 должность медицинского психолога на 10 коек.

В амбулаторном реабилитационном отделении на 25 больных устанавливаются:

- 2 должности медицинских психологов.

В реабилитационном общежитии устанавливается 1 должность врача-психиатра-нарколога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) на 20 больных алкоголизмом или 10 больных наркоманией, но не менее 1 должности на 1 реабилитационное общежитие.

Приложение № 2 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «наркология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н «Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-психиатра-нарколога и кабинета врача-психиатра-нарколога участкового»:

Медицинский психолог – 1 должность на 2 должности врачей-психиатров-наркологов (врачей-психиатров-наркологов участковых).

Должности врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, социального работника устанавливаются при отсутствии данных должностей в штате медицинской организации.

Приказ Минздрава РФ от 19 мая 2000 г. № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе»

- подпункт 1.3. пункта 1 изложить в следующей редакции: «Одна должность медицинского психолога на 250 судебно-психиатрических экспертиз в год (для экспертизы несовершеннолетних - на 200 проводимых комиссией экспертиз в год)»;
- подпункт 2.3. пункта 2 изложить в следующей редакции: «Одна должность медицинского психолога на 15 коек».

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Приложение № 5 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н:

1. В медицинских организациях, имеющих в своей структуре кардиологический дневной стационар, рекомендуется предусматривать дополнительные должности врача по лечебной физкультуре (из расчета 0,25 должности на кардиологический дневной стационар), инструктора по лечебной физкультуре (из расчета 0,25 должности на кардиологический дневной стационар) и **медицинского психолога (из расчета 0,25 должности на кардиологический дневной стационар).**

2. В медицинских организациях, имеющих в своем составе кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, рекомендуется предусматривать дополнительные должности врача ультразвуковой диагностики из расчета 1 должность на отделение, врача функциональной диагностики из расчета 1 должность на отделение, медицинской сестры из расчета 1 должность на одного врача, врача по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, инструктора по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, **медицинского психолога из расчета 0,25 должности на отделение.**

3. В медицинских организациях, имеющих в своем составе кардиохирургическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, рекомендуется предусматривать дополнительные должности врача ультразвуковой диагностики из расчета 1 должность на отделение, врача функциональной диагностики из расчета 1 должность на отделение, медицинской сестры из расчета 1 должность на одного врача, врача по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, инструктора по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, **медицинского психолога из расчета 0,25 должности на отделение.**

Приказ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (в ред. приказа Минздрава России от 17.01.2014 № 25н).

Рекомендуемая структура женской консультации (кабинеты специалистов):

- врача-терапевта;
- врача-стоматолога;
- врача-офтальмолога;
- врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога);
- юриста;
- специалиста по социальной работе;
- лечебной физкультуры;
- психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- по раннему выявлению заболеваний молочных желез.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях», Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389.

Основными функциями кабинета медико-социальной помощи являются:

- медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;
- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;
- социальная помощь бездетным супружеским парам;
- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

В штат кабинета могут входить социальный работник, психолог/медицинский психолог, юрисконсульт.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 декабря 2004 г. № 308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров»:

- кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам;
- кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам.

Медицинский психолог из расчета 1 должность на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием; 1 должность для консультативного приема детей раннего возраста.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 сентября 2007 г. № 623 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации».

Кабинеты:

- медицинского психолога;
- юриста;
- социального работника;

- лечебной физкультуры;
- физиотерапевтических методов лечения;
- психопрофилактической подготовки беременных к родам.

Приказ от 5 декабря 2005 г. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных вич-инфекцией».

Рекомендуемая структура и состав специалистов центра СПИД:

- клинико-диагностическое отделение, включая стационар дневного пребывания (инфекционист, дерматовенеролог, терапевт, психотерапевт, педиатр, акушер-гинеколог, психиатр-нарколог, невролог, фтизиатр, хирург, офтальмолог, стоматолог, отоларинголог, врач функциональной диагностики, физиотерапевт, аллерголог-иммунолог);
- отделение эпидемиологии (врачи-эпидемиологи);
- отделение медико-социальной реабилитации и правовой помощи (специалист по социальной работе, социолог, **медицинский психолог**, юрист, психотерапевт);
- лаборатория (врачи-лаборанты);
- отдел профилактики (эпидемиолог, **медицинский психолог**, социолог, юрист, журналист);
- организационно-методический отдел (врачи-методисты);
- отделение автоматизированных систем управления и пресс-центр (специалист по связям с общественностью, инженер-программист, инженер-электроник).

Приложение № 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н:

В медицинских организациях, имеющих в своем составе отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, рекомендуется предусматривать дополнительно

должности врача по лечебной физкультуре, врача физиотерапевта и **медицинского психолога**.

Приложение № 2 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н:

- В медицинской организации, в составе которой организован кабинет паллиативной медицинской помощи, рекомендуется предусматривать должности врача-психотерапевта или **медицинского психолога** из расчета 0,5 должности на 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи и социального работника.
- Настоящие рекомендуемые штатные нормативы кабинета паллиативной медицинской помощи не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Приложение № 3 к приказу Минздрава РФ от 13 августа 2002 г. № 254 «Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и инженерно-технического персонала отделений диализа, центров амбулаторного диализа»: Должность медицинского психолога устанавливается из расчета 1 должность на 50 больных.

Приложение № 43 «Правила организации деятельности кабинета медико-социально-психологической помощи»:

Настоящие Правила регулируют порядок организации деятельности кабинета медико-социально-психологической помощи.

Кабинет медико-социально-психологической помощи (далее - кабинет) является структурным подразделением психоневрологического диспансера, оказывает профилактическую и консультативно-лечебную помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

Основными функциями Кабинета являются:

- консультативно-диагностическая и лечебная работа;
- оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья;
- повышение знаний медицинских работников психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами;
- участие в оказании психологической и психиатрической помощи пострадавшим в период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

1 должность медицинского психолога на 100 тыс. населения.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Положение «Об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи» (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438).

1. Общие положения

1.1. Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология

либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

1.2. В своей работе руководствуется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, N 33, ст.1318), Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и соответствующего структурного подразделения. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

2. Функции и задачи

2.1. Самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

2.2. Участвует в оформлении медицинской документации установленного образца.

2.3. В установленном порядке повышает свою квалификацию по клинической психологии на циклах усовершенствования в образовательных

учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

2.4. Внедряет в практику современные методы клинической психологии.

2.5. Принимает участие в работе бригады специалистов, оказывающей психотерапевтическую помощь, разборах клинических случаев, совещаниях, научно-практических конференциях, осуществлении психолого-психиатрической и психологической экспертизы.

2.6. Наряду с обязательной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой по клинической психологии, может получать в рамках компетенции национальных и международных профессиональных организаций общественную аккредитацию и общественный профессиональный статус.

2.7. Проводит в установленном порядке экспертизу качества клинико-психологической помощи.

Приложение № 11 «Рекомендуемые штатные нормативы психотерапевтического кабинета»: Медицинские психологи - соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

Приложение № 12 «Стандарт оснащения психотерапевтического кабинета»: экспериментально-психологические методики – 15.

Приложение № 14 «Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара (отделения) психоневрологического диспансера (психиатрической больницы)»: 1 медицинский психолог на 50 мест.

Приложение № 17 «Рекомендуемые штатные нормативы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи»: 1 медицинский психолог на 30 мест.

Приложение № 20 «Рекомендуемые штатные нормативы медико-реабилитационного отделения»: 1 медицинский психолог на 25 мест.

Приложение № 23 «Рекомендуемые штатные нормативы отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях»: 1 медицинский психолог на 50 мест.

Приложение № 28 «Правила организации деятельности психиатрической больницы»: наличие патопсихологической лаборатории.

Приложение № 29 «Рекомендуемые штатные нормативы психиатрической больницы»: 1 медицинский психолог на 50 коек.

Приложение № 32 «Рекомендуемые штатные нормативы психотерапевтического отделения»: 1 должность медицинского психолога на 15 коек.

Приложение № 38 «Рекомендуемые штатные нормативы медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи»: 1 должность медицинского психолога на 25 коек.

«Положение об организации деятельности психотерапевтического центра» (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438).

Рекомендуемая структура психотерапевтического центра:

- консультативно-диагностическое отделение (для оказания специализированной консультативной и диагностической помощи);
- лечебно-диагностическое отделение (кабинеты для проведения диагностических, в том числе психологических, исследований, различных видов специализированной психотерапии - семейно-супружеской, детям,

пожилым, кризисной психотерапевтической помощи, для работы с сельскими территориями и др.);

- психологическая лаборатория (для развития клинико-психологической помощи на территории обслуживания, в том числе клинической психодиагностики, применение в лечебно-реабилитационных программах психологических методов коррекции и консультирования, психологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса);
- кризисное отделение с телефоном доверия для оказания кризисной психологической и психотерапевтической помощи (лицам с расстройствами адаптации, подвергшимся насилию, пострадавшим и др.);
- отделение профилактики (для работы по профилактике психических расстройств на территории обслуживания).

Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического центра (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438).

1. Медицинский персонал:

1.1. Должности врачей-психотерапевтов консультативно-диагностического отделения устанавливаются из расчета одна должность на 250 тыс. населения на территории обслуживания.

1.2. Должности врачей-психотерапевтов лечебно-диагностического отделения устанавливаются из расчета:

1.2.1. одна должность на 100 тыс. населения в возрасте от 18 до 60 лет обслуживаемой территории, включая сельские районы;

1.2.2. одна должность на 90 тыс. детского населения в возрасте от 0 до 12 лет;

1.2.3. одна должность на 50 тыс. детского населения в возрасте от 12 до 18 лет;

1.2.4. одна должность на 75 тыс. населения в возрасте 60 лет и старше.

1.3. Должности врачей-психотерапевтов для работы с лицами, находящимися в кризисных состояниях, из расчета одна должность на 200 тыс. обслуживаемого населения.

Должности **медицинских психологов** устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438).

1. Медицинский персонал:

1.1. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются:

1.1.1 в штате городской поликлиники, амбулаторно-поликлинического отделения городской, центральной городской, центральной районной больницы - из расчета одна должность на 25 тыс. взрослого населения;

1.1.2. в штате амбулаторно-поликлинического подразделения областной, краевой, республиканской, окружной больницы; психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) - из расчета одна должность на 8 должностей врачей - специалистов, ведущих амбулаторный прием;

1.1.3. в штате стационара (дневного стационара) лечебно-профилактического учреждения - из расчета одна должность на 200 коек (мест).

1.2. Должности врачей-психотерапевтов для работы с детьми устанавливаются из расчета одна должность на 12 тыс. детского населения.

2. Иной персонал:

2.1. Должности медицинских психологов устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

2.2. Должности социальных работников устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438) штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического отделения: Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета одна должность на 15 коек.

Приложение № 41 «Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала отделения «Телефон доверия»: Медицинский психолог - 1 круглосуточный пост на 200 тысяч населения вместо одного из врачебных круглосуточных постов.

РАЗДЕЛ 2.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
(ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ)

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ:
ПОЛЕ ПРАКТИКИ И ЗАДАЧИ НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Алёхин А.Н.

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Высшая школа методологии, Санкт-Петербург*

Немного осталось таких сфер в жизни и деятельности современного человека, в которых он, несмотря на стремительное расширение технических и информационных возможностей, остаётся всё так же, и чем дальше, тем больше уязвим и беззащитен. Одной из таких сфер является психическое здоровье населения. Известно, что за прошедшее столетие распространенность психических расстройств существенно возросла: заболеваемость психотическими расстройствами повысилась в 3-7 раз, а расстройствами непсихотического уровня и аддиктивными расстройствами – более чем в 40 раз. И это несмотря на постоянные усилия по развитию и совершенствованию системы охраны и укрепления психического здоровья.

Весьма показательны данные, представленные в Отчете о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров «Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения», отмечается: «Психическое здоровье в настоящее время относится к числу наиболее серьезных проблем, стоящих перед всеми странами Региона, поскольку в тот или иной период жизни проблемы психического здоровья возникают, по крайней мере, у каждого четвертого человека. ... Из 870 миллионов человек, проживающих в Европейском регионе, согласно оценкам, около 100 миллионов человек испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн. страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн. страдают

болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн. – шизофренией; 4 млн. – биполярными аффективными расстройствами и 4 млн. – паническими расстройствами... Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний... На долю психоневрологических расстройств приходится также более 40% всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной утраты здоровых лет жизни в связи с инвалидностью. Во многих странах 35–45% случаев невыхода на работу связаны с проблемами психического здоровья. Одним из наиболее трагических последствий психических расстройств являются самоубийства. Девять из десяти стран мира с наиболее высокими показателями самоубийств находятся в Европейском регионе. Согласно последним имеющимся данным, ежегодно добровольно уходят из жизни около 150 000 человек, из которых 80% – мужчины. Самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимая второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастной группе 15–35 лет».

Отечественная статистика производит еще более удручающее впечатление (Кошкина Е.А., 2001; Чуркин А.А., Михайлов В.М., Касимова Л.Н., 2001; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005). По оценкам экспертов более 30% населения нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра и других специалистов в области психического здоровья, прежде всего психотерапевтов в сотрудничестве с медицинскими психологами. По разным данным, от 30 до 50% лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами (Смулевич А.Б., 2001). Скрытая заболеваемость предполагается еще выше, поскольку донозологические формы нарушений психической адаптации как правило, не могут быть учтены, а люди, впервые столкнувшиеся с переживанием психических расстройств, не способны так идентифицировать их и самостоятельно не обращаются к специалистам. К тому же психологическая

культура нашего населения (в силу отсутствия соответствующего опыта и несформированности системы оказания психологической помощи) невысока: обращение к специалисту по «психологическим проблемам» до сих пор, по мнению большинства россиян, является компрометирующим поступком либо «развлечением для богатых» (Юревич А.В., 2008).

Как и во всем мире, рост заболеваемости психическими расстройствами в РФ происходит преимущественно за счет непсихотических расстройств, в патогенезе которых ведущую роль играют психогенные факторы: психотравмирующие обстоятельства, внутри- и межличностные конфликты, неблагоприятные социальные условия. Естественно, что подходы, средства и методы «большой психиатрии» оказываются в данном случае не адекватными запросу, который в сущности является не психиатрическим, а медико-психологическим.

В целом, традиционные организационные формы оказания помощи населению при психических расстройствах, реализуемые государственной службой психиатрической помощи, не соответствуют складывающейся действительности. Трудности, с которыми сталкивается гражданин новой России, значительно превосходят по своей значимости любые локальные, частные и ограниченные по времени стрессовые воздействия. Изменения ценностей и ориентиров в индивидуальной реальности каждого конкретного человека (Курпатов А.В., Алёхин А.Н., 2002), продиктованные социальными трансформациями, сказываются на изменении отношений по всему спектру личностных систем, от межполовых и брачных отношений (Foucault M., 1984), до, по сути, духовных сфер отношения к феноменам смерти, жизненных смыслов (Binswanger L., 1942; Frankl V., 1967) и т.п.

Проекции исторического опыта на формирующуюся социо-культурную ситуацию позволяют рассматривать ее как психотравмирующую, а состояние психического здоровья населения – как кризис адаптации человека: формирование способов жизни (в самом широком смысле этого термина) происходит параллельно с формированием самой среды, в которой эти

способы должны осуществляться. Человеку приходится адаптироваться к условиям, которые и сами еще находятся в процессе становления, создается ситуация хронической дезадаптации, при которой вновь обретенные формы адаптации должны изменяться прежде, чем успеют более или менее сформироваться. В медицинской литературе вводится соответствующий термин – социально-стрессовые расстройства. Личностная дезориентация актуализирует целый ряд защитных механизмов (Александровский Ю.А., 2000), которые, в свою очередь, закрепляют дезадаптивное поведение, а также модифицируют феноменологию нарушений психической адаптации, придавая им новый, зачастую совершенно необычный облик. Об этом свидетельствуют наблюдения за «сектантами» и «экстрасенсами», «фанатами», другими представителями маргинальных субкультур.

Врачи-психиатры, вооруженные клиническим методом и ориентируясь на феноменологию страдания, не всегда могут адекватно оценить характер, природу и структуру психогенных расстройств. Феноменология последних претерпевает кардинальные изменения под действием исторических и социальных условий (Абабков В.А., 1992). Психические расстройства выявляются не только у лиц с акцентуациями характера, но и у конституционально здоровых людей. Этот факт, совершенно новый и необычный, порождает у специалистов искушение рассматривать те или иные проявления нарушений психической адаптации во взаимоисключающих системах координат: либо в соответствии с МКБ-10, как психическое расстройство (болезнь), либо как адекватные реакции на стресс.

Фактически, современная система охраны психического здоровья (в рамках общей системы здравоохранения) оказывается несостоятельной в решении важнейших проблем общества: предупреждения нарушений психического здоровья, эффективного лечения психических заболеваний и социальной интеграции лиц с психическими расстройствами. Кризис этой системы не может не вызывать тревогу и оправданные опасения за

будущность населения России. Однако, как известно, любой кризис несет в себе не только разрушительное начало, но и конструктивное – это возможность для выработки нового, более совершенного знания. Сложившаяся ситуация, выявляя дефекты современного узко-медицинского подхода к проблеме психического здоровья, дает шанс психологии, долгое время испытывавшей ограничивающее влияние идеологической системы, выявить свои возможности, реализовать свои идеи, применить свои концепты и методы в решении вполне конкретных, остро значимых для общества проблем.

Именно сейчас психология, не стесненная явной цензурой и идеологическим прессингом, может предложить свое научное знание для совершенствования системы предупреждения и коррекции дезадаптационных расстройств, возникающих по психологическим закономерностям и занимающих, как уже отмечалось, центральное место в структуре нервно-психической заболеваемости. (Со слов свидетеля событий, уже ставших историей, Бориса Вениаминовича Иовлева, один из корифеев отечественной медицинской психологии и психотерапии В.Н. Мясищев искренне полагал, что психологи – тогдашние выпускники университета, придя в клинику, будут значительно компетентнее в этих вопросах, чем даже врачи). И именно сейчас психология может принять активное участие в обсуждении таких актуальных проблем как реформирование системы образования, здравоохранения и т.д.

Но. И это парадокс. Так долго ожидавшая своего «звездного часа», психология оказывается не готовой дать ответы на поставленные обществом вопросы, фактически отстраняется от них.

Весьма показательны в этом плане трудности в законодательном оформлении профессиональной психологической практики. Уже принят в Москве и активно обсуждается в Санкт-Петербурге Закон о психологической помощи, при том, что ни само понятие психологической помощи, ни показания к ней, ни противопоказания самой психологией не выработано, о

чем свидетельствует разнообразие подходов, определений, нередко их наивная «обыденность».

Несмотря на глубокую разработанность методологии психологического тестирования, психология так и не сказала своего веского слова при обсуждении проблемы перехода в системе школьного обучения России к единому государственному экзамену, а также при введении других форм модернизации образования.

Сегодня научная психология и психологическое просвещение граждан РФ должны, казалось бы, приобретать первостепенное значение, однако и здесь возникают парадоксы. «Академическая психология», уже и в отсутствии идеологического покровительства сохраняет сугубо философствующую позицию, не снисходящую до нужд и чаяний живого человека.

В недавно изданной монографии: «Проблемы психологического исследования. Указатель 1050 докторских диссертаций 1935-2007 гг. (Анцупов А.Я. с соавт., 2007) на основании детального анализа динамики защит докторских диссертаций по психологии и их содержания утверждается среди прочего: «слабая зависимость психологии от положения дел в российском (советском) обществе. Страна сама по себе, а психология сама по себе» (с. 91).

Как и в годы идеологического давления, совокупное профессиональное психологическое знание в отношении к действительности разворачивается в ортогональной плоскости. К сожалению, в отсутствие четкой методологической основы предметом научных психологических изысканий привычно становятся плохо определяемые и постоянно умножаемые понятия: психологическим феноменом или закономерностью объявляется результат статистического манипулирования рядами оценочных шкал, а процедуры означения и переозначивания обыденного знания возводятся в статус научного факта. Психологическая же практика во многом заражена и дискредитирована поп-психологией, соединяющей в себе черты житейской

психологии и всевозможных паранаук (Юревич А.В., 2007). В перечне услуг населению психологическая помощь нередко ставится в один ряд с косметическими услугами, траволечением и услугами экстрасенсов т.п. Очевидным признаком разложения научной психологии становится ее «заигрывание» с религией и попытки беззастенчивого вторжения в сферы надличностного опыта, духовности (чего стоят хотя бы инициативы по разработке опросников для оценки уровня совести и духовного потенциала).

Весьма симптоматично в этой связи то, что психология прекратила свое существование в качестве дисциплины специальности в системе высшего образования и то, что в Российском законодательстве (исключая некоторые подведомственные руководящие документы) психология вообще не квалифицируется в качестве профессиональной деятельности (Беребин М.А., 2010).

В защиту психологии можно сказать, что для ее включенности в решение государственных задач и отстаивания своего статуса нет достаточных организационно-правовых предпосылок: в частности, по мнению А.В. Юревича (2008), психология не столько отстраняется от глобальных проблем общества, сколько отстранена от них. Однако представляется, что недоверие общественных структур и психологии взаимно, обусловлено не только историческим опытом, но и актуальным поведением профессионального сообщества.

Следует отнестись с уважительным пониманием к тому, что на протяжении всей своей истории советскую, а потом и российскую психологию вопросы практической значимости волновали преимущественно как обязательный фрагмент текста диссертационного исследования. Психология выполняла социальный заказ на обслуживание официальной идеологии. За исключением ограниченного круга специальных психологических дисциплин (патопсихология, нейропсихология, психология аномального развития), «академическая» психология решала задачу разработки подходов к воспитанию человека новой, коммунистической,

формации. Однако вот уже 20 лет, как заказ на такую работу закрыт. И психология в силу обстоятельств уже сугубо экономического характера выдвинулась из «академических» стен и «шагнула в народ», обратилась к практике. Однако в отсутствие адекватной подготовки, систематической работы по научному обоснованию решений реальных практических задач психология на этом пути довольно быстро растеряла былую импозантность.

Максимальным достижением уже российской психологии оказалось некритичное творчество, в рамках импортированных психотерапевтических «учений», от ортодоксального психоанализа до модных и теперь онтопсихологии и дианетики. В порыве энтузиазма вопросы научной обоснованности и должной профессиональной подготовки ушли на задний план, что, конечно, сыграло плохую службу репутации сообщества психологов. Характерно, если в начале своего «освобожденная» психология России шла под знаменами понятий личностного роста, экзистенциального выбора, самоактуализации и т.п., то теперь уже (возможно, вслед за новыми идеологическими веяниями) в психологических исследованиях актуальными заявляются темы лояльности, приверженности организации, толерантности и т.п. Казалось бы, спустя уже 20 лет, когда становятся очевидны последствия бездумного увлечения психологическими «практиками», должно прийти понимание необходимости строгого и глубокого осмысления проблемы научных и этических оснований психологии, ее прикладного значения в соответствии с реальными проблемами общества. Однако такого понимания нет. Усилия по рефлексии складывающейся ситуации минимальны и не затрагивают самосознание психологического сообщества в целом, которое, по-видимому, уже адаптировалось в условиях нестабильности экономической действительности, неприятия реальными и потенциальными потребителями психологических услуг, размытости собственного предмета и вечной зыбкости научных оснований.

Нельзя сказать, что методологические проблемы в психологии не рассматриваются. В последние годы вышел целый ряд работ, отражающих

дискуссии относительно методологического кризиса в психологии (Васильюк Ф.Е., 1996; Мазилев В.А., 2006; Журавлев А.Л., Юревич А.В., 2007 и др.). Однако никаких решений не предложено, и, что характерно, например, при обсуждении проблемы методологического плюрализма этот плюрализм воспроизводится. Фиксация и анализ кризиса мировой психологии, проведенные еще Л.С. Выготским (1982), адекватно отражали состояние психологической науки в 30-е годы прошлого столетия. Точно так же как и сейчас наука тогда оказалась не в состоянии осмыслить опыт тотальной трансформации уклада жизни человека. И ясным направлением выхода из кризиса Л.С. Выготский полагал методологическую работу по созданию общей психологии, метапсихологическую работу. Нынешние дискуссии о кризисе сводятся лишь к фиксации множественности и несвязности теоретических изысканий, которой отмечено современное состояние психологии. Такое состояние знания всего лишь свидетельствует его донаучный статус, а, приняв во внимание историю психологического знания, можно констатировать, что в качестве подлинно научной дисциплины психология так и не оформилась. Причины тому, конечно же, не сводимы к привычным заявлениям о «чрезвычайной сложности объекта познания». Вся история современной психологии – убедительная иллюстрация тезиса о нежизнеспособности науки, сторонящейся решения практических задач. Психологическая практика конечно же осуществляется в самых разнообразных, порой экзотических формах, но вся эта «психологическая» работа в отсутствие научного обоснования сомнительна не только с этической, но и с юридической точки зрения, не говоря уже о проблеме дискредитации самой профессии. Парадокс: есть производство знаний, есть психологическая практика, с этим производством никак не связанная, только нет решения актуальных практических задач, прежде всего, связанных с охраной психического здоровья.

Чтобы понять, что могло бы послужить основанием для преодоления сложившейся ситуации, необходимо начать с начала и ответить на два принципиальных вопроса:

1. В какой части поля социальных практик принципиально возможно (или уже оформлено) знание, приближающееся к соответствию критериям научности, или, иными словами, какая часть практики может и должна быть возведена в предмет науки?
2. Какая часть этой практики целесообразна в принципе?

Ответ на вопрос о том, какая часть практики может быть научно оформлена, имеет непосредственное отношение к вопросу о предмете психологии. Это одна из фундаментальных проблем, всегда вызывавших наиболее острые дискуссии. Очевидно, что если знание не претендует на статус науки и, главное, не покушается на вмешательство в жизнь человека, то оно может объявлять своим предметом все, что угодно. Это, собственно, и происходит в психологии, где в предмет возводятся и душа, и дух, и совесть и мораль, и судьба и гендер, и множество других слов. Было бы ошибкой считать, что это, хоть и бесполезное, но безвредное занятие. Повинуясь экономическим реалиям, рано или поздно исследователи вынуждены искать (и находят) способы внедрения своих умопостроений в практику. Достаточно вспомнить историю педагогических инноваций последнего времени, странным, но достоверным результатом которых стало катастрофическое снижение грамотности населения. Последствия таких экспериментов ещё станут предметом самостоятельного исследования.

Если же не оставлять попыток стремиться к точному знанию, то на этом пути психология может и должна иметь дело лишь с тем немногим в поведении человека, что поддается операционализации, оценке и прогнозированию.

Причем сфера практики – это уже ответ на второй вопрос, касающийся целесообразности, – должна иметь, безусловно, значимые цели. Чрезвычайно важно, что эти цели не могут определяться самой психологией: порождение

собственных целей – причина болезненной пролиферации психологических симулякров. Любое вмешательство в жизнь человека допустимо лишь при условии жесточайшего обоснования, и, как показывает весь исторический опыт, единственным бесспорным обоснованием добровольно допускаемого человеком вмешательства было, есть и будет сохранение и поддержание его жизни и здоровья.

В контексте означенных проблем особое значение приобретает определение научного статуса и положения медицинской психологии. По соображениям, мало связанным с наукой, она была переименована в клиническую психологию, и вместе с именем начинает утрачивать свою суть, определяемую всей логикой ее исторического формирования. Медицинская психология определялась так отнюдь не из соображений цели, как, например спортивная психология или организационная психология, а по генезу, подобно другим естественнонаучным дисциплинам, формирующим основания для медицинской практики. Она всегда имела собственный статус, определявшийся особенностями ее становления и развития, которые обеспечивали ей относительную независимость от психологии, восходящей к гуманитарно-философской традиции (Алехин А.Н., 2009). Характерно, что и сейчас, определяя медицинскую психологию всего лишь как «отрасль психологии....», то есть часть целого, при обращении к практическим задачам, психология как целое редуцируется, по сути, к этой своей части, заимствуя из нее все, начиная с терминологии и концептов, вплоть до техник вмешательства.

Весьма характерным в связи с этим является то, что практические психологи зачастую объявляют свою деятельность психотерапией. Очевидно, что такая попытка - через наименование сблизить свою практику с врачебной - малообоснованна. В психологии не разрабатывались и не оформлялись концептуально соответствующие представления о психике («организм» в медицине), ее страдании («болезнь» в медицине) и средствах его ликвидации («лечение» в медицине). Психотерапия же как врачебная практика своим

происхождением обязана изучению пограничных психических расстройств, и все исторически сложившиеся концептуальные построения в ней – результат попыток осмысления и оформления практик работы с ними. В психотерапии сложилось множество авторских «теорий личности», теорий происхождения симптомов, техник психотерапевтической интервенции, которые, конечно, за редким исключением, не научны, но и по генезу своему таких целей не заявляли. Психология же, долгое время «создавая» свои теории (отражения, психики, личности, мотивов, деятельности и т.п.) практическим смыслом последних не озадачивалась, собственных средств для научного оформления хотя бы известных авторских психотерапевтических моделей в ней нет. В этой ситуации сами термины «психологическая диагностика», «психологические симптомы», «психологическая техника», «терапия» представляются не более чем симулякрами (Baudrillard J., 1981).

Психотерапия как вид профессиональной деятельности психологов, порождает много вопросов, и последние становятся предметом профессиональных дискуссий. Возможна ли «психологическая психотерапия»? Вероятно, ей ещё только предстоит разрабатываться, если в основу будет положено медико-психологическое знание, которое, как уже подчеркивалось, рождалось в связи с решением задач врачебной практики и долгое время развивалось в естественно-научном русле. В отличие от многообразных отраслей психологии, психологии в целом, медицинская психология, зародившаяся в недрах физиологии и медицины, воплотила в себе характерный для них естественно-научный подход к исследованию человека. В своем становлении она представляла собой расширение сферы практического человекознания, которое являлось естественным продолжением врачебной практики.

Историческим подтверждением особого статуса и особых возможностей медицинской психологии является уже то, что даже в 20-30-е годы, когда в психологии создавалось множество школ и открыто заговорили о кризисе, медицинская психология сохраняла свой суверенитет,

разрабатывала собственный метод, концептуальный аппарат и другие элементы научного знания.

Такая устойчивость медицинской психологии объяснялась ее практической ориентированностью, ответственностью и наличием действительных критериев верификации формирующегося в ней знания. Так была оформлена патопсихология, решавшая задачи дифференциальной диагностики нервно-психических расстройств, нейропсихология, решавшая задачи топической диагностики и реабилитации больных с локальными поражениями головного мозга, специальная психология, решавшая задачи воспитания и обучения детей с аномалиями развития.

Эти тенденции в развитии медицинской психологии, ее относительная целостность и независимость от идеологии сохранялись вплоть до 70-80-х годов. Именно достижения медицинской психологии и стали основанием для создания уже к 1966 г. факультетов психологии ЛГУ и МГУ, и, как казалось тогда, условий для формирования фундаментального психологического знания.

Однако сегодня уже можно констатировать: начало массовой подготовки и оформление института профессиональных психологов повредило естественному ходу развития медицинской психологии. Смещение предмета исследований из сферы практических задач в сферу «академической деятельности», обремененной к тому же задачами обслуживания идеологии, привело к тому, что изучение поведения живого человека в разных обстоятельствах жизни подменилось конструированием и изучением терминов, и этот процесс, в силу уже собственных закономерностей, приобрел необратимый характер. В результате этой болезнью поражена и медицинская психология уже в новом своем обозначении - клиническая. Она утрачивает так характерную для нее ранее ориентированность на классические критерии научности, то, что позволяло ей сохранять свою жизнеспособность.

Нет необходимости возражать тому, что естественно-научный подход в психологии – есть подход с ограниченными возможностями и позволяет описать лишь простые формы реагирования человека в экспериментально (или иным образом) ограниченных условиях. Следует принять и упреки в игнорировании уникальности и сложности человека, в редукционизме. Да, действительно, естественно-научный подход невозможен без редукции, но нельзя не согласиться, что возможности познания человека изначально ограничены, а потому необходимо, по мысли Гете, «понять постижимое и спокойно принять непостижимое», или, как это сформулировал Л. Витгенштейн: «о чем можно сказать, можно сказать ясно. О чем сказать нельзя - надобно молчать». Такая научная честность обеспечивает большее уважение к душе, духу человека, чем заносчивое теоретизирование о них, не говоря уже о попытках «измерения» при помощи тестов и других психодиагностических инструментов.

Неотложной организационной задачей медицинской психологии сегодня становятся «карантин» и «иммунизация» против хронических болезней психологий. Как это сделать в условиях безудержной экспансии наукоподобных умопостроений, как сохранять и развивать собственный концептуальный аппарат, привязанный к действительности, как систематизировать огромное поле эмпирического знания – это и является актуальной научной задачей современной медицинской психологии.

Решение этой задачи упирается не в дефицит эмпирических знаний, их как раз в науках о человеке накоплено предостаточно. Проблема в том, что существующие способы анализа знаний лишь углубляют дифференциацию научных дисциплин, то есть проблема в способах систематизации знания. Это – проблема методологии, которая неоправданно избегается в столь сложной системе как психология (Пископпель А.А., 1999).

Рабочая теория медицинской (клинической) психологии должна представлять собой целостную систему концептуальных моделей, непротиворечиво описывающих поведение человека на разных уровнях его

(поведения) организации, движущие силы и механизмы реализации его активности, системы регуляции поведения и механизмы его нарушения, процессов формирования и развития психики и личности, механизмов адаптации и дезадаптации. Основные элементы такой теории есть, и они созданы в различных научных дисциплинах: в биологии и физиологии, сравнительной психологии, антропологии, социальной психологии, психопатологии. Теория научения, теория психических процессов, теория стресса и адаптации, теория культурно-исторического развития, все это доступный и достаточный материал для отстраивания нового здания медицинской психологии. Проблема заключается лишь в методологически выверенном основании для систематизации этих элементов. Для решения этой проблемы необходимы поиск и утверждение универсальных естественно-научных концептов, пригодных для описания открытых динамических систем и процессов независимо от их содержательного наполнения. Необходимо принять верифицируемые научные концепты, инвариантно описывающие системы разного уровня организации в их целостности и динамике. Не понимая методологического значения подобных концептов, можно спорить о содержании и степени их обоснованности.

Конечно, необходимо отдавать отчет в том, что работа по созданию действенной теории в медицинской (клинической) психологии требует серьезных усилий. Нынешнее время не располагает к такой работе. В эпоху всеобщей информатизации знание тиражируется непрерывно, вопросы научного обоснования становятся все менее актуальными, и в научном сообществе отчетливо видится снижение интереса к проблемам методологического характера, это – факт и с этим следует считаться. Вместе с инфляцией идеологий уходит интерес к фундаментальным проблемам познания. Значит ли это, что следует отказаться от научной деятельности? Вернется ли человечество к цеховому принципу ремесленничества с передачей секретов мастерства от учителя к ученику, или сохранит систему профессионального образования, вопросы систематизации опыта, его

концептуального оформления останутся главной задачей человека познающего. А это ведь и есть суть научной работы, и способы такой работы следует изучать и совершенствовать.

ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Соловьёва С.Л.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург*

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения декларируются как важнейшие направления государственной социальной политики Российской Федерации. Констатация двух задач здравоохранения - лечение больных людей и предупреждение заболеваний, укрепление здоровья – сопровождается признанием отставания медицины в решении второй задачи. При этом отмечается усиление роли клинической психологии в профилактике как психических, так и соматических болезней.

Роль психолога в клинике была обозначена еще в 1975г. в методических рекомендациях «О работе патопсихолога в психиатрических больницах» под редакцией А.А.Портнова, адресованных главным врачам психиатрических учреждений для руководства и контроля за патопсихологической работой и психологам – в качестве методических указаний в практической работе.

Клинический психолог в учреждениях здравоохранения, в соответствии с этими методическими рекомендациями, — это специалист, в обязанности которого входит как участие в отдельных психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом. Должности психологов, отмечается в рекомендациях, укомплектовываются лицами, имеющими высшее психологическое образование (окончившими факультеты психологии университетов, педагогических институтов) и

получившими специализацию по патопсихологии при институтах психиатрии.

Медицинская помощь, отмечают авторы, должна оказываться бригадой специалистов, центром которой является лечащий врач, работающий совместно с психотерапевтом, клиническим психологом и специалистом по социальной работе. Каждый из них при этом должен выполнять свой диагностический, лечебный и реабилитационный план под общим руководством лечащего врача и в тесном сотрудничестве с другими специалистами. Такая «бригадная» модель в здравоохранении еще недостаточно распространена, отмечают авторы, поскольку отечественная система здравоохранения к этому не готова.

Следует заметить, что в отношении бригадного метода работы в медицине ситуация сегодня практически мало изменилась: признавая важность комплексной оценки пациента с позиций современной парадигмы «биопсихосоциального подхода», врачи тем не менее на практике часто не имеют возможности обеспечивать этот подход.

С самого начала работы психологов в психиатрической клинике ключевым является практический вопрос о его нагрузке. Нормативы психодиагностической работы психолога в системе психиатрической помощи в различных источниках варьируются от 8-10 до 25-30 психодиагностических заключений в месяц. Очевидно, подобный разброс в предъявляемых требованиях связан со сложностью формализации дифференцированного подхода к больным в зависимости от их возраста, тяжести соматического состояния, психического статуса, нозологической принадлежности, а также с недостаточной определенностью в вопросах необходимого количества предъявляемых методик, необходимого объема заключения и т.д.

В качестве примера при подходе к разработке нормативов работы психолога могут служить методические рекомендации «О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях», изданные в Ленинграде в 1976 г., где формулируются

следующие нормы нагрузки: 1) средняя продолжительность обслуживания одного первичного больного, включая время на подготовку к исследованию и оформление его результатов – 3,5–4 часа; общее число обследований в месяц на одну должность психолога — 40 первичных или 75 повторных; 2) проведение психокоррекционной работы ежедневно с двумя группами — по 8–12 больных в малых группах и 14–18 – в группе пантомимы (психологом, освобожденным от выполнения диагностической работы); 3) проведение социотерапии и работы по организации терапии средой в 3–5 отделениях на 60 коек каждое, включая необходимые исследования, при условии освобождения от других видов работы.

Нормативы работы психолога в психиатрических учреждениях предлагаются и в других методических разработках: в методических рекомендациях «О работе патопсихолога в психиатрических больницах» устанавливается следующая нагрузка работы психолога: одно экспериментально-психологическое исследование комплексом методик (в среднем в количестве 6-7) продолжается в течение 3-3,5 часов (около двух часов занимает непосредственная работа с больным и 1-1,5 часа – подготовка к эксперименту и анализ полученных данных). Поэтому в течение рабочего дня, по мнению авторов данной методической разработки, психолог может провести не более двух исследований.

Поскольку для достоверного и полноценного психологического заключения нужно одного и того же больного обследовать два, три и более раза, один психолог в течение года, указывают авторы, может провести около 500 полноценных экспериментально-психологических исследований (т. е. по 2 исследования ежедневно в течение 253 рабочих дней). В случае неоднократного исследования каждого больного психолог в течение года может исследовать около 200 человек и составить на них заключения. Патопсихолог также должен принимать участие в конференциях, консультациях и в работе экспертных комиссий при разборе исследованных

им больных. Это необходимо, считают авторы, для обогащения его психологического и клинического опыта.

Если приблизительные нормы нагрузки психолога в психиатрических учреждениях в некотором диапазоне определены, то в клинике внутренних болезней этот вопрос долгое время оставался открытым.

Тем не менее с утверждением в медицине целостного подхода к личности пациента, с учётом взаимодействия социальных, духовных, психических и биологических факторов, возросла роль медицинской психологии в структуре общетерапевтической помощи населению, возникла потребность в упорядочении деятельности медицинских психологов не только в психиатрической клинике, но и в клинике внутренних болезней, в частности, необходимость в уточнении их должностных обязанностей и нормативов работы. В этой связи стали появляться разнообразные методические разработки, среди которых в 2002 году были опубликованы методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения», содержащие основные положения деятельности медицинского психолога в учреждениях здравоохранения и адресованные администрации учреждений здравоохранения для руководства и контроля над работой психологов, а также непосредственно психологам в качестве методических указаний в их практической работе.

Авторы отмечают, что в структуре медицинской психологии выделяются две основные области: 1) применение психологии в клинике нервно-психических заболеваний, где основной проблемой является изучение влияния на психику больного изменений структуры и функционирования мозга, обусловленных прижизненно приобретенной патологией либо врожденными, в частности генетическими, аномалиями; 2) применение психологии в клинике соматических заболеваний, где основной проблемой является оценка степени влияния психических состояний (и других психологических факторов) на соматические процессы.

Если первая область длительное время активно разрабатывается теоретически и находит себе применение на практике, то вторая открывает сегодня самое широкое поле деятельности.

Как указывается в методических рекомендациях «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения», развитие концепции реабилитации, основным принципом которой является обращение к личности больного, по-новому поставило вопрос о месте и роли психологов в деятельности общесоматических учреждений здравоохранения учреждений и существенно расширило стоящие перед ними задачи. Особое значение приобретает сегодня вопрос о привлечении психологов к участию в проведении психотерапевтической и психокоррекционной работы, которой отводится важная роль в системе восстановительного лечения (реабилитации) вне зависимости от нозологической принадлежности и выраженности патологического процесса. Отмечается необходимость более широкой информационной подготовки клинических психологов.

В целом основные разделы работы медицинского психолога определяются авторами методической разработки как: решение задач дифференциальной диагностики; оценка структуры и степени нервно – психических расстройств; диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; исследование личности, социальной среды и социальных позиций пациента в целях получения данных для функционального диагноза; оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии; экспертная работа; психокоррекционная и реабилитационная работа с пациентами, их родственниками, персоналом лечебных подразделений; улучшение производственного климата подразделений и проведение образовательных программ по медицинской психологии, в частности, задачам психогигиены и психопрофилактики, санитарной пропаганды.

Авторы методических рекомендаций «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения» формулируют конкретные

требования к проведению лечебно-диагностических исследований с пациентами. Проведение психологического обследования в клинике, отмечается в рекомендациях, психологу нужно начинать, когда с больным установлен хороший психологический контакт, обеспечивающий продуктивное сотрудничество. Задачу перед пациентом следует ставить четко и конкретно, а инструкцию давать в форме, понятной и доступной данному больному. Свыше 1,5 –2 часов с ним работать нельзя, поскольку соматически ослабленный или пожилой пациент утомляется, его восприятие ухудшается, а результаты исследования в этой связи могут искажаться.

Полное психологическое обследование, включающее детальную оценку познавательной сферы (процессов памяти, восприятия, внимания, мышления, интеллекта), эмоциональной сферы (стеничность эмоций, доминирующие переживания, контроль над эмоциями, наличие импульсивности или ригидности эмоциональных реакций, наличие агрессивных и аутоагрессивных (депрессивных, суицидальных) тенденций, а также структурно-функциональной организации целостной личности с учетом самооценки, интернальности-экстернальности, уровня притязаний, доминирующих ценностей, мотивов, системы адаптации (механизмы психологической защиты и копинг-стратегии), рекомендуется проводить минимум в два приёма, в течение 2-х дней, хотя в отдельных случаях (при повышенной утомляемости больного) может потребоваться 3-4 встречи с испытуемым. Эксперимент рекомендуется проводить в первой половине дня, в спокойной обстановке, наедине с больным или в присутствии лаборанта, который записывает ход исследования, реакции испытуемого, его высказывания и ответы.

Формулируются нормативы работы клинического психолога с учетом сложности стоящих перед ним задач. Учитывая время, необходимое на проведение обследования, анализ результатов и написание заключения, нормативные нагрузки работы медицинского психолога могут составлять 16 заключений по форме 1 в месяц на одну ставку медицинского психолога (при

36-часовой рабочей неделе) в стационаре, а в амбулаторной службе – 20 заключений по форме 1 в месяц. Форма 1 предполагает заключение по данным полного психодиагностического обследования, которое проводится в связи с задачами дифференциальной диагностики, уточнения степени и глубины расстройств психической деятельности, выявления сохранных и нарушенных звеньев психики, а также при решении экспертных вопросов в рамках медико-социальной или судебно-психологической экспертизы.

Выделяются еще три формы проведения исследований, написания заключения и, соответственно, оснований для определения нормативов работы клинического психолога. Форма 2 предполагает заключение по данным частичного обследования – сенсомоторной, познавательной, либо эмоционально-волевой и личностной сфер, которое, как правило, проводится в клинике неврозов с целью уточнения личностных особенностей, особенностей эмоционально-волевой сферы. Два заключения по форме 2 при определении нагрузки психолога в клинике приравниваются к одному заключению по форме 1.

Форма 3 подразумевает заключение по данным обследования с помощью опросников для исследования личности с подробным анализом личностного профиля испытуемого, показанного для выявления личностных особенностей испытуемого, оценки эффективности психотерапии, как индивидуальной, так и групповой. Три заключения по форме 3 при определении нагрузки работы психолога приравниваются к одному заключению по форме 1.

Форма 0 устанавливается в двух возможных случаях: А) Заключение по данным нейропсихологического обследования, как обследования повышенной сложности, требующего высокой квалификации медицинского психолога и значительного времени проведения обследования; Б) Заключение для комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, представляющее собой полное психодиагностическое обследование и ответы эксперта - психолога на поставленные перед ним

вопросы. Одно заключение по форме 0 при определении нагрузки психолога приравнивается к трём заключениям по форме 1 - в стационаре, к двум заключениям по форме 1 – в амбулаторной службе.

Таким образом, методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения» содержат конкретные дифференцированные нормативы работы медицинского психолога как в нервно-психиатрической клинике, так и в клинике внутренних болезней. Подобная дифференцированная разработка нормативов работы психолога в психиатрической, неврологической и соматических клиниках представляется обоснованной и перспективной, в частности, в связи с нарастающей дифференциацией и специализацией врачей, оказывающих помощь в многопрофильных стационарах. При этом, следует признать, что содержание работы психолога с пациентами различной нозологической принадлежности требует дальнейшей конкретизации в соответствии с современными тенденциями в изменении соматического и психического статуса населения. Нормы нагрузки работы психолога могут также иметь свои особенности в геронтологической и педиатрической клиниках.

В меняющихся информационных, социально-политических, экономических, культуральных условиях жизни наблюдаются определенные тенденции в изменении состояния психического здоровья населения. Как отмечается в Докладе экспертов ВОЗ, к этим тенденциям относятся прежде всего астенизация и психопатизация жителей Европы и Америки. В соответствии с данными Минздрава России, каждый житель страны к 50-ти годам является носителем как минимум трех хронических соматических заболеваний. В мегаполисах состояние здоровья населения отягощается неуклонно возрастающими пограничными нервно-психическими (преимущественно невротическими, неврозоподными и психосоматическими), а также личностными расстройствами.

Помимо этого, отмечается тенденция к хронизации соматических и психосоматических заболеваний, которые протекают часто в неявной,

стертой форме и не всегда легко диагностируются. Психические последствия от сочетания разных форм патологии могут взаимно усиливать друг друга, как, например, в случае сочетания гипофункции щитовидной железы с хронической надпочечниковой недостаточностью, приводя к психическому статусу черты пассивности, истощаемости, снижения мотивации и настроения, а могут действовать в разных, в ряде случаев, противоположных, направлениях. Современный больной поэтому требует к себе внимания широкого круга специалистов, обладающих знаниями не только в своей, но и в смежных специальностях.

Между тем, несмотря на тенденцию к внедрению в медицину новой био-психо-социальной парадигмы в интерпретации и лечении заболеваний, выявляется отчетливая склонность к узкой специализации и профилизации врачей различных специальностей, что препятствует формированию интегративного подхода к пациенту. Не находя «своей» патологии, врач направляет пациента к другому специалисту, тот к следующему; в конце этой цепочки обычно оказывается психиатр, психотерапевт и клинический психолог. В свою очередь, больным, не имеющим соответствующих медицинских знаний, сложно найти врача, обладающего необходимыми в каждом конкретном случае знаниями, умениями и навыками. Разочарования в поиске специалиста часто приводят пациентов к представителям нетрадиционной медицины, результат деятельности которых часто бывает непредсказуем. Если пациент попадает в конце концов на прием к медицинскому психологу, его состояние крайне трудно правильно квалифицировать, поскольку на основное заболевание, протекающее на фоне более или менее выраженных хронических болезней с их осложнениями и обострениями, наслаиваются вторичные невротические расстройства и характерологические особенности больного.

Ситуация осложняется бесконтрольным приемом разнообразных лекарственных препаратов, рекомендованных теми или иными специалистами, среди которых, как правило, на первый план выступают

транквилизаторы и антидепрессанты. Побочные действия лекарств, адресованных одному заболеванию, при этом могут обострять течение другого, еще больше усложняя клиническую картину.

В этом случае в психическом состоянии пациента клинический психолог должен уметь дифференцировать его преморбидные характерологические черты; психические проявления, связанные с основным заболеванием; психические последствия хронических соматических болезней; психические реакции пациентов на разнообразную медикаментозную терапию, в том числе и психотропными препаратами, а также вторичные невротические наслоения, приобретенные в процессе неудачных попыток получить правильный диагноз и избавиться от страдания. Подобная задача требует от психолога более широкого по сравнению с традиционным образованием, большей информированности в области психиатрии, неврологии, в клинике внутренних болезней и в психофармакологии. В практической работе психолога нарастает потребность в овладении широким кругом медицинских знаний.

Между тем, в отличие от врачей, которые имеют специализацию в определенной области и готовятся для лечения пациентов определенной нозологической принадлежности, клинический психолог по окончании факультета психологии университета может прийти на работу в любую клинику – неврологическую, психиатрическую, онкологическую, кардиологическую и т.д.,- где должен решать диагностические и коррекционные задачи, не имея соответствующей специализации и соответствующей подготовки. Первые два года работы в клинике для психолога связаны с необходимостью приобретать новые знания, осваивать новые методы диагностики, новые психокоррекционные технологии в соответствии с профилем учреждения, а также преодолевать негативное отношение врачей, конкретным требованиям которых подготовка медицинского психолога не соответствует. Подобная ситуация формирует предпосылки для «эмоционального сгорания» психолога в клинике, часто в

виде «расплаты» соматическими симптомами за хроническое эмоциональное напряжение. Психолог характеризуется сегодня крайне уязвимой ролевой позицией в клинике, с одной стороны, и, с другой - низким уровнем ответственности, в частности, юридической, за свои действия и их последствия для пациента.

Интеграция медицинского психолога в клинику требует его легализации, определения зоны ответственности, четкой формулировки прав и обязанностей в общении как с пациентами, так и с медицинским персоналом. В этой связи стоит вопрос не только о расширении зоны информированности клинического психолога в разных отраслях медицины, но и о возможности дополнительной подготовки в диагностике и коррекции психического статуса пациентов определенной нозологической принадлежности, то есть о возможности более узкой специализации. В качестве адресно подготовленного специалиста психолог может быть наиболее востребован и наиболее эффективен.

Одновременно требуется повышение уровня ответственности психологов, работающих в практическом здравоохранении. Легализация медицинского психолога в клинике в качестве самостоятельного специалиста с его правами и обязанностями возможна только лишь на основе высокого уровня осознания психологом всех возможных последствий своих действий и ответственности за них, а главным принципом оказания помощи может оказаться традиционное «Не навреди!».

В клинике внутренних болезней психолог решает две основные задачи: диагностическую и коррекционную. Они тесно взаимосвязаны и имеют свою специфику. Одной из наиболее значимых теоретических и практических проблем современной клинической психологии является прежде всего диагностическая.

Для того чтобы заниматься психотерапией, психологическим консультированием или психологической коррекцией, необходимо иметь некоторые ориентиры в отношении того, что считать нормальным, а что –

патологическим, от каких личностных черт клиента необходимо избавлять, а какие – усиливать, формировать и развивать.

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния клиента в процессе консультирования.

Долгое время в медицинской психологии доминировал статистический подход, при котором категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. В этом смысле норма – некоторое среднестатистическое состояние, наиболее часто встречающееся в популяции. При применении среднестатистического подхода в категорию патологии попадают не только слабоумные, но и гениальные, одаренные, талантливые личности, которых в популяции также мало. К патологически будут неизбежно отнесены все случаи необычного, нестандартного, редко встречающегося поведения. статистический подход отсекает черты личности и формы поведения, за которыми может скрываться яркая индивидуальность, оригинальность, необычность, квалифицируя эту оригинальность в терминах психического расстройства.

В последнее время в рамках феноменологического подхода в литературе начинает появляться понятие индивидуальной нормы, имеющее важное практическое применение.

В.Е. Каган отмечает, что индивидуальная норма, по существу, есть индивидуальная мера отклонения от физиологической, статистической и идеальной норм, свойственных данному конкретному человеку. М. Перре, У. Бауманн отмечают, что «когда состояние человека оценивают как «больше не являющимся нормальным», то, как правило, за основу берут его собственную субъективную норму. Называя что-то «ненормальным» для индивида, мы говорим о наблюдаемом отклонении от состояния самого индивида (а не других людей), в котором он пребывал прежде и которое соответствовало его целевым установкам, возможностям и жизненным

обстоятельствам. Критерием для сравнения здесь является не универсальность (как при статистической норме) и не абсолютные ценностные установки (как при идеальной, или идеологической норме), а возможности и работоспособность индивида.

В этом случае терапия означает в первую очередь не адаптацию к социальным нормам (среднего слоя общества), а восстановление состояния, являющегося нормальным для данного конкретного индивида в данных конкретных обстоятельствах.

Как правило, оценка соответствия норме проводится в отношении когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых компонентов психических явлений. Так, например, в клинической психологии существует давняя традиция выявления эмоциональных «факторов риска» для возникновения психосоматической и пограничной нервно-психической патологии. Показано, что интенсивные переживания страха и тревоги, враждебности и агрессивности, депрессии и печали могут спровоцировать начало самых различных патологических процессов в организме. В этой связи одной из основных диагностических задач, стоящих перед медицинскими психологами в клинике внутренних болезней, стало изучение условно «негативных» эмоциональных состояний. Изучено и описано множество эмоциональных реакций, наблюдаемых у пациентов клиники внутренних болезней различной нозологической принадлежности.

Особое внимание уделяется условно «негативным» эмоциям как психологическим факторам риска для возникновения разнообразных психосоматических нарушений. В современной литературе вводится понятие «негативной аффективности», или склонности испытывать отрицательные эмоции и создавать негативную «Я-концепцию» (Watson and Clark, 1984; Брайт Д., Джонс Ф., 2003). Основная черта феномена негативной аффективности состоит в том, что он проявляется даже тогда, когда жизненные обстоятельства благоприятны для человека.

В структуру негативной аффективности входят тревога, депрессия и враждебность. Тревога – эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, планирование, прогнозирование неуспеха. Депрессия, преимущественно направленная в прошлое, характеризуется утратой жизненной перспективы с дефицитом планирования. Враждебность, связанная с неприятием настоящего, выражается в навыке нападения, разрушения, в противостоянии, конфронтации и конкуренции со всем окружающим.

Взаимосвязанность всех трех составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина (Н. М. van Praag, 1994). На психологическом уровне функционирования все три компонента характеризуются сходными чертами: снижением самооценки, неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования – снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, низкой фрустрационной толерантностью, склонностью к внутриличностным и межличностным конфликтам.

Состояния тревоги, депрессии и враждебности тесно взаимосвязаны и часто сопровождают друг друга таким образом, что на практике при работе с больными или здоровыми, переживающими последствия психической травмы, приходится иметь дело со смешанными состояниями: с депрессией, включающей в себя элементы агрессии и выраженные в большей или меньшей степени тревожные переживания, с фобией, включающей, как правило, также и депрессивные расстройства, часто с агрессивно-дисфорическим оттенком, с агрессивностью и враждебностью, окрашенной тревогой или переживаниями депрессивной печали и отчаяния.

В среднем диапазоне значений компоненты комплекса негативной аффективности приобретают адаптивное значение: тревога квалифицируется

как адаптивная чувствительность к опасности; депрессия выражается в лишенном иллюзий реализме с активизацией интеллектуальных процессов без смягчающей тенденции к формированию индивидуальных мифов, иллюзий и фантазий; агрессивность обеспечивает самосохранение и целостность личности. В этом случае все три эмоционально-негативных переживания приобретают конструктивное психологическое содержание и становятся значимым ресурсом личности, повышающим способность к адаптации.

Если при научных исследованиях в клинической психологии продолжают использоваться преимущественно среднестатистические нормы, то для практической работы с конкретным пациентом более полезными на практике оказываются индивидуальные нормы.

Индивидуальная норма, в соответствии с разрабатываемой нами гипотезой, может определяться не среднестатистическим уровнем тревоги, депрессии, враждебности, а соотношением всех компонентов негативной аффективности на уровне состояний и свойств личности. Значимым для прогнозирования дезадаптации под воздействием стресса является не уровень тревоги сам по себе, а соотношение тревожности как свойства личности, обеспеченной соответствующими физиологическими ресурсами, и тревоги как состояния. Аналогично соотношение агрессивности как свойства личности и враждебности как состояния, а также депрессивности как свойства личности (пессимизма) и депрессии как состояния может использоваться для оценки индивидуальной нормы реакции на стресс.

Гипотеза проверялась экспериментально в диссертационных исследованиях В.А. Ишиновой, О.Ю. Антипиной, Т.В. Михайловой, В.Г. Рагозинской.

Полученные в экспериментально-психологических исследованиях результаты позволяют говорить о том, что индивидуальная норма отражает «психофизиологическую цену» реакции на стресс у здоровых, а у больных –

степень изменения психофизиологических функций при воздействии болезни.

В частности, экспериментальные исследования, проведенные под нашим руководством Т.В.Михайловой на больных хронической сердечной недостаточностью в стадиях компенсации и декомпенсации, показали, что относительный баланс между тревожностью как свойством личности и тревогой как состоянием соответствовал компенсации, а нарушение баланса – декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Показано также, что эмоциональный баланс может применяться как один из значимых показателей восстановления адаптационных процессов при оценке эффективности психотерапии.

Аналогичным образом у здоровых лиц фактором прогнозирования дезадаптации при воздействии эмоционального стресса является не уровень тревожности сам по себе, а соотношение тревожности как свойства личности, обеспеченной соответствующими физиологическими особенностями, и тревоги как состояния. Аналогично соотношение агрессивности как свойства личности и враждебности как состояния, а также депрессивности как свойства личности (пессимизма) и депрессии как состояния также имеет значение в определении индивидуальной нормы реакции.

Таким образом, эмоциональный баланс между компонентами негативной аффективности как соотношение между устойчивыми психофизиологическими характеристиками личности и текущими ответами на стрессовые воздействия определяют индивидуальную норму реакции. Эмоциональный баланс в отношении тревоги, враждебности, а, возможно, и других эмоций, может использоваться при прогнозировании психосоматических последствий стрессовых реакций. «Нормальность» тревоги, депрессии, агрессии и других «негативных» феноменов определяется не их абсолютным значением, а их соотношением с «обычным» уровнем тревоги, агрессии, депрессии конкретного человека.

В этой связи перед медицинским психологом встают новые задачи и в области психологической коррекции. Многие психологи привычно ставят перед собой целью вмешательства снижение уровня тревожно-депрессивных переживаний у больного до нормативных значений шкал тревоги и тревожности опросника Спилбергера-Ханина и шкалы депрессии опросника Зунга в адаптации Т.Н. Балашовой. Условно «негативным» эмоциям по умолчанию отводится отрицательная, дезадаптивная роль. Между тем в среднем диапазоне значений в «эмоциональном репертуаре» каждого конкретного пациента условно негативные переживания приобретают важное адаптивное значение: тревога сигнализирует об опасности, помогая активизировать резервы и ресурсы личности для ее преодоления; депрессия обеспечивает реалистичность в восприятии и оценке ситуации; агрессия обеспечивает целостность, сохранность физического и психического уровней функционирования человека.

Основной целью психологического вмешательства в клинике внутренних болезней должно стать восстановление собственного «ресурсного» состояния каждого конкретного пациента, в котором он может сам эффективно решать стоящие перед ним задачи. Ориентиром при этом служат индивидуальные нормы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АСПЕКТЕ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Парцерняк С.А.

ГБУЗ «Городская больница №15», Санкт-Петербург

Результаты эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют, что в современных условиях при заболеваниях внутренних органов всё в большей мере наблюдается полиморбизм (сочетанность различных болезней), хронизация процесса, а также полипрагмазия (высокая лекарственная нагрузка). При этом, по заключению XXXI Всемирного

конгресса терапевтов, состоявшегося в 2012 г., диагностика и медикаментозная терапия больных с полиморбидной патологией затратны и недостаточно эффективны. В.И. Симаненков (2006) приводит данные, согласно которым, в среднем у человека в возрасте старше 60 лет может быть диагностировано 5-6 хронических заболеваний.

Таким образом, современный больной – это больной с полиморбидной (сочетанной) патологией. У одного больного может быть 3, 5, 10 и более заболеваний. Заболевания могут затрагивать как одну регуляторную или эффекторную систему, так и многие. В то же время узкоспециализированная модель здравоохранения ориентирована на «виртуальную» монопатологию.

Кроме того, по данным эпидемиологических исследований, заболевания внутренних органов нередко сочетаются с аффективной патологией. В среднем у 30% пациентов с хроническими соматическими заболеваниями выявляется клинически значимое депрессивное расстройство, требующее психофармакотерапии.

При различных вариантах полиморбидной патологии верифицирован синдром взаимного отягощения, характеризующийся более тяжелым течением заболевания, резистентностью к стандартной терапии, рецидивированием и затратностью лечения.

В связи с этим встает вопрос о поиске новых форм оказания медицинской помощи населению, более эффективных и менее затратных

С нашей точки зрения, решение этой проблемы возможно при использовании интегративного подхода. В настоящее время это направление позиционируется в здравоохранении экономически развитых стран как ведущее. «Целостность», «холизм», «интеграция», вот что должно лежать в основе медицины!

Таким образом, основные побуждающие мотивы развития интегративного подхода, это:

- Чрезмерная затратность узкоспециализированного подхода.
- Относительно низкая эффективность лечения.

- Значительный отток пациентов из официального здравоохранения в нетрадиционную сферу лечебных пособий.
- Неудовлетворенность VIP-рынка услуг существующими формами оказания медицинской помощи.
- Быстро прогрессирующая экспансия новых интегративных форм медицинской помощи, возникших в экономически развитых странах.

Некоторые принципы интегративного подхода (Barnett et al., 2012):

- Использование рентабельных, экономически эффективных медицинских технологий.
- «Командномультидисциплинарный подход» при верификации диагноза и лечении пациента.
- Нарращивание компетенций у терапевтов (и/или ВОП).
- Сокращение процента предотвратимых осложнений у лиц с хроническими заболеваниями на 10% может уменьшить затраты на лечение на 40 млрд. долларов.
- Софинансирование медицинской помощи.

Для реализации интегративного подхода в здравоохранении предлагаются следующие мероприятия:

- Создание отделений с интегративной направленностью организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом, стационарном и санаторно-курортном звеньях (при обязательном наличии в штате специалистов в области психического здоровья).
- Разработка стандартов и алгоритмов лечения полиморбидной патологии для эффективного взаимодействия со страховыми компаниями в рамках ОМС и ДМС.
- Обучение и переподготовка врачей на базе новой идеологии и методологии.

Какие есть варианты в решении этой проблемы? Первый вариант: вкладывание средств в «поддержание на плаву» некоторых элементов узкоспециализированной модели. Второй вариант: создание новых

интегративных форм организации медицинской помощи, которые должны возникать и функционировать в структуре современного здравоохранения.

Опыт применения интегративного подхода уже есть. Данный подход реализуется целым рядом структур системы здравоохранения в Санкт-Петербурге, в частности:

- Кардиологическое психосоматическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница №32».
- Психосоматическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница №17».
- Психосоматическое отделение СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.
- Отдел терапии и интегративной медицины ВЦЭРМ МЧС РФ им. А.М. Никифорова
- Медицинский центр «Аллергомед» и др.

Примером интегративного подхода является работа в ЛПУ Санкт-Петербурга (в т.ч. в скоромощных стационарах) медицинских (клинических) психологов в составе междисциплинарных бригад.

Важную роль в интегративном подходе, несомненно, играет психологическое сопровождение диагностического и лечебного процесса. Психологическая работа должна строиться с учетом как клинических аспектов заболеваний, так и закономерностей адаптации человека к условиям болезни.

Так, например, в модели, предложенной А.Н. Алёхиным и А.В. Чернорай выделяются следующие этапы адаптации пациента и соответствующие задачи психокоррекции в кардиореабилитации:

- Первый этап адаптации – огушенность и растерянность. На этом этапе психокоррекция должна заключаться в купировании тревожных реакций.
- Второй этап – восстановление энергетически-мотивационного потенциала, актуализация адаптационного-компенсаторных механизмов. Задач психолога – работа по оптимизации эмоционального состояния пациента.

- На следующем этапе у пациента происходит диссоциация между прежними стереотипами поведения и объективными ограничениями. Задачей психокоррекции является выработка рационального отношения к болезни.
- Далее следуют попытки перестройки системы личностных отношений пациента, происходит формирование когнитивно-оценочного компонента отношения к болезни, субъективной оценки угрозы благополучию в связи с болезнью с соответствующим усилением либо ослаблением тревоги.
- Наконец, на последнем этапе достигается стабильный адаптационно-компенсаторный уровень. Задача психолога состоит в помощи пациенту в формировании адекватных психологических отношений, обеспечивающих самостоятельный осознанный контроль поведения больными в интересах предупреждения рецидива заболевания.

В ГБУЗ «Городская больница №15» накоплен опыт психологического сопровождения лечебного процесса. Результатом работы клинического психолога СПб ГБУЗ «Городская больница №15» в 2014/2015 г.г. явилось:

- повышение эффективности оказания медицинской помощи больным с ОНМК в первичном сосудистом отделении в составе мультидисциплинарной бригады на 10 -15%;
- повышение эффективности оказания медицинской помощи больным с патологией челюстно-лицевой области; онкогематологическим больным и пациентам, находящимся на программном гемодиализе на 5-10% (за счет снижения числа койко-дней; уменьшения объема медикаментозной нагрузки и др.)
- уменьшение числа жалоб на качество оказания медицинской помощи со стороны больных и их родственников в 2 2,5 раза;
- снижение числа конфликтных ситуаций в коллективе в 2-3 раза.

Эффективность интегративной модели оказания медицинской помощи представим на примере сравнения результатов лечения больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией на кардиологическом психосоматическом отделении и обычном кардиологическом отделении.

Установлено, что интегративная (комплексная) диагностика и лечение больных с полиморбидной (сочетанной) сердечно-сосудистой патологией позволяет более эффективно нейтрализовать действие синдрома взаимного отягощения, уменьшить число рецидивов как острых так и хронических форм ИБС, стабилизировать АД, редуцировать тревожно-депрессивную симптоматику, снизить число повторных обращений за медицинской помощью и госпитализаций в стационар, в то время как лечение в обычном кардиологическом отделении оказывается значительно менее эффективным.

Каковы перспективные направления по реализации интегративного подхода в настоящее время?

- Создание в ЛПУ Санкт-Петербурга и клиниках федеральных учреждений отделений интегративной направленности (при наличии «пси» специалистов в штате!).
- Создание кафедр интегративной медицины в общеобразовательных вузах.
- Подготовка студентов по вопросам диагностики и лечения полиморбидной патологии с позиций интегративного подхода.
- Переподготовка врачей терапевтического профиля в соответствии с принципами интегративной медицины.

Подводя итоги, можно сказать, что интегративный подход существенно повышает эффективность оказания медицинской помощи пациентам с полиморбидной патологией.

- Интегративная диагностика больных с полиморбидной патологией сокращает объем исследований в 1,5 – 2 раза.
- Интегративное лечение сокращает время на улучшение или (и) нормализацию самочувствия больных в 2 - 2,5 раза.
- Реабилитация ориентирована на восстановление трудоспособности.

Таким образом, на примере работы клинического психолога в СПб ГБУЗ «Городская больница №15» в 2014/2015 г. г. показана эффективность некоторых направления оптимизации оказания медицинской помощи в ЛПУ

города. В то же время, резервы в оптимизации диагностики и лечения больных с полиморбидной патологией заложены в различных интегративных формах организации медицинской помощи.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПЕДИАТРИИ

Мухамедрахимов Р.Ж.

Санкт-Петербургский государственный университет

В данном сообщении представлена информация о направлении решения одной из наиболее актуальных медико-психологических проблем российской педиатрии, связанной с необходимостью практической реорганизации условий проживания (длительного пребывания) детей в учреждениях здравоохранения, образования и социального развития. Эта информация получена в результате длительного лонгитюдного научно-практического исследования «Влияние изменения социального окружения на психическое здоровье детей раннего возраста», проведенного исследовательской группой факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета во взаимодействии с сотрудниками отдела детского развития Питтсбургского университета, США (грант № 5R01HD39017-03 Национального института здоровья США - the National Institute of Child Health and Human Development of the USA Federal Government, 2000-2005). Проект исследования вместе с входящей в него программой изменения социального окружения детей (программой вмешательства) прошел экспертизу Этического комитета Санкт-Петербургского государственного университета и Совета экспертов Питтсбургского университета и осуществлялся на базе трех специализированных психоневрологических домов ребенка г. Санкт-Петербурга.

Программа раннего вмешательства. Программа вмешательства в данном исследовании состояла из двух компонентов: *обучение и структурные изменения.*

Обучение было направлено на повышение квалификации специалистов и сотрудников домов ребенка по ряду тем в области раннего детского развития и ухода за детьми, при этом акцент делался на предоставлении чувствительного, отзывчивого, заботливого и внимательного взаимодействия сотрудников с детьми.

Структурные изменения состояли из нескольких ступеней, направленных на увеличение постоянства пребывания с детьми одних и тех же взрослых и поддержки детей в их направленности на установление близких отношений привязанности. В качестве таких мер было уменьшение числа детей в группе (с 12-15 до 6-7), выделение на новую группу двух воспитателей с измененным (с 25 до 40 часов в неделю) графиком работы так, чтобы они обеспечивали потребность детей в общении с одними и теми же близкими и отзывчивыми взрослыми; объединение в группы детей разного возраста и уровня развития; снижение общего количества взрослых, взаимодействующих с ребенком; выделение так называемого «семейного часа», во время которого детям предоставляется возможность без отвлечения на других сотрудников общаться только со своими близкими взрослыми.

В соответствии с требованиями лонгитюдного научного исследования для выяснения результатов внедрения программы раннего вмешательства сравнивались три дома ребенка: в первом доме ребенка проводилось как обучение сотрудников, так и структурные изменения, во втором – только обучение, и в третьем – не осуществлялось никакого вмешательства.

Результаты. Программа вмешательства в данном исследовании была успешно завершена и дала положительные результаты. Дети из первого дома ребенка в рамках двойного вмешательства (*обучение*, направленное на увеличение чувствительности и отзывчивости, и *структурные изменения*, связанные с усилением постоянства и доступности близких взрослых)

показали позитивные изменения уже в период 4-9 месяцев, но особенно сильно – через 9 и более месяцев пребывания в условиях изменения социально-эмоционального окружения. Так, условные значения общего психического развития детей из первого дома ребенка были выше, чем у детей третьего дома ребенка, в 1,3 раза для детей без функциональных нарушений и в 1,8 раза для детей с тяжелыми функциональными нарушениями. Такой же высокий уровень достоверности позитивных изменений наблюдается в личностно-социальном, коммуникативном и познавательном развитии детей.

Результаты свидетельствуют, что изменения социального окружения положительно влияют не только на психическое, но и физическое развитие детей младенческого и раннего возраста. Так, через 9 и более месяцев после программы вмешательства значения роста, веса и окружности груди у детей из первого дома были выше, чем из третьего. Чем дольше дети находились в новой, улучшенной системе ухода, тем более выраженными были позитивные сдвиги их развития. Значительные положительные изменения в развитии наблюдались как у типично развивающихся младенцев и детей раннего возраста, так и детей с тяжелыми функциональными нарушениями. Значительно и позитивно изменилось качество отношений персонала и детей, характер их взаимодействия, эмоциональное состояние. В целом после проведенных изменений в первом доме ребенка наблюдается атмосфера, соответствующая атмосфере близкого, отзывчивого домашнего окружения.

Качество проведенных изменений оставалось на высоком уровне на протяжении всего проекта и, после официального окончания проектного периода, до настоящего времени уже в рамках бюджетного финансирования продолжает оставаться в этом доме ребенка на высоком уровне.

Подробная информация о проекте и его результатах представлена в монографиях на русском и английском языках:

- Команда исследователей домов ребенка: Санкт-Петербург, РФ – США (Мухамедрахимов Р.Ж., Никифорова Н.В., Пальмов О.И., Гроарк К.Я., Мак

Колл Р.Б.) (2009). Влияние изменения раннего социально-эмоционального опыта на развитие детей в домах ребенка // Пер. с англ. под науч. ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2009. – 296 с.

- The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (The team of authors listed in alphabetical order by country and individual: Muhamedrahimov R.J., Nikiforova N.V., Palmov O.I., Groark C.J. & McCall R.B.) (2008). The Effects of Early Social-Emotional and Relationship Experience on the Development of Young Orphanage Children// Monographs of the Society for Research in Child Development, 2008, Serial № 291, Vol. 73, №3. Boston, Massachusetts: Wiley-Blackwell, 297p.

Результаты проведенного лонгитюдного научно-практического исследования и выделенные научно-обоснованные компоненты программы изменения социального окружения предлагается использовать для реорганизации условий пребывания детей и создания условий, близких к семейным, в домах ребенка, в детских домах, в больницах с длительным сроком пребывания детей, в других детских учреждениях здравоохранения, образования и социального обеспечения, при организации системы приемной семьи.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Малкова Е.Е.

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
Санкт-Петербург*

Процесс демографического старения ведет к повышению роли старшего поколения в социально экономическом развитии общества. В то же время, период выхода на пенсию связан с нисходящей мобильностью,

снижением социально экономического статуса, вплоть до маргинализации, что негативно сказывается на социальном самочувствии пожилых людей, а следовательно, и общественной стабильности. Пожилой человек при выходе на пенсию сталкивается с полной переменой жизненного уклада, с необходимостью освоить новые модели поведения, но оказывается один на один со своими новыми проблемами.

Именно в этот момент видится острая необходимость в специализированном сопровождении пожилого человека профессионалом в области геронтопсихологии.

Психологическая помощь пожилым людям — это специализированная долговременная медико-психологическая и социально-психологическая помощь пациентам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), страдающим хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. Целью психологической помощи пожилым людям является продление активного долголетия и повышение качества жизни в пожилом и старческом возрасте.

В задачи психологов гериатрической службы входит обслуживание населения по следующим **основным направлениям**:

- болезнь Альцгеймера и деменции старческого возраста;
- остеопороз пожилого и старческого возраста,
- сахарный диабет II типа и его осложнения;
- болезни органов чувств, связанные со старением;
- инконтиненция (проблемы мочеиспускания);
- организация гериатрической помощи долгожителям (90 лет и старше);
- профилактика преждевременного старения;
- другие заболевания, характерные для лиц пожилого возраста.

Рациональное использование принципа диспансеризации населения старших возрастных групп по вышеуказанной классификации с проведением ежегодного психологического мониторинга по определению степени снижения способности к самообслуживанию входит в перечень

психопрофилактических мероприятий. Кроме того, в районных отделениях развивается психологическая работа с родственниками пациентов по вопросам ухода и организации жизни зависимых пациентов.

На базе учреждений (подразделений) гериатрической службы целесообразно развивать **«Школы пациентов»**, целью работы которых является профилактика преждевременного старения, первичная и вторичная психопрофилактика осложнений заболеваний пожилого возраста, и (или) консультации родственников пациентов по вопросам ухода и организации жизни зависимых пациентов.

Общими задачами деятельности службы психологического сопровождения учреждений и подразделений гериатрической службы является предоставление специализированной психологической помощи гражданам старших возрастных групп с учетом имеющихся заболеваний, в т.ч.:

- уточнение диагноза психиатрической гериатрической патологии (характер деменции, выраженность эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств и др.);
- проведение психологической оценки состояния пациента на предмет утраты им способности к самообслуживанию;
- психологическая и социальная реабилитация,
- консультации родственников по вопросам ухода за пациентами, утратившими способность к самообслуживанию;
- содействие в организации психологических консультаций как в учреждениях социальной защиты населения, так и на дому у пациента, а также в стационарных и полустационарных условиях;
- разработка (адаптация зарубежных аналогов) и внедрение в работу службы новых психо-геронто-технологий, обеспечивающих применение новых методик психологической диагностики, коррекции и реабилитации, которые позволят повысить качество обслуживания и жизни пожилого населения;

- проведение мониторинга медико-психолого-социального положения граждан старших возрастных групп, проживающих на территории обслуживания — их возрастной структуры, состояния психического здоровья, функциональных способностей и экономического положения — в целях своевременного составления прогноза и дальнейшего планирования развития службы психологического сопровождения гериатрической помощи;
- взаимодействие с административными органами и организациями, в том числе с научно-исследовательскими, негосударственными организациями, учреждениями социального обслуживания населения, фондами по вопросам оказания психологической помощи, направленной на повышение качества жизни граждан старших возрастных групп, включая вопросы практического применения новейших психо-геронто-технологий.

Служба психологического сопровождения гериатрической помощи в административном районе, в соответствии с возложенными на нее задачами, может быть организована в следующих формах:

- Кабинет психолога при гериатрическом отделении городской поликлиники:
 - гериатрическое медико-социальное отделение (психолог-консультант)
 - гериатрическое отделение с дневным стационаром (психолог-диагностик)
 - гериатрическое отделение с отделением реабилитации (психолог-реабилитолог);
- Лаборатория психологии при гериатрической больнице
- Кабинет психолога при гериатрическом отделении в структуре многопрофильного стационара

Служба психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре — ведущая служба при специализированном учреждении субъекта РФ, на базе которой проводится внедрение новых форм диагностики, психокоррекции, психотерапии,

реабилитации, психологического сопровождения и медико-психолого-социального обслуживания с последующим распространением опыта и методик на подразделения психологической помощи гериатрической службы в виде методических рекомендаций, обучающих семинаров и конференций, информационных писем, подготовки новых нормативных документов и т.д.

Непосредственное руководство Городской службой психологического сопровождения пожилых людей и координацию деятельности районных подразделений/кабинетов Службы осуществляется руководителем службы психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре – клинический (медицинский) психолог высшей квалификационной категории, имеющий стаж работы по специальности в учреждении гериатрического профиля не менее 5 лет.

Методическое руководство службой, в свою очередь, осуществляет методист – клинический (медицинский) психолог, имеющий стаж работы по специальности в учреждении гериатрического профиля не менее 5 лет.

Первичным подразделением по оказанию психологической помощи пожилому населению в административном районе является кабинет психолога при гериатрическом отделении. Кабинет психолога при гериатрическом отделении — специализированный кабинет при самостоятельном подразделении поликлиники или учреждении социальной защиты. Кабинеты психолога на базе учреждений здравоохранения целесообразно развивать при имеющихся в административном районе стационарных или стационарзамещающих учреждениях (подразделениях), оказывающих гериатрическую помощь.

Форма организации подразделения психологической помощи гериатрической службы в административном районе определяется органом управления этого района с учетом демографической ситуации, половозрастной структуры пожилого населения, показателей заболеваемости в старших возрастных группах и исходя из анализа оценки потребностей в услугах психологической помощи пожилым людям. Обоснование формы

организации требует согласования с главным специалистом по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению.

Для всех перечисленных подразделений необходимо создание условий для использования реабилитационной базы учреждения и применение методик, позволяющих пожилым пациентам после психокоррекции и психореабилитации наиболее длительно сохранять активность и возможность независимого проживания. Срок психологического амбулаторного диспансерного сопровождения пациента пожилого возраста не имеет ограничений для психолога и определяется лишь сроком, необходимым для решения конкретной медико-психологической проблемы.

Посещение — контакт психолога осуществляется в приемные часы, предусмотренные графиком работы в учреждении или на дому с лицом, обратившимся за психологической помощью, консультацией, получением психологического заключения, а также обращение по вопросам психологического состояния пациента его родственников или доверенного лица (при этом обязательна отметка в амбулаторной карте).

Первичное посещение — это психологическая консультация пациента, который впервые или впервые в этом году обратился к психологу гериатрической службы. Время, необходимое на психологическую консультацию первичного пациента в условиях амбулаторного приема составляет 1,5–2 часа, повторная консультация психолога — 60 мин. Запись первичных пациентов на ежедневный прием к психологу гериатрической службы не должен превышать 2-3 чел. в смену (за исключением случаев, когда подразделение службы начинает свою деятельность).

С целью обеспечения взаимодействия специалистов-психологов гериатрической службы, персоналу вновь открываемых отделений или вновь принятым на работу в подразделения гериатрической службы рекомендуется проведение не менее чем 3-х дневной стажировки на рабочем месте в головном учреждении службы на данной территории. По окончании стажировки специалист получает «Справку о прохождении стажировки».

С целью развития преемственности между службами психологического сопровождения пожилых, а также повышения уровня информированности специалистов здравоохранения о деятельности специализированной психологической службы, вузам Санкт-Петербурга, которые проводят последиplomную переподготовку специалистов-психологов и социальных работников для системы здравоохранения, рекомендуется включать в программу лекции по вопросам организации и оказания специализированной гериатрической помощи.

При организации подразделений службы психологического сопровождения пожилых в административном районе в должностных инструкциях персонала необходимо предусмотреть патронаж на дому пожилых пациентов со снижением способности к самообслуживанию более чем на 50%.

Нагрузка персонала во время посещения на дому рассчитывается на основании хронометража, проводимого не чаще, чем 1 раз в год. Результаты хронометража согласовываются с главным врачом учреждения здравоохранения и утверждаются руководителем органа управления здравоохранения административного района. Учитывая количество и структуру пожилого населения по степени зависимости от окружающих, а также территорию, обслуживаемую патронажем гериатрической службы, администрации учреждения, в чьем ведении находится подразделение службы психологического сопровождения, рекомендуется предусмотреть в смете расходов оплату проездных документов или предоставление транспортного средства для психологов и социальных работников гериатрической службы.

Психологическая оценка пожилого пациента является критерием, который отражает не только состояние больного, но и позволяет разработать индивидуальную программу реабилитации или ухода в зависимости от состояния пациента, а также служит основой для дальнейшего внедрения системы, определяющей потребности пожилых людей в медико-психолого-

социальной помощи. На амбулаторном приеме психолог службы сопровождения пожилых совместно с социальным работником проводят Психологическую оценку пациента не реже 1 раза в год (пациентам 90 лет и старше - не реже 2-х раз в год). В стационаре или дневном стационаре медико-психолого-социальная оценка пациента должна проводиться каждый раз при поступлении и выписке пациента.

Таким образом, заключение психолога должно отражать:

- развернутый психологический диагноз, в том числе со ссылкой на диагнозы всех имеющихся у больного заболеваний, и их функциональные последствия,
- оценку способности к самообслуживанию по данным субъективного и объективного исследования
- оценку социально-психологического статуса пациента;
- клинико-психологический прогноз состояния;
- прогноз социальной зависимости.

С целью взаимодействия с органами социальной защиты (привлечения специалистов по социальной работе, трудотерапевтов, юристов, психологов, организации питания в дневных стационарах и улучшения материально-технической базы гериатрических подразделений и т.д.), а также для организации преемственности ведения пациента и внедрения диспансерных методов обслуживания пожилого населения в подразделениях службы психологического сопровождения, учреждениям здравоохранения необходимо иметь письменный договор с учреждениями социальной защиты административных районов.

Договор заключается между учреждениями здравоохранения и социальной защиты и утверждается ведомственными отделами административных районов или руководителем административного района.

Оплату труда психологов гериатрических подразделений рекомендуется производить согласно:

- п. 7.2 Приложения к Приказу Минздравмедпрома России от 12 февраля 1996 г. N 48 «Положение об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации», утвержденного Приказом Минздравмедпрома России от 20.02.95 N 35 («... оплата труда психологов учреждений здравоохранения производится в порядке и размерах, установленных подпунктом 3.3.3 Положения для врачей-специалистов соответствующих учреждений Здравоохранения ...»);
- п. 3.7.1. Приказа Министерства Здравоохранения РФ от 24 февраля 1998 г. N 48 (Д) «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации» («... по 11-14 разряду с возможностью его увеличения согласно п.3.10 в связи с присвоением квалификационной категории, ученой степени и почетных званий ...»)
- п. 1.11 «Перечня учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными и особо тяжелыми условиями труда» Приказа МЗ РФ № 377 от 15 октября 1999 г.
- Письму Минздрава РФ от 09.08.1993 N 05-16/25-16 «О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи» (« ... установить дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда продолжительность 30 рабочих дней психологам ...»)
- других регламентирующих документов Минздравсоцразвития РФ с учетом нормативно-правовых актов Правительства Санкт-Петербурга.

При этом в профильных отделениях (психиатрия, хирургия, урология, травматология и т.д.) психологам службы сопровождения предусматривается повышение окладов согласно профилю.

В заключение хотелось бы отметить, что в данном докладе мы остановились лишь на основных (ключевых) направлениях и предложенном проекте организации деятельности подразделений психологического сопровождения гериатрической службы. На сегодняшний день нами

опубликована монография Модели и принципов функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и основ ее методического обеспечения, включающая:

- предложения по формированию штатного состава, квалификационным требованиям и организации подготовки и переподготовки персонала;
- предложения по материально-техническому обеспечению деятельности системы и ее подразделений
- описание комплекса методического обеспечения, содержащего:
 - проекты методических рекомендаций по индивидуальной и групповой работе психолога с пациентами, релаксационным занятиям, работе с персоналом;
 - специализированную батарею экспериментально-психологических методик.

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Исаева Е.Р.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И.П. Павлова

Современные клиницисты сходятся во мнении, что медицина будущего должна соответствовать принципам четырех «П» (из доклада Г.Е. Ивановой, 2015), то есть должна быть:

1. Предсказательной - Predictive
2. Персонализированной - Personalized
3. Профилактической - Preventive
4. Партнерской - Participatory

В медицине будущего существенную роль должно играть психологическое сопровождение диагностического и лечебно-реабилитационного процессов.

Перспективы развития медицинской психологии в системе здравоохранения определяются следующими направлениями:

- Диагностика когнитивных функций: совершенствование методов психологической диагностики с сохранением отечественных традиций и с привлечением зарубежных разработок (компьютерные технологии, моделирование, виртуальная реальность и пр.).
- Активное участие в реабилитации (МДБ): разработка индивидуализированных программ реабилитации и восстановления (принципы, формы, критерии эффективности, алгоритмы деятельности).
- Психологическое сопровождение лечебного процесса: определение ресурсов личности, мотивирование пациентов, школы пациентов; обучение и просвещение врачей, тренинги и профилактика СЭВ у врачей.

В соответствии с указанными практическими направлениями должны развиваться и научные исследования:

- 1) когнитивных функций;
- 2) личностных ресурсов;
- 3) мотивации и приверженности к лечению;
- 4) факторов эффективной реабилитации и восстановительного обучения, реабилитационного потенциала.

Всё это имеет существенное значение для разработки эффективных технологий нейрореабилитации.

В настоящее время в медицине развивается мультидисциплинарный подход в лечении и восстановлении больных с когнитивными нарушениями и открываются большие возможности для нейропсихологии – в диагностике, поиске стратегий воздействия, разработке программ восстановления, которые могут вносят значимый вклад в развитие комплексной нейрореабилитации больных.

Согласно Приказу №323 МЗ РФ, ст.40, «Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций ..., предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество».

Медицинская реабилитация является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и представляет собой многогранный комплекс мероприятий, призванных повысить эффективность лечения и качество жизни пациента. Основным критерием эффективности медицинской реабилитации является не объем оказанной медицинской помощи, а уровень достигнутых функциональных возможностей за время, отведенное для проведения лечения, самостоятельность и социальная активность пациента. Задача настоящего момента состоит в том, чтобы создать эффективную структурированную, выполнимую на всех этапах оказания помощи, систему мероприятий по медицинской реабилитации, обеспечить ее современными технологиями, подготовленными кадрами и оборудованием.

Эффективность медицинской реабилитации во многом определяется использованием междисциплинарного бригадного подхода. Такая работа регламентируется целым рядом нормативных документов:

- 1) Приказ Минздрава РФ от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».
- 2) Приказ МЗСР № 389н от 06.07.2009,

3) Приказ МЗСР №44н от 02.02.2010: «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

4) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1705н от 29.12.2012: "О Порядке организации медицинской реабилитации".

Система медицинской реабилитации включает четыре профиля: кардиология, неврология, травматология/ортопедия, онкология.

1. Разработан Профессиональный стандарт: «Специалист в области медицинской реабилитации»

2. Разработаны квалификационные характеристики специалистов по медицинской реабилитации в соответствии с номенклатурой должностей.

3. Впервые мероприятия по медицинской реабилитации включены в базовую программу обязательного медицинского страхования!

Специалисты по медицинской реабилитации – это:

- специалисты с медицинским образованием: врач – реабилитолог, врач по ЛФК, врач по ФЗТ, врач – рефлексотерапевт, врач – мануальный терапевт, врач – остеопат, медсестра по массажу, медсестра по ФЗТ;
- специалисты с немедицинским образованием: инструктор – методист по ЛФК, медицинский психолог, логопед.

Очевидно, что в системе нейрореабилитации важнейшую роль играет нейропсихолог, и это зафиксировано в нормативных документах. Так, разработаны и утверждены Минздравом клинические рекомендации по нейропсихологической реабилитации ВПФ.

Подробную информацию можно найти на сайте Общества реабилитологов России: <http://rehabrus.ru>.

Определяющими элементами холистического (целостного) подхода в реабилитации являются следующие:

- Когнитивно-бихевиоральный подход
- Междисциплинарная командная работа
- Вовлечение семьи /близких
- Индивидуализированная постановка целей (GAS)

- Систематическая оценка результата.

Принципы реабилитации и коррекции (А.Р.Лурия, Л.С.Цветкова):

1. Принцип квалификации дефекта - тщательный синдромный анализ (нейропсихологический, патопсихологический и др.) нарушений психической деятельности пациента .
2. Принцип опоры на сохранные психические функции.
3. Принцип опоры на предметную деятельность – реабилитационные и коррекционные занятия должны включать собственную деятельность пациента(вербальную, невербальную, социальную).
4. Принцип учета личности пациента - реабилитация и коррекция должна проводиться с учетом опыта жизни конкретного пациента, его мотивации.
5. Принцип контроля - этот принцип(П. К.Анохин, Н .А.Бернштейн, А.Р. Лурия) предполагает обеспечение своевременной коррекции допускаемых ошибок.
6. Контроль может быть самостоятельным и внешним (со стороны психолога).
7. Принцип опоры на разные уровни организации психической деятельности - реабилитация и коррекция должна включать задания на упроченные, автоматизированные и произвольные уровни реализации психической деятельности.
8. Принцип «от простого к сложному» - известный дидактический принцип должен учитываться в реабилитационно-коррекционных занятиях применительно к каждому пациенту.
9. Регулярность проведения занятий (работы) - только в случае проведения регулярных занятий можно ожидать существенного и длительного реабилитационного и коррекционного эффекта.

Этапы работы МДБ в системе нейрореабилитации:

1. Диагностический (подготовительный).

Каждый пациент проходит обследование у всех специалистов отделения. На основе их заключений определяется реабилитационный

потенциал, цель и сроки реабилитации. Составляется реабилитационная программа.

2. Собственно реабилитация - самый длительный этап работы. Реализация программы, в которой все специалисты тесно взаимодействуют друг с другом. Активными участниками процесса являются семья и сам пациент.

3. Оценка эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента. Разработка рекомендаций.

Результативность и успех реабилитационных мероприятий зависят от хорошо организованной, слаженной работы врачей и других специалистов, а также от индивидуальных восстановительных возможностей пациента и активности его окружения.

К **проблемам** в реализации междисциплинарного бригадного подхода в реабилитации можно отнести следующее:

1) Дефицит специалистов всех специальностей с высшим профессиональным образованием (в т.ч. медицинские психологи, нейропсихологи, логопеды).

2) Отсутствие мультидисциплинарной формы работы среди специалистов.

3) Отсутствие инструментов для экспертной оценки и динамики состояния пациента и критериев эффективности оказания помощи.

Введение ставки медицинского психолога в неврологические и реабилитационные отделения больниц было своевременным и обоснованным, однако выявило низкую осведомленность врачей-неврологов, других специалистов непсихиатрического профиля в понимании роли психолога (нейропсихолога), его задач в МДБ и его функциональных возможностей. Сами психологи недостаточно четко представляют свою работу с пациентами неврологических отделений. Кроме того, не прописаны функциональные обязанности и нормативы деятельности в этой области.

Таким образом, возникла необходимость дополнительного обучения психологов прикладным задачам и принципам деятельности в неврологической клинике, для решения прежде всего реабилитационных задач.

В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова в сотрудничестве с The University of Glasgow, Scotland, UK реализуется программа повышения квалификации по нейропсихологии и нейрореабилитации.

- Категория слушателей – лица, имеющие высшее психологическое или медицинское образование.
- Объем программы – 144 акад. часа. Очно-заочная форма обучения.
- Курс разделен на 4 модуля.

Структура и содержание программы:

Модуль I : Теоретические основы современной нейропсихологии. Представлены основные разделы науки и современные направления исследований, их практическое значение. Сравнительный анализ современных зарубежных и отечественных теорий и подходов в изучении высших психических функций

Модуль II: Современные методы диагностики и оценки нарушений высших психических функций. Рассматриваются виды нарушений высших психических функций и основные нейропсихологические синдромы. Современные принципы и подходы в нейропсихологической оценке нарушений высших психических функций. Зарубежные методы диагностики высших психических функций. Прогрессивные психометрии.

Модуль III :Нейрореабилитация – основные принципы, задачи и критерии эффективности. Представлены принципы разработки и построения программ восстановления ВПФ .Рассматриваются особенности реабилитации людей с когнитивными, эмоциональными и поведенческими проблемами, связанные с повреждениями головного мозга. «Безошибочное обучение» и

зарубежный опыт адаптации людей с когнитивными нарушениями к социальной среде.

Модуль IV : Роль и задачи нейропсихолога в междисциплинарной бригаде (МДБ). Место современной нейропсихологии в клинических дисциплинах: психиатрии, неврологии, геронтологии и др. Клинические вопросы неврологии и психиатрии, смежные с нейропсихологической наукой. Цели, задачи и методы работы нейропсихолога в комплексной реабилитации больных с когнитивными нарушениями.

Подробная информация – на сайте ПСПбГМУ: <http://1spbgmu.ru>

ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Кулаков С.А.

Медицинский центр «Бехтерев»

Реабилитация – это сложная медицинская, психологическая, социальная и духовная система, направленная на восстановление физического, социального и духовного здоровья пациента, его личностного и социального статуса.

Медицинская модель отличается от других моделей лечения зависимостей тем, что воздействие идет на био-психо-социо-духовном уровне. Биологический уровень предполагает по необходимости назначение краткосрочной лекарственной терапии, так как пациенты имеют сопутствующие заболевания, такие как гепатит, ВИЧ-инфекция, депрессия, требующие медикаментозного сопровождения.

Учитывая, что более половины пациентов с зависимостями имеют пограничную личностную организацию, в работе с психологическим аспектом зависимости у пациентов учитываются следующие моменты.

1. Мотивационный этап: Преодоление отрицания болезни (анозогнозии), принятие болезни, формирование личностной установки на

воздержание от психоактивных веществ. Это достигается путем прохождения ряда психообразовательных тренингов и мотивационных психотерапевтических групп, с использованием техник “Проживание зависимости до конца”, техник, направленных на осознание последствий зависимости во всех сферах жизни, самораскрытие в группе, получение обратной связи. Этот этап является базовым для всего дальнейшего реабилитационного процесса, и наиболее эффективное его прохождение возможно только в рамках групповой работы.

2. Этап “ограничение зависимости” и формирование навыков совладания с патологическим влечением к ПАВ. На этом этапе пациенту необходимо признать в себе зависимую субличность («зависимое Я»), научиться распознавать ее проявления на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. В конце этого этапа пациент должен знать наиболее типичные когнитивные механизмы своего срыва, осознать психологические защиты, распознавать предвестники срыва, овладеть навыками совладания с провоцирующими и стрессовыми состояниями. Это достигается через групповую и индивидуальную психотерапевтическую работу с сопротивлением с использованием когнитивно- поведенческой, гештальт-терапии, психодраматических техник.

3. Этап личностной реконструктивной терапии. На этом этапе идет проработка иррациональных установок, дезадаптивных личностных схем и паттернов поведения, поддерживающих аддикцию. К групповой психотерапии и аналитическим заданиям присоединяется индивидуальная психотерапия.

4. Экзистенциальный этап. Проработка в индивидуальной терапии таких экзистенциальных категорий как “выбор, вина, ответственность, свобода, смысл жизни”. Работа с глубинными базовыми тревогами существования. Выход на духовный аспект зависимости. Эта работа продолжает осуществляться на амбулаторном этапе.

5. Социальный аспект зависимости в рамках медицинской модели реабилитации охватывает работу с семейной системой (выявление и коррекция созависимых форм внутрисемейного взаимодействия), тренингах коммуникации, уверенности в себе и пр.

Члены реабилитационной команды определяют индивидуальную лечебную программу данного пациента. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей, может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо. Так как пациент активно вовлекается в различные виды групповой активности, появляется возможность наблюдать различные грани его личности. Более того, коморбидные пациенты, зачастую, неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля».

Очень важным является прямое ежедневное наблюдение за пациентом в терапевтических группах. Отмечаются такие моменты как вербальное и невербальное поведение, открывающиеся психодинамические проблемы и проблемы, связанные с наркотиками, коммуникативные особенности. Также важно изучить проявления переноса и контр-переноса в различных групповых занятиях и контактах со специалистами. Следует подчеркнуть, что реабилитанты часто переносят на специалистов определенные ролевые ожидания, не оправдавшиеся в их дисфункциональных семьях. Все наблюдения фиксируются в журнале наблюдения за пациентами, который находится у дежурного психолога. Все пациенты, не вписывающиеся в программу реабилитации, представляются на клинικο-психотерапевтическую конференцию.

В клинικο-психотерапевтической конференции участвуют все сотрудники, вовлеченные в лечение пациента: лечащий врач, психолог, групповой психотерапевт, а также сотрудники клиники (часть из них были лечащими врачами пациента на «остром этапе»). Все участники разбора докладывают о собственной точке зрения на проблемы и динамику

пациента. Для оценки динамики реабилитации необходимо понять замедление выполнения заданий, сдерживающие моменты, собственную рефлексия, равно как и работу «наблюдающего Эго». Важными вопросами являются: Соответствует ли темп реабилитации возможностям пациента? Нужна ли коррекция? Понятен ли пациент в аспекте клинического (психодинамического) диагноза? Что мешает установлению терапевтических отношений между пациентом и членами реабилитационной команды?

Важную роль в реабилитационной команде играет клинический психолог. Он участвует как в диагностическом процессе, решая задачи уточнения психогенеза зависимости, актуального психического состояния, особенностей личностных отношений и реабилитационного потенциала наркозависимого, так и в психокоррекционной и психообразовательной работе.

Выбор методов психологической диагностики зависит от задачи, стоящей перед психологом, психического состояния больного, образования пациента, степени сложности психического нарушения.

Выделяют следующие методы клинической психологии:

- Наблюдение
- Беседа
- Анамнестический метод (сбор сведений о лечении, течении и причинах расстройства)
- Биографический метод
- Психофизиологические методы (например, ЭЭГ)
- Изучение продуктов творчества
- Экспериментально-психологический метод (стандартизированные и нестандартизированные методики)

Ключевое значение в диагностической работе психолога, работающего с наркозависимыми, имеют методы клинико-психологические, качественные – наблюдение, беседа, психобиография, а также проективные методики, позволяющие нивелировать эффекты мотивационных искажений.

Для понимания психологических причин и последствий аддиктивного расстройства, для оценки уровня реабилитационного потенциала важно владение клиническим психологом методики структурного интервью по Кернбергу.

Использование методов патобиограммы и внутренней биографии (клинико-анамнестический метод) позволяет психологу раскрыть психологические причины наркотизации, актуализировать рефлексивные механизмы пациента, использовать полученные сведения как материал для анализа в психокоррекционной и психотерапевтической работе.

С помощью клинико-биографического метода (клинико-анамнестический по В. Н. Мясищеву и В. К. Мягер) удастся проследить нарратив пациента и анализ структуры личности. Нарративный подход (от англ. *narrative* – рассказ, повествование) предполагает, что пациент является тем, чьи знания, эмоции, идеология должны изучаться и использоваться для изменений. Нередко психотерапевт помогает пациенту создать новую реальность, антинарратив – иной жизненный сценарий, искать альтернативные варианты поведения взамен проблемных поведенческих и смысловых паттернов. Анализ может проходить в виде прояснения «тем», которые определяют способы организации жизненных событий. В нарративном подходе метафоры рассматриваются как мельчайшие единицы описательно образного способа мышления, позволяющие ослабить психологические защиты и раскрыть внутренний мир пациента. Они включают любую открытую или скрытую коммуникацию, в которой одно явление связано с другим.

Широкие диагностические, так и, безусловно, психотерапевтические возможности предоставляет метод психодрамы. Преимущества психодрамы:

- Психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией.
- Психодрама позволяет обойти защитные механизмы.
- Психодраматические сессии не содержат формального анализа.

- Психодрама избегает оценок.
- Психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену.
- Символический (метафорический) разогрев позволяет специалисту быстрее войти в объектные отношения пациента.
- Психодрама – это одновременно аналитический и действенный метод.
- Этот метод совместим с другими психотерапевтическими подходами.

С методом психодрамы хорошо сочетались теория объектных отношений, аналитическая психология, кататимная психотерапия или символдрама, арт-терапия и арт-анализ. Объединение психодрамы с экзистенциальным анализом, подчеркивало ее традиционную принадлежность к экзистенциально-гуманистическому направлению. Трудно отказаться от интеграции психодрамы и системной семейной терапии. Семейная терапия, являясь по существу интегративным методом, использует очень много техник психодрамы, а такие методы, как семейные расстановки (Б. Хеллингер), геносоциограмма (А.А. Шутценбергер), без сомнения, испытали на себе большое влияние психодрамы и социометрии. Именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, явившиеся своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода. Психодрама также хорошо объединялась с такими методами, как гештальт-терапия, бихевиоризм, и многими другими.

Наиболее значимыми мишенями психотерапии пациентов с аддиктивными расстройствами являются:

- Непонимание пациентом и семьей причин и механизмов болезни.
- Низкая способность (недостаточность) к рефлексии.
- Недостаток осознания характера своих отношений.
- Внутриличный и межличностный конфликт.
- Нарушения самоотношения.
- Эмоциональное напряжение во время сессий.

- Невротические защитные механизмы ,особенно проективная идентификация.
- Недостаточная интеграция нового опыта.
- Недостаточная мотивация к психотерапии.

При работе с пациентами могут использоваться в интеграции различные направления психотерапии:

- 1) Психодинамическая (система представлений о себе и мире (объектные репрезентации, ментализация).
- 2) Когнитивная (система представлений о себе и мире (когнитивные схемы, мета-когнитивные процессы).
- 3) Экзистенциальная (система представлений о себе и мире концепция Я, трансцендентность).

Интегративные процессы в современной психотерапии являются прогрессивным движением по пути построения универсальных психотерапевтических теорий, методологий и практик. Они помогают дополнять и взаимно обогащать различные психотерапевтические подходы. Интеграция вносит вклад в развитие универсальных языков для взаимопонимания различных теоретических школ, что облегчает не только обмен методами, но и выход за пределы узкой и односторонней картины психологической проблематики, характерной для многих подходов.

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Защиринская О.В.

Санкт-Петербургский государственный университет

В настоящее время в связи с усилением тенденций по инклюзивному образованию, а также в целом в связи с ухудшением здоровья детей и подростков все больше учащихся школ – это дети с ограниченными возможностями здоровья (интеллектуального, личностного, психического,

физического). Распространена соматическая патология: нарушение зрения; нарушения опорно-двигательного аппарата; эндокринные нарушения; сердечно - сосудистые заболевания; гастропатология; патология почек и пр.

Учащиеся с ограниченными возможностями здоровья отличаются наличием множественных проблем развития, отклонениями в психическом развитии, расстройствами поведения, нарушениями в развитии личности (1) отчуждение – недоверие к окружающему миру и людям, трудности в общении и нарушения в самосознании – неприятие себя, 2) недоразвитие индивидуальности, ограниченное осознание собственной значимости, инфантилизм, 3) отрицательный социальный опыт, негативные ценности).

Основные задачи коллектива образовательного учреждения:

1) Создание благоприятных условий, способствующих умственному, эмоциональному и физическому развитию, развитию личности учащихся.

2) Обеспечение охраны и укрепление здоровья (здоровьесберегающие технологии).

3) Обеспечение социальной защиты, психолого - медико педагогической реабилитации и социально - бытовой адаптации.

4) Создание условий для освоения учениками образовательных программ, воспитание в интересах личности, общества, государства.

5) Подготовка учащихся к самостоятельной жизни.

Идеология медико-психологической работы определяются следующими положениями:

- Особая актуальность помощи обусловлена постоянным действием такого фактора риска, как трудности воспитания в семье, проблемы понимания и общения, что порождает определенные затруднения в обучении и социализации
- Идея помощи основана на двух принципиальных положениях: быть рядом с учеником, чтобы вовремя ему помочь в преодолении актуальных для

него проблем в развитии и в то же время научить его самостоятельно решать свои проблемы, т.е. подготовить к взрослой, самостоятельной жизни

- Медико-психологическая работа не является суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей и реабилитационной помощи. Она выступает как комплексная технология, особая культура поддержки и помощи ученику в решении задач развития, обучения, воспитания

Особая актуальность помощи обусловлена постоянным действием такого фактора риска, как трудности воспитания в семье, проблемы понимания и общения, что порождает определенные затруднения в обучении и социализации.

Идея помощи основана на двух принципиальных положениях: быть рядом с учеником, чтобы вовремя ему помочь в преодолении актуальных для него проблем в развитии и в то же время научить его самостоятельно решать свои проблемы, т.е. подготовить к взрослой, самостоятельной жизни.

Медико-психологическая работа не является суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей и реабилитационной помощи. Она выступает как комплексная технология, особая культура поддержки и помощи ученику в решении задач развития, обучения, воспитания.

Принципы медико-психологической работы:

- Комплексность – согласованная работа «команды» специалистов разного профиля, проповедующих единые ценности, включенных в общую организационную модель оказания помощи.
- Непрерывность сопровождения на всех этапах обучения ученика и на этапе интеграции в общество.
- Приоритет интересов ученика – разрешение проблемных ситуаций с максимальной пользой для ученика.

Процесс оказания помощи можно описать через последовательную цикличную реализацию шагов. Основные этапы медико-психологической помощи:

1 этап. Диагностика развития, проблем и ресурсов ученика.

- 2 этап. Проектирование программы обучения и развития ученика.
- 3 этап. Реализация программы помощи ученику.
- 4 этап. Рефлексия (осмысление результатов работы по оказанию помощи ученику).

Первый этап – диагностический.

Задачи диагностики	Методы	Результат
1.Определение исходного потенциала ученика: • индивидуальные особенности ученика, сильные и слабые стороны • особенности поведения, общения • сформированность различных видов деятельности 2.Определение готовности к обучению. 3.Контроль адаптации в образовательном учреждении и семье.	• Изучение документации (медицинская карта, заключение и рекомендации ПМПК, психолого-педагогические характеристики) • Наблюдение за поведением ученика в различных ситуациях. • Экспертная оценка по психолого-педагогической карте (при поступлении и в конце учебного года). • Карта наблюдения.	• Оценка потенциала ученика. • Психолого-педагогическая характеристика для консилиума. • Оценка адаптации ученика в образовательном учреждении, семье и социуме.

Цель **второго этапа** – проектирования – обеспечение условий для адаптации, обучения, развития и социализации. Результаты диагностики (анализа социальной ситуации развития ученика, диагностики уровня развития и проблем адаптации) обсуждаются на консилиуме, где составляется целостный портрет ребенка, определяются задачи помощи и подходы к контролю адаптации. Далее разработанная программа помощи ребенку реализуется, а результаты реализации рефлексировются на рабочих совещаниях, где оценивается динамика адаптации и социализации ребенка и при необходимости корректируется стратегия и тактика помощи.

Третий этап – реализация – предполагает системно-ориентированную помощь. Системная помощь направлена на профилактику и коррекцию проблем, характерных для учеников с ограниченными возможностями

здоровья. Основными условиями оказания помощи и направлениями деятельности являются:

- Отношения принятия и поддержки между взрослыми и учениками.
- Создание условий для развития учащихся.
- Создание адекватных санитарно-гигиенических условий.
- Соблюдение правил и норм жизни.
- Определение «поля самостоятельности» ученика.

Четвертый этап – рефлексивный – предполагает оценку готовности выпускника к самостоятельной жизни. Карта оценки предполагает учет следующих аспектов:

Социальная ситуация выпускника	Социально-правовые перспективы выпускника: имущественные и жилищные права, социальная сеть, отношения с родственниками.
Состояние здоровья физическое развитие	Состояние здоровья, проблемы. Медицинская оценка и профпригодности. Рекомендации по поддержанию здоровья и выбору профессии.
Отношение к здоровью здоровому образу жизни	Отношение к физкультуре, спорту. Отношение к своему здоровью. Мотивация на ЗОЖ (вредные привычки).
Личностная зрелость	Знание себя, своих особенностей, способностей Адекватность самооценки и уровня притязания Сформированность Я-концепции, позитивное отношение к себе, знание своих особенностей. Преодоление личностных проблем.

Важной задачей работы медицинского психолога в школе является также содействие формированию здоровьесберегающей среды, которая предполагает сбалансированное питание, охранительный режим, физическую активность учеников, мониторинг состояния здоровья и физического развития, оздоровление в каникулярное время. Мероприятия по здоровьесбережению также должны быть дополнены решением задач развития личности и способностей ребенка через создание развивающей среды (возможности посещения кружков, музыкального, тренажерного залов,

мастерских технического творчества и другой творческой деятельности, загородных отдых и др.).

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АДАПТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Юсупов В.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Сущность медико-психологического сопровождения (МПС): Осуществление преемственного (следом за медицинскими обследованиями и мероприятиями ППО) контроля интегрального (психофизиологического, психосоматического) состояния военнослужащих на всех тех этапах их деятельности, где нарушения наиболее вероятны. В работах многих авторов, посвященных изучению воздействия экстремальных факторов с витальной угрозой в военных конфликтах последних десятилетий, подчеркивалось, что чрезмерные нервно-психические и физические нагрузки приводят к возникновению у большинства военнослужащих (до 70-75%) расстройств психической адаптации, обычно сочетающихся с нарушениями соматического здоровья.

В настоящее время схемы и модели медико-психологического сопровождения разрабатываются прежде всего в интересах специалистов силовых структур (Шевчук Л.Е., 2001; Гурьянов Ю.Н., 2003; Сыропятов О.Г., 2013 и др.). Однако аналогичная работа проводится и в интересах гражданского лиц. Например, в 2014 г. в Москве прошел первый форум по медико-психологическому сопровождению семьи. Создаются учреждения по медико-психологическому сопровождению различных категорий населения: детей-сирот, детей с различной патологией; спортсменов, студентов, пожилых людей, инвалидов и т.д. (Жигинас Н.В., Семке В.Я., 2009).

Представляется, что научной основой данного направления в ВС РФ должно стать представление о целостной системе военно-профессиональной

(психологической и физиологической) адаптации в условиях нормы, предпатологии и патологии. К теоретическим основам медико-психологического сопровождения следует отнести биопсихосоциальную модель в современной медицине (Дж. Энджел, 1977), когнитивную теорию психологического стресса (Р. Лазарус, 1966), теорию функционального барьера психической адаптации (Ю.А. Александровский, 1972), адаптационную концепцию психического здоровья (Б.Д. Карвасарский, 1982), понятие нервно-психической неустойчивости (Л.И. Спивак, 1978).

Согласно концепции мультидисциплинарной (полипрофессиональной) психопревенции (Munoz, R.F., Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J., 1996), можно выделить несколько её видов:

- Универсальная превенция (universal prevention) применительно к военнослужащим представляет собой развитие идей психогигиены и нацелена на минимизацию факторов риска психических расстройств путем формирования и поддержания здорового образа жизни, адекватных взаимоотношений в коллективах и военно-профессиональной направленности.
- Избирательное вмешательство (selective intervention) – это дифференцированная профилактика расстройств в соответствующих группах повышенного риска. Следовательно, эта работа предполагает регулярный мониторинг психического здоровья военнослужащих и осуществление несложных (как правило групповых) мер психокоррекции.
- Наконец, предписанное вмешательство (indicated intervention) представляет собой индивидуализированную по медицинским показаниям медико-психологическую коррекцию выявленных психических нарушений на донологическом (а иногда и на нозологическом) уровнях.

Мы предлагаем рассматривать медико-психологическое сопровождение военнослужащих в процессе профессиональной деятельности как систему организационных и медико-психологических мероприятий, направленных на оценку и прогнозирование военно-профессиональной

адаптации, коррекцию психического состояния и профессиональной работоспособности организма, своевременной и превентивной реабилитации военнослужащих для поддержания высокой боеспособности частей и подразделений.

Направления медико-психологического сопровождения военнослужащих:

- мониторинг профессионального психического здоровья;
- оценка военно-профессиональной адаптации;
- профессиональная психологическая экспертиза;
- медико-психологическая коррекция и реабилитация;
- психофармакологическая (фармакологическая) коррекция

Мониторинг профессионального психического здоровья – базовое начальное звено в системе мероприятий медико-психологического сопровождения. Необходимость проведения такого мониторинга на постоянной основе обусловлена довольно высокой распространенностью среди военнослужащих психологических реакций (доклинического, донозологического) и психических нарушений клинического (как правило пограничного) уровня. Мониторинг профессионального психического здоровья должен учитывать требования, предъявляемые военно-учетной специальностью и должностью, а также условиями природной среды, в которых протекает профессиональная деятельность. Таким образом, возникает проблема классификации военных специальностей с точки зрения профессионального психического здоровья.

Говоря об оценке военно-профессиональной адаптации, следует отметить, что профессиональная адаптация – это процесс становления равновесия в системе «человек - профессиональная среда». Первичная адаптация осуществляется в период первоначального включения молодых сотрудников (не имеющих опыта профессиональной деятельности) в деятельность профессиональной группы. Вторичная адаптация - процесс приспособления специалиста к изменениям профессиональной деятельности,

вызванным его переходом на новое место работы, в другой коллектив, техническими, технологическими и организационными нововведениями

Профессиональная психологическая (психофизиологическая) экспертиза является составной частью медико-психологического сопровождения, логически продолжая его первые два направления. Психофизиологическая экспертиза представляет собой комплекс мероприятий, направленный на углубленное изучение индивидуально-психологических характеристик личности и оценку функциональных резервов организма специалистов в процессе выполнения ими профессиональных обязанностей с целью определения соответствия профессионально важных качеств индивида требованиям профессиональной деятельности по конкретной специальности (должностного предназначения)

Медико-психологическая коррекция и реабилитация – следующее направление медико-психологического сопровождения, представляющее собой систему следующих вмешательств:

- Медико-психологическая коррекция - это комплекс организационных мероприятий и медико-психологических воздействий, направленных на практически здорового человека в целях нормализации или стимуляции функциональных реакций организма.
- Медико-психологическая реабилитация – это комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального состояния организма в целях восстановления профессиональной работоспособности после перенесенных травм, ранений, заболеваний, воздействия психотравмирующих факторов и неблагоприятных факторов профессиональной среды

Помимо психологических методов и фармакологических средств активно используются физиологические (специальные физические и дыхательные упражнения, водные процедуры, инфракрасное и ультрафиолетовое облучение, контрастные температурные воздействия, оксигенобаротерапия и гипоксические тренировки), электрофизиологические

(франклинизация, гальванизация, электронейромиостимуляция, транскраниальные электроцеребральные воздействия – электросон, электроанальгезия и электротранквилизация), психофизиологические (аппаратные и компьютерные методики с биологической обратной связью и технологией искусственных стабильных связей мозга, такие как цвето-, формо- или биоакустическое воздействие), и др. Большой интерес представляют разрабатываемые на Западе метод транскраниальной магнитной стимуляции и метод виртуальных сред.

Психофармакологическая и общепсихофармакологическая коррекция - это однократное или курсовое применение фармакологических препаратов или их комбинаций, проводимое с целью восстановления функционального состояния и работоспособности (боеготовности) специалистов силовых структур. Для этих целей применяются малотоксичные препараты в минимальных дозах (седативно-снотворные, транквилизаторы, психостимуляторы, ноотропы, антидепрессанты, антигипоксанты, иммуномодуляторы и многие другие). Предпочтение отдается отечественным препаратам с верифицированной эффективностью

С целью эффективного осуществления мероприятий медико-психологического сопровождения (МПС) в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова была разработана система четырех групп медико-психологического сопровождения (Юсупов В.В., 2013; Костин Д.В., 2014)

1-я группа МПС. Военнослужащий имеет оптимальный уровень развития профессионально важных качеств, нервно-психической устойчивости и военно-профессиональной адаптации к условиям военной службы

2-я группа МПС. Военнослужащий обладает средней степенью склонности к расстройствам адаптации, хорошим уровнем нервно-психической устойчивости, нуждается в развитии военно-профессиональных навыков общения в воинском коллективе и дополнительных занятиях по физической подготовке

3-я группа МПС. Военнослужащий обладает высокой степенью склонности к расстройствам адаптации, удовлетворительным уровнем нервно-психической устойчивости, нуждается в динамическом наблюдении и психофизиологической коррекции, направленной на развитие адаптационных способностей личности и занятиях по физической подготовке по индивидуальному плану

4-я группа МПС. Военнослужащий имеет признаки расстройств адаптации, неудовлетворительную нервно-психическую устойчивость; необходима консультация психиатра. При отсутствии психического расстройства нуждается в динамическом наблюдении, включающем медико-психологическую помощь, педагогическое воздействие и занятия по адаптивной физической культуре

К актуальным задачам медико-психологического сопровождения военных специалистов (отчасти применимым к специалистам других силовых структур) можно отнести следующие:

- Совершенствование экспресс-методов мониторинга психического здоровья на основе согласованной научной модели профессионального психического здоровья человека.
- Разработка экспресс-методов мониторинга общего здоровья (как соматического, так и психического).
- Разработка теоретических и методологических основ профессиональной адаптации военнослужащих.
- Обоснование критериев профессиональной психофизиологической экспертизы военнослужащих в целях рационального распределения их по специальностям и последующих назначениях.

В Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова задачи медико-психологического сопровождения военнослужащих решает НИО (медико-психологического сопровождения). Предназначение НИО (медико-психологического сопровождения): научно-методическое обеспечение мероприятий профессионального психологического отбора и медико-

психологического сопровождения различных категорий военнослужащих и гражданского персонала, направленных на сохранение, повышение боеспособности частей и подразделений ВС РФ

Основные задачи НИО (медико-психологического сопровождения):

1. Разработка и совершенствование психофизиологических мероприятий, проводимых медицинской службой в ходе медицинского контроля состояния здоровья различных категорий военнослужащих.

2. Совершенствование мероприятий медико-психологического сопровождения военнослужащих с учетом закономерностей военно-профессиональной адаптации.

3. Разработка и совершенствование методов психофизиологической коррекции военнослужащих в процессе выполнения профессиональной деятельности.

4. Разработка теоретических и методических основ применения психофармакологических препаратов в экстремальных условиях боевой подготовки и в процессе боевых действий.

5. Определение медико-психологических направлений и методов повышения устойчивости адаптации военнослужащих к требованиям военно-профессиональной деятельности.

Обслуживаемые категории граждан включают пациентов клиник и персонал академии, нуждающихся в различных формах психологической помощи. Их можно сгруппировать следующим образом:

- пациенты клиники психиатрии, нуждающиеся в клинико-психологическом обследовании и психотерапевтической помощи, среди данного контингента нуждаемость в помощи составляет 100%;
- пациенты хирургических и терапевтических клиник академии, имеющие сопутствующие пограничные психические расстройства;
- пациенты хирургических и терапевтических клиник академии, имеющие предболезненные психические нарушения;

- пациенты центральной поликлиники академии и клиник, ведущих амбулаторный прием;
- военнослужащие постоянного состава академии, имеющие выраженные признаки утомления, эмоционального стресса, другие отклонения в функциональном состоянии организма;
- курсанты и слушатели факультетов академии, имеющие выраженные признаки утомления, эмоционального стресса, другие отклонения в функциональном состоянии организма.

Основные нерешенные проблемы, стоящие перед службой психологической реабилитации:

- Значительные контингенты стационарных больных лишены доступа к психотерапевтической помощи в связи с отсутствием психотерапевтических кабинетов в большинстве клиник академии.
- Амбулаторные пациенты, проходящие обследование и лечение в поликлинических подразделениях, не имеют возможности получать психотерапевтическую помощь в связи с отсутствием психотерапевтических кабинетов в этих подразделениях.
- Военнослужащие постоянного и переменного (слушатели, курсанты, интерны, ординаторы и др.) состава, имеющие отклонения в психическом состоянии, не имеют возможности проходить психокоррекцию или психотерапию в связи с отсутствием психотерапевтического кабинета в медицинской службе академии.
- Психотерапевтические кабинеты соматических клиник имеют организационно-штатную структуру, отличную от оптимальной (которая требует наличия в штате как врача-психотерапевта, так и клинического психолога).
- Психотерапевтические кабинеты соматических клиник не располагают помещениями и оборудованием, соответствующим современным требованиям.

- Отсутствует систематический контроль качества и эффективности оказываемых услуг, что достигается прохождением каждым специалистом аутопсихотерапии, прохождением периодической супервизии, постоянным обменом опытом между специалистами в составе балинтовских групп.

Перспективные направления совершенствование психологической реабилитации в клиниках Академии:

1. Введение Положения об организации мероприятий медико-психологического сопровождения в клиниках ВМедА им. С.М. Кирова.

2. Организация психотерапевтической помощи имеющимися силами на основе кустового принципа. Существующие психотерапевтические кабинеты, при условии их соответствующего штатного усиления, распространяют свою деятельность на соседние клиники.

3. Введение в состав психотерапевтических кабинетов клинических психологов. Эти специалисты могли бы квалифицированно проводить компьютерную психологическую диагностику, что позволит повысить эффективность психотерапии. Кроме того, клинические психологи способны самостоятельно проводить психологическую коррекцию с некоторыми контингентами больных.

4. Оснащение психотерапевтических кабинетов современным оборудованием. В первую очередь, необходимы компьютерные системы: «Рабочее место психолога», система для осуществления биологической обратной связи (БОС). Обе системы производятся в России и успешно используются в клинике психиатрии.

5. Создание научно-практического центра медико-психологического сопровождения, штатных психотерапевтических кабинетов (с задачами кустового обслуживания)

6. Организация подготовки (переподготовки) и повышения квалификации специалистов.

7. Организация балинтовской группы. Участие врачей-психотерапевтов (а возможно, и клинических психологов) в балинтовской

группе способствует конструктивному обмену опытом, предотвращению эмоционального «выгорания», повышению качества оказания психотерапевтической помощи. Такая группа, включающая на постоянной основе всех психотерапевтов Академии.

СТРЕССОВЫЕ РЕАКЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЙ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Рыбников В.Ю., Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В.

*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова
МЧС России, Санкт-Петербург; Всероссийский научно-исследовательский институт по
проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций МЧС России, Москва*

Крупномасштабная радиационная авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) выдвинула проблему медико-психологического изучения ее последствий и определила высокую актуальность разработки проблемы социальной помощи и медико-психологической реабилитации населения, проживающего на радиационно загрязненных территориях.

Зонирование территорий в соответствии с Законом РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» предполагает выделение следующих зон:

- зона отселения (ЗО) — территории, на которых плотность загрязнения ^{137}Cs превышает 15 Ки/км² (0, 55 МБк/м²). В этой зоне в районах, где плотность загрязнения превышает 40 Ки/км² (1, 48 МБк/м²) или среднегодовая эффективная доза (СГЭД) может превысить 5 мЗв, население подлежит обязательному отселению (зона обязательного отселения);
- зона проживания с правом на отселение (ЗПО) — территории с плотностью загрязнения ^{137}Cs 5 — 15 Ки/км² (0, 18 - 0, 55 МБк/м²) или СГЭД более 1 мЗв;

- зона с льготным социально-экономическим статусом (ЗЛСЭС) — территории с плотностью загрязнения ^{137}Cs от 1 до 5 Ки/км² (0,037 — 0,18 МБк/м²) и СГЭД не превышает 1 мЗв.

По состоянию на 1 января 2013 г. в зонах радиоактивного загрязнения находилось 4 414 населенных пунктов, в которых проживало около 1,6 млн. человек, в том числе в зонах радиоактивного загрязнения Брянской, Калужской, Орловской и Тульской областей — около 1,2 млн. человек.

Проблема медико-психологической реабилитации населения после радиационных аварий тесно связана с проблемами социальной защиты населения и информационно-психологической безопасности.

В концепции информационно-психологической безопасности от риска радиационного поражения объектами:

- информационно-психологическая среда общества и отдельной личности, которая является частью информационной среды мирового сообщества, государства, региона и т.п. и связана с использованием информации, информационных ресурсов, информационной инфраструктуры для оказания воздействия (влияния) на психику и поведение людей;
- информационные ресурсы (духовные, культурные, исторические, национальные ценности, традиции и т.д.);
- система формирования общественного сознания (мировоззрение, взгляды, духовные ценности);
- система формирования общественного мнения;
- психика и поведение человека.

Положения концепции информационно-психологической безопасности от риска радиационного поражения:

1. Основное содержание деятельности по обеспечению информационно-психологической безопасности составляет защита индивидуального, группового и массового сознания российских граждан от противоправных информационных воздействий, связанных с возможным влиянием радиационного фактора.

2. Информационно-психологическая безопасность является важным компонентом национальной безопасности РФ и должна рассматриваться как часть системы социальной защиты населения и многомерный динамический процесс, реализация которого требует применения специальных форм и инновационных методов работы, создания адекватного информационного, организационного и научно-методического обеспечения, а также принципов работы.

3. Социально-психологические проблемы населения радиоактивно-загрязненных и чистых территорий (в отдаленном периоде после радиационной аварии) имеют различия в структуре и уровнях выраженности, что необходимо учитывать при организации информационно-психологической защиты населения .

4. Система информационно-психологической защиты населения должна включать :

- принятие федеральных законов и постановлений;
- выявление, профилактику и устранение причин социально-психологической напряженности населения;
- организацию системы дистанционного консультирования, и региональных информационно-аналитических центров.

Структура и содержание психологических компонентов культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях:

- Информационный компонент (уровень осведомленности об особенностях проживания на радиоактивно загрязненной территории и знание правил безопасности жизнедеятельности).
- Поведенческий компонент (практическая реализация правил безопасного проживания на радиоактивно загрязненной территории в повседневной жизни).
- Мотивационно-ценностный компонент (осознание ценности безопасной жизнедеятельности на радиоактивно загрязненной территории; проявление

интереса к проблемам проживания на территориях, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС; стремление к осуществлению безопасной жизнедеятельности на радиоактивно загрязненной территории).

- Рефлексивный компонент (способность анализировать, оценивать и корректировать собственное поведение; владение эмоциональным состоянием в условиях возможного воздействия радиационного фактора; стремление к самовоспитанию и самообразованию).



Рис. Структурно-функциональная модель информационно-психологической безопасности.

Вышеизложенные концептуальные положения легли в основу настоящего исследования, **цель** которого – оценка социально-психологических проблем и стрессовых реакций населения радиоактивно загрязненных территорий (РЗТ) России в отдаленном периоде (2004- 2014 гг.)

после аварии на ЧАЭС для обоснования рекомендаций по особенностям социально-психологической работы с населением РЗТ, ориентированной на снижение уровня выраженности социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации.

Общий объем выборки составил 5988 человек в возрасте 16 - 89 лет: 4003 обследованных проживают на радиоактивно загрязнённой территории, 1985 обследованных – на радиоактивно незагрязнённой территории.

Использовались следующие методики исследования:

- Методика исследования социально-психологических проблем населения радиоактивно загрязнённых территорий MRSPP (Method research of social and psychological problems of population; В .Н . Абрамова, Т.А . Марченко, Т. Б . Мельницкая, А .В .Хавыло, Е .В . Антонова, 2004 г.);
- Модифицированная шкала оценки влияния травматического события применительно к радиационному фактору, далее IES-R (Impact of Event Scale – Revised М. Горовиц, адаптация Н .В .Тарабриной, модификация Т. В . Белых, Т. Б . Мельницкой, А .В .Хавыло, 2004 г.)
- Методика определения стратегии и модели преодолевающего поведения «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» SACS (Strategic Approach to Coping Scale, S. Hobfoll 1989 г., адаптация Н. Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой).

Статистическая обработка данных предполагала использование непараметрических критериев оценки различий Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, критерия согласия Пирсона (хи-квадрат Пирсона), факторный анализ, кластерный анализ (метод Уорда), непараметрический коэффициент корреляции Спирмена, однофакторный и многомерный дисперсионный анализ.

Цель первого этапа исследования – на основе результатов многолетнего мониторинга (2004- 2014 гг.) оценить уровень выраженности социально-психологической напряженности, выявить ведущие социально-психологические проблемы населения РЗТ в отдаленном периоде после

аварии на ЧАЭС, оценить их выраженность, структуру и ведущие факторы (признаки) в общей выборке, а также у населения радиоактивно загрязненных и незагрязненных территорий (РНТ), различных зон проживания и гендерно-возрастных характеристик.

Согласно полученным данным, в отдаленном периоде (2004 – 2014 гг.) после аварии на ЧАЭС уровень выраженности социально-психологических проблем жизнедеятельности и социально -психологической напряженности у населения радиоактивно загрязнённых территорий России значительно снизился. Однако указанный показатель достоверно выше у населения РЗТ в сравнении с РНТ. При этом структура и ведущие факторы (признаки) указанных проблем имеют специфику у населения радиоактивно загрязненных и незагрязненных территорий, различных зон проживания, гендерно возрастных и образовательных характеристик.

На втором этапе были поставлены следующие задачи:

1. по данным психодиагностического обследования оценить выраженность стрессовых реакций у населения РЗТ в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС, их динамику по многолетним данным (2004- 2014 гг.) в общей выборке, а также у населения радиоактивно загрязненных и незагрязненных территорий, различных зон проживания, гендерно - возрастных характеристик и уровня образования;
2. выявить особенности стресс- преодолевающего (копинг-поведения) у населения РЗТ в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС, включая оценку ведущих копинг-стратегий в общей выборке, а также у населения радиоактивно загрязненных и незагрязненных территорий, различных зон проживания, гендерно-возрастных характеристик и уровня образования.

Было установлено, что уровень выраженности и структура стрессовых реакций и стратегий копинг-поведения у населения различных статусных зон радиоактивно загрязненных территорий в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС имеют особенности в сравнении с населением радиоактивно незагрязнённых территорий и значительно детерминированы возрастом,

уровнем образования и социально-психологическими проблемами жизнедеятельности населения. Наиболее высокий уровень СПН и стрессовых реакций установлен у населения, проживающего в зоне с льготным социально-экономическим статусом. Это необходимо учитывать при организации социально-психологической работы с населением РЗТ.

На основании результатов исследований мы предлагаем следующие **практические рекомендации:**

1. Рекомендуется продолжить проведение информационно-психологических мероприятий, направленных на снижение социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации и формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения РЗТ (Брянской, Орловской, Калужской и Тульской областей).

2. Рекомендуется включение в комплекс мероприятий мониторинга социально психологических проблем и стрессовых реакций методик, ориентированных на изучение особенностей защитно-совладающего поведения населения РЗТ.

3. Необходимо постоянно совершенствовать формы и направления информационно психологической работы с населением различных зон проживания на РЗТ на основе учета их актуальных социально-психологических проблем жизнедеятельности, особенностей стрессовых реакций и стратегий копинг- поведения.

4. Рекомендуется учитывать результаты социально-психологического мониторинга о выраженности социально-психологических проблем жизнедеятельности и стрессовых реакциях населения различных зон проживания на РЗТ при принятии и коррекции социальных решений (нормативных актов), федеральных и региональных программ, направленных на разработку комплекса эффективных технологий, реализацию и совершенствование системы мер по социально-психологической адаптации населения и формированию культуры безопасности жизнедеятельности. 5. В систему дополнительного профессионального образования (повышение

квалификации) психологов, социальных, педагогических и медицинских работников, управленческих специалистов регионального уровня, работающих с населением РЗТ, целесообразно включить цикл лекций по оценке и учету особенностей социально психологических проблем, стрессовых реакций и стратегий копинг- поведения населения.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Бочаров В.В.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.
В.М. Бехтерева, Санкт-Петербургский государственный университет*

За последние десятилетия произошел целый ряд значимых изменений в сфере психодиагностики, имеющих существенные последствия для медико-психологической диагностической практики. К таким изменениям можно отнести:

- Изменение правового статуса использования психодиагностических методов. Психодиагностические методы широко используются в экспертной практике, в профессиональном отборе, профессиональном ориентировании, в клинических исследованиях. Следствием этого является повышение требований к качеству психодиагностического инструментария и квалификации клинических психологов – психодиагностов.
- Ориентация на преимущественно амбулаторные формы оказания психиатрической помощи населению. Следствием является изменение преимущественной востребованности медико-психологической психодиагностики от классификационных дифференциально-диагностических задач к количественной объективации статуса и оценке результатов терапии и реабилитации.
- Направленность внимания на психологию лечебного процесса. Последствия: потребность в валидных маркерах факторов, способствующих

и препятствующих лечению (проблема комплаентности, стигматизации и т.п.); расширение области применения медико-психологических знаний, «прыжок в соматику».

- Компьютеризация психодиагностических исследований. Последствия: отсутствие стандартов компьютерного использования психодиагностических методик и неоднородность выборки по степени компьютерной грамотности.

Актуальные проблемы в сфере клинической психодиагностики:

- Дефицит стандартизованных методов, имеющих приемлемую или хотя бы известную валидность.
- Недостаточная квалификация медицинских психологов, психодиагностические заключения которых основываются на качественной экспертной оценке.
- Нерешенность на принципиальном уровне проблемы адаптации зарубежных психодиагностических методик.

Где выход?

- Внутренний контроль со стороны профессионального сообщества.
- Разработка отечественного инструментария по обсуждавшимся направлениям.
- Упорядоченное использование зарубежных методик.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Смирнова Т.Г.

СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6»,
Санкт-Петербургский государственный университет

Проведение судебных экспертиз — важная и неотъемлемая часть современного судопроизводства.

Основные экспертные формы использования психологических знаний в судопроизводстве:

- судебно-психологическая экспертиза (СПЭ);
- комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ).

Объект СПЭ и КСППЭ — психическая деятельность человека в юридически значимых ситуациях. Предмет СПЭ и КСППЭ — особенности психических процессов, свойств, состояний и механизмов психической деятельности человека, имеющее юридическое значение.

Объект и предмет экспертизы конкретизируются в каждом исследовании в зависимости от обстоятельств дела и вопросов, заданных экспертам.

В историческом аспекте формирование СПЭ тесно связано с развитием:

- юриспруденции (переход от обвинительного уклона к состязательности судебного процесса, обновление законодательства с введением категорий, требующих психологической оценки);
- психиатрии;
- психологии (переход науки от умозрительного этапа к экспериментальному).

Начиная с конца 19 века и в первой трети 20 века проводятся многочисленные исследования в области криминальной психологии:

- Оценка свидетельских показаний (Холчев И.Н. «Мечтательна ложь» 1903г.; Португалов Гр. «О свидетельских показаниях», 1903г.; Кулишер Е.М. «Психология свидетельских показаний и судебное следствие», 1904г.; Завадский А.В. «О влиянии вопросов без внушения на достоверность свидетельских показаний», 1904г.; опыты В.Штерна и А.Бине).
- Психологическое исследование личности преступника (Владимиров Л.Е. «Психологические особенности преступников по новейшим исследованиям», 1877г., Гросс Г. «Криминальная психология», 1898 г.).
- Лурия А.Р., 1928г., сопряженная моторная методика с целью диагностики аффективных следов преступления (прообраз детектора лжи).
- Брусиловский А.Е. «Судебно-психологическая экспертиза; её предмет,

методика и предметы», 1939г., Харьков.

В то же время СПЭ подвергалась критике. Основаниями служили нечеткость в определении предмета СПЭ, выход за пределы своей научной компетенции (монополия на определение достоверности показаний, оценка мотивов конкретного преступления), преувеличение роли возможностей психологической экспертизы, попытки поставить психологические данные в совершенно исключительное положение и даже выше компетенции суда. Как результат – полное и безоговорочное отрицание СПЭ как института, обвинение в антинаучности; с 1930-х до 1960-х годов полное отсутствие производства СПЭ в стране, резко отрицательное отношение юристов к СПЭ.

В 1960-е годы проблема необходимости использования психологических знаний в форме судебной экспертизы первоначально сформулирована юристами (Миньковский, 1959; Рогачевский, 1964; Ратинов, 1967; и др.). «Замена квалифицированного судебного эксперта-психолога рассуждениями суда по вопросам психологии является неквалифицированной и зачастую ведет к полностью или частично неправильным выводам» (Экмекчи, 1968).

В современном становлении и развитии СПЭ и КСППЭ можно выделить несколько этапов:

Этап 1. Возникновение СПЭ и КСППЭ.

- Однородная судебно-психологическая экспертиза (СПЭ) возникла в конце 60-х гг. (Коченов).
- Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) возникла в начале 70-х гг. (Фелинская, Печерникова, Станишевская).

Этап 2. Становление СПЭ и КСППЭ (начало 80-х гг – 1997 г.).

- Разработка теоретических проблем: объект, предмет исследования эксперта-психолога, границы его компетенции.
- Разработка методологических проблем.
- Разработка организационно-правовых основ судебной экспертизы с применением психологических знаний.

Этап 3. Развитие СПЭ и КСППЭ в условиях нового законодательства (с 1997 г.).

- Новые УК РФ, УПК РФ, ГК РФ, СК РФ, ГПК РФ, ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности».
- Видоизменение принципов производства традиционных видов экспертиз (аффекта, индивидуально-психологических особенностей и др.).
- Введение в практику новых видов экспертиз (ограниченной вменяемости, возрастной невменяемости и др.).
- Распространение экспертизы на гражданский процесс (делкоспособность, защита интересов ребенка, возмещение морального вреда и т.п.).

Отсутствие в стране отдельного института судебно-психологической экспертизы привело к развитию ее в структуре судебно-психиатрических экспертных учреждений в форме КСППЭ. Практика показала эффективность такого пути. В настоящее время эксперты-психологи работают во всех судебно-психиатрических экспертных учреждениях МЗ РФ. Потребность судебно-следственных органов в специальных психологических познаниях возрастает год от года. С 1995 к 2005 г. число проведенных за год КСППЭ увеличилось с 5600 до 44700, стабилизировавшись за последние годы.

КСППЭ проводятся только в экспертных учреждениях МЗ РФ, штатное расписание которых предполагает 1 ставку медицинского психолога на 250 амбулаторных экспертиз в год и 1 ставку медицинского психолога на 15 коек стационарного экспертного отделения. Однородная СПЭ проводится с 2003 г. в судебно-экспертных учреждениях Минюста РФ (чуть более 1000 экспертиз в год); 2) в судебно-экспертных учреждениях МЗ РФ; 3) негосударственными экспертами (преподаватели ВУЗов, практические психологи) (отсутствие официального учёта количества таких экспертиз).

СПб ГКУЗ «Городская больница № 6» – государственное экспертное учреждение. Имеет в своём составе все виды экспертных отделений:

- АСПЭ – отделения № 1, № 2, № 3
- Стационарное отделение для лиц, не содержащихся под стражей
- Стационарное отделение для лиц, содержащихся под стражей

Деятельность эксперта строго регламентируется законодательством и нормативными актами. Общими правовыми основаниями, регулирующими производство СПЭ и КСПЭ, являются: Уголовно-процессуальный кодекс РФ, Гражданский процессуальный кодекс РФ, Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» № 73-ФЗ от 31.05.01 г.

В 2005 г. приняты стандарты производства КСПЭ, где четко обозначены алгоритм производства КСПЭ, минимальные требования к проведению экспериментально-психологического исследования, порядок взаимодействия психолога и психиатра, структура экспертного заключения и т.д.

Законом четко очерчены права и обязанности эксперта (ст.ст. 57, 70, 199, 205, 282 УПК РФ, ст.ст. 16 и 17 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»; Ст.ст. 57,70,199,205,282 УПК РФ, ст.ст. 16 и 17 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»).

Эксперт-психолог обязан:

- Принять к производству порученную ему экспертизу, провести полное исследование представленных ему объектов и материалов, включая необходимое исследование подэкспертного (при очной экспертизе), и дать обоснованное заключение по всем вопросам, входящим в компетенцию и поставленным на разрешение;
- Отказаться от дачи экспертного заключения в следующих случаях:
 - Нарушения процессуального порядка назначения экспертизы, существенно затрудняющее ее проведение;
 - Выхода всех поставленных на разрешение вопросов за пределы специальных знаний эксперта-психолога;

- Недостаточности либо непригодности объектов и материалов для проведения исследования и дачи заключения при условии, что эксперту отказано в их дополнении;
 - Невозможности разрешения всех поставленных вопросов при современном уровне науки;
 - Отказа подэкспертного или его законного представителя от прохождения экспертных исследований в случаях, когда экспертиза может быть проведена только с согласия указанных лиц. Обязательное назначение экспертизы (независимо то согласия лица) предусмотрено законодательством только в отношении подозреваемого, обвиняемого, подсудимого и лица, в отношении которого оформляется применение принудительных мер медицинского характера. Гражданин, в отношении которого решается о его гражданской дееспособности подлежит принудительному направлению на экспертизу только по определению суда, вынесенному в судебном заседании с обязательным участием врача-психиатра (ст. 283 ГПК РФ). Проведение экспертизы в отношении иных лиц возможно только с их добровольного согласия.
- Являться по вызову дознавателя, следователя, прокурора, суда в связи с проведенной экспертизой;
 - Заявить лицу или органу, назначившему экспертизу, либо руководителю экспертного учреждения самоотвод при наличии оснований для отвода судебного эксперта (ст.70 УПК РФ).
 - Обеспечить сохранность представленных объектов исследования и материалов уголовного дела;
 - Не разглашать сведения, ставшие ему известными в связи с производством экспертизы, в том числе сведения , которые могут ограничить конституционные права граждан, сведения, составляющие государственную, врачебную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Эксперт вправе:

- Знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы.
- ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечения к производству судебной экспертизы других экспертов.
- Участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
- Давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;
- Приносить жалобы на действия (бездействия) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;
- Отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случае, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения. Отказ от дачи заключения должен быть заявлен экспертом в письменном виде с изложением мотивов отказа.

Эксперт не вправе:

- Без ведома органа или лица, назначившего экспертизу, вести переговоры с участниками судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;
- Вступать в личные контакты с участниками процесса и иными лицами, если это ставит под сомнение незаинтересованность эксперта в исходе дела;
- Самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;
- Сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;
- Принимать поручение о производстве экспертизы в экспертном учреждении непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя ГСЭУ.

Кто может выступать в качестве эксперта? Действующая нормативно-правовая база определяет, что в качестве эксперта может выступать лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном законом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения (ст. 57 УПК РФ). Согласно ст.13 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать лицо, имеющее высшее образование и прошедшее последующую подготовку по конкретной экспертной специальности.

Профессиональная подготовка медицинского психолога, выступающего в качестве эксперта осуществляется на двух уровнях.

- Дипломная подготовка. Федеральный образовательный стандарт по специальности «Клиническая психология» содержит дисциплины «Клиническая психология в экспертной практике», «Судебно-психологическая экспертиза».
- Постдипломная подготовка. ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России как ведущее в научно-методологическом плане экспертного учреждения РФ проводит постдипломное обучение по циклу «Медицинская и судебная психология».

Однородная СПЭ назначается в тех случаях, когда в отношении подэкспертного заведомо не возникает сомнения в его психическом здоровье либо проведена судебно-психиатрическая экспертиза, в результате которой:

- у подэкспертного не обнаружено каких-либо психических расстройств;
- у подэкспертного обнаружено психическое расстройство пограничного уровня, которое не повлияло на юридически значимые способности.

В остальных случаях при необходимости решения вопросов, входящих в компетенцию психиатров и психологов, назначается КСППЭ.

Сферы психической деятельности, подлежащие экспериментально-психологическому обследованию в рамках СПЭ и КСППЭ:

- исследование умственной работоспособности и внимания;

- исследование памяти;
- исследование ассоциативной сферы;
- исследование мыслительной деятельности;
- исследование индивидуально-психологических особенностей;
- исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости;
- исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др., пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета).

Существует несколько классификаций видов экспертиз. В зависимости от основания классификации, экспертизы подразделяются на:

- единоличные и комиссионные;
- однородные и комплексные;
- первичные, дополнительные и повторные;
- очные и заочные (в том числе посмертные);
- амбулаторные, стационарные и проводимые в зале судебного заседания;
- экспертиза в отношении подозреваемых, обвиняемых подсудимых, свидетелей и потерпевших (в уголовном процессе), истцов, ответчиков и лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности и применении опеки (в гражданском процессе).

Наиболее значимой является классификация психологической экспертизы исходя из предмета исследования.

Виды СПЭ и КСПЭ в уголовном процессе:

- экспертиза аффекта (ст. ст.107, 113 УК РФ);
- экспертиза несовершеннолетних (ч.3 ст.20 УК РФ)
- экспертиза индивидуально-психологических особенностей обвиняемого (ч. 3 ст. 60, ч. 2 ст. 73 УК РФ);
- экспертиза свидетельских показаний (ст. 196 УПК РФ);
- экспертиза потерпевшего по половым преступлениям (ст. ст. 131, 132

УК РФ);

- экспертиза психического состояния лица в период, предшествовавший самоубийству (ст. 110 УК РФ, п.«б» ст. 63 УК РФ - ст. 131, 132 УК РФ);
- экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка (ст. 106 УК РФ);

Виды СПЭ и КСППЭ в гражданском процессе:

- экспертиза сделок с «пороком воли» – способности понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки (ст.ст.177, 178, 179 ГК РФ);
- экспертиза по спорам, связанным с защитой интересов ребенка и с правом на воспитание ребенка (ст. ст. 24, 65 СК РФ);
- экспертиза по делам, связанным с компенсацией морального вреда (ст.ст.151, 1101 ГК РФ).

Перспективные направления деятельности клинических психологов судебно-следственной практике, требующие дальнейшего методологического совершенствования:

- КСППЭ «ограниченной вменяемости» (регулятивный статус, саморегуляция, форма интегративных выводов).
- КСППЭ ограниченной дееспособности.
- КСППЭ уголовно-процессуальной дееспособности несовершеннолетних обвиняемых (способность предстать перед судом).
- КСППЭ эмоциональных состояний (предложение о введении в УК РФ понятия «внезапно возникшее выраженное эмоциональное переживание»).
- Формирование патопсихологических критериев общественной опасности лица, признанного «невменяемым» и направляемого на тот или иной тип принудительного лечения.
- Участие психолога в проведении опроса малолетнего/несовершеннолетнего обвиняемого по делам о сексуальных преступлениях (различные протоколы опроса, использование корректных формулировок вопросов).

- СПЭ материалов на предмет оценки их экстремисткой (национальной, религиозной) направленности.
- СПЭ и КСППЭ потерпевших по делам о мошенничестве («финансовые пирамиды», многосетевой маркетинг и пр., где используются психологические механизмы манипуляции сознанием потерпевших).

Спорные вопросы в деятельности психологов при их взаимодействии с судебно-следственными органами (актуальный период):

- Оценка правдивости показаний лица, которому предъявлено обвинение.
- Проведение экспертного исследования на этапе доследственной проверки.
- Определение мотивов конкретных поступков (в том числе оговора).
- Выявление признаков сексуального насилия, совершенного в отношении ребенка.
- Вопрос о пределах компетенции психолога и его специальных познаний с точки зрения возможностей психологии как современной науки.
- Оценка этичности проводимых исследований и формируемых заключений.
- Возможность использования вероятностной и условной формы Заключения.
- Оценка заключения с точки зрения научной обоснованности, объективности, всесторонности и полноты исследования – необходимый этап судебной оценки любого доказательства.
- Репутационные риски.
- Разграничение процессуального положения «Заключение эксперта» и «Заключение специалиста».

ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Курпатов В.И.

Санкт-Петербургский медико-социальный институт

Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессовых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и большая часть населения России может быть признана потенциально нуждающейся в психотерапевтической помощи.

За последние 25-30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2010).

- Частота психосоматических расстройств колеблется от 15 до 60% среди населения.
- Среди пациентов первичной практики - от 30 до 57%.
- Среди контингента многопрофильных больниц психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев.

В данных обстоятельствах встаёт вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации имеющихся ресурсов.

К причинам возрастания распространенности пограничных психических и психосоматических расстройств можно отнести следующее:

- Финансово-экономическая нестабильность
- Напряженная психологическая обстановка на работе
- Миграционные угрозы
- Зависимости (компьютерная; игровая; употребление психоактивных веществ)
- Повышенная социальная агрессия
- Отсутствие работы

- Семейные кризисы
- Чрезвычайные происшествия
- Потеря близкого человека
- Терроризм, военные конфликты.

Несмотря высокую актуальность и потенциальную востребованность психотерапевтической помощи, согласно статистике состояния психотерапевтической службы в России за 2005-2012 годы (Кекелидзе З.И., Казаковцев Б.А.. 2013 г.), количество психотерапевтических кабинетов сократилось на 344 кабинета. Значительное уменьшение числа психотерапевтических кабинетов имело место в 29 регионах России. Число физических лиц врачей сократилось с 1898 до 1717 (на 181 человека).

Ускоренное реформирование психиатрической службы страны, усилившееся в последние 2-3 года, грозит серьезными последствиями, которые могут сократить доступность психиатрической помощи населению страны до минимума. Все это самым отрицательным образом скажется на социальном положении больных с психическими расстройствами, и на социальной обстановке в стране в целом.

Каковы возможности психотерапии?

- Психотерапевтическая служба способна занять одно из приоритетных мест в предупреждении и коррекции психических расстройств.
- Не стигматизирована (лишена страхов человека получить клише сумасшествия).
- Максимально приближена к общесоматической медицине и к населению.
- Имеет возможности в сжатые сроки оказывать эффективную помощь, позволяя сохранять социальную активность (не оставлять работу, учёбу, продолжать жить в семье, общаться со своим окружением).

«Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины». Борис Дмитриевич Карвасарский (1931- 2013).

Законодательная база организации психотерапевтической помощи определяется следующими нормативными документами:

- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 16 сентября 2003 г. №438 «О психотерапевтической помощи»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Требуется законодательной разработки порядок оказания психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения в психотерапевтических центрах.

Современными тенденциями развития и реформирования психотерапевтической помощи являются расширение форм её оказания, смещение акцента на развитие амбулаторного звена, интеграция психотерапии с соматической медициной.

Доминирующей задачей психотерапии в «общественно ориентированной психиатрии» становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах болезненных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и инвалидизации.

Этой задаче как нельзя лучше отвечает создание психотерапевтических кабинетов, отделений и центров на базе поликлиник, общесоматических лечебных и других медицинских учреждений, психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц.

Деятельность психотерапевтических подразделений экономически целесообразна. Специальные исследования подчеркивают что лица с пограничными и психосоматическими расстройствами блуждающие по медицинскому лабиринту, переходя от специалиста к специалисту и не получая адекватной специализированной помощи истощают бюджет

здравоохранения. При скромном подсчете, на 1000 таких пациентов государство тратит более 40 млн рублей в год. И это не говоря уже о трудопотерях, росте инвалидизации и других затратах. При разумном подходе, сэкономленные средства могут быть использованы для создания эффективной системы оказания психотерапевтической помощи населению; что с одной стороны, обеспечит сокращение финансовых потерь в системе здравоохранения и существенно улучшит качество оказания медицинской помощи населению в целом, с другой - повысит качество жизни граждан РФ.

С организационной точки зрения, наиболее перспективным в системе оказания психотерапевтической помощи является создание полипрофессиональных бригад, в соответствии с приказом МЗ РФ от 2003г. № 438 «О психотерапевтической помощи», состоящих из врачей психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и медсестер.

Бригадная работа предполагает четкое разделение функциональных обязанностей между врачом-психотерапевтом, медицинской сестрой, медицинским психологом и специалистом по социальной работе и тесном сотрудничестве специалистов.

Работа психотерапевтической бригады обеспечивает комплексную помощь, охватывающую биологический, психологический и социальный уровень, реализуя тем самым современную биопсихосоциальную модель оказания помощи, сочетая медикаментозные и другие виды терапии с индивидуальной, семейной и групповой психотерапией и отработкой навыков успешного социального функционирования.

Схема работы психотерапевтической бригады при планировании стратегии лечебного процесса:

1. Клиническая (многоосевая) диагностика.
2. Индивидуальная психофармакотерапия, психологическая диагностика.

3. Психообразовательный этап (посещение групп психообразования, саморегуляции и арт-терапии).

4. Переход в основную психотерапевтическую группу или на основной этап индивидуальной психотерапии (выбор метода, постановка целей).

5. Проведение открытых и закрытых групп (в зависимости от состояния пациентов, целей лечения).

6. Промежуточное обсуждение (индивидуальной динамики, уровня включенности). Коррекция лечебного процесса.

Врач психотерапевт возглавляет бригаду. На первичном приеме врач оценивает состояние пациента, устанавливает мнооосевой психотерапевтический диагноз, разрабатывает и обсуждает с пациентом план психотерапевтического и психофармакологического лечения, назначает фармакотерапию, предоставляет информацию по действию препаратов и срокам лечения, направляет на патопсихологическую диагностику, при сопутствующей соматической патологии - на обследование и лечение к врачам других специальностей (кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог). Опираясь на данные результатов анализов и психологической диагностики, уточняет диагноз, переходит к индивидуальной и групповой психотерапии (личностно-реконструктивной, гипносуггестивной и т.д.), направляет к психологу и социальному работнику для психологического сопровождения, реабилитационных мероприятий, проводит динамическое наблюдение за состоянием пациента, в полном объеме ведет медицинскую документацию.

Медицинский психолог проводит назначенные психодиагностические исследования (клинико-психологическая, экспериментальная, патопсихологическая и нейропсихологическая диагностика и дифференциальная диагностика, в том числе, участие в экспертной оценке), результатом которых является заключение с выделением патопсихологического симптомокомплекса и симптом-мишеней для дальнейшей реализации психологической коррекции в выбранном совместно

с психотерапевтом и актуальному состоянию пациента методы (когнитивно-поведенческий, личностно-ориентированный, динамический, экзистенциальный подход и другие). Медицинский психолог проводит психологическое консультирование, психокоррекцию, участвует в психопрофилактических и реабилитационных мероприятиях, осуществляет научно-исследовательскую работу, а также принимает участие в решении вопросов взаимоотношений «врач-пациент».

Социальный работник проводит широкое разнообразие поведенческих техник: помогает пациентам преодолевать фобии, навязчивые состояния и другие болезненные проявления, как в условиях медицинского учреждения, так и в реальных условиях (в общественном транспорте, подземных сооружениях, на мостах и т.д.). Совместно с психологом проводит арт-терапию и другие тренинги (прогрессивную мышечную релаксацию и пр.), организует связи с другими лечебными и социальными учреждениями в рамках индивидуальной или групповой психокоррекционной работы.

Медицинские сестры психотерапевтического подразделения выполняют свои прямые функциональные обязанности, а также выступают в качестве ассистента психотерапевта.

Таким образом, специализированная бригада способствует:

- Обеспечению комплексного лечения
- Оптимальному подбору участников групп личностно-ориентированной групповой психотерапии.
- Увеличению интенсивности и глубины психотерапии.
- Уменьшению стоимости лечебного процесса и затрачиваемого на терапию времени.

Направления развития и реформирования психотерапевтической помощи:

- смещение акцента на развитие амбулаторного звена - развитие сети психотерапевтических кабинетов, межрайонных психотерапевтических центров;

- интеграция психотерапии с соматической медициной;
- раннее выявление и активная терапия болезненных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и инвалидизации; внедрение стационарзамещающих форм лечения;
- стандартизация психотерапевтической помощи;
- активное привлечение медицинских сестер к психотерапевтическому лечебному процессу (саморегуляция, аутотренинг).

Для профессионального объединения специалистов, работающих в системе оказания психотерапевтической помощи, была создана «Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация» (ПМПА) «Professional Medical Psychotherapeutic Association».

Структура ПМПА:

- Общее собрание членов Ассоциации
- Правление и Секретариат Ассоциации
- Исполнительная дирекция и Ревизионная комиссия Ассоциации
- Сообщество врачей
- Сообщество медицинских психологов
- Сообщество специалистов по соц. работе
- Сообщество медицинских сестер

Цели ПМПА:

1. Образование профессиональной медицинской саморегулируемой организации.
2. Профессиональное объединение врачей и специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе (врачей-психотерапевтов, врачей психосоматической медицины, медицинских психологов, специалистов по социальной работе).
3. Защита прав врачей - психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, участвующих в оказании психотерапевтической помощи.

4. Образовательная деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ.

ПСИХОТЕРАПИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИЛИ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО ДУШИ?

Алёхин А.Н.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,

Высшая школа методологии, Санкт-Петербург

В специализированных словарях и справочниках психотерапия традиционно определяется как «система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм человека». Осуществляясь и разрабатываясь изначально как сфера практической врачебной деятельности, психотерапия всегда тяготела к возведению полученных в опыте представлений в статус научных. Созданы классификации психотерапевтических техник, направлений, подходов (патогенетическая, симптоматическая), моделей (медицинская, психологическая, социологическая, философская). Формулируются теоретические основания различных форм психотерапии: индивидуальной, групповой, семейной. В силу самой специфики психотерапевтической деятельности обозначились зоны взаимопроникновения психотерапевтических и культурологических, религиозных, исторических, философских представлений. Это движение к концептуальному оформлению получает свое выражение в призыве к теоретической интеграции психотерапии, созданию интегративной психотерапии.

В противоречии с описанной тенденцией к опредмечиванию и теоретической интеграции научных обоснований психотерапии выступает фактическое умножение ее форм и углубляющаяся дивергенция ее направлений, все более узкая специализация психотерапевтов по различным социальным и клиническим группам: детям, пожилым людям, здоровым и

больным определенными психическими и соматическими заболеваниями, семьям, профессиям, коллективам, субкультурам.

Поскольку эти направления существуют и развиваются, есть основания полагать, что они востребованы обществом и, несмотря на различие концептуальных построений и техник реализации, помогают обращающимся людям. Вместе с тем, отсутствие общей, разделяемой профессиональным сообществом теории психотерапии осложняет перспективы ее развития, обучения ей, оценки эффективности и порождает множество проблем морально-этического и юридического толка. Эти проблемы обострились с появлением массовой профессии – психолог. Вся практическая психология фактически ориентирована на осуществление вмешательства, которое нередко без должных оснований определяют как психотерапию. Недостаточность научных оснований самой психотерапии как клинической практики в данном случае умножается на трудности психологии, научный статус которой всю историю ее развития подвергался сомнению. Однако методологические проблемы психологии, отсутствие институализированных форм профессиональной деятельности психологов и недостаточная разработанность теории психотерапии не становятся препятствием для реализации психотехнических практик, называемых психотерапией: психотерапией сейчас называют все вообще способы общения дипломированного психолога с человеком, который при таком общении объявляется клиентом (песочная терапия, сказкотерапия, арт-терапия, гипнотерапия, например).

Существующее положение, конечно, имеет свои преимущества – поле реализации творческих замыслов практикующих психологов ничем не ограничивается. Однако это приближает их деятельность к деятельности так называемых целителей, магов, колдунов, экстрасенсов и другие «специалистов», которые так же, как и психологи и практически на тех же основаниях оказывают платную помощь человеку в решении жизненных проблем.

Оформление и институализация профессиональной психологической помощи, проще говоря, наделение этой деятельности надлежащей ответственностью требует обращения к вопросу о научных основаниях любого профессионального психологического вмешательства. Без решения этого вопроса трудно представить себе подготовку и сертификацию специалистов, оценку эффективности вмешательства (непосредственных и отсроченных последствий для личности), легитимность подобной деятельности в целом.

Проблемой психотерапии как научной дисциплины является отсутствие научных определений психики, ее расстройств и методов коррекции, определений, аналогичных тем, которыми традиционно оперирует терапия: организм, болезнь, лечение. При неопределенности же основных понятий теряют свое значение и все производные, традиционно используемые в психологической практике: психодиагностика, проблема клиента, психологическое воздействие и т.п.

В психологии, в силу обстоятельств ее становления и развития, такие вопросы не ставились и не решались. Предметом психологии становились процессы, состояния и свойства психики в условиях нормальной жизнедеятельности. Основным методом психологии являлся и является поныне анализ различных аспектов психического (когнитивные процессы, характеристики эмоционально-волевой и мотивационной сфер). Такой метод, будучи адекватен в экспериментальных условиях, оказался малопродуктивным для описания и анализа процессов переживания человека в единстве его психических и соматических проявлений, то есть для ситуаций психологического вмешательства. Неслучайно поэтому все многообразие и теорий личности, и теорий формирования симптома, и обоснований техник вмешательства обязано своим появлением и развитием клинической практике.

Эта практика, собственно, и стала основанием для развития клинической – медицинской психологии. Тесная связь медицинской

психологии с клинической практикой позволила ей в рамках естественно-научной парадигмы сформулировать теоретические концепты, необходимые для целостного описания и анализа поведения человека в различных обстоятельствах его жизни: в здоровье и болезни. Поэтому медико-психологический подход только один и обеспечивает адекватные теоретические основания для интеграции концепций психотерапии. Существующие же в современной психологической психотерапии направления (когнитивно-поведенческое, психодинамическое, гуманистическое) могут рассматриваться как производные от базовых медико-психологических концепций, но сами по себе не восполняют научно-теоретического вакуума в обеспечении психологической практики.

Актуальной задачей разработки научных обоснований интегративной психотерапии является методологический анализ существующих концепций психотерапии, редукция их к теории медицинской психологии и соответствующая научная верификация практикуемых психотехник. Такой путь позволил бы систематизировать психотерапевтический опыт, накопленный разными школами, и выработать научные критерии для оценки показаний, динамики состояния пациента/клиента и эффективности психологического вмешательства. А это и является необходимым условием для возведения практик психологической помощи в статус профессиональной деятельности.

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Винокур В.А.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург*

Анализ многолетней работы балинтовских групп в России и за рубежом показывает, что в этой технологии предложен очень эффективный

метод, помогающий врачу снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами. Это способствует тому, что врачам удается перейти к «межличностной психологии», исследуя в каждом случае характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эту коммуникацию, а также связанное с этим снижение эффективности самой врачебной работы. За последние годы представления Майкла Балинта, структурирующие работу группы, получили существенное развитие, но некоторые принципиальные положения, связанные с технологией проведения балинтовских групп, остаются неизменными. Например, это относится к тому, что в обсуждении представляемых в группе случаев из врачебной практики акцент делается не на клиническом анализе, поскольку, по определению, «балинтовская группа не для решений», а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений врача с пациентом в рамках обсуждаемого случая, его реакциях на различные особенности этой ситуации. Последнее следует отнести к безусловным достоинствам балинтовской технологии, поскольку позволяет такой группе в своей работе успешно избегать борьбы, конфронтаций и многих других проблем, возникающих в группах, ориентированных на формальное решение.

Группа помогает врачу создать и свою внутреннюю коммуникацию, научая его четче определять характер своих ролей, особенно неформальных и нередко противоречащих конвенциональной роли врача (например, строгого Родителя), эмоциональных переживаний и связанные с ними психологические защиты. Очень часто чувства, которые врач выражает в группе, соответствуют тем чувствам, которые ранее, во время консультации, ему выражал пациент. Это явилось продуктивным продолжением представления о том, что «...Ни один врач не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют собственные комплексы и внутренние сопротивления...» (З. Фрейд, 1910). Поэтому границы эффективности психотерапии во многих случаях определяются не особенностями клинического случая или самого пациента, а «границами»

самого психотерапевта. Балинтовская группа помогает ее участникам ответить на вопрос, почему в общении с пациентами многие врачи часто игнорируют, вытесняют, подавляют в себе то, что они по разным причинам не в состоянии осознать в переживаниях, мотивах, ожиданиях, психологических защитах пациента, так же, как и своих собственных, связанных с разнообразными контрпереносами в отношении пациента. Это успешно отвечает той задаче, которую, по мнению М. Балинта, должен ставить перед собой каждый врач: «Он должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им вряд ли всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого».

Суммируя разные ресурсы и возможности балинтовской группы, можно отметить, что она дает ее участникам:

- обеспечивает ее участникам возможность (среду, пространство) для более глубокого и осознанного анализа врачами своей работы и ее коммуникативных аспектов;
- пробуждают у врача интерес и внимание к пациентам, которые до этого представлялись ему во всех смыслах «трудными», надоедливymi, раздражающими, досаждающими, вызывающими тревогу и беспокойство. В работах самого М. Балинта и его коллег по этому поводу часто употребляется выражение “upsetting patient” – пациент, в эмоциональном отношении «опрокидывающий» врача и контактов с которым хочется всячески избегать. Группа помогает врачу работать с такими пациентами значительно успешнее;
- обеспечивает выход («сток») для тревоги и других фрустрирующих чувств, возникающих у врача в процессе работы;
- открывает в мышлении врача новые аспекты и подходы, стимулирующие новое понимание пациента и более успешный терапевтический процесс;

- обеспечивает врачу эмоциональную поддержку и связанное с этим улучшение коммуникации с пациентами и другими профессионалами;
- положительно влияет на то, как сами пациенты воспринимают проводимую терапию и взаимодействие с врачом;
- повышает у врача его профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального «выгорания».

Многолетний мировой опыт и анализ работы балинтовских групп показывает, что они позволяют успешно реализовать задачу, связанную с необходимостью превратить непрерывное профессиональное образование врачей-психотерапевтов / психологов, в котором инициатором, исполнителем и проводником обучения является преподаватель, наставник, супервизор при нередко очевидной пассивности самого слушателя, в непрерывное профессиональное развитие, в котором основное «действующее лицо и исполнитель» – сам врач / психолог. Это соответствует общемировой тенденции в подготовке и профессиональном усовершенствовании специалистов, работающих в здравоохранении и других помогающих профессиях. В системе подготовки врачей в европейских странах уже много лет акцент делается на изучении различных аспектов коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Проведенный опрос 1593 британских врачей показал, что самым важным в процессе обучения ими признано освоение навыков конструктивного, прежде всего – эмпатийного взаимодействия с пациентами (P. Shoenberg, 2005). Во многих странах балинтовские группы стали активно использоваться в учебном процессе на различных этапах последипломного обучения психотерапевтов. Например, в США, Великобритании, Германии и многих других странах балинтовские группы являются обязательной частью их подготовки в резидентуре (аналог клинической ординатуры в России). Одним из главных достоинств в работе этих групп можно отметить то, что в них очень успешно осуществляется

идея Чарльза Уорнера: «...одно из прекраснейших свойств нашей жизни – в том, что невозможно искренне помогать другому, не помогая при этом самому себе».

ОБЪЯСНЕНИЕ И ПОНИМАНИЕ ПСИХОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Алёхин А.Н., Чернорай А.В.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,

СПб ГУЗ «Городская больница №15», Санкт-Петербург

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Проблема объяснения и понимания (в аспекте трансляции и применения знания) имеет долгую историю и является предметом оживлённых дискуссий в различных сферах интеллектуальной деятельности. Проблема эта оказалась настолько сложной и многоаспектной, что стала содержанием специальной дисциплины – герменевтики. Однако здесь, в рамках сугубо прагматического обсуждения вопросов обучения психологии и психологической практике, было бы неоправданным братья за её рассмотрение, хотя и избежать его совсем не представляется возможным.

Поясним: речь пойдёт не о проблеме понимания и объяснения устного или письменного текста, а о конкретных и очевидных задачах объяснения для понимания человеческого поведения.

Психология стала ныне весьма популярной специальностью высшего профессионального образования, а следовательно всё новые и новые дипломированные специалисты вступают на рынок оказания психологических услуг населению. Активно пропагандируется возможность осуществления психологами психотерапии, и уже не первый год обсуждается соответствующий законопроект – «О психологической помощи населению».

Однако и без специальных законодательных оснований «помогающая» психологическая практика существует, развивается и активно рекламируется

в одном ряду с услугами народных целителей, эзотериков, экстрасенсов и других «опекунов душ человеческих». Правда, вопрос об основаниях для деятельности и тех и других, пусть даже не формальных, но правовых и этических, обычно замалчивается.

Суждения врачей-психотерапевтов, принимающих эстафету лечения пациентов от психологов, а нередко и самих клиентов психологических вмешательств или их родственников, следует отметить, зачастую весьма критичны. Психологи же, вооружившись дипломами государственного образца, не склонны признавать того печального факта действительности, что помимо переживания психологических проблем, люди могут страдать психическими расстройствами, течение которых не улавливается психологическими умозрениями и уж тем более не корректируется ими. Отчасти слепая уверенность в эффективности психологического вмешательства обусловлена верой в заимствованные представления о психогенезе психических расстройств. Но эта вера имеет своим основанием скорее недостаток знаний и опыта. Психологов просто недостаточно готовят к возможности встречи с душевнобольным. Да и не только к этому, но и ко многому другому, с чем приходится сталкиваться в практике работы с людьми, несмотря на непрерывное совершенствование образовательных стандартов.

Чему же тогда учат психологов? В чём их профессиональное назначение? Этот вопрос действительно нуждается в серьёзном обсуждении. Однако, несмотря на некоторые попытки в этом направлении, психологическое сообщество упорно уклоняется от такого обсуждения.

Да, действительно, до тех пор, пока психологическая наука формировалась вдали от практики, осуществляясь, главным образом, как псевдонаучный отпрыск господствующей идеологии, такой проблемы и не возникало. Члены весьма ограниченного и закрытого профессионального сообщества, работающие в стенах академического института или университетских факультетов, без труда обменивались своими изысканиями

при помощи двух ежеквартальных журналов. Результатом такой автономной деятельности стали теории и тексты, которые массивными корпусами вошли в фундаментальные учебники психологии и с тех пор, независимо от того, куда веет ветер перемен, переписываются из одного инновационного учебника в другой.

Возможно, такую традицию в производстве психологического знания можно было бы и не критиковать, мало ли нам известно «отвлечённых» наук?! Но экономические, политические и социокультурные изменения, происходящие в нашей стране уже не первое десятилетие, сопровождаются накоплением реальных психологических проблем как в частной жизни конкретного человека, так и в состоянии отдельных социальных групп, и целого общества.

Стали расхожими уже тревожные данные об уровне алкоголизации среди молодёжи, о суицидальной активности в подрастающих поколениях, о качестве школьного образования, о феноменах «странного» поведения наших соотечественников. Действительность в том, что глобальные социальные процессы неизбежно сопровождаются появлением проблем, имеющих явно психологическое содержание. И, казалось бы, при такой экстенсивной подготовке профессиональных психологов, какой она стала в отечественной системе высшего профессионального образования, если уж не решения проблем, то, по крайней мере, их внятной артикуляции и научной постановки можно было бы ожидать. Однако, этого не происходит! Повсеместная доступность психологического образования и массовый выпуск психологов при возрастающей «популярности» психологического знания не сопровождаются эффективностью психологических мероприятий в области означенных проблем. Несмотря на декларируемую практическую ориентированность современной психологии, специалисты - психологи устранились от участия в разработке школьных стандартов, рекомендаций по оценке знаний выпускников. Внедрение ЕГЭ также не попало в поле

интересов профессионального психологического сообщества, увы, как не попадают в него и многие другие насущные проблемы общества.

Таким образом, вместе с расширением доступности психологического образования и соответствующей практики появились и нарастают проблемы профессионального образования и обучения психологов, аспектом которых и является проблема объяснения и понимания. Причём, эта проблема действительна для всех участников системы психологической деятельности: для преподавателей, которые пересказывают студентам завещанное предшественниками; для студентов, инициация которых состоит в погружении в область отвлечённых абстракций; для клиента (что ему делать и как ему жить) и для самого молодого специалиста (что он делает, и зачем он это делает).

Не странно ли, что в рейтингах популярности лидируют отнюдь не фундаментальные учебники психологии, а авторские тексты по проблемам жизни и способам их разрешения. Качество и научность этой литературы – вопрос дискуссионный, но они «понятны», они легко принимаются как публикой, так и самими психологами и их клиентами. Возникает законный вопрос: в чём же тогда цель психологического образования, если утверждаемые ГОСами, осваиваемые обучающимися на протяжении многих лет учебные программы, приобретаемые ими компетенции с облегчением отбрасываются как только студент получает диплом о высшем специальном образовании? Трудно вообразить себе подобное в области обучения инженерному делу или медицине.

То, что современной теоретической психологии присуща избыточная «философичность», не адекватная профессиональным задачам психолога, очевидно. Молодой специалист-психолог, даже усвоивший всё разнообразие теорий личности и психического развития, познавший законы восприятия и памяти, психологию больших и малых групп и даже теории конфликта, сталкиваясь с реалиями психологического переживания человека,

оказывается не способным употребить свои знания в интересах обращающегося за помощью человека.

Многообразие специальных дисциплин, кочующих из одного в другой ФГОС ВПО, не предполагает трансляции того знания, за которым собственно и приходит большинство абитуриентов – знания о том, как понимать другого человека (или самого себя) и помогать ему в разрешении его психологических сложностей. При том, что современное образование декларирует практикоориентированность, и супервизиям отводится в новых ФГОС ВПО всё больше времени. Введено понятие «компетенции» как способности и готовности субъекта обучения к реализации деятельности. Но результаты этих нововведений не затрагивают принципиально содержание учебных дисциплин. Выпускники-психологи не готовы к реальному и осмысленному взаимодействию с «клиентами», «пациентами», «заказчиками» и так далее.

А с чем имеет дело психолог в своей практической деятельности? Ситуация психологического взаимодействия может быть уподоблена ситуации, описываемой в квантовой физике, когда взаимодействие двух субъектов – психолога и его клиента непрерывно порождает новые ситуации, если, конечно, не рассматривать клиента психолога в качестве «объекта» исследования, как это имплицитно предписано психологическими теориями. И что должен понимать психолог в такой ситуации? Располагает ли он необходимыми для этого концептами – инструментами видения и понимания? Можно ли вообще «увидеть» память, мышление, сознание, личность своего клиента? Но даже если предположить такое, то, что может делать психолог с этими «психическими процессами, состояниями, свойствами»? А, главное, зачем?

К сожалению, именно наблюдению, распознаванию, конструктивному взаимодействию, пониманию другого не учат сегодня в вузе. В головах студентов схлестываются разнообразные информационные потоки, классификации, даты, объяснительные модели, частные психологические

случаи, но так и не формируется компетенция, отвечающая за интеграцию и практическое приложение всей этой информации. Отдельный вопрос – возможна ли такая интеграция и на каких основаниях.

Методологический плюрализм, бесконечное разнообразие психологических концепций, теорий, моделей в сочетании с идеями марксистско-ленинской философии, многочисленные варианты дробления психики на элементы, компоненты, блоки – всё это отнюдь не способствует формированию целостного, внутренне непротиворечивого взгляда на поведение человека на разных возрастных этапах, в различных сферах и условиях жизнедеятельности. Разнообразные психологии сегодня функционируют настолько автономно, что специалисты различных направлений и отраслей с трудом понимают друг друга при профессиональном общении. Остается лишь сочувствовать студентам, пытающимся увязать эти разные картины мира в своем сознании и найти хотя бы отдаленные референты заученных понятий в своем личном живом опыте.

Парадокс заключается в том, что именно сейчас, когда количество объяснительных психологических моделей превзошло все мыслимые пределы, потребность в теории становится всё более актуальной. В идеале такая теория - система концептов, которая бы наиболее полно описывала то, с чем в реальности имеет дело практикующий психолог, а не следствия математико-статистических манипуляций над массивами данных опросов, имитирующих производство научного психологического знания. А практикующий психолог имеет дело, прежде всего, с человеком переживающим, не способным самостоятельно разрешить свои жизненные ситуации, находящимся в состоянии растерянности, подавленности, прощ говоря, со страдающей личностью. Именно такой видится отправная точка построения системной психологической теории, и интенция в её разработке должна быть и морально оправданной и прагматичной – это интенция оказания помощи. В любых своих действиях психолог не должен быть

движим любопытством, стремлением к препарированию целостной психологической реальности, и уж, тем более, предложением «креативных» объяснений. Задача его деятельности, как бы приземлённо это не звучало, понятна и проста, это - распознавание психического состояния человека, понимание психологических механизмов его порождения, и оптимальных практик оказания ему психологической помощи. Излишне добавлять, что эта интенция должна лежать в основе и психологического образования – процесса обучения и воспитания будущих психологов.

РАЗДЕЛ 3.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

В связи с недоразумениями, возникающими в ходе аттестации психологов, работающих на **должностях** медицинских психологов в учреждениях здравоохранения, вынужден пояснить: аттестация медицинских психологов приравнена к аттестации медицинских работников и проводится по должности, предусмотренной действующей номенклатурой должностей (см. ниже). Требования к должности определяются той же номенклатурой, но уточняются специальным письмом (см. ниже). В соответствии с Законом об образовании от 2014 года, различаются формы последипломной подготовки специалистов, которые могут быть «повышением квалификации» по специальности и «профессиональной переподготовкой», предполагающей получение новой специальности. Врач-психиатр, например, намерившись занять должность психотерапевта, обязан пройти «профессиональную переподготовку по специальности «психотерапия». Таким образом, психологическое (психолого-педагогическое, дефектологическое) образование не является основанием для занятия должности «медицинский психолог» в учреждениях здравоохранения (кроме случаев, специально оговариваемых в рекомендательном письме), а значит, не является и основанием для аттестации по должности, как это определено нормативными документами. Следовательно, для представления на аттестационную комиссию психологам, не имеющим специального образования («медицинская», «клиническая» психология) необходимо пройти профессиональную переподготовку в учреждениях высшего профессионального образования, имеющих соответствующую лицензию и получить диплом о «Профессиональной переподготовке» государственного образца. Разнообразные семинары и тренинги, проводимые множеством творческих организаций, в соответствии с законом об образовании, не являются ни курсами повышения квалификации, ни профессиональной

переподготовкой, если учреждение, организуемое их, не располагает лицензией на образовательную деятельность по соответствующей специальности высшего профессионального образования.

Привожу ниже нормативные акты, регламентирующие процедуру занятия должностей и аттестацию по должности.

Прошу обратить внимание на письмо (от 16 декабря 2008 г. № 9858-ВС).

определяющее соответствие занимаемой должности. Привожу также профессиональный стандарт медицинского психолога, который будет в ближайшее время утверждён.

Приложения:

Порядок и сроки прохождения медицинскими работниками аттестации для получения квалификационной категории определены **приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.04.2013г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».**

Аттестация специалистов, **имеющих иное высшее профессиональное образование и осуществляющих медицинскую деятельность, проводится по должностям, предусмотренным действующей номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников.**

Аттестация специалистов, имеющих высшее профессиональное (немедицинское) образование, **занимающих должности «Медицинский психолог», проводится по должности, предусмотренной действующей номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников (приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012г. № 1183н, п. 1.3.).**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

от 23 апреля 2013 г. N 240н

**О ПОРЯДКЕ И СРОКАХ
ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ
РАБОТНИКАМИ АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ**

В соответствии с подпунктом 5.2.116 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить прилагаемые Порядок и сроки прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июля 2011 г. N 808н "О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2011 г., регистрационный N 21875).

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 апреля 2013 г. N 240н

**ПОРЯДОК И СРОКИ
ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ
РАБОТНИКАМИ АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ**

I. Общие положения

1. Настоящие Порядок и сроки прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории (далее - аттестация и Порядок соответственно) определяют правила прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации и распространяются на специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, специалистов с высшим профессиональным образованием, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность (далее - специалисты).

2. Аттестация специалистов со средним и высшим медицинским и

фармацевтическим образованием проводится по специальностям, предусмотренным действующей номенклатурой специальностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование (далее - специальности).

3. Аттестация специалистов, имеющих иное высшее профессиональное образование и осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, проводится по должностям, предусмотренным действующей номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников (далее - должности).

4. Аттестация является добровольной и проводится аттестационными комиссиями по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

5. Аттестация проводится один раз в пять лет. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

6. Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

7. При аттестации оцениваются теоретические знания и практические навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, на основе результатов квалификационного экзамена.

Квалификационный экзамен включает в себя экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста (далее - отчет), тестовый контроль знаний и собеседование.

8. Специалист, претендующий на получение второй квалификационной категории, должен:

иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

ориентироваться в современной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы, составления отчета о работе;

иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее трех лет.

9. Специалист, претендующий на получение первой квалификационной категории, должен:

иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности и смежных дисциплин;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации;

участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности;

иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее пяти лет.

10. Специалист, претендующий на получение высшей квалификационной категории, должен:

иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины;

использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;

уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза;

ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопросов профессиональной деятельности;

иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее семи лет.

11. Квалификационные категории, присвоенные специалистам до вступления в силу настоящего Порядка, сохраняются в течение срока, на который они были присвоены.

II. Формирование аттестационных комиссий

12. Для проведения аттестации специалистов:

федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, создается центральная аттестационная комиссия;

федеральными органами исполнительной власти, государственными академиями наук, организациями, имеющими подведомственные медицинские организации и фармацевтические организации, создаются ведомственные аттестационные комиссии;

органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации создаются территориальные аттестационные комиссии.

13. Аттестационные комиссии в своей деятельности руководствуются Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации, а также настоящим Порядком.

14. Аттестационная комиссия состоит из Координационного комитета (далее - Комитет), осуществляющего функции по организации деятельности

аттестационной комиссии, включая обеспечение деятельности аттестационной комиссии в перерывах между заседаниями, и экспертных групп по специальностям (далее - Экспертные группы), осуществляющих аттестацию специалистов в части рассмотрения документов и проведения квалификационного экзамена.

В состав аттестационной комиссии включаются ведущие специалисты организаций, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций, работодателей, органа государственной власти или организации, формирующих аттестационную комиссию, и иные лица.

Персональный состав аттестационной комиссии утверждается распорядительным актом органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию.

15. Председатель аттестационной комиссии является председателем Комитета, осуществляет общее руководство деятельностью аттестационной комиссии, председательствует на заседаниях Комитета, организует работу аттестационной комиссии, осуществляет общий контроль за реализацией принятых аттестационной комиссией решений, распределяет обязанности между членами аттестационной комиссии.

Заместитель председателя аттестационной комиссии является заместителем председателя Комитета, исполняет обязанности председателя аттестационной комиссии в его отсутствие, осуществляет иные функции по поручению председателя аттестационной комиссии.

Ответственным секретарем аттестационной комиссии является ответственный секретарь Комитета, назначаемый из числа представителей органа государственной власти или организации, формирующих аттестационную комиссию.

Ответственный секретарь аттестационной комиссии регистрирует и рассматривает поступающие в аттестационную комиссию документы специалистов, изъявивших желание пройти аттестацию для получения

квалификационной категории, на предмет соответствия установленным настоящими Порядком и сроками требованиям к перечню и оформлению документов, формирует материалы для направления в Экспертные группы, готовит материалы к заседаниям Комитета, проекты решений Комитета, осуществляет иные функции в соответствии с настоящим Порядком и по поручению председателя аттестационной комиссии.

Заместитель ответственного секретаря аттестационной комиссии исполняет обязанности ответственного секретаря аттестационной комиссии в его отсутствие, осуществляет иные функции по поручению председателя аттестационной комиссии.

Председатель Экспертной группы осуществляет общее руководство деятельностью Экспертной группы, председательствует на заседаниях Экспертной группы, организует работу Экспертной группы, распределяет обязанности между членами Экспертной группы.

Заместитель председателя Экспертной группы исполняет обязанности председателя Экспертной группы в его отсутствие, осуществляет иные функции по поручению председателя аттестационной комиссии и председателя Экспертной группы.

Ответственный секретарь Экспертной группы готовит материалы к заседанию Экспертной группы и проекты решений Экспертной группы, осуществляет иные функции в соответствии с настоящим Порядком и по поручению председателя Экспертной группы.

16. Основными функциями Комитета являются:

- организация деятельности аттестационной комиссии;
- координация работы Экспертных групп;
- определение места проведения заседаний Экспертных групп;
- определение способов, методов и технологий оценки квалификации специалистов;

рассмотрение необходимости использования вариативных способов аттестации: дистанционная с использованием телекоммуникационных

технологий (далее - дистанционная аттестация), выездное заседание;

направление в орган государственной власти или организацию, создавшие аттестационную комиссию, предложений по проведению выездного заседания Экспертной группы или дистанционной аттестации, учитывающих уровень загруженности Экспертной группы, основания, по которым планируется проведение выездного заседания Экспертной группы или дистанционной аттестации, число специалистов, желающих пройти аттестацию, наличие оборудованных помещений, возможность соблюдения требований, установленных настоящим Порядком;

подготовка и направление на утверждение в орган государственной власти или организацию, создавшие аттестационную комиссию, проекта распорядительного акта органа государственной власти или организации о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационных категорий;

организация рассмотрения спорных вопросов, в том числе в случае несогласия специалиста с решением Экспертной группы, и принятие по ним решений;

ведение делопроизводства аттестационной комиссии.

17. Экспертные группы осуществляют следующие функции:

рассматривают документы, представленные специалистами в соответствии с настоящим Порядком;

готовят заключения по отчетам, представленным в соответствии с настоящим Порядком;

проводят тестовый контроль знаний и собеседование;

принимают решения по вопросам присвоения квалификационной категории специалистам.

18. Основной формой деятельности аттестационной комиссии являются заседания.

Заседания Комитета проводятся при необходимости по решению председателя Комитета, заседания Экспертных групп проводятся не реже

одного раза в месяц.

Комитет и Экспертные группы самостоятельно определяют порядок ведения своих заседаний и деятельности в перерывах между заседаниями с учетом положений настоящего Порядка.

Заседание Комитета или Экспертной группы считается правомочным, если на нем присутствует более половины членов Комитета или Экспертной группы.

19. Решение Комитета и Экспертной группы принимается открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комитета или Экспертной группы. В случае равенства голосов голос председательствующего на заседании Комитета или Экспертной группы является решающим.

При рассмотрении вопроса о присвоении квалификационной категории специалисту, являющемуся членом аттестационной комиссии, последний не участвует в голосовании.

Решение Комитета и Экспертной группы оформляется протоколом, который подписывается всеми членами Комитета или Экспертной группы, присутствовавшими на заседании Комитета или Экспертной группы.

Член Комитета или Экспертной группы, не согласный с принятым решением, имеет право в письменной форме изложить особое мнение, которое прилагается к протоколу заседания Комитета или Экспертной группы.

III. Проведение аттестации

20. Специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют в аттестационную комиссию следующие документы <*>:

<*> В случае наличия документов, выданных на территории

иностранного государства и оформленных на иностранном языке, специалист представляет заверенный в установленном порядке перевод документов на русский язык.

заявление на имя председателя аттестационной комиссии, в котором указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста, квалификационная категория, на которую он претендует, наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории, дата ее присвоения, согласие на получение и обработку персональных данных с целью оценки квалификации, личная подпись специалиста и дата;

заполненный в печатном виде аттестационный лист, заверенный отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, по форме согласно рекомендуемому образцу (приложение N 1 к настоящему Порядку);

отчет о профессиональной деятельности (далее - отчет), лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист (отчет должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние три года работы - для специалистов с высшим профессиональным образованием и за последний год работы - для специалистов со средним профессиональным образованием, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию);

копии документов об образовании (диплом, удостоверения, свидетельства, сертификаты специалиста), трудовой книжки, заверенные в установленном порядке;

в случае изменения фамилии, имени, отчества - копия документа,

подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества;

копия документа о присвоении имеющейся квалификационной категории (при наличии).

В случае отказа руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, в согласовании отчета специалисту выдается письменное разъяснение руководителя организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, о причинах отказа, которое прилагается к заявлению на получение квалификационной категории.

21. Документы направляются в адрес органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, посредством почтовой связи или представляются лично специалистом не позднее четырех месяцев до окончания срока действия имеющейся квалификационной категории, в противном случае квалификационный экзамен может быть проведен позднее даты окончания срока действия имеющейся квалификационной категории.

22. Документы, поступившие в аттестационную комиссию, регистрируются ответственным секретарем Комитета в журнале регистрации документов в день их поступления в аттестационную комиссию.

Ведение и хранение журнала регистрации документов обеспечивает ответственный секретарь аттестационной комиссии.

Ответственный секретарь Комитета проверяет наличие предусмотренных настоящим Порядком документов, необходимых для рассмотрения аттестационной комиссией вопроса о присвоении специалисту квалификационной категории, а также правильность оформления заявления и аттестационного листа специалиста и в течение семи календарных дней со дня регистрации документов передает их на рассмотрение председателю Комитета.

В случае отсутствия предусмотренных настоящим Порядком

документов, необходимых для рассмотрения аттестационной комиссией вопроса о присвоении специалисту квалификационной категории, неправильно оформленного заявления или аттестационного листа специалиста ответственный секретарь Комитета в течение семи календарных дней со дня регистрации документов направляет специалисту письмо об отказе в принятии документов с разъяснением причины отказа.

По результатам устранения оснований, послуживших причиной отказа в принятии документов, специалист вправе повторно направить документы в аттестационную комиссию.

Повторное рассмотрение аттестационной комиссией документов осуществляется в сроки, установленные настоящим Порядком для рассмотрения документов и исчисляемые с момента повторного поступления документов в аттестационную комиссию.

23. Председатель Комитета не позднее четырнадцати календарных дней со дня регистрации документов определяет Экспертную группу для проведения аттестации и направляет председателю Экспертной группы поступившие документы.

24. Не позднее тридцати календарных дней со дня регистрации документов Экспертной группой проводится их рассмотрение, утверждается заключение на отчет и назначается дата и место проведения тестового контроля знаний и собеседования.

Заключение на отчет должно содержать оценку теоретических знаний и практических навыков специалиста, необходимых для присвоения ему заявляемой квалификационной категории, включая:

- владение современными методами диагностики и лечения;
- участие в работе научного общества и профессиональной ассоциации;
- наличие публикаций.

Решение Экспертной группы о назначении даты и места проведения тестового контроля знаний и собеседования доводится до специалиста не позднее чем за тридцать календарных дней до даты проведения тестового

контроля знаний и собеседования, в том числе посредством размещения соответствующих сведений на официальном сайте в сети Интернет или информационных стендах органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию.

Тестовый контроль знаний и собеседование проводятся не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.

25. Тестовый контроль знаний предусматривает выполнение специалистом тестовых заданий и признается пройденным при условии успешного выполнения не менее 70% общего объема тестовых заданий.

26. Собеседование проводится членами Экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам профессиональной деятельности специалиста при условии успешного прохождения им тестового контроля знаний.

27. По результатам квалификационного экзамена Экспертная группа принимает решение о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории.

Решение о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории принимается Экспертной группой не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.

Решение Экспертной группы об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории принимается по следующим основаниям:

наличие в заключении на отчет отрицательной оценки теоретических знаний или практических навыков специалиста, необходимых для получения заявляемой им квалификационной категории;

наличие неудовлетворительной оценки по итогам тестового контроля знаний;

неявка специалиста для прохождения тестового контроля знаний или собеседования.

28. Решение Экспертной группы о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории оформляется

протоколом заседания Экспертной группы согласно приложению N 2 к настоящему Порядку и заносится в аттестационный лист специалиста ответственным секретарем Экспертной группы.

29. При отказе в присвоении специалисту квалификационной категории в протоколе указываются основания, по которым Экспертная группа приняла соответствующее решение.

30. Оформленный в установленном настоящим Порядком протокол Экспертной группы, содержащий решения о присвоении или об отказе в присвоении квалификационных категорий, в течение пяти календарных дней с момента подписания протокола Экспертной группы направляется председателем Экспертной группы в Комитет.

31. Комитет не позднее девяноста календарных дней со дня регистрации документов подготавливает и представляет к утверждению распорядительный акт органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационных категорий.

32. Орган государственной власти или организация, создавшие аттестационную комиссию, не позднее ста десяти календарных дней со дня регистрации документов издают распорядительный акт о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационной категории.

33. Не позднее ста двадцати календарных дней со дня регистрации документов ответственный секретарь аттестационной комиссии направляет посредством почтовой связи или выдает на руки специалисту выписку из распорядительного акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении ему квалификационной категории.

34. Выдача на руки (направление почтовой связью) выписки из распорядительного акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационных категорий регистрируется в

журнале регистрации документов.

35. Решение аттестационной комиссии может быть обжаловано в органе государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, в течение одного года с даты принятия аттестационной комиссией обжалуемого решения.

Приложение N 1
к Порядку и срокам прохождения
медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками
аттестации для получения
квалификационной категории,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 апреля 2013 г. N 240н

Рекомендуемый образец

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)
2. Дата рождения
3. Сведения об образовании <1>
4. Сведения о трудовой деятельности <2>
с _____ по _____
(должность, наименование организации,
местонахождение)

Подпись работника кадровой службы и печать отдела кадров организации,
работником которой является специалист.

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях ____ лет.

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится

аттестация для получения квалификационной категории

7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) _____ лет.

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности

(должности) <3>, по которой проводится аттестация

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям

(должностям) <3>

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях <4>

11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) <5>

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях,

патентах <6>

13. Знание иностранного языка

14. Служебный адрес и рабочий телефон

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с

аттестационной комиссией

16. Электронная почта (при наличии):

17. Характеристика на специалиста <7>:

Подпись руководителя и печать организации,
работником которой является
специалист.

18. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в присвоении квалификационную (-
ой) (высшая, первая, вторая) категорию (-и) по
специальности (должности) (наименование специальности
(должности))

" ____ " _____ 20__ г. N _____ <8>

Ответственный секретарь

Экспертной группы подпись И.О. Фамилия

<1> Указываются уровень имеющегося образования (среднее, высшее, послевузовское или дополнительное профессиональное образование), тематика курса повышения квалификации или профессиональной переподготовки (для сведений о дополнительном профессиональном образовании), наименование присвоенной специальности, номер и дата выдачи документа об образовании, наименование организации, выдавшей документ об образовании.

<2> Указываются даты начала и окончания трудовой деятельности в соответствующей должности, наименование организации-работодателя, ее местонахождение.

<3> Указываются имеющаяся квалификационная категория, наименование специальности (должности), по которой она присвоена, и дата ее присвоения.

<4> Указываются имеющиеся ученые степени, ученые звания и даты их присвоения.

<5> Указываются сведения только о печатных научных работах, включая наименование научной работы, дату и место публикации.

<6> Указываются регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений.

<7> Включает сведения о результативности профессиональной деятельности специалиста, его деловых и профессиональных качествах (в том числе оценка уровня ответственности, требовательности, имеющихся умений, практических навыков).

<8> Указываются реквизиты протокола заседания Экспертной комиссии, на котором принималось решение о присвоении специалисту квалификационной категории.

Приложение N 2
к Порядку и срокам прохождения
медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками
аттестации для получения
квалификационной категории,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 апреля 2013 г. N 240н

Рекомендуемый образец

Дата, место проведения
заседания Экспертной группы
Номер протокола

ПРОТОКОЛ

заседания Экспертной группы аттестационной комиссии
(указывается вид: центральная, ведомственная,
территориальная) (наименование органа государственной
власти или организации, создавших аттестационную
комиссию) по специальности (наименование специальности)

Председательствовал

(И.О. Фамилия)

Ответственный секретарь

(И.О. Фамилия)

Присутствовали:

Члены Экспертной группы:

(И.О. Фамилия)

(И.О. Фамилия)

(И.О. Фамилия)

Повестка дня <1>:

Об аттестации

(должность, И.О. Фамилия специалиста)

Заключение Экспертной группы по отчету о
профессиональной деятельности

специалиста

Результат тестирования:

Наименование тестовой программы

Результат выполнения тестовых заданий <2> _____ %

Результаты собеседования <3>:

Решение:

Присвоить/Отказать в присвоении квалификационную (-
ой) (высшая, первая, вторая)

категорию (-и) по специальности (должности)

(наименование специальности (должности))

Принято открытым голосованием: за _____, против
Наличие особого мнения члена Экспертной группы <4>

Председатель Экспертной группы подпись И.О. Фамилия

Члены Экспертной группы подпись И.О. Фамилия

Ответственный секретарь

Экспертной группы подпись И.О. Фамилия

<1> При аттестации двух и более специалистов сведения о результатах
квалификационного экзамена и аттестации указываются отдельно по порядку
в отношении каждого специалиста.

<2> Указывается процент успешно выполненного объема тестовых
заданий.

<3> В том числе указываются вопросы к специалисту и содержание
ответов на них.

<4> При наличии особого мнения члена Экспертной группы в
протоколе отмечается данный факт, содержание особого мнения излагается
членом Экспертной группы в письменном виде и прилагается к протоколу.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздравсоцразвития России)**

П И С Ь М О

от 16 декабря 2008 г.

№ 9858-ВС

О подготовке медицинских психологов

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в связи с обращениями по вопросу о возможности замещения психологами в учреждениях здравоохранения должности "Медицинский психолог" и аттестации психологов на квалификационные категории по специальности "Клиническая (медицинская) психология" сообщает следующее.

Впервые разряды оплаты труда и тарифно-квалификационные характеристики по должности "Медицинский психолог" были согласованы постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 27.08.1997 № 43 "О согласовании разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик". Данным постановлением были согласованы следующие требования к квалификации по разрядам оплаты труда медицинских психологов: **"Высшее психологическое образование и дополнительное образование по медицинской психологии: 11 разряд -**

медицинский психолог, не имеющий квалификационной категории; 12 разряд - медицинский психолог, имеющий II квалификационную категорию; 13 разряд - медицинский психолог, имеющий I квалификационную категорию; 14 разряд - медицинский психолог, имеющий высшую квалификационную категорию."

С учетом сложившейся ситуации в кадровом обеспечении учреждений здравоохранения опытными специалистами-психологами, по мнению Министерства, лица с высшим психологическим образованием, допущенные до 1997 года к работе на должности "Медицинский психолог" при наличии в 1997 году стажа работы в учреждениях здравоохранения по специальности "Психология" не менее 5 лет, могут продолжать работу на должности "Медицинский психолог" без соблюдения вышеуказанного требования о дополнительном образовании по специальности "Клиническая психология", а также получить квалификационную категорию по занимаемой должности медицинского психолога.

Заместитель Министра

В.И.Скворцова

**Профессиональный стандарт медицинского психолога.
(проект)**

Перечень трудовых функций, необходимых навыков, знаний и умений медицинского психолога (специалиста здравоохранения с немедицинским высшим образованием)

Основная цель деятельности — психологическое сопровождение профилактического, лечебного, реабилитационного процесса, оказание

психологической помощи пациентам, а также содействие поддержанию, сохранению, укреплению и восстановлению соматического и психического здоровья.

Обобщенные трудовые функции	Трудовые функции
Диагностическая деятельность	Психологическая диагностика
	Психологическая экспертиза
Оказание психологической помощи	Психологическое консультирование
	Психологическое вмешательство
Психолого-просветительская деятельность	Разработка и реализация программ, ориентированных на сохранение и укрепление здоровья населения
Проектно-инновационная и научно-исследовательская деятельность	Психологическое сопровождение инноваций, нацеленных на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья населения
	Проведение экспериментально-психологических научных исследований

Трудовая функция - Психологическая диагностика

Трудовые действия	Установление контакта с пациентом с учетом клинико-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия
	Определение целей, задач и методов исследования с учетом нозологических и иных характеристик
	Диагностика психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, ресурсов, способов адаптации, межличностных отношений и других феноменов

	Составление развернутого психологического заключения и рекомендаций
Необходимые умения	Составление программ диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации
	Выявление и анализ информации о запросах пациента и медперсонала
	Планирование и проведение психодиагностического обследования с учетом нозологии
	Обработка и анализ данных психодиагностического обследования
	Составление развернутого заключения
Необходимые знания	Методология исследований в клинической психологии
	Принципы и методы психодиагностики
	Этические и деонтологические аспекты психодиагностики
	Особенности психодиагностики при психопатологических, нейропсихологических, психосоматических расстройствах
	Математическое моделирование в психологии

Трудовая функция - Психологическая экспертиза

Трудовые действия	Постановка целей и задач психологического исследования в рамках различных видов экспертизы
	Выбор методов психологического исследования, адекватных задачам конкретного вида экспертизы
	Проведение психологического исследования в рамках

	медико-социальной и медико-педагогической экспертизы
	Составление экспертного психологического заключения
Необходимые умения	Проведение психологического исследования в рамках различных видов экспертизы
	Умение анализировать результаты психологического исследования в рамках различных видов экспертизы
	Умение формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя
Необходимые знания	Методология исследований в клинической психологии
	Принципы и методы психодиагностики в рамках экспертизы
	Этические и деонтологические аспекты психодиагностики
	Теория и методология проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики

Трудовая функция - Психологическое консультирование

Трудовые действия	Психологическое консультирование пациентов и членов их семей в рамках профилактического, лечебного и реабилитационного процессов в целях содействия процессам развития и адаптации личности
	Психологическое консультирование населения с целью выявления индивидуально-психологических и социально-психологических факторов риска дезадаптации, первичной и вторичной профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств
	Психологическое консультирование медицинского персонала, работников социальных служб, педагогов, руководителей по вопросам взаимодействия с людьми

	для создания «терапевтической среды» и оптимального психологического климата
Необходимые умения	Осуществление психологического консультирования пациентов, членов их семей, медицинского персонала по вопросам сохранения, восстановления, упрочения здоровья, а также создания благоприятной терапевтической среды
	Осуществление психологического консультирования населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития
	Опыт прохождения профессиональной супервизии
Необходимые знания	Технологии психологического консультирования
	Профессиональная этика

Трудовая функция – Психологическое вмешательство

Трудовые действия	Определение целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития
	Проведение психологического вмешательства с использованием индивидуальных, групповых и семейных методов
	Оценка эффективности психологического вмешательства
Необходимые умения	Определение цели и разработка программ психологического вмешательства с учетом

	нозологических и индивидуально-психологических характеристик
	Осуществление клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития
	Опыт прохождения профессиональной супервизии
Необходимые знания	Технологии, модели и методы психологического вмешательства
	Теории психотерапии
	Профессиональная этика

Трудовая функция - Разработка и реализация программ, ориентированных на сохранение и укрепление здоровья населения

Трудовые действия	Распространение информации о роли психологических факторов в поддержании и сохранении психического и физического здоровья
	Подготовка и презентация программ для общественных и государственных организаций, ориентированных на сохранение и укрепление здоровья
	Подготовка и реализация программ раннего психологического сопровождения групп риска
	Планирование и проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья населения
Необходимые умения	Умение формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром
	Популяризация психологических знаний
	Формирование поведения, направленного на

	поддержание, сохранение, укрепление и восстановление здоровья
	Применение основных стратегий психопрофилактики в области психологии здоровья и психосоматики
Необходимые знания	Современные концепции психического и психосоматического здоровья с учетом факторов сохранения и укрепления здоровья личности, семьи, организации, общества
	Знания об основных видах расстройств психического, психосоматического здоровья и нарушений здорового образа жизни, возникающих и усиливающихся вследствие действия негативных биопсихосоциальных факторов
	Факторы развития нервно - психических и психосоматических заболеваний

Трудовая функция - Психологическое сопровождение инноваций, нацеленных на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья населения

Трудовые действия	Выбор и применение клинико-психологических технологий, позволяющих осуществлять решение новых задач в системе здравоохранения
	Психологическое сопровождение инноваций, нацеленных на повышение качества жизни, психологического благополучия и здоровья людей
Необходимые умения	Умение использовать технологии решения задач клинико-психологического сопровождения профилактического, лечебного, реабилитационного процессов
	Разработка инновационных клинико-психологических

	проектов, направленных на решение задач повышения эффективности оказания медицинской помощи населению
Необходимые знания	Закономерности психологии здоровья
	Технологии повышения качества жизни, психологического благополучия и здоровья населения

Трудовая функция - Проведение экспериментально-психологических научных исследований

Трудовые действия	Теоретический анализ проблем, связанных с дезадаптацией человека и расстройствами психики при различных заболеваниях
	Планирование и проведение экспериментально-психологических научных исследований
Необходимые умения	Формулирование конкретных проблем, гипотез, целей и задач психологических исследований
	Выбор методов, планирование и проведение научного исследования
	Оценка соответствия исследования этико-деонтологическим нормам
	Анализ и обобщение полученных данных в виде научных статей и докладов
Необходимые знания	Методология исследований в клинической психологии
	Математическое моделирование в психологии

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

от 20 декабря 2012 г. N 1183н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОМЕНКЛАТУРЫ
ДОЛЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

(в ред. Приказа Минздрава России от 01.08.2014 N 420н)

В соответствии с подпунктом 5.2.7 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

Утвердить Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

**НОМЕНКЛАТУРА
ДОЛЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

(в ред. Приказа Минздрава России от 01.08.2014 N 420н)

1.3. Должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием:

- биолог;
 - зоолог;
 - инструктор-методист по лечебной физкультуре;
 - медицинский психолог;
 - медицинский физик;
 - судебный эксперт (эксперт-биохимик, эксперт-генетик, эксперт-химик);
 - химик-эксперт медицинской организации;
 - эксперт-физик по контролю за источниками ионизирующих и неионизирующих излучений;
 - эмбриолог;
 - энтомолог.
-

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 23 июля 2010 г. N 541н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЕДИНОГО КВАЛИФИКАЦИОННОГО
СПРАВОЧНИКА
ДОЛЖНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И
СЛУЖАЩИХ, РАЗДЕЛ
"КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОЛЖНОСТЕЙ
РАБОТНИКОВ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"**

Примечание.

Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 утратило силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 28.06.2012 N 655.

Постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 N 610 утверждено Положение о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, подпунктом 5.2.3 которого определены полномочия Министерства по утверждению Единого квалификационного справочника

должностей руководителей, специалистов и служащих.

В соответствии с пунктом 5.2.52. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11 (ч. I), ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825; N 46, ст. 5337; N 48, ст. 5618; 2009, N 2, ст. 244; N 3, ст. 378; N 6, ст. 738; N 12, ст. 1427, 1434; N 33, ст. 4083, 4088; N 43, ст. 5064; N 45, ст. 5350; 2010, N 4, ст. 394; N 11, ст. 1225; N 25, ст. 3167; N 26, ст. 3350), приказываю:

Утвердить Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" согласно приложению.

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение
к Приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 23 июля 2010 г. N 541н

**ЕДИНЫЙ КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ СПРАВОЧНИК
ДОЛЖНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И
СЛУЖАЩИХ**

Раздел "Квалификационные характеристики должностей
работников в сфере здравоохранения"

I. Общие положения

1. Раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (далее - ЕКС) призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также обеспечению единства подходов при определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований и состоит из пяти разделов: I - "Общие положения"; II - "Должности руководителей"; III - "Должности специалистов"; IV - "Должности младшего медицинского персонала"; V - "Должности прочего персонала лечебно-трудовых мастерских при медицинских организациях".

2. Квалификационные характеристики, содержащиеся в разделе "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" ЕКС (далее - квалификационные характеристики), применяются в качестве нормативных документов, а также служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций. Наименования должностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием устанавливаются в соответствии с Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утверждаемыми в установленном порядке Минздравсоцразвития России. Например, наименование должности "врач-терапевт" соответствует врачебной специальности "терапия".

Наименования должностей врачей-специалистов и провизоров-специалистов устанавливаются в соответствии с наименованием врачебных и

провизорских специальностей, номенклатура которых утверждается в установленном порядке.

Наименование должности "врач-лаборант" сохраняется для специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, принятых на работу на эту должность до 1 октября 1999 года.

В случае, когда врач-специалист (провизор) имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажера (провизора-стажера) на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-специалиста (провизора), и получения сертификата по соответствующей специальности.

В этот период времени он может исполнять должностные обязанности, предусмотренные квалификационной характеристикой врача-специалиста (врача - специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), только под руководством врача-специалиста (врача - специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), имеющего сертификат специалиста по соответствующей специальности, отвечая наравне с ним за свои действия.

3. Наименования должностей заместителей руководителя медицинской организации (главного врача, директора, заведующего, начальника) дополняются наименованием раздела работы, руководство которой он осуществляет. Например, "заместитель главного врача по медицинской части", "заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом" и др.

Наименования должностей руководителей структурных подразделений (отделов, отделений, лабораторий, кабинетов, отрядов и др.) дополняются наименованием врачебной должности, соответствующей специальности по профилю структурного подразделения. Например, "заведующий хирургическим отделением - врач-хирург".

4. Квалификационная характеристика каждой должности содержит три раздела: "Должностные обязанности", "Должен знать" и "Требования к квалификации".

В разделе "Должностные обязанности" установлен перечень основных функций, которые могут быть поручены работнику, занимающему данную должность, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ, полученного профессионального образования.

В разделе "Должен знать" содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

В разделе "Требования к квалификации" определены уровни требуемого профессионального образования работника, необходимого для выполнения возложенных на него должностных обязанностей, а также требуемый стаж работы. Уровни требуемой профессиональной подготовки, указанные в разделе "Требования к квалификации", приведены в соответствии с Законом Российской Федерации "Об образовании" от 10 июля 1992 г. N 3266-1 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 3, ст. 150) и иными нормативными правовыми актами.

5. Должностное наименование "старший" устанавливается при условии, если специалист осуществляет руководство подчиненными ему исполнителями.

6. Лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, в порядке исключения, могут быть назначены на соответствующие должности так же как и лица,

имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы.

Работодатель принимает меры по дальнейшей профессиональной подготовке упомянутых лиц.

7. В медицинских организациях наименование должностей: "акушерка", "медицинская сестра", "санитарка", "фасовщица", замещаемые лицами мужского пола, именуются соответственно: "акушер", "медицинский брат (медбрат)", "санитар", "фасовщик".

Должности специалистов с высшим профессиональным образованием

Медицинский психолог

Должностные обязанности. Проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных. Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности больного. Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, вследствие чего оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств. Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных. Выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии. Оценивает по состоянию здоровья больного эффективность

проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Должен знать: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан; Декларацию прав и свобод человека; медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию, психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику); методы психологического консультирования; методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения; методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности; психологию труда; деонтологию; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТИПОВЫЕ ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ И НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Должностная инструкция медицинского психолога дневного стационара психиатрической больницы (пример)

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. Медицинский психолог - специалист с высшим психологическим образованием по специальности «Клиническая психология (или по специальности «Психология» и получивший дополнительную подготовку на факультете последипломного образования по медицинской психологии), владеющий различными методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.

1.2. Назначение и увольнение психолога осуществляется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Психолог психиатрической больницы подчиняется заведующему отделением, либо лицу, его заменяющему, под руководством которых он работает.

1.4. В своей деятельности психолог руководствуется законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», настоящей должностной инструкцией и другими регламентирующими эту деятельность документами.

2. ОБЯЗАННОСТИ

Медицинский психолог дневного стационара обязан:

2.1. По направлению врача-психиатра проводить психодиагностическое экспериментально-психологическое обследование больных.

2.2. Применять экспериментально - психологическое исследование направленно, для решения следующих типичных задач:

- осуществление дифференцированной диагностики с определением того или иного патопсихологического симптомокомплекса;
- определение степени снижения интеллектуального уровня и выраженности изменений со стороны эмоционально - волевой сферы при наличии у больного органического поражения ЦНС или умственной отсталости;
- направленное исследование структуры личности, особенностей эмоционально –волевой сферы, мотивационной направленности при постановке соответствующей задачи врачом–психиатром (наличие психопатии, акцентуации личности, психопатизации на фоне органического поражения ЦНС, а также ремиссии шизофренического процесса и др.).

2.3. Осуществлять диагностический контроль эффективности лечения больных, находящихся на лечении, с применением специфических экспериментально - психологических методик.

2.4. По направлению врача осуществлять мероприятия по психопрофилактике, индивидуальной и групповой психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

2.5. Проводить работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии и деонтологии.

2.6. Помощь врачам - психиатрам в проведении психотерапевтических методик.

2.7. Совместно с врачом оценивать эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.

2.8. Оформлять документацию установленного образца в соответствии с требованиями МЗСР России.

2.9. Повышать свою квалификацию по медицинской психологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.10. Внедрять в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования.

2.11. Принимать участие в разборе жалоб на качество оказания помощи.

2.12. Соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда.

2.13. Правильно применять коллективные и индивидуальные средства защиты.

2.14. Немедленно сообщать своему непосредственному руководителю о любом несчастном случае, происшедшем на производстве, о признаках профессионального заболевания, а также о ситуации, которая создает угрозу жизни и здоровья людей.

2.15. Соблюдать график работы и правила внутреннего распорядка отделения.

2.16. При оказании помощи пациентам руководствоваться алгоритмом обеспечения безопасности в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.04.1998 г. №108 «О скорой психиатрической помощи».

3. ПРАВА

Медицинский психолог имеет право:

3.1. Принимать участие в совещаниях, научно - практических конференциях, семинарах врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.

3.2. Вступать в различные общественные и профессиональные организации.

3.3. Проводить в установленном порядке экспертизу качества оказания медико-психологической помощи пациенту другими медицинскими психологами.

3.4. Знакомиться с медицинской документацией отделения (индивидуальными картами больных, приказами, инструкциями МЗ РФ и СК, и правовыми документами, регламентирующими профессиональную деятельность).

3.5. Вносить предложения об оптимизации работы отделения.

3.6. Получать в установленном порядке дополнительное профессиональное образование и повышать свою квалификацию, в том числе и на коммерческой основе.

3.7. Получать методическую помощь от руководства психологической службой СККПБ № 1 и её опытных сотрудников.

3.8. Вносить предложения заведующему по вопросам улучшения работы дневного стационара, а также по улучшению условий своего труда.

4. ОЦЕНКА РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

4.1. Оценка работы медицинского психолога проводится заведующим дневным стационаром, на основании учета качественных и количественных показателей.

4.2. Несет административную и юридическую ответственность за последствия своих заключений, действий и высказываний в отношении пациентов и их родственников в соответствии с действующим законодательством.

Должностная инструкция разработана на основании приказа МЗ РФ от 16.09.2003 г. N 438 «Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи»; приказа МЗ РФ от 26.11.1996 N 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь»; на основании научно-практических пособий Ф.С. Сафуанова, Москва 1998 г., И.А. Кудрявцева «О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы», Москва -2000 г.

Штатно-должностная инструкция медицинского психолога СПб ГБУЗ «Городская больница №15» (многопрофильный скорпомощный стационар)

I. Общие положения

1. Медицинский психолог относится к категории специалистов.
2. На должность медицинского психолога назначается лицо, имеющее высшее психологическое образование и дополнительное образование по клинической (медицинской) психологии.
3. Назначение на должность медицинского психолога и освобождение от нее производится приказом главного врача больницы.
4. Медицинский психолог должен знать:
 - 4.1. Конституцию Российской Федерации.
 - 4.2. Законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты

по вопросам здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан.

4.3. Декларацию прав и свобод человека.

4.4. Медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию), психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику, психологическое консультирование.

4.5. Методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения.

4.6. Методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности.

4.7. Психологию труда.

4.8. Законодательство о труде и охране труда Российской Федерации.

4.9. Правила внутреннего трудового распорядка.

4.10. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

5. Медицинский психолог подчиняется заместителю главного врача по медицинской части и главному врачу и в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, иными правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга, Уставом Санкт-Петербурга, законами Санкт-Петербурга, постановлениями и распоряжениями Правительства Санкт-Петербурга, распоряжениями и приказами Комитетов по здравоохранению и социальной политике Санкт-Петербурга.

II. Должностные обязанности

Медицинский психолог:

1. Определяет потребности в психологической помощи у пациентов, находящихся на лечении и проходящих реабилитацию в отделениях стационара, членов их семей и сотрудников больницы; оказывает психологическую помощь пациентам и членам их семьи и сотрудникам больницы; осуществляет оценку эффективности проводимых психологических, лечебных, профилактических мероприятий.

2. Проводит консультативную, консультативно-экспертную и консультативно-диагностическую работу; психологическую диагностику и вмешательство в виде психологического консультирования, психотерапевтической (немедицинской) и психокоррекционной специализированной психологической помощи; психологическое вмешательство может оказываться в форме индивидуальной и групповой работы с пациентами и членами их семьи с учетом возраста, семейных отношений и ситуации; психологическое вмешательство может осуществляться в плановом или экстренном порядке.

3. Разрабатывает программы психологического сопровождения, направленные на:

— снижение напряженности психологических переживаний

(психологического стресса, острой психологической травмы) и предупреждение возникновения отдаленных психологических последствий (например, посттравматического стрессового расстройства и др.) у больного, а также его родственников;

- повышение адаптации больных к условиям пребывания в больнице и особенностям медицинского вмешательства при различных заболеваниях;

- достижение сотрудничества (комплаенса) в лечении со стороны всех участников лечебного процесса (врача, пациента);

- выявление психологических и социально-экономических факторов, способствующих возникновению заболевания и/или ухудшающих его течение и приводящих к снижению эффективности лечения, реабилитации и психологического сопровождения.

4. Участвует в проведении врачебных дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях с целью установления психологических причин соматических заболеваний, в случаях сложной семейной/ профессиональной ситуации, а также при поступлении пациента в больницу из условий социального риска.

5. Информировует лечащих врачей о конкретном содержании психологической работы с их пациентами, формы психологического заключения для истории болезни; разрабатывает системы межпрофессионального взаимодействия медицинского персонала больницы и психологов службы.

6. Проводит мероприятия по оказанию психологической поддержки и помощи персоналу больницы как в виде индивидуальной или групповой психологической работы, так и в виде семинаров, лекций, конференций, информирования сотрудников больницы по вопросам психического здоровья населения, клинической психологии и психосоматики.

III. Права

Медицинский психолог имеет право:

1. Получать информацию, необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей.

2. Вносить предложения руководству по совершенствованию качества медико-психологической помощи населению, улучшению организации труда.

3. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций, медицинских ассоциаций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

IV. Ответственность

Медицинский психолог несет ответственность:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией - в пределах действующего трудового законодательства Российской Федерации.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности - в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства.

3. За причинение материального ущерба - в пределах действующего трудового и гражданского законодательства.

4. За ошибки, повлекшие за собой тяжкие последствия для здоровья и жизни человека - в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства.

Примерный план составления должностных обязанностей нейропсихолога (как основа для деления по специальным направлениям – места работы)

Составлено доцентом кафедры педагогики и психологии с курсом ИПДО Ярославской государственной медицинской академии нейропсихологом Пережигиной Н.В.

В настоящее время нагрузка и продолжительность рабочего времени психолога, работающего в здравоохранении, определяется документами:

1) приказом МЗ РФ от 13.02.95 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», положением об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. №438);

2) рекомендациями Федерального Научно-Методического Центра по психотерапии и медицинской психологии на базе Санкт-Петербургского Научно-Исследовательского института им. Бехтерева, утвержденными приказом Минздрава РФ от 26.11.1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Тем самым нейропсихология не рассматривается как специальное и интегративное направление, давно включающее в себя целый комплекс системных работ и услуг, оказываемых (предоставляемых) психологом, работающим в стационарах неврологического (общего и сосудистого) и нейрохирургического типов, позволяющих дифференцировать нейропсихологию на целый ряд отдельных и самостоятельных направлений работы, выделить систему нейропсихологических специальностей, имеющих свою специфику (предмет, цели и задачи работы).

История выделения нейропсихологии в отдельное направление и специальность медицинского профиля

В современном виде, особенностях своего названия, терминологии, методического и теоретического аппарата, нейропсихология получила оформление в работах А.Р. Лурия и его учеников. Но выделена в отдельное

медицинское направление нейропсихология под другими названиями была гораздо ранее. В России в работах Бехтерева В.М. и его учеников уже на рубеже 20-столетия (1903-1904гг) она выделялась как направление психологии, нацеленное на изучение связи мозгового субстрата и шире - нервной системы (организма в целом) - с психикой и психическими процессами, не исключая вначале процессы сознания, которые позже были исключены из рассмотрения. Это направление имело в работах Бехтерева и его соратников наименование «физиологическая психология», включавшее разработку проблем нормы отношения мозг – психика. При этом в основном рассматривались когнитивные процессы – речь, чувствительность - движения, память, ассоциативные процессы, как отдельные психические процессы, отличные от памяти и мышления в современном смысле слова, внимание, что в последующем и было перенесено в работы А.Р. Лурия, исключая самостоятельность ассоциаций. Этот аспект исследований и накопления знаний формировался и идентифицировался как «невропсихология» по включенному уровню нервной системы в обеспечение психики.

Фило-зоологический ряд ретроспективно позволял говорить о «биопсихологии», по мере исключения из эволюционного ряда нервной системы.

В структуру направления «физиологическая психология» включались:

1) исследования связи особенностей проявления психических процессов при различных специфических состояниях организма – в аспектах мало расчленённых и дифференцированных между патологией и нормой, рассматривавшихся как «сравнительная психология», и включавших исследования изменения когнитивных процессов в выше перечисленном ряду при различных расах и народных принадлежностях испытуемых, возрасте, месте жительства, уровне образования, нагрузках и т.д.,

2) а также различные исследования в рамках гигиены здоровья и психики.

В рамках самостоятельного направления – «патологической психологии», выделявшей «психопатологию» как часть психологии, словарь или тезаурус психических патологических состояний уровня психических процессов, - «физиологическая психология» исследовала афазии, нарушения памяти (виды нарушений – самый широкий спектр), нарушения координаций (игровых, предметных действий и проч.) и т.д. Отдельного устойчивого названия данное направление не получило, хотя в некоторых работах встречается традиционно принятое очерчивание области исследования в виде – «невропсихопатология», или «физиологическая психопатология», что, как мы видим, идентично.

Отдельным направлением считалось направление развития человека, и оно выделялось как психолого-педагогическое, воспитательное.

Рассматривались также в аспектах накопления знаний о норме и о патологии с возможностями восстановительных действий и доразвития, развития (как ныне реабилитация, коррекция) – Психологическая педагогика,

Патологическая педагогика, Патологическая психопедагогика. Этот аспект относился ко всем возрастам.

Отдельно физиологическая психология, невропсихология, психопатология и патологическая психология, а также направления педагогического типа выделяли уровни онтогенетической зрелости нервной системы и уровни сформированности психических процессов возрастного типа, делясь на детскую и взрослую.

Современное состояние нейропсихологии как науки о норме организации отношений мозг-психика, включая также и отношение мозг-сознание, распространяется на весь спектр современных представлений о формах проявления патологических состояний, т.е захватывает как аспекты взрослой клиники когнитивных нарушений и нарушений психо-эмоционального типа (большой и малой психиатрии), так клиники детской. Нейропсихология выделила направления детской и взрослой реабилитации, абилитации, развития и коррекции. Нейропсихологические знания включаются в логопедию, дефектологию, геронтопсихологию, геронтопсихопатологию.

Тем не менее, современное состояние нейропсихологии, в её применении в медицине, имеет нерасчленённый, недифференцированный характер приложения, предлагающий одному специалисту выполнять обязанности, включающие опору на знания всего массива науки, включая как диагностическое, так и восстановительно-коррекционно-развивающее направление, а также и психотерапевтически-консультационное, каждое из которых имеет свою специфику и структуру компетенций.

Действуя по аналогии с разработанными должностными инструкциями врача-невропатолога, опираясь на Методику расчета по нормированию труда в системе здравоохранения (центры профпатологии), следует, как минимум, развести единую специальность и должность нейропсихолога (например, сосудистого центра) на специальности и должности – **нейропсихолог-диагност, нейропсихолог-реабилитолог, нейропсихолог-консультант, нейропсихолог-психотерапевт**, каждая из которых имеет свою специфику и особенности реализации, обусловленные структурой дефекта клиентов, резко отличающейся от таковой в условиях общего неврологического стационара, или нейрохирургического стационара, равно клиентов поликлиники неврологического профиля.

Необходимость дифференцирования единой специальности и должности продиктована также и трудностями соотнесения нагрузок, их разноплановостью, различиями в ведении документаций и форм написания заключений, при переключении с одной на другую требующих времени перехода и соответственно увеличивающих потери времени специалиста.

Требование дифференциации специальностей обуславливается также системой дифференцирования специальностей в медицине, принятой в современных условиях поликлинической и стационарной организации труда в здравоохранении. Врач выполняет преимущественно функции предварительной (ориентирующей) диагностики и ведения документации,

интеграции данных и назначения лечения, однако сам процесс диагностики, лечения осуществляется иными медпредставителями, тем самым по мере развития инструментальных методов исследования-диагностики, лечения, медицина отделяет их от функций врача, т.е. дифференцирует обязанности и функционал. Следовательно, нерасчленённость функциональных обязанностей нейропсихолога свидетельствует об асинхронии в понимании всей системы нейропсихологического знания медициной и слабой заинтересованности в этих знаниях, как медицины, так и общества в целом.

Должностная инструкция нейропсихолога (с разделением специальностей)

I. Общие положения.

1. Нейропсихолог относится к категории специалистов с высшим профессиональным образованием.
2. *На должность нейропсихолога принимается лицо, имеющее высшее психологическое образование по специальности «Клиническая психология», или психолог общего профиля, прошедший переподготовку по клинической психологии.*
3. Нейропсихолог назначается и освобождается от должности приказом главного врача (директора) медицинского учреждения.
4. Нейропсихолог должен знать:
 - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
 - общие вопросы организации неврологической и нейрохирургической помощи в стране, организации работы скорой и неотложной помощи;
 - общие вопросы организации психологической службы в системе здравоохранения, включая нормативные документы, относящиеся к ней;
 - общую и специальную психологию, нейропсихологию, патопсихологию (психопатологию), возрастную и детскую психологию, основы реабилитологии, психологию личности, виды психотерапии, когнитивную коррекцию, психологию общения, криминальную антропологию;
 - анатомию нервной системы, топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
 - основные вопросы нормальной и патологической физиологии центральной и периферической нервной системы;
 - причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития;
 - клиническую симптоматику основных нейропсихологических синдромов, способы их диагностики, коррекции;
 - системные (общие) и функциональные методы нейропсихологического обследования в неврологической (сосудистой и общей), нейрохирургической клинике, показания и противопоказания к нейропсихологическому обследованию неврологического и нейрохирургического больного;
 - основы фармакотерапии в клинике нервных болезней, включая системные особенности изменения уровня сознания, бодрствования, когнитивных

процессов при применении фармакологических средств у лиц с различными повреждениями ЦНС и НС.;

-основы иммунобиологии, общие вопросы генетики, генетики в неврологии;

-показания и противопоказания к хирургическому лечению;

-основы применения физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

-основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике;

-вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы;

-организацию и проведение психологотерапевтического взаимодействия с неврологическим больным различного профиля; анализ его эффективности; санитарно-просветительную работу с больным и его родственниками;

-вопросы организации медицинской службы гражданской обороны.

5. В своей деятельности нейропсихолог руководствуется:

-принципами врачебной этики и деонтологии;

-принципом соблюдения врачебной тайны;

-настоящей должностной инструкцией.

Таким образом, в этом разделе должностные обязанности нейропсихолога количественно и качественно превосходят на несколько пунктов таковые обязанности невролога, равно имеют тенденцию к обобщению и расширению на несколько типов клинической работы (неврология – нейрохирургия, острая клиника и хронические состояния). При этом невролог имеет возможность использования дополнительных средств инструментальной и аппаратной диагностики, имея предметом своей деятельности более проработанный уровень и системно более простой – организм. Нейропсихолог должен опираться только на собственные методические средства в работе с гораздо более высокоорганизованным предметом своей деятельности – мозгом и когнитивными процессами, при этом последние имеют многие вариации своего изменения, будучи зависимыми, как ситуативно от внешних факторов, так и от факторов состояния самого организма.

II. Должностные обязанности.

1. Нейропсихолог должен быть подготовлен для самостоятельной профессиональной деятельности и выполнения основных функций: организационной, диагностической, консультативной, коррекционно-реабилитационной и профилактической. Он должен сочетать глубокую теоретическую подготовку с практическими умениями, ответственно относиться к порученному делу, быть требовательным к себе и подчиненным, постоянно повышать свою профессиональную компетентность и уровень общей культуры, занимаясь непрерывным самообразованием.

2. Нейропсихолог обязан применять на практике принципы научной организации труда, активно использовать электронно-вычислительную и лечебно-диагностическую технику применительно к профилю своей

деятельности, уметь ориентироваться в современной научной информации, эффективно использовать ее для решения практических задач, проявлять инициативу, принципиальность и добросовестность в работе.

3. Нейропсихолог должен:

3.1. Получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования, выявлять общие и специфические признаки нейропсихопатологического синдрома при неврологическом (общем и сосудистом) заболевании или нейрохирургическом страдании (травматического или опухолевого генеза), устанавливать психологический синдромный и топический диагноз, составлять прогноз течения синдрома и формировать реабилитационный план.

3.2. Выявлять очаговую корковую и подкорковую, а также общемозговую симптоматику у больных с поражениями головного мозга, находящихся в коматозном состоянии.

3.3. Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения его из этого состояния, в том числе определять необходимость реанимационных мероприятий.

3.4. Определять необходимость коррекционных методов, направленных на эмоционально-личностную или когнитивную сферу больного, интерпретировать полученные данные, определять степень включенности родственников в процесс ухода или реабилитации больного, возможность их включения в занятия с больным и вероятность правильности их реабилитирующего поведения.

3.5. Проводить дифференциальную диагностику основных синдромных страданий ЦНС, обосновывать клинико-нейропсихологический и топический диагноз, схему, план и тактику нейропсихологического сопровождения больного.

3.6. Давать оценку динамики нейропсихологического синдрома, предусматривать возможные осложнения в ходе реабилитации и коррекции, обусловленные как собственным процессом, так и особенностями поведения родственников больного, и осуществлять их профилактику.

3.7. Определять программу реабилитационных мероприятий, учитывая как структуру нейропсихологического синдрома, возможности как самого больного (его образовательный статус, длительность страдания, уровень хронификации процесса), так и возможности родственников (их образовательный потенциал, степень сохранности эмоционального контакта с больным).

3.8. Решать вопрос о трудоспособности больного, ограничениях в нагрузках, желательности изменения и специфики акцентов в интеллектуальной деятельности.

3.9. Оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.

4. Нейропсихолог должен знать профилактику, диагностику, клинику и уметь дозировать степень и время интеллектуальной и физической нагрузки при диагностическом и коррекционном взаимодействии с больным с различной

неврологической и нейрохирургической патологией, видеть предвестники вероятного изменения состояния больного, иметь возможность быстро обратиться за специальной помощью невролога при следующих неотложных состояниях в неврологии:

- травмы головного и спинного мозга;
- острые сосудистые мозговые нарушения;
- острые нейроинфекционные заболевания;
- эпилепсия;
- миастения;
- церебральные коматозные состояния;
- компрессии спинного мозга;
- болевы синдромы;

а также:

- при острой сердечной и сосудистой недостаточности (обморок, коллапс);
- острой дыхательной недостаточности; острой интоксикации (алкогольной, лекарственной и пр.).

5. Нейропсихолог должен уметь устанавливать синдромный нейропсихологический и топический диагноз и проводить необходимые консультационные и реабилитационные мероприятия, направленные к эмоционально-личностной и когнитивной сферам больного при следующих заболеваниях:

5.1. Сосудистые заболевания нервной системы:

- начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения;
- острые нарушения мозгового кровообращения, преходящие нарушения мозгового кровообращения, геморрагический и ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние;
- дисциркуляторная энцефалопатия;
- спинальные инсульты, дисциркуляторные миелопатии.

5.2. Заболевания периферической нервной системы:

- вертеброгенные поражения нервной системы;
- моно- и полиневропатии, плекситы;
- невралгии, компрессионные поражения нервов (туннельные синдромы).

5.3. Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы:

- энцефалиты (вирусный, клещевой, эпидемический);
- полиомиелит;
- миелит;
- менингиты (гнойный, эпидемический, туберкулезный);
- эпидуриты;
- арахноидиты;
- поражения ЦНС при гриппе, туберкулезе, сифилисе.

5.4. Паразитарные заболевания нервной системы:

- эхинококкоз;
- цистицеркоз;
- токсоплазмоз;

-демиелинизирующие заболевания нервной системы (острый энцефаломиелит, оптикомиелит, рассеянный склероз, диффузный энцефалит Шильдера, боковой амиотрофический склероз).

5.5. Опухоли нервной системы:

- опухоли головного мозга (супратенториальные, субтенториальные);
- опухоли спинного мозга (экстрамедуллярные и интрамедуллярные, глиозисирингомиелия);
- опухоли периферических нервов.

5.6. Экстрапирамидные заболевания нервной системы:

- паркинсонизм;
- генерализованный тик (синдром Туретта);
- малая хорea;
- лицевой пара- и гемиспазм, блефароспазм;
- спастическая кривошея;
- двойной атетоз;
- оромандибулярная дискинезия.
- эпилепсия.

5.7. Токсические поражения нервной системы:

- интоксикация алкоголем (острая алкогольная энцефалопатия, полиоэнцефалит Гайе-Вернике, алкогольная полинейропатия);
- энцефаломиелополинейропатия при интоксикации солями тяжелых металлов (ртутная, свинцовая, мышьяковая, марганцевая);
- лекарственные интоксикации (наркотические анагетики, нейролептики, транквилизаторы, барбитураты).

5.8. Неврозы:

- астенический;
- фобический;
- ипохондрический.

5.9. Заболевания вегетативной нервной системы:-поражения надсегментарных отделов вегетативной нервной системы (гипоталамические, обменно-эндокринные синдромы);

- поражение сегментарных отделов вегетативной нервной системы (тунциты, ганглиониты);
- вегетососудистая дистония.

5.10. Наследственные заболевания:

- нервно-мышечные заболевания (спинальные и невральные амиотрофии, прогрессирующие мышечные дистрофии, миотония, миастения);
- заболевания подкорковых ганглиев (гепатоцеребральная дистрофия, хорea Гентингтона, деформирующая мышечная дистония, семейная миоклонусэпилепсия);
- дегенеративные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечковой систем (семейная спастическая параплегия, спиноцеребеллярные атаксии, оливопонтocereбеллярная дегенерация).

5.11. Закрытые травмы нервной системы:

- черепно-мозговая травма (сотрясение и ушиб мозга, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния);
- травмы позвоночника и спинного мозга;
- травма периферических нервов.

6. Нейропсихолог должен уметь:

- анализировать медицинскую документацию и понимать диагностическую оценку результатов инструментальных диагностических исследований;
- понимать интерпретацию и диагностическую оценку результатов рентгенологического исследования черепа и позвоночника, пневмоэнцефалографического исследования и церебральной ангиографии, электроэнцефалографии и реоэнцефалографии, доплерографического исследования магистральных артерий на шее, эхоэнцефалографии, состояния электровозбудимости мышц и электромиографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения.

III. Права.

Нейропсихолог имеет право:

1. Представлять на рассмотрение своего непосредственного руководства предложения по вопросам своей деятельности.
2. Получать от специалистов учреждения информацию, необходимую для осуществления своей деятельности.
3. Подписывать документы в пределах своей компетенции.
4. Требовать от руководства учреждения оказания содействия в исполнении своих должностных обязанностей.

IV. Ответственность.

Нейропсихолог несет ответственность:

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией, - в соответствии с действующим трудовым законодательством.
2. За правонарушения, совершенные в период осуществления своей деятельности, - в соответствии с действующим гражданским, административным и уголовным законодательством.
3. За причинение материального ущерба, - в соответствии с действующим трудовым и гражданским законодательством.

РАСЧЕТНЫЕ НОРМАТИВЫ временной занятости психологов, работающих в неврологической и нейрохирургической клинике.

Виды деятельности, подлежащие временным затратам в ходе выполнения основных обязанностей нейропсихологом (по аналогии с врачом, работающим в стационаре клиники):

1.	Основные виды клинико-нейропсихологической деятельности	Время, мин
1.1	Экспертно-диагностическая деятельность	
	описание когнитивной сферы первичного больного со сбором анамнеза	
	описание когнитивной сферы повторного больного со сбором	

	анамнеза	
	изучение медицинской документации изучение медицинской документации, в т.ч. санитарно-гигиенической характеристики условий труда, профмаршрута и других документов;	
	определение плана диагностического исследования больного, выбор методов диагностического подхода;	
	проведение (реализация) нейропсихологической диагностики больного	
	оценка результатов проведенной диагностики и уточняющие диагностические подходы, оценка динамики течения или изменения синдрома	
	написание заключения по проведенному нейропсихологическому обследованию больного	
	разработка плана реабилитационных мероприятий, выбор их типа и длительности	
	согласование материалов с лечащим неврологом, зав. отделением для уточнения лечебных или реабилитирующих мероприятий больного, перед рассмотрением их на заседании клинико-экспертной комиссии (КЭК);	
	подготовка материалов к консультации с лечащим врачом, зав. отделением.	
	присутствие на разборе больного лечащим врачом или зав. отделением	
	внесение корректив в тип нейропсихологического сопровождения больного после консультации с лечащим врачом и зав. отделением, оформление этого документально	
	консультация родственников больного	
	подготовка документов по больному для комиссий	
	подготовка документов для родственников больного по проведению реабилитаций в домашних условиях	
	описание эмоционально-личностной сферы первичного больного со сбором анамнеза	
	описание эмоционально-личностной сферы повторного больного со сбором анамнеза	
	проведение диагностики эмоциональной сферы больного, личностной сферы больного	
	обработка данных проведенного исследования	
	написание заключения по результатам исследования	
	выбор стратегии консультирования и коррекции эмоциональной сферы больного	
	Определение формы обращения к помощи родственников в ходе коррекции эмоционально-личностной сферы больного	
1.2.	Консультационно-сопровождающая и психотерапевтическая деятельность	

	диагностика – наблюдение родственников, ухаживающих за больным	
	углублённая диагностика интеллектуальной сферы и степени родственной привязанности родственников больного	
	определение форм и особенностей компетенции родственников, для диагностики возможностей их ориентации в способах коррекционно- вспомогательного взаимодействия с больным	
	проведение информирующих консультаций с родственниками о состоянии интеллектуальной и эмоциональной сферы больного	
	проведение ориентирующих консультаций с родственниками больного в формах взаимодействия с больным	
	проведение психокоррекционных консультаций с родственниками больного	
1.3.	Экспертная работа по запросам судебных органов	
	изучение и анализ поступивших материалов	
	работа с дополнительной литературой	
	обсуждение и вынесение коллегиального решения	
	документальное оформление заключения	
	сдача документов в архив	
1.4.	Проведение заочных консультаций	
	изучение полученной документации	
	консультация лечащего врача, консультация с зав. отделением	
	телефонная консультация лечащего врача и зав. отделением	
2.	Дополнительные виды клинической деятельности	
	общение с персоналом	
	запрос истории болезни из архива	
	запрос недостающей документации	
	сбор анамнеза у родственников больного, сослуживцев	
	изучение дополнительно представленных по запросам документов	
	написание заключения по дополнительно представленным документам	
	участие в конференциях (утренних, клинических), в работе научных обществ	
	работа с литературой (текущая), нормативно-правовыми документами	
	образовательная деятельность (изучение тематической литературы, написание конспекта, чтение лекций и т.д.)	
	освоение новых методик	
	телефонные служебные разговоры	
3.	Личное необходимое время	
	обед	

	гигиенические мероприятия	
	телефонные разговоры (неслужебного характера)	
	общение с коллегами	
	хозяйственная деятельность	

Предлагаемые нормативы:

Настоящие нормативы составлены на основании хронометрических данных и многолетнего опыта практической (психодиагностической и психокоррекционной) работы психологов в отделениях и лабораториях Головного учреждения – Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева и в курируемых им лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга и других городов России.

Нормативы затрат времени психолога на основные виды работы в неврологии и нейрохирургии:

- полное первичное нейропсихологическое обследование больного, включая оформление результатов и запись в историю болезни, требует в среднем 2,5-3 часа, с учетом быстрой утомляемости больного оно проводится, как правило, в течение 2-3 дней. На первичное исследование психических функций, состояний и личности больного требуется в среднем 3-5 часов; оно также проводится в течение 2-3 дней. Повторное обследование больных требует в среднем 1,5-2 часа;
- психолог, занимаясь в течение рабочей недели только экспериментально-диагностической и экспертной работой, в зависимости от задачи исследования, может провести 5-7 первичных или 15-20 повторных обследований с написанием заключения;
- при проведении психокоррекционной работы с больными, их семьями, лечебным персоналом отделения, участие в социотерапии, организации лечебной среды, нагрузка психолога учитывается на основании реально используемого рабочего времени.

**О работе медицинского психолога
Психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца
(нормативы для расчёта рабочей нагрузки)**

Составитель: старший медицинский психолог Деева Елена Юрьевна.

Данные методические рекомендации содержат основные положения о содержании и нормативах работы медицинского психолога СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца и адресованы администрации учреждения для контроля над работой психологов и психологам в качестве методических указаний в практической работе.

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
медицинского психолога, участвующего в оказании психиатрической и
психотерапевтической помощи в отделениях больницы.**

1. Общие положения.

1.1. Настоящая должностная инструкция определяет общие основы организации работы, задачи, функции, основные обязанности и ответственность медицинского психолога, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи в отделениях больницы при осуществлении им трудовой деятельности.

1.2. Медицинский психолог относится к категории специалистов.

1.3. На должность медицинского психолога назначается специалист с высшим профессиональным (психологическим) образованием по специальности «Психология» со специализацией «Медицинская (клиническая) психология» либо специалист с высшим профессиональным образованием по специальности «Клиническая психология», владеющий различными методами психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования и психопрофилактики, предусмотренными программой подготовки по медицинской психологии.

1.4. Медицинский психолог должен знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан;
- медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию, психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику);
- методы психологического консультирования;
- методы социально-психологического тренинга общения;
- деонтологию;
- психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства;
- правила внутреннего трудового распорядка медицинского учреждения;
- правила по охране труда и пожарной безопасности;

1.5. Медицинский психолог при осуществлении своей трудовой деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения, приказами и распоряжениями главного врача, настоящей должностной инструкцией и Положением о психологической службе СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца».

1.6. Медицинский психолог назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача в соответствии с действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

1.7. При осуществлении своей деятельности медицинский психолог подчиняется главному врачу, заместителям главного врача по лечебной работе и старшему медицинскому психологу.

1.8. Порядок замещения медицинского психолога и исполнения должностных обязанностей в случае его временного отсутствия определяется старшим медицинским психологом и администрацией больницы в соответствии с действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

1.9. За медицинским психологом закрепляется лечебное отделение, работу с пациентами которого он проводит по назначению и согласованию с заведующими отделением и лечащими врачами.

1.10. В случае производственной необходимости медицинский психолог выполняет работу на нескольких лечебных отделениях с дополнительной оплатой в установленном действующим трудовым законодательством порядке.

2. Должностные обязанности медицинского психолога.

2.1. По назначениям лечащих врачей проводит экспериментально-психологические исследования пациентов больницы, включающие в себя следующие задачи:

2.1.1. Дифференциальная диагностика психических расстройств при постановке и уточнении диагноза, включающая исследование умственной работоспособности, познавательной деятельности; интеллектуальной, эмоциональной, волевой и мотивационной сфер, а также личности и актуального состояния больного;

2.1.2. Исследование изменений психической деятельности и состояния больного под влиянием терапии, что позволяет оценить эффективность лечения;

2.1.3. Исследование структуры психического дефекта и его соотношения с сохранными сторонами психической деятельности при проведении трудовой экспертизы; диагностика возможностей социальной адаптации больного;

2.1.4. Нейропсихологическая диагностика структуры органического поражения головного мозга;

2.1.5. Исследование социально-опасных тенденций у больных, находящихся на принудительном лечении и госпитализированных в недобровольном порядке;

2.2. Совместно с врачом при необходимости разрабатывает психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных особенностей пациентов, а также с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов.

2.3. По направлению врача или по производственной необходимости осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

2.4. Оформляет документацию установленного образца в соответствии с требованиями Министерства Здравоохранения РФ.

2.5. Повышает свою квалификацию по медицинской психологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.6. Внедряет в практику современные виды психопрофилактики, психодиагностики, психологического консультирования.

2.7. Медицинский психолог обязан:

2.7.1. Добросовестно исполнять должностные обязанности.

2.7.2. Соблюдать установленные в больнице правила внутреннего трудового распорядка.

2.7.3. Соблюдать порядок работы со служебной информацией и документацией, хранить врачебную тайну.

3. Права медицинского психолога.

Медицинский психолог имеет право на:

3.1. Ознакомление с документами, определяющими его должностное положение, права, обязанности и ответственность.

3.2. Организационно-технические условия, необходимые для исполнения им должностных обязанностей.

3.3. Получение в установленном порядке информации и материалов, включая медицинскую документацию на пациентов, направленных на обследование, необходимых для исполнения им должностных обязанностей.

3.4. Участие в медицинских мероприятиях на отделениях (по мере необходимости): совещаниях, клинических разборах и консультациях других специалистов, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его профессиональной компетенцией.

3.5. Участие в научно-практических конференциях по медицинской психологии, психиатрии и психотерапии с целью повышения своего профессионального уровня и квалификации.

3.6. Внесение предложений по усовершенствованию работы психологической службы больницы, а также своей деятельности.

3.7. Прохождение аттестации в установленном порядке (не реже одного раза в 5 лет) с правом на получение (подтверждение) соответствующей квалификационной категории.

4. Ответственность медицинского психолога.

4.1. Медицинский психолог привлекается к ответственности:

- за ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, в порядке, установленном действующим трудовым законодательством Российской Федерации;
- за необеспечение сохранности документов, а также за правонарушения при работе со служебной информацией;
- за нарушение Устава (положения) медицинского учреждения;
- за правонарушения и преступления, совершенные в процессе своей деятельности, в порядке, установленном действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации;
- за причинение ущерба медицинскому учреждению - в порядке, установленном действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящая должностная инструкция разработана на основе Квалификационной характеристики должности "Медицинский психолог" (Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения", утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н) и в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 N 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Приложение № 29).

5.2. Ознакомление работника с настоящей должностной инструкцией осуществляется при приеме на работу до подписания трудового договора. Факт ознакомления работника с настоящей должностной инструкцией подтверждается росписью в листе ознакомления, являющемся неотъемлемой частью настоящей инструкции (в журнале ознакомления с должностными инструкциями; в экземпляре должностной инструкции, хранящемся у работодателя)

Утверждено:

Заместитель главного врача

по медицинской работе Лесков А.Н.

Старший медицинский психолог Деева Е.Ю.

Конкретное содержание работы психолога может широко варьировать в зависимости от контингента больных (специфика отделения: общее, специализированное, реабилитационное). Основные разделы работы медицинского психолога определяются его участием в:

- решении задач дифференциальной диагностики;
- оценке структуры и степени психических расстройств;
- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии;
- исследовании личности и социальных позиций пациента в целях получения данных для функционального диагноза;
- психокоррекционной, реабилитационной работе с пациентами, их родственниками, персоналом больницы.

1) Психологическая диагностика

Психолог проводит экспериментально-психологическое обследование испытуемого **по назначению лечащего врача**, который формулирует задачу исследования и оформляет направление на обследование. Соответственно, **психодиагностическая нагрузка психолога определяется количеством поданных заявок на обследование.**

Этапы проведения экспериментально-психологического обследования.

1. Беседа с пациентом и изучение его истории болезни.

В процессе беседы психолог устанавливает с пациентом продуктивный (по мере возможности, доверительный) контакт; изучает психологический анамнез испытуемого, его жалобы на умственную работоспособность и душевное состояние, его ориентировку в окружающей действительности, его эмоциональные и поведенческие реакции, особенности речи и мышления, ценностные ориентации, наличие патологических идей, обманов восприятия и суицидных тенденций; отношение к болезни, к лечению и к обследованию (в соответствующих случаях, и к правонарушению). В ходе беседы, как правило, выявляются значимые для пациента психологические проблемы, с которыми в дальнейшем проводится психокоррекционная работа. Знание анамнеза болезни, психического статуса, а также других клинических данных дают возможность психологу скорректировать задачи исследования, продумать его ход, сделать правильный выбор методик и порядка их предъявления. Продолжительность беседы варьируется от 20 до 60 минут.

2. Проведение психологического обследования.

- Экспериментально-психологическое обследование не стандартизировано, поэтому комплекс методик и диагностических процедур психолог подбирает индивидуально, в соответствии с конкретной диагностической задачей, психическим состоянием больного в момент обследования, уровнем его образования и возрастом.

- Различные по степени сложности исследования включают в себя от 2 до 130 методик (включая 11 субтестов методики исследования интеллекта Векслера и 107__нейропсихологических проб). Перечень применяемых методик см. в приложении № 1.

- Продолжительность проведения **одной методики** варьируется от нескольких минут до 3-х часов (например, комплекс методик нейропсихологического исследования (107 нейропсихологических проб)).

- Таким образом, **общие трудозатраты на одно обследование** (беседа + тестирование) варьируются от 1 до 20 часов (в редких, особо сложных случаях), **в среднем от 3 до 8 часов.**

- Опыт показывает, что свыше 2 часов с пациентом работать нецелесообразно: он утомляется, восприятие его ухудшается, а результаты искажаются. Вследствие этого полное психологическое обследование рекомендуется проводить в два – три приёма, в течение 2-3 -х дней, хотя в отдельных случаях (при повышенной утомляемости больного) требуется 3-4 встречи.

3. **Обработка и анализ экспериментальных данных.**

- Большинство методик требует определенной количественной обработки, подсчета баллов и совершённых пациентом ошибок, а также качественного анализа полученных данных и сопоставления результатов по разным методикам. После этого проводится сопоставление совокупности экспериментальных данных с клинической картиной болезни и делаются выводы о том или ином патопсихологическом синдроме у больного.

- Таким образом, **общие трудозатраты на обработку экспериментальных данных одного обследования** (от 2 до 130 методик) варьируются во времени от 20 минут до 4 часов, в среднем 1,5 – 2 часа.

4. **Составление заключение по данным психологического обследования.**

- Заключение по данным экспериментально-психологического обследования дополняет клиническое описание больного его лечащим врачом сведениями, которые нельзя получить, не проводя психологического эксперимента.

- Заключение пишется по определенной схеме и должно содержать чёткие, аргументированные ответы на поставленные врачом вопросы.

- В заключении по результатам полного экспериментально-психологического обследования должны быть отражены особенности внимания, памяти, умственной работоспособности, психомоторного темпа, показатели интеллекта, особенности мышления, эмоционально-волевой сферы, личности, актуального состояния и возможностей социальной адаптации испытуемого. Необходимо отметить также поведенческие особенности больного, его отношение к ситуации обследования, подтвердить или опровергнуть наличие установочных тенденций.

- Те или иные особенности или нарушения психики должны

подтверждаться фактами, полученными в эксперименте, или базироваться на примерах суждений и действий больного, свидетельствующих о патологии.

- В конце заключения делается вывод, в котором обобщаются наиболее важные данные, полученные при исследовании, в сопоставлении с задачей обследования, поставленной лечащим врачом.

- Заключение подаётся врачу в печатном или электронном виде и по своему объёму может занимать до 3-х страниц печатного текста.

Общие трудозатраты **на написание одного заключения** варьируются от 30 минут до 5 часов (в особо сложных случаях), в среднем 2 часа.

5. Обсуждение результатов психологического обследования с лечащим врачом.

- Как правило, происходит в случае исследования первичных пациентов, или пациентов с выявленными у них установочными или опасными тенденциями, или при несоответствии данных клинического и психологического исследований, а также при обнаружении психологом психопатологической симптоматики у больного, требующей быстрого принятия лечебных мер. Продолжительность обсуждения варьируется от 10 до 60 минут, а при участии психолога в клиническом разборе – до 2-х часов).

Формы заключений по степени их общих трудозатрат.

Как показывает практика работы психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», целесообразно разделение заключений по формам (всего 4 формы), в зависимости от целей и задач обследования, количества предъявляемых методик, общих трудозатрат на одно заключение, объема самого заключения.

Форма 1

Заключение по данным исследования 1 – 2-х (по выбору врача) психических функций (например, внимания, или памяти, или мышления) или отдельно интеллекта пациента.

Заключение по данным исследования актуального эмоционального состояния пациента; исследование опасных (агрессивных и/или суицидных) тенденций у пациента или исследование эмоционального состояния пациента в динамике для оценки эффективности лечения.

Трудозатраты:

- применение от 2 до 4-х методик;
- продолжительность обследования от 40 мин до 1,5 часов;
- обработка результатов - в среднем, 20 минут;
- написание заключения от 30 мин до 1 часа;
- обсуждение результатов и дальнейшей тактики ведения больного с лечащим врачом 10 – 15 минут;
- общие трудозатраты на 1 заключение – 1,5 – 3 часа, в среднем, 2 часа.

Форма 2

Заключение по данным частичного обследования – познавательной (внимание, память, интеллект, мышление), либо эмоционально-волевой и личностной сфер, либо социальной адаптации пациента, либо исследование динамики изменения ряда психических функций пациента в результате лечения.

Трудозатраты:

- применение от 5 до 8 методик;
- продолжительность обследования от 2 до 3,5 часов;
- обработка результатов - от 40 минут до 1 часа;
- написание заключения от 1 до 2 часов;
- обсуждение результатов и дальнейшей тактики ведения больного с лечащим врачом 10 – 30 минут;
- общие трудозатраты на 1 заключение – 4 – 6 часов, в среднем, 5 часов.

Форма 3

Заклучение по данным полного психодиагностического обследования: исследование памяти, внимания, психомоторного темпа, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, личности, социальной адаптации и актуального состояния пациента (с прогнозом суицидных и/или агрессивных тенденций - при необходимости).

Как правило, проводится в связи с задачами дифференциальной диагностики психических расстройств; уточнения степени и глубины расстройств психической деятельности для МСЭК и при решении иных экспертных вопросов (например, вопроса о дееспособности пациента).

Трудозатраты:

- применение от 10 до 20 методик;
- продолжительность обследования (в несколько приёмов) от 4 до 6 часов;
- обработка результатов - от 1,5 до 2 часов;
- написание заключения 2 – 3 часа;
- обсуждение результатов и дальнейшей тактики ведения больного с лечащим врачом 10 – 30 минут;
- общие трудозатраты на 1 заключение – 8 – 10 часов, в среднем, 9 часов.

Форма 4

Заклучение повышенной сложности, требующее высокой квалификации медицинского психолога. Включает в себя полное психодиагностическое обследование (см. форму 3) с различными вариантами дополнительных исследований.

Варианты дополнительных исследований повышенной сложности:

- нейропсихологическое обследование;
- диагностика установочного поведения испытуемого;
- сравнительный анализ нескольких психодиагностических

обследований одного пациента в разные годы, позволяющий обнаружить изменение в психическом состоянии больного на различных этапах течения болезни.

Трудовзатраты:

- применение до 130 методик (включая 107 нейропсихологических проб);
- продолжительность обследования (в несколько приёмов) от 6 до 14 часов;
- обработка результатов - от 2 до 4 часов;
- написание заключения 4 – 6 часов;
- обсуждение результатов и дальнейшей тактики ведения больного с лечащим врачом 30 - 60 минут;
- общие трудовзатраты на 1 заключение – 12 – 25 часов.

Нормативы психодиагностической работы медицинского психолога

Нормативы психодиагностической работы (нагрузки) психолога, работающего в психиатрической больнице, в проанализированных источниках и с учётом анализа работы психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», за 2000-2013 г.г., варьируются от 10 до 20 заключений в месяц, в среднем 16 заключений (по 3-й форме) в месяц, на одну ставку медицинского психолога на отделениях общего и специализированного типа при 36-часовой рабочей неделе (учитывая время, необходимое на проведение обследования, анализ результатов и написание заключения). На реабилитационном отделении диагностическая нагрузка снижается, в среднем, до 5 заключений (за счёт преобладания психокоррекционной и реабилитационной работы).

2) Индивидуальная и семейная психокоррекционная работа

Работа направлена на оказание помощи пациентам и сотрудникам больницы в решении их психологических и семейных проблем.

Индивидуальная психокоррекционная работа выполняется всеми медицинскими психологами больницы (в зависимости от их психодиагностической нагрузки; наличия заявок от лечащих врачей и запросов со стороны пациентов или сотрудников больницы).

Семейная психокоррекционная работа выполняется только по заявкам лечащих врачей и направлена на гармонизацию семейных отношений пациентов.

В психокоррекционной работе применяются, преимущественно, методики рациональной и позитивной психотерапии. Кроме того, пациенты и их родственники информируются о возможности получения психотерапевтической, социальной и наркологической помощи после выписки из больницы в амбулаторных условиях.

Нормативы индивидуальной и семейной психокоррекционной работы медицинского психолога.

Трудозатраты на 1 индивидуальное психокоррекционное занятие:

- продолжительность занятия – 40 – 100 минут;
- запись о проведенном занятии в истории болезни или в заключении ЭПИ и в журнале учета - 20 минут;
- обсуждение с лечащим врачом – 10 – 30 минут;
- общие трудозатраты: от 1 до 2,5 часов.

Нормативы психокоррекционной работы (нагрузки) психолога, работающего в психиатрической больнице, в проанализированных источниках и с учётом анализа работы психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», за 2000-2013 г.г., варьируются от 5 до 15 занятий в месяц, в среднем 10 психокоррекционных занятий в месяц, на одну ставку медицинского психолога на отделениях общего и специализированного типа при 36-часовой рабочей неделе (учитывая время, необходимое на проведение занятия и психодиагностическую нагрузку). На реабилитационном отделении объём психокоррекционной работы повышается до 15 – 25 занятий в месяц (за счёт снижения психодиагностической работы).

3) Групповая психокоррекционная работа.

Групповая психокоррекционная работа **не входит в функциональные обязанности** сотрудников психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» (см. «Должностная инструкция медицинского психолога, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи в отделениях СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», стр. 3, 4 настоящего документа).

Данный вид деятельности предполагает соответствующую подготовку специалиста, наличие у него склонности к подобной работе и надлежащих условий (оборудованного помещения) для проведения групповых занятий.

В рамках психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» групповая психокоррекционная работа (с соблюдением вышеперечисленных факторов) проводится на отделении реабилитационного типа.

Нормативы групповой психокоррекционной работы медицинского психолога.

Трудозатраты на 1 групповое психокоррекционное занятие:

- формулировка задачи, составление сценария группового занятия, подбор методик – 30 – 60 минут;
- продолжительность занятия – 50 - 90 минут;
- запись о проведенном занятии в медицинских документах на каждого пациента 30 - 60 минут;
- общие трудозатраты: 2 – 3,5 часа.

Норматив: за 1 рабочий день на 1 ставку психолог может провести не более 2-х групповых психокоррекционных занятий (учитывая время, необходимое на подготовку и проведение занятия, а также оформление медицинской документации) при отсутствии психодиагностической работы. В месяц – не более 40 занятий (при отсутствии психодиагностической работы).

4) Реабилитационная работа.

В рамках психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» реабилитационная работа стабильно проводится на реабилитационном отделении.

Работа направлена на создание и поддержание психотерапевтической среды на отделении и включает в себя:

- работу с активом больных – 1 раз в неделю, продолжительность - 40 минут;

- проведение собраний больных с целью обсуждения проводимых на отделении мероприятий, планов и пожеланий пациентов - 2 раза в неделю, продолжительность - 40 минут;

- коллективная психокоррекционная работа с больными в малых группах (по палатам) с целью обсуждения различных организационных вопросов и стимуляции социальной активности пациентов (встречи по 15-20 минут) 1 раз в неделю;

- организация и проведение встреч «Клуба бывших пациентов» – ежемесячно в вечернее время (всего 11 встреч, на которых присутствуют от 10 до 20 бывших пациентов). Работа «Клуба бывших пациентов» ставит 2 основные задачи: 1) восполнение дефицита общения, с которым бывшие пациенты сталкиваются в своей повседневной жизни, и получение ими эмоциональной поддержки, как друг от друга, так и от специалиста - психолога; 2) эмоциональная поддержка и активизация членами «Клуба бывших пациентов» нынешних пациентов реабилитационного отделения, а также демонстрация членами «Клуба бывших пациентов» возможностей социальной, в т.ч. трудовой, адаптации после выписки, что позитивно сказывается на лечебном процессе на отделении. Проведение встреч обязательно сопровождается чаепитием. Продолжительность встречи 4 – 5 часов. Данная работа является дополнительной и оценивается в 12% интенсивности, из этих же денег психолог приобретает продукты для чаепития).

- поддерживающая групповая психокоррекционная работа для выписавшихся пациентов (дополнение к «Клубу бывших пациентов»). Проводится 1 занятие группы 1 раз в месяц, продолжительность 1 час.

Контроль за работой сотрудников психологической службы СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» осуществляет старший медицинский психолог.

Приложение № 1

Перечень применяемых психодиагностических методик в психологической службе СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца».

Исследование внимания: «Таблицы Шульте»; «Отсчитывание»; «Счёт по Крепелину»; «Корректурная проба»; ряд нейропсихологических проб.

Исследование памяти: «Запоминание 10 слов»; «Запоминание рассказа»; «Запоминание цифр в прямом и обратном порядке»; «Пиктограммы»; ряд нейропсихологических проб.

Исследование интеллекта: «Методика исследования интеллекта Векслера» (включает в себя 11 субтестов, выполняется более 1 часа). Методика исследования интеллекта «Прогрессивные матрицы Равена» (выполняется 20 мин).

Исследование мышления: «Пиктограммы»; «Классификация предметов»; «Исключение понятий» (вербальный и предметный варианты); «Сходство понятий»; «Сравнение понятий»; «Сложные аналогии»; «Вербальные ассоциации»; «Соотнесение пословиц и фраз»; «Интерпретация пословиц и метафор».

Исследование высших психических функций: комплекс методик нейропсихологического исследования (107 нейропсихологических проб).

Исследование личности: «Опросник для исследования акцентуированных свойств личности Леонгарда-Смишека»; «Патохарактерологический диагностический опросник»; «Клинический личностный опросник MMPI», «Методика исследования скрытой мотивации»; «Методика исследования самооценки».

Исследование эмоционального состояния (с прогнозом опасных тенденций): «Проективный графический тест»; «Методика исследования депрессии Бека»; «Методика исследования депрессии Зунга»; «Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Спилбергера -Ханина»; «Шкала мании Янга (YMRS)»; «Цветовой психодиагностический тест Люшера»; «Проективный графический тест»; «Методика исследования самооценки», «Карта риска суицидности»; проективная методика исследования личности «Ханд – тест»; проективная методика исследования личности «РАТ»; «Проективный тест влечений Сонди»; «Опросник для исследования агрессии Басса-Дарки».

ЛИТЕРАТУРА

1. О работе патопсихолога в психиатрической больнице. Методические рекомендации. Москва, 1975.
2. О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях. Методические рекомендации. Ленинград, 1976.
3. О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения. Методические рекомендации. Вологда, 2002.
4. Положение о Психологической службе СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», 2013.
5. Должностная инструкция медицинского психолога, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи в отделениях СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», 2013.
6. Рубинштейн С.Я Экспериментальные методики патопсихологии. СПб., 1998.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. С.: Изд-во МГУ, 1976.
8. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1999.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

ТИПОВЫЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

СТАНДАРТ

психодиагностического исследования (ПДИ)

СПб ГУЗ «ПБ №1 им. П.П. Кащенко» (2005)

Применение высокочувствительных психодиагностических методик позволяет в сложных случаях клинической и экспертной практики обнаружить и квалифицировать психические расстройства, которые трудно выявить в клинической беседе, особенно при атипичных и малосимптомных формах, в инициальных стадиях и в период ремиссии.

Настоящий стандарт предусматривает порядок проведения психодиагностического исследования, применение минимально необходимого набора методик, охватывающих основные сферы психической деятельности, а также схему заключения по результатам ПДИ.

1. **Цель психодиагностического исследования** – определяется врачом-психиатром и уточняется в процессе пребывания больного в стационаре. Конкретные задачи исследования могут заключаться в:

- a) предоставлении дополнительных данных для дифференцированной диагностики;
- b) оценке структуры и степени психических расстройств (в частности, при проведении психиатрической экспертизы – трудовой, военной, судебной и др.);
- c) оценке динамики психических нарушений и объективации эффективности терапии;
- d) *особую группу диагностических задач составляют исследования личности и социальных позиций больного для постановки функционального диагноза, отражающего степень, способы и основные тенденции компенсации психических расстройств, и служащего основой для системы реабилитационных мероприятий.

2. **Порядок проведения психодиагностического исследования.**

2.1. **Клинико-психологическое исследование** – включает знакомство с анамнезом, беседу с испытуемым и наблюдение за его поведением в процессе исследования.

2.2. **Экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ)** – включает следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающий основные сферы психической деятельности:

- a. **нейропсихологическое исследование гнозиса, праксиса, речи, письма, счета** – сенсibilизированные пробы «Стандартизированного набора диагностических нейропсихологических методик»;
- b. **исследование работоспособности и внимания** (корректирующая проба Бурдона, кольца Ландольта, таблицы Шульте-Горбова, методика

Мюнстенберга, счет по Крепелену и в модификации Виттенборна и др.) – не менее 1 методики;

с. исследование памяти (цифровые ряды, 10 слов, воспроизведение рассказов, память на образы, тест Бентона, пиктограммы и др.) – не менее 2 методик;

д. исследование мыслительной деятельности (классификация, исключение 4-го, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, дискриминация существенных признаков, объяснение пословиц и метафор, логический анализ, пиктограммы, свободные и тематические ассоциации, сюжетные картины и др.) – не менее 4 методик, характеризующие операциональную и мотивационно-смысловую стороны мышления на вербальном и наглядном материале;

е. исследование структуры и уровня интеллекта – (тест Векслера, при необходимости, тест Равена или CFIT Кеттелла).

ф. Исследование индивидуально-типологических особенностей личности, психических состояний и расстройств адаптации:

- *многофакторные опросники* (MMPI, ISTA, ПДО, Кеттелла, Шмишека, Олдхэма и др.) – не менее 1 методики;

- *тематические шкалы* – тревоги (Тейлора, Спилбергера, ИТГ и др.), депрессии (Гамильтона, Зунга, Бека и др.), агрессивности (Басса-Дарки, Ассингера) и др. – по показаниям;

- *проективные методики* (ТАТ, тесты Роршаха, Розенцвейга, Сонди, Люшера, Hand-test Вагнера, свободный и тематический рисунок и др.) – не менее 1 методики;

2.3. Набор методик для оценки эффективности терапии – определяется психологом самостоятельно, в зависимости от мишени и вида терапевтического вмешательства.

2.4. Для функционального диагноза рекомендуется дополнительно отражать следующие аспекты:

а. самооценка и внутренняя картина болезни (САН, самооценка по Дембо-Рубинштейн, по Айзенку, Q-сортировка, личностный дифференциал, ТОБОЛ и др.) – не менее 2 методик;

б. дезадаптирующие факторы и механизмы защиты (ИЖС, незаконченные предложения, реакции на фрустрацию по Розенцвейгу, тест Сонди и др. проективные методики) – не менее 2 методик;

с. личностные ресурсы, уровень социальной компетенции и копинг-поведение (личностные характеристики, Гиссенский тест, семантический дифференциал, копинг-стратегии по Хейму или Лазарусу) – не менее 2 методик.

Конкретный набор наиболее информативных и прогностичных методик определяется психологом индивидуально для каждого испытуемого в соответствии с задачами исследования.

2.5. Обработка и анализ данных.

После предварительной количественной обработки экспериментальных данных проводится качественный анализ полученных результатов,

сравниваются данные разных методик. Выводы делаются с учетом всей суммы факторов, включая состояние испытуемого, его интеллектуальный и образовательный уровень, отношение к исследованию и т.д.

3. Заключение по результатам ПДИ

Заключение составляется по определенной схеме, позволяющей последовательно изложить результаты исследования, и состоит из 4-х частей:

3.1. Формулировка задач исследования и перечень применяемых методик.

3.2. Данные клинико-психологического исследования – содержат сведения, полученные психологом из беседы и наблюдения о характере контакта, особенностях поведения и эмоциональных реакций, мотивации (в т.ч., установочное поведение), отношении к исследованию, способности к самостоятельной организации умственной деятельности и коррекции ошибок. Отмечаются жалобы испытуемого, его оценка своего состояния, другие особенности, имеющие диагностическое значение (включая особенности социальной, трудовой, семейной адаптации).

3.3. Результаты экспериментально-психологического исследования (ЭПИ).

Описываются конкретные результаты по отдельным психическим процессам когнитивной сферы, структура и уровень интеллекта, эмоционально-волевая сфера личности, индивидуально-психологические особенности по следующей схеме:

А) Когнитивные процессы:

- a. результаты нейропсихологического исследования;
- b. умственная работоспособность, внимание;
- c. мнестические процессы;
- d. мышление:
 - особенности динамики,
 - операционная сторона,
 - мотивационно-смысловая сторона,
 - критичность мышления.

В) Интеллект:

- уровень,
- особенности структуры (профильный анализ).

С) Личность:

- a. структурно-типологические особенности;
- b. наличие и уровень тревожных, депрессивных, агрессивных, параноидных тенденций;
- c. характер и выраженность эмоционально-волевого дефицита;
- d. расстройства адаптации.

Описание полученных данных должно быть подчинено задаче исследования. Другие данные приводятся в той мере, в какой они содержат дополнительную, диагностически значимую информацию.

3.4. Резюме.

Резюме обобщает сведения, полученные по результатам клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований. В нем содержится целостная характеристика структуры расстройств познавательной и эмоционально-волевой сферы личности в виде определенных патопсихологических симптомокомплексов, однозначно понимаемых психологами и клиницистами. В резюме также следует включать описание психического состояния испытуемого на момент обследования.

Примечание.

Настоящий «стандарт» разработан на основе:

1. Методических рекомендаций СПб НИИ им. В.М. Бехтерева «О работе медицинского психолога в психиатрических учреждениях».
2. Стандартов СПЭИ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Старший психолог Варавин А.П.

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования Е...а В.В., 19... г.р. (26 лет), и.б. , ... отд.

Задача: исследование актуального эмоционального состояния пациента с прогнозом опасных тенденций.

Использованные психологические методики: «Методика исследования депрессии Зунга»; «Цветовой психодиагностический тест Люшера»; проективная методика исследования личности «Ханд – тест»; проективный графический тест; исследование самооценки.

Данные наблюдения и беседы. Испытуемый жалоб не предъявляет. В ходе обследования контактный, спокойный, эмоционально незрелый, невыразительный. На вопросы отвечает по существу. Действия суицидного характера объясняет так: *«Моя девушка собралась меня бросить. Я решил доказать ей свою любовь, поэтому порезал руку и показал ей, но она всё равно не соглашалась. Тогда я выпил таблетки, а она вызвала скорую»*. Из анамнеза известно, что подобные шантажно-демонстративные действия в аналогичных ситуациях пациент совершал неоднократно (не менее 3-х раз). Критика к своему поведению сугубо формальная. Своё актуальное состояние характеризует так: *«Настроение хорошее, потому что моя девушка осталась со мной и мы собираемся пожениться. Конечно же, жить мне очень хочется»*. К обследованию относится безразлично, но работает старательно.

Результаты психодиагностического исследования.

В состоянии испытуемого в настоящий момент признаков депрессии, тревоги и суицидных тенденций не выявлено. По данным шкалы исследования депрессии Зунга выраженность негативных переживаний у пациента оценивается в 30 баллов при норме до 50. Психофизический тонус

нормальный. Самооценка хорошая. Своё настроение на данный момент пациент оценивает в 8 баллов из 10 возможных, а оптимизм, активность, желание жить, счастье и удовлетворённость жизнью в 10 баллов из 10. Психофизический тонус, сон и аппетит в норме.

Имевшие место суицидные действия, как и ранее, носят шантажно-демонстративный характер и обусловлены личностными особенностями испытуемого (эмоциональной незрелостью, неуравновешенностью, возбудимостью, импульсивностью, склонностью к демонстративным формам поведения). Критические и прогностические функции слабо развиты. В стрессовых ситуациях, особенно на фоне употребления алкоголя и ПАВ, происходит усиление возбудимых черт, агрессивности и импульсивности поведения в сочетании с дальнейшим ослаблением механизмов самоконтроля над эмоциями и поведением.

Агрессивных тенденций у пациента, по данным проективной личностной методики «Ханд – тест», в настоящее время также не выявлено: $I = (agg\ 5 + dir\ 1) - (aff\ 4 + com\ 6 + dep\ 1) = -5$ (при норме от 0 и ниже).

Заключение. В актуальном состоянии испытуемого в настоящий момент признаков тревоги, депрессии, опасных тенденций не выявлено.

Мед. психолог Деева Е.Ю., дата.

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования Р...а Д.В., 19... г.р. (42 года), и.б. № ..., ... отд.

Задача: исследование памяти, мышления, интеллекта и возможностей социальной адаптации пациента.

Использованные психологические методики: «Таблицы Шульте»; «Запоминание 10 слов»; «Запоминание рассказа»; «Сравнение понятий»; «Методика исследования интеллекта Векслера»; «Цветовой психодиагностический тест Люшера».

Данные наблюдения и беседы. Испытуемый жалоб не предъявляет. В месте и в собственной личности ориентирован правильно, во времени - приблизительно. В ходе обследования астенизированный, спокойный, контактный, эмоционально невыразительный, огрублённый. Настроение ровное. На вопросы отвечает лаконично, по существу. Психически больным себя не считает, но признаёт, что выпивает. Масштаб алкоголизации явно преуменьшает. Причину госпитализации в нашу больницу объясняет так: «Я что-то психанул, не помню по какому поводу и тётя меня сюда привезла». Своё пребывание в НИИ скорой помощи полностью амнезировал. К обследованию и к оценке своих результатов относится безразлично. Инструкции к заданиям усваивает с трудом, после их дополнительного повторения. Работает старательно. Перспективами выписки не интересуется.

Результаты психодиагностического исследования.

Активное внимание испытуемого существенно ослаблено в плане концентрации и переключаемости, неустойчиво, истощаемо. Например, методику «Таблицы Шульте» б-й выполняет за время: 54, 80, 85, 79, 94

секунды при возрастной норме от 30 до 60 секунд. Психомоторный темп умеренно замедлен.

Непосредственная память б-го грубо снижена (до степени фиксационной амнезии) как в плане запоминания новой информации, так и в плане её отсроченного воспроизведения. Из 10 слов б-й запоминает: 4,5,5,5,6 слов; через 1 час не может правильно вспомнить ни одного слова (норма – от 5), но называет много «лишних» слов, что может свидетельствовать о склонности пациента к конфабуляциям. Словесно-логическая память и актуализация прежних запасов памяти достаточно сохранены.

Мышление испытуемого конкретное, инертное, недостаточно продуктивное. Операциональный уровень мышления средний, но имеет явную тенденцию к понижению. Суждения основываются как на существенных, так и на конкретно-ситуационных признаках понятий. Способность к пониманию переносного смысла, к абстрагированию и к построению логических умозаключений затруднена. Структурных нарушений мышления не выявлено.

Интеллект, по данным методики Векслера, соответствует средней возрастной норме :

- Вербальный – 102 балла. Оценки по вербальным субтестам (при средней возрастной норме – 10 баллов): осведомлённость – 13; понятливость – 9; арифметический – 8; сходство – 11; повторение цифр – 10; словарный – 11.
- Невербальный – 92 балла. Оценки по невербальным субтестам (при средней возрастной норме – 9 баллов): шифровка – 6; недостающие детали – 9; кубики Косса – 10; последовательные картинки – 9; складывание фигур – 6.
- общий – 97 баллов.

Социальный интеллект испытуемого формально соответствует средней норме. Пациент обладает достаточным объёмом общеобразовательных знаний, понимает, как следует себя вести в различных жизненных ситуациях, однако, обнаруживает недостаток здравого смысла при оценке социальных явлений и при прогнозировании дальнейшего развития социальных ситуаций. Прогностические и критические функции затруднены.

Заключение. Данные исследования выявляют у пациента составляющие мнестического варианта органического патопсихологического симптомокомплекса. Выявляется недостаточность памяти до степени фиксационной амнезии, склонность к конфабуляциям, снижение внимания, истощаемость психических процессов, затруднение зрительно-моторной координации; инертность и непродуктивность мышления. Интеллект, включая социальный, соответствует средней возрастной норме (97 баллов). В личности выражены алкогольно-органические изменения. Волевой процесс снижен. Актуальное состояние б-го ровное, спокойное. Фон настроения нейтральный. Опасных тенденций не обнаружено.

Социальная (в т.ч., трудовая) адаптация пациента существенно затруднена вследствие грубой недостаточности его памяти, ослабления

критических и прогностических функций, а также вследствие выраженной склонности пациента к алкоголизации.

Мед. психолог Деева Е.Ю., дата.

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования В...ва В.А., 19.. г.р. (25 лет), и.б. № ..., отд.

Задача: исследование умственной работоспособности, интеллектуально-мнестических функций и эмоционального состояния пациента.

Использованные психологические методики: «Таблицы Шульте»; «Запоминание 10 слов»; «Запоминание рассказа»; «Методика исследования интеллекта Векслера»; комплекс нейропсихологических методик.

Данные наблюдения и беседы. Продуктивный контакт с пациентом установить не удаётся вследствие выраженного расстройства его речи. Испытуемый предъявляет следующие жалобы: *«Иногда выключается спина..., не понимаю фразы до конца...Голова не хорошо соотнобразжает.. Не купаюсь в мыслях.. Иногда внутри как проваливается стимул как слово собрать»*. На вопрос о самочувствии, отвечает: *«Чуть-чуть здоровье нелепо работает, потому что иногда принимаю жирную пищу постоянно...Она заставляет деформировать организм.. У человека может быть неузнаваемость своего вида со стороны.. Гуляния нет и замкнутость появляется»*. Своё настроение пациент характеризует следующим образом: *«Хорошее настроение.., задержимое чуть-чуть.., спать хочется»*. Во времени ориентирован приблизительно. Правильно называет дату и месяц, но не может точно назвать год. Также затрудняется определить свой возраст, предполагает, что ему 27 лет (реально 25). Утверждает, что находится сейчас *«не то в больнице малознакомой, не то в лаборатории, где учатся»*. На вопрос о профессии, отвечает: *«Некоторые были, создавались группами»*. В ходе обследования спокойный, вежливый, доброжелательный, приветливый, общительный. Настроение с оттенком эйфории. К обследованию относится позитивно, говорит: *«Мне интересно с вами очень»*. Инструкции к заданиям усваивает с трудом, после их многократного разъяснения по частям и повторения. Работает послушно и старательно, но быстро утомляется, вследствие чего исследование проводилось в 3 этапа.

Результаты психодиагностического исследования.

Активное внимание испытуемого существенно ослаблено в плане концентрации и переключаемости. Значительно выражена истощаемость психических процессов по гипостеническому типу. Например, методику «Таблицы Шульте» б-й выполняет за время от 104 до 178 секунд при норме от 30 до 50 секунд. Психомоторный темп умеренно замедлен.

Непосредственная память б-го значительно снижена в плане запоминания, сохранения и отсроченного воспроизведения новой информации. Из 10 слов б-й запоминает: 4,5,6,6,7 слов; через 1 час воспроизводит лишь 2 слова. При дополнительном предъявлении заученных слов в ряду посторонних б-й с одинаковой уверенностью узнаёт как знакомые, так и совершенно посторонние слова, что свидетельствует о

нарушении процесса сохранения информации в памяти. Объем оперативной памяти также крайне мал – 2 единицы информации (норма- от-5), вследствие чего б-й с трудом воспринимает инструкции и условия заданий (например, арифметических). Актуализация прежних запасов памяти также затруднена. Например, при выполнении субтеста «Осведомлённость», выявляющего уровень общеобразовательных знаний, испытуемый сумел ответить лишь на 5 самых простых вопросов из 29. Особо следует отметить также и грубое нарушение словесно-логической памяти у пациента, в результате чего ему недоступен пересказ простого текста из 3-х предложений. Например, пациенту дано задание пересказать следующий текст: «У одной хозяйки мыши съели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка съела и мясо, и молоко».

Варианты пересказа больного после каждого дополнительного прочтения текста:

1. *У бабушки пропало сало...Кошка тающим путём ограбила бабушку и съела сало.*

2. *У бабушки кошка ограбила сало...с мышкой хочется сказать.. Мгновенно не узнать.*

3. *Бабушка...Было сало.. Его пытались ограбить и засунули в погреб.*

4. *У хозяйки было мясо. Мыши...крысы съели мясо...Кошка тоже съела мясо.*

Данные нарушения памяти связаны, вероятно, с поражением речевых зон мозга, что приводит к трудностям организации информации с помощью смысловой системы языка.

Интеллект, по данным методики Векслера:

- Вербальный – 68 баллов – умственный дефект (формально на уровне лёгкой дебильности). Оценки по вербальным субтестам (при средней возрастной норме – 10 баллов): осведомлённость – 5; понятливость – 4; арифметический – 5; сходство – 4; повторение цифр – 6; словарный – 4.

- Невербальный – 56 баллов - умственный дефект (формально на уровне выраженной дебильности). Оценки по невербальным субтестам (при средней возрастной норме – 10 баллов): шифровка – 0; недостающие детали – 6; кубики Косса – 4; последовательные картинки – 4; складывание фигур – 2.

- общий – 61 балл - умственный дефект (формально на уровне умеренно выраженной дебильности).

Социальный интеллект исп-го также в рамках умственного дефекта. Нарушено программирование собственного поведения и понимание его последствий, отсутствует здравый смысл. Б-й не способен к анализу социальных ситуаций и к принятию продуманных решений. Социальная адаптация грубо нарушена.

Нейропсихологическое исследование выявляет у пациента симптомы поражения конвекситальных отделов мозга:

- Нарушение речи б-го по типу акустико-мнестической и семантической афазии. Отмечаются выраженные затруднения в нахождении нужных слов, при этом наблюдаются множественные вербальные и

литеральные парафазии. Нарушена связность и грамматическое структурирование высказывания, вследствие чего суждения б-го зачастую лишены смысла. Например, гимн России в исполнении пациента звучит следующим образом: «*Совец нерасимый советской страны идёт не качаясь страна*» (мелодия песни также грубо искажена). Наблюдаются вербальные замены не только слов, но и целых предложений. Ограничена возможность понимания ситуативной речи и простых заданий. Б-й не понимает сложные логико-грамматические конструкции, отражающие пространственные отношения между понятиями. Функция номинации нарушена умеренно: б-й частично затрудняется в назывании предметов и их изображений. В речи пациента обращает на себя внимание, наряду со множеством грамматически сложных вербальных парафазий, чрезмерно большое количество неологизмов. При выполнении «Словарного субтеста» б-й объясняет заданные понятия, например, следующим образом: «смелый» – «*артутивность*»; «деталь» – «*ручь – это далекообразное наименование*»; «приговор» – «*надключение – это объект усиленного движения объекта*»; «жалость» – «*обескурёзность*»; «скрывать» – «*утончённость, иероглиф такой*»; «спокойный» – «*беструдный*»; «периметр» – «*угольник сокровения*» и т.п. Произносительных нарушений речи не отмечается, речь достаточно выразительная.

- Письмо нарушено. Отмечаются многочисленные литеральные параграфии, искажение букв и недописывание окончаний. Больной может относительно правильно написать лишь своё имя и фамилию. Чтение вслух возможно, но осуществляется с частыми литеральными и вербальными паралексиями. Понимание и запоминание читаемого нарушено.

- Вербально-логическое мышление непродуктивно (практически недоступно) в связи с вышеуказанными нарушениями речи и памяти, а также в связи с недостаточностью регуляторных механизмов интеллектуальной деятельности (программирования и контроля). Мыслительные операции синтеза, обобщения и абстрагирования недоступны. Например, на вопрос, в чём сходство между апельсином и бананом, б-й отвечает: «*У них разная мокоть*»; сходство между столом и стулом: «*Фазлы подходят, ну диагональность и промежутки*» и т.п.

- Нарушения программирования различных произвольных форм психической деятельности, что может обуславливать поведенческие нарушения у б-го. Так, при решении зрительных гностических задач, например, сюжетных и последовательных картинок, а также при сложении реальных предметов из частей без заданного образца исп-й теряет задачу, не может вычленить существенные элементы изображения, у него нарушен активный зрительный поиск, отсутствует построение гипотез, т.е. нарушены структурные компоненты произвольной гностической деятельности. В результате пациент выполняет правильно лишь самые простые задания с элементарным сюжетом и без подтекста. Исп-й также не может справиться с решением несложных арифметических задач, требующих предварительной ориентировки в условиях задачи и формирования плана решения. При этом

пациент производит случайные операции с числами, данными в условии задачи, без сличения их с основной целью. Непосредственные арифметические действия исп-му доступны (кроме операций со сложными числами вследствие амнестических расстройств).

- Нарушение гнозиса, проявляющееся в слабой дифференцированности восприятия, в элементах предметной, оптико-пространственной и симультанной агнозии. Больной затрудняется в узнавании предметов с недостающими деталями, на «зашумлённых» рисунках и наложенных друг на друга изображениях (проба Поппельрейтера); существенно ошибается при определении времени на «немом циферблате» (время на реальных часах узнаёт). Нарушена ориентировка в географической карте, в частях света. Ориентировка в реальном месте сохранна.

- Нарушение конструктивного и динамического праксиса. Б-му доступно сложение лишь самых простых фигур из кубиков; прочие фигуры он не может выполнить даже после предварительного многократного показа и обучения. Б-й затрудняется в рисовании простых геометрических фигур. Искажаются контуры объекта, недорисовываются его детали. Рисование и копирование сложных фигур недоступно. Наблюдается недостаточность пространственной организации движений, б-й затрудняется в воспроизведении заданной последовательности движений рук.

Закключение. Данные исследования выявляют у пациента существенно выраженные составляющие органического патопсихологического симптомокомплекса, обусловленные, вероятно, поражением конвекситальных отделов мозга. На 1-й план выступают грубые нарушения речи, внимания, памяти (преимущественно, слухоречевой) и всех видов мышления. Выражены признаки акустико-мнестической и семантической афазии, а также недостаточность регуляторных механизмов интеллектуальной деятельности (программирования и контроля). Кроме того, обращают на себя внимание множественные неологизмы в речи пациента. Общий интеллект, включая социальный, в рамках умственного дефекта (формально на уровне умеренно выраженной дебильности) - 61 балл. Вместе с тем, следует отметить относительную личностную сохранность пациента, адекватность его эмоциональных реакций, частичное сознание им болезни. Эмоциональное состояние пациента в настоящий момент ровное, спокойное. Настроение позитивное, с оттенком эйфории. Опасных тенденций не обнаружено. Социальная адаптация грубо нарушена.

Мед. психолог Деева Е.Ю., дата...

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования Т...й Е.И, 19... г.р. (17 лет), и.б. № ..., .. отд.

Цель: исследование внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, личности и актуального состояния пациентки.

Использованные психологические методики: «Таблицы Шульте»; «Запоминание 10 слов»; «Классификация предметов»; «Исключение понятий»; «Сравнение понятий»; «Пиктограммы»; «Методика исследования интеллекта Векслера»; «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков»; исследование самооценки; «Цветовой психодиагностический тест Люшера».

Данные наблюдения и беседы. Испытуемая предъявляет следующие жалобы: *«Я плохо концентрируюсь, плохо учусь, наверное, не соображаю, в голове какая-то пустота. У меня всегда плохое настроение, ещё всегда боюсь потолстеть.., ещё боюсь душевной пустоты и одиночества»*. В ходе обследования контактная, внешне спокойная, дистанцированная, эмоционально холодная, невыразительная. Мимика бедная. Суждения инфантильные, своеобразные. Наблюдается склонность к пустому рассуждательству. В беседе крайне эгоцентрична, фиксирована на своём весе. Говорит по этому поводу следующее: *«Моя главная в жизни мечта – быть стройной, такой, как сейчас. Когда я толще, я себе неприятна. Ещё я хочу стать врачом, но если это будет мешать моей стройности, буду искать работу попроще»*. О своём психическом здоровье рассуждает так: *«Всё люди в разной степени больные. Я где-то на грани. Я очень нервная и стараюсь это заглушить: либо обжираться, либо пью алкоголь, либо сильно курю. Ещё я всегда хотела отклоняться от разных норм и правил...Мне часто бывает страшно...Сначала возникает страх, а потом находится повод. Например, мне страшно, что люди будут на меня смотреть и будут знать, что я плохая. У меня недопонимание с людьми, я всегда была изгоем, выделялась в отрицательном смысле и от этого меня ненавидели в школах»*. Пребыванием в больнице не тяготится, перспективами выписки не интересуется. К обследованию безразлично, но работает старательно. Инструкции к заданиям усваивает.

Результаты психодиагностического исследования.

Активное внимание испытуемой, в целом, соответствует норме. Концентрация и переключаемость внимания вне утомления хорошие. Например, методику «Таблицы Шульте» испытуемая выполняет за время от 29 до 53 секунд при норме от 30 до 60 секунд. Вместе с тем, выявляется нерезко выраженная истощаемость психических процессов. Психомоторный темп нормальный.

Память соответствует норме. Из 10 слов испытуемая запоминает: 6,8,9,10,9 слов; через 1 час воспроизводит 5 слов (норма – от 5). Опосредованная память достаточная.

Мышление испытуемой характеризуется непоследовательностью, сниженной целенаправленностью, разноплановостью, эгоцентричностью, паралогичностью, искажением процесса обобщения вследствие склонности к

актуализации случайных признаков понятий. Категориальный строй мышления и его критичность нарушены. Методику «Классификация предметов» испытуемая выполняет разнопланово, объединяя группы на основании существенных, конкретно-ситуационных и случайных признаков понятий, а также на основании личных предпочтений. Наряду с правильно обобщёнными группами, испытуемая формирует, например, следующие группы: *«Поддержание веса: лыжник, он спортом занимается, штангенциркуль и сантиметр - для измерения параметров его тела»*; *«Ум: врач, книги и часы, потому что врач умный, а время мерит жизнь»*; *«Приятные домашние существа: женщина, ребёнок и собака, потому что я люблю собак»*; *«Мухомор и жук, они пускай лежат отдельно, потому что мухомор – галлюциногенный гриб, а я люблю читать про наркотики, а жук мне не нравится и я не хочу его ни с кем объединять»* и т.п. При выполнении методик «Сравнение понятий» и «Исключение понятий» б-я также объединяет предметы по случайным признакам. Например: «весы и пчелу», т.к. *«в них есть ось и симметричные детали»*; «самолёт и цветок», т.к. *«они одинаково нарисованы»*; «реку и птицу», т.к. *«они содержат воду»*; «стакан и петуха», т.к. *«они издают звуки»* и т.п. Ассоциации испытуемой при опосредовании понятий в «пиктограммах» формальные, зачастую неадекватные содержанию понятий, бессодержательные, псевдосимволические, что позволяет судить о нарушении мотивационно-личностного компонента её мышления. Например: «печаль» - @ - *«это интернетовский значок, на одном из сайтов часто употреблялось это слово»*; «отчаяние» - заштрихованный прямоугольник – *«это просто гробик всего, что человек хотел, но не достиг»*; «непростительная ошибка» - крест в квадрате – *«это значит, что человек поставил крест на каком-то деле»*; «близкий человек» - «большой человек с восклицательным знаком, значит, он – близкий»; «мечта» - «икона, потому что у неё можно что-то попросить»; «будущее» - «вопросительный знак, потому что оно неизвестное» и т.п. Смысловые и графические показатели методики указывают на эмоциональную незрелость и недостаточность испытуемой, бедность её мотивационно-потребностной сферы; нарушение целеполагания; дезорганизованность мышления в данный момент.

Интеллект, по данным методики Векслера:

- Вербальный – 135 баллов – очень высокая норма. Оценки по вербальным субтестам (при средней возрастной норме – 9 баллов): осведомлённость – 13; понятливость – 12; арифметический – 16; сходство – 19; повторение цифр – 15; словарный – 15.
- Невербальный – 109 баллов – средняя норма (на границе с хорошей нормой). Оценки по невербальным субтестам (при средней возрастной норме – 10 баллов): шифровка – 10; недостающие детали – 11; кубики Косса – 15; последовательные картинки – 10; складывание фигур – 10.
- Общий – 125 баллов – высокая норма.

Социальный интеллект испытуемой формально в рамках хорошей нормы. Пациентка имеет приличный запас общеобразовательных знаний и слов, понимает, как следует себя вести в различных жизненных ситуациях. Вместе с тем, социальная перцепция испытуемой затруднена как на когнитивном уровне (понимание логики социальных отношений), так и на эмоциональном уровне (понимание переживаний других людей). Отмечается также затруднение функции социального прогнозирования.

Эмоционально-волевая сфера. Эмоциональная сфера пациентки характеризуется выраженной незрелостью, холодностью, обеднением спектра эмоциональных реакций и снижением их нюансировки, недостаточностью экспрессии, дефицитом эмпатии, а также неустойчивостью, повышенной тревожностью, низкой стрессоустойчивостью. Нарушения волевого процесса у испытуемой проявляются в форме искажения её потребностно-мотивационной сферы с патологической сосредоточенностью на собственном весе и расстройством пищевого поведения. Каких-либо иных жизненных интересов у пациентки выявить не удалось.

В личности испытуемой, по данным патохарактерологического опросника, диагностируется нерезко выраженная акцентуация характера шизоидно-эпилептоидного типа (по 8 баллов при норме до 6) при наличии черт истероидного типа (7 баллов). Отмечается незрелость личности, инертность психического склада, интровертированность, замкнутость, эмоциональная холодность, недостаток эмпатии, недоразвитие установок социального сотрудничества, упрямство, индивидуализм в сочетании с выраженным эгоцентризмом и эгоизмом.

По ряду признаков можно судить о дальнейшем изменении личности испытуемой по шизоидному типу. Отмечается бедность внутреннего мира; искажение потребностно-мотивационной сферы с акцентом на пищевой сфере; замкнутость, эмоциональная обеднённость, неспособность к установлению и поддержанию тёплых эмоциональных отношений; снижение интеллектуальной продуктивности (низкая успеваемость, трудности в учёбе при хорошем интеллекте). Социальная адаптация затруднена.

В актуальном состоянии испытуемой умеренно выражены переживания тревожно-депрессивного регистра: подавленность, хронически существующее чувство душевного и физического дискомфорта, внутренняя напряжённость, беспокойство, снижение энергетического потенциала; общая непродуктивность, пониженная самооценка, пессимистическая оценка перспективы; неуверенность в себе, нарушение социальных связей, замкнутость.

Заключение. На фоне эмоциональной обеднённости у пациентки выявляются выраженные структурные нарушения мышления (недостаточная целенаправленность, разноплановость, паралогичность суждений, склонность к актуализации латентных признаков понятий; неадекватность, псевдосимволичность ассоциаций). Эмоциональная сфера пациентки характеризуется незрелостью, холодностью, обеднением спектра

эмоциональных реакций и снижением их нюансировки, недостаточностью экспрессии, дефицитом эмпатии, а также неустойчивостью, повышенной тревожностью, низкой стрессоустойчивостью. Нарушения волевого процесса у испытуемой проявляются в форме искажения её потребностно-мотивационной сферы с патологической сосредоточенностью на собственном весе и расстройством пищевого поведения. Отмечается также снижение интеллектуальной продуктивности (низкая успеваемость, трудности в учёбе при хорошем интеллекте). Умственная работоспособность в рамках нормы. Общий интеллект в рамках высокой нормы – 125 баллов. В личности испытуемой диагностируется нерезко выраженная акцентуация характера шизоидно-эпилептоидного типа (при наличии черт истероидного типа). По ряду признаков можно судить о дальнейшем изменении личности испытуемой по шизоидному типу. В актуальном состоянии испытуемой умеренно выражены переживания тревожно-депрессивного регистра. Опасных тенденций не обнаружено. Социальная адаптация существенно затруднена.

Мед. психолог Деева Е.Ю., дата.