

**М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М.
Смирнов**

**Методы психологической
диагностики и коррекции в
клинике**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
М11

М.М. Кабанов
М11 Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов – М.: Книга по Требованию, 2014. – 311 с.

ISBN 978-5-458-39562-5

В книге освещаются вопросы медико-психологической работы в лечебно-профилактических учреждениях. Рассматриваются основные принципы психологической диагностики в клинике и изучения «внутренней картины» болезни. Дается характеристика наиболее распространенных зарубежных методов психологической диагностики (вопросники, проективные методы, методы исследования интеллекта) и их модификаций, адаптированных к нашим условиям. Приводится описание новых методов психологического исследования больных, преимущественно разработанных в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Представлены также современные психофизиологические методы исследования, описываются различные психотерапевтические и психокоррекционные методы, применяемые в лечебных и профилактических целях. Специальное внимание уделено симптоматическим методам и патогенетической системе психотерапии и психокоррекции, групповым их формам, коррекции нарушенных семейных отношений. В заключение выдвигаются задачи совершенствования подготовки медицинских психологов и психотерапевтов и организации медико-психологической работы в учреждениях здравоохранения. Монография рассчитана на медицинских психологов и врачей различных специальностей, интересующихся применением психологических методов в лечебно-профилактической деятельности.

ISBN 978-5-458-39562-5

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2014

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2014

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

медицинской психологии, имеющиеся на русском языке, дающие общее о ней представление, не считая ряда посвященных этой проблеме тематических сборников трудов Ленинградского психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева, Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР, факультета психологии Московского государственного университета и некоторых других учреждений. За последние годы выпущено несколько методических рекомендаций по медицинской психологии — главным образом министерствами здравоохранения СССР и РСФСР¹. Это не так уж много, учитывая возросшее значение психологической науки в медицине и здравоохранении, в частности введение с 1965 г. обязательного преподавания ее курса в медицинских институтах, утверждение Высшей Аттестационной Комиссией (ВАК) специальности «Медицинская психология» (для врачей и психологов), организацию Проблемной комиссии «Медицинская психология» при АМН СССР, минздравах СССР и РСФСР и существование головного научно-исследовательского института по медицинской психологии в нашей стране (Ленинградский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева).

Понятие «медицинская психология» за более чем полувековой период претерпело заметную эволюцию. Первой известной книгой, посвященной медицинской психологии, следует считать монографию Э. Кречмера, вышедшую в Германии в 1922 г., а затем переведенную на многие языки (в том числе и на русский, 1927) и продолжающую переиздаваться его сыном В. Кречмером. Много сделала для развития медицинской психологии школа В. М. Бехтерева. Видные ее представители А. Ф. Лазурский и особенно В. Н. Мясищев создали в качестве теоретической основы медицинской психологии концепцию личности, рассматриваемой как систему отношений, в соответствии с известным положением К. Маркса, что «...сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений»². Как указывает К. К. Платонов (1977), «личность больного, либо различные внешние и внутренние влияния, которые могут отразиться на ее психическом здоровье», является предметом изучения медицинской психологии³. Личность, подчеркивает Е. В. Шорохова (1977), следует

¹ Среди них надо отметить методические рекомендации «О работе психолога в психоневрологической больнице»/Под ред. А. А. Портнова.— М.: Изд. Моск. ин-та психиатрии МЗ РСФСР, 1975, и «О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях»/Под ред. М. М. Кабанова.— Л.: Изд. Лен. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1976.

² Маркс К. и Энгельс Ф. Соч., т. 3, с. 3.

³ Платонов К. К. Методологические проблемы медицинской психологии.— М.: Медицина, 1977, с. 69.

считать центром, исходя из которого только и можно решать все проблемы психологии.

Несмотря на двадцатилетний срок официального утверждения в нашей стране статуса медицинской психологии, у нас (да и за рубежом) до сих пор ведутся оживленные дискуссии относительно ее сущности, методологии, правомерности применения тех или иных методических приемов, организации преподавания, структуры тех или иных видов медико-психологической помощи населению и т. д.¹ Все это, безусловно, говорит о сложности стоящих проблем.

Несколько схематизируя, можно всех психологов, работающих в медицинских учреждениях нашей страны (а их насчитывается сейчас, по неполным данным, свыше тысячи человек) разделить на две группы, ориентирующиеся на разные школы. Одна из них представлена школой видного советского психиатра и психолога В. Н. Мясищева², который, как и его учитель В. М. Бехтерев, от психофизиологических работ перешел к собственно психологическим исследованиям, к уже упоминавшейся концепции личности как системы отношений, к патогенетической психотерапии неврозов. В конце своей жизни он вместе с А. Д. Зурабшвили — другим учеником В. М. Бехтерева — усилил внимание к разработке того, что можно назвать «персонологией» и «патоперсонологией» (естественно, принципиально отличающихся от «персонализма» западной буржуазной психологии). Широкое применение психотерапии, опирающейся на личностный подход, единство в работе врача и психолога, понимание интегральной функции современной медицинской психологии — отличительные особенности этого направления.

Другая группа психологов, работающая в медицине (главным образом в психиатрии), представлена школой видного советского психолога Б. В. Зейгарник — ученицы известного немецкого психолога Курта Левина. Эта школа, состоящая в основном из выпускников психологического факультета Московского университета, на протяжении многих лет занимается проблемами патологической психологии (патопсихологии), т. е. изучением тех или иных психических процессов и функций (восприятия, мышления и пр.) у психически больных (главным образом психозами). Наряду со школой крупного советского невролога и психолога А. Р. Лурия — основателя отечественной нейропсихологии — это направление медицинской психологии имеет немалые достижения в своей сфере деятельности, помо-

¹ Одним из отражений этой дискуссии явились публикации ряда врачей и психологов на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» в 1980—1982 гг. (статьи С. Я. Рубинштейн, Р. А. Зацепицкого, В. Е. Кагана, О. П. Росина, Т. С. Белявской, Б. В. Зейгарник)

² В. Н. Мясищев явился инициатором создания проблемной комиссии по медицинской психологии при президиуме Академии медицинских наук СССР и до самой своей смерти (1973) был ее бессменным председателем

гающей уточнению диагностики при нервно-психических заболеваниях, включая топическую при неврологических и нейрохирургических расстройствах, решению сложных проблем различных видов экспертиз (в первую очередь трудовой). Однако до последнего времени пато- и нейропсихологи изучением личности занимались мало, а к возможностям участия психологов в психокоррекционной работе относились (а многие и сейчас относятся) отрицательно.

В области психологической диагностики обе школы занимают неодинаковые позиции. Школа В. Н. Мясищева (главным образом Институт им. В. М. Бехтерева) считает правомерным использование зарубежных стандартизированных (тестовых) методик, включая личностные опросники и проективные методы (разумеется, после соответствующей адаптации к нашим условиям) и, как правило, в сочетании с методами клинического и клинико-психологического исследования больного. Особенно показаны тестовые методики при так называемой экспресс-диагностике в оценке динамики лечения и для предварительного отбора больных (или испытуемых, например лиц, находящихся в экстремальных ситуациях).

Наше отношение к психологическим тестам уже освещалось в литературе [Мясищев В. Н. с соавт., 1969; Морозов Г. В., Кабанов М. М., Лебединский М. С., 1974]. Коротко его можно определить так — чаще всего заслуживает критики неправильное в методологическом плане истолкование полученных с помощью тестов данных, а не порочность той или иной стандартизированной методики. Мы уже не говорим о тех, увы, не столь редких случаях, когда этими методиками просто неквалифицированно пользуются в практической деятельности поверхностно подготовленные к их применению лица, что, естественно, только компрометирует любую методику, любое дело. Иногда в литературе можно встретить противопоставление стандартизированных методик нестандартизированным, «психологическому эксперименту», на неправомочность чего справедливо указывал К. К. Платонов (1977).

Важным направлением в современной отечественной психодиагностике следует считать создание собственных методов психологического исследования. Среди них особую важность и сложность представляет создание новых методик исследования личности — центральной проблемы психологии, включая медицинскую, к разработке которых в последние годы привлечено внимание ряда сотрудников Института им. В. М. Бехтерева. Личностный подход получает здесь дальнейшее развитие. Медико-психологические исследования используются для разработки концепции функциональной диагностики, дополняющей нозологический диагноз [Воловик В. М., 1977; Вайзе К., Воловик В. М., 1980]. Новый уровень исследований в этом направлении предпринят сейчас в связи с развитием системной кон-

цепции реабилитации больных и инвалидов [Кабанов М. М., 1978; Кабанов М. М. и Вайзе К., 1980].

Многие представители школы патопсихологов¹, по существу, отвергают возможность применения стандартизированных методик (тестов) в медико-психологической диагностике, основываясь большей частью на том, что за рубежом (главным образом в Западной Европе и США) эти диагностические приемы возникли на неприемлемой для нас теоретической базе и нередко служат обоснованием для оправдания идеи якобы биологически обусловленной классовой и расовой неполноценности людей. Но метод почти любого исследования или подхода в зависимости от исходных теоретических позиций может служить разным философским положениям, разной идеологии. Примеров тому великое множество. Известно, что диалектический метод Гегеля в философии был взят на вооружение Марксом, отбросившим его идеалистическую концепцию и создавшим вместе с Энгельсом принципиально иное направление материалистической философии — диалектический материализм. Другой пример: основной парадигмой классического психоанализа Фрейда является концепция бессознательного, понимаемая с позиций пансексуальности, антагонизма между сознательным и бессознательным и, в конечном итоге, являющаяся биологическим редуccionизмом. В то же время исследование неосознаваемых механизмов человеческой психики, длительное время игнорировавшееся нашими учеными, далеко еще не изученных, является сейчас предметом пристального внимания советских психологов, физиологов и клиницистов [Бассин Ф. В., 1968; Прангишвили А. С., Шерозия А. Е., Бассин Ф. В., 1978; Костандов Э. А., 1978, 1981], видящих в «бессознательном» активный мозговой процесс, участвующий в регуляции поведения человека, усваивающего неосознаваемую им информацию. Советские исследователи этой важной проблемы подчеркивают не только синергию, но и примат сознательного над бессознатель-

¹ Термины «патопсихология» и «психопатология» до сих пор нередко считаются синонимами [Богозов Н. С., Гозман И. Г., Сахаров Т. В. «Психологический словарь». Магадан, 1965, с. 188—190]. В то же время М. С. Лебединский и В. Н. Мясищев [Введение в медицинскую психологию. Л., «Медицина», 1966, с. 8] предложили рассматривать «психопатологию» в основном как раздел психиатрии, и *патопсихологию*, в основном как раздел медицинской психологии и понимать под первой «общее учение о патологии психики, ее болезненных изменениях, прежде всего выраженных в клинике психозов», а под второй — «изучение психики больного не только в ее болезненных изменениях, но и в сохраняемых ее сторонах». Не соглашаясь с этим определением, К. К. Платонов [Методологические проблемы медицинской психологии. М., «Медицина», 1977, с. 27] предлагает под психопатологией понимать «все явления болезненной психики в их единстве, но не в тождестве с сохраняющимися проявлениями психики больной личности, и по возможности с учетом преморбидной личности», а под патопсихологией — отрасль медицинской психологии, изучающей явления психопатологии. Путаница в этих понятиях еще имеется.

ным, понимание многогранности, неоднородности последнего, исходя из принципиальных положений эволюционной теории. Еще один пример. Хорошо известно также, что применяемые широко за рубежом многие методы психотерапии, начиная от психоанализа и его нынешних вариаций до различных форм поведенческой терапии, основаны на биологизаторских постулатах¹ и могут служить определенным идеологическим и политическим целям. Это не значит, однако, что мы не можем использовать некоторые методические приемы психоанализа и поведенческой терапии при их диалектико-материалистическом переосмыслении (приемы, а не методологию!) в нашей психотерапевтической практике [Мясищев В. Н., 1960; Зачепиский Р. А., 1976; Слуцкий А. С., 1979, 1982, и др.]. Правильно замечает С. К. Рошин (1980)², что «нельзя отрицать всё и вся лишь потому, что это создано в рамках буржуазной науки, но и нельзя идеологически „амнистировать“ все ее результаты лишь потому, что она достигла тех или иных успехов». Поэтому, конечно, применение даже адаптированных зарубежных психологических методик (особенно тестов) должно быть очень осторожным. С нашей точки зрения, некоторые из этих методик после предварительной тщательной адаптации могут быть использованы в медицинской практике. Но здесь особенно важно соблюдать принцип взаимоотношения и взаимопроверки отдельных методик, о котором в свое время (в период увлечения тестами) писал С. Л. Рубинштейн (1935).

Понятия медицинская и клиническая психология у нас в стране нередко отождествляются. Однако следует отметить, что в других местах эти понятия различают. Во многих государствах Западной Европы медицинская психология была (и в известной степени еще остается) формой психологии, разрабатываемой врачами, преимущественно психиатрами, а клиническая психология представлена дипломированными психологами [Szewczyk H., 1981]. Впрочем, до сих пор существует изрядная неразбериха в толковании понятий «медицинская психология», «клиническая психология», «патопсихология». Последний термин в СССР необоснованно, как уже говорилось, практически отождествляется некоторыми психологами с понятием «медицинская психология». В то же время во многих других странах (в том числе и социалистических странах Европы) под «патологической психологией» обычно понимают то, что

¹ Между прочим, многие специалисты по поведенческой терапии, наряду с американскими учеными — основателями бихевиоризма Уотсоном и Торндайком, называют в качестве предтечи этого направления распространенной за рубежом ветви психологической науки И. П. Павлова, вульгаризируя основные положения его учения. Тут опять возникает ситуация разной теоретической трактовки метода (в данном случае — условных рефлексов).

² Рошин С. К. Западная психология как инструмент идеологии и политики — М: Наука, 1980, с. 285.

у нас называется «нарушением высшей нервной деятельности» (в трактовке школы И. П. Павлова).

Медицинская психология получила у нас за последние два десятилетия заметное развитие (эта тенденция к эволюции в той или иной степени отмечается и в других странах). От преимущественного интереса к тем или иным функциям и процессам (например, восприятию, вниманию, мышлению и др.) видна отчетливая направленность на изучение личности больного человека в ее тесной связи с окружающим — прежде всего с кругом лиц повседневного общения. Проблемы общения, коммуникбельности, взаимоотношения, эмпатии, деятельности, включая мотивацию последней в системе ценностных ориентаций, ставятся в центр внимания не только общими и социальными, но и медицинскими психологами (А. А. Бодалев, Б. Ф. Ломов, Е. В. Шорохова, А. Н. Леонтьев, В. Н. Мясишев, Е. С. Кузьмин, А. Е. Личко, А. В. Петровский, Г. М. Андреева, К. К. Платонов, П. В. Симонов, В. Я. Ядов и мн. др.). К сожалению, среди наших ученых-психологов еще мало специалистов, разрабатывающих эти психологические проблемы применительно к медицине. Правда, радует то обстоятельство, что растет число видных ученых клиницистов-интернистов, понимающих значение психологии для теории и практики медицины и предпринимающих усилия для ее развития. Это прежде всего Е. И. Чазов¹ и З. И. Янушкевичус (кардиологи), Ю. М. Губачев, Е. И. Соколов и В. С. Волков (терапевты), В. Н. Герасименко (онколог), А. Ф. Билибин (инфекционист) и др. Удивительно мало видных отечественных ученых-психиатров, разрабатывающих проблемы медицинской психологии, хотя многие из них преподают сейчас этот предмет в вузах. За исключением В. Н. Мясисева и ученых бехтеревской школы, к которым следует присоединить А. Д. Зурабашвили, пожалуй, один О. В. Кербиков в свое время (1965) высказался в пользу применения психологических, социопсихологических и социологических методов в психиатрии. Имелись, конечно, отдельные суждения об этом и других известных советских психиатров [Канторович Н. В., 1965; Рохлин Л. Л., 1968; Мизрухин И. А., 1969; Зеневич Г. В., 1971; Полищук И. А., 1975; Рахальский Ю. Е., 1978, и др.], но все они носили «эскизный» характер и чаще ставили вопросы, чем отвечали на них, проводя конкретные медико-социопсихологические исследования. Психиатрия (главным образом биологическая, особенно клиническая психофармакология) развивалась сама по себе, медицинская психология

¹ «Психологический фактор отношения врача и больного,— писал недавно Е. И. Чазов (1981),— который не может быть учтен никакой электронно-вычислительной машиной, играет нередко не меньшую роль в построении диагноза, чем знания механизмов болезни или методов диагностики» [Чазов Е. И. Методологические аспекты диагноза заболевания — Вестн. АМН СССР. 1981, № 4, с. 45—49].

(главным образом патопсихология) — сама по себе. Лишь в самые последние годы ряд крупных советских клиницистов-психоневрологов приступили к разработке медико-психологических и медико-социологических проблем в психиатрии (Г. В. Морозов, В. В. Ковалев, А. Е. Личко, В. Е. Рожнов, А. Г. Амбрумова, В. К. Мягер, Б. Д. Карвасарский, Ц. П. Короленко, Е. Д. Красик и др.). Долгое время в нашей психиатрии (да и в медицине в целом) доминировал по сути биологический редукционизм, что мешало (и сейчас еще мешает) развитию системного подхода к проблеме здоровья и болезни человека. Теперь, когда во всем мире растет число так называемых стертых, атипичных, пограничных заболеваний, в том числе и психических, увеличивается интерес к изучению проблем стресса, кризисных ситуаций, экстремальных состояний, концепции предболезни, возрастает внимание врачей, физиологов и, конечно, психологов к роли психических факторов в развитии этих состояний и особенно к роли целостно-личностного реагирования в их профилактике и лечении (включая психологическую коррекцию, имеющую лечебную направленность). Человечезнание, пользуясь терминологией Б. Г. Ананьева (1969), становится центральной проблемой современной науки вообще и медицины, которая, конечно, все больше и больше впитывает в себя «человеческое» (до сих пор «человеческое» было больше лозунгом, чем действием). В подтверждение этого уместно сослаться на недавнее высказывание известных советских методологов О. П. Щепина, Г. И. Царегородцева и В. Г. Ерохина (1981), полагающих, что до настоящего времени в медицине преобладает в основном организмо-центрический подход, который только начинает, правда очень медленно, уступать место эволюционно-экологическому (популяционному) подходу, неразрывно связанному с изучением психосоциальной сущности (или биопсихосоциальной — мнения отечественных философов тут расходятся) человека. Поэтому медицинская психология неразрывно связывается сейчас с новой нарождающейся наукой — медицинской социологией [Анохин А. М., 1980; Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И., 1981; Winter K., 1975; Wieck H. et al., 1979], содержанием которой является изучение роли социальных факторов (демографических, экономических и др.) в развитии различных заболеваний. Некоторые авторы даже склонны издавать единые руководства, посвященные как медицинской психологии, так и медицинской социологии¹.

Существует много определений медицинской психологии. Это говорит о сложности ее понимания. Подавляющее большинство авторов считают медицинскую психологию частью психологической науки. Но можно полагать, что медицинская

¹ Wieck H., Valentin H., Specht K. Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie.— Stuttgart; New York, 1979

психология является в равной мере и медицинской наукой, частью медицины. Подобно тому, как, например, медицинская генетика является и медицинской, и биологической наукой или социальная психология является психологической и социальной дисциплиной одновременно. Трудно себе представить, как, не зная основ медицины, можно оперировать психологическими методами диагностики (что, увы, часто бывает) и тем более коррекции у постели больного и, наоборот, заниматься психотерапией, не зная психологии личности (что тоже встречается не так уж редко со всеми вытекающими отсюда печальными последствиями). Вопрос, надо или не надо заниматься психотерапией, просто не может стоять перед врачом. Представитель любой медицинской профессии, имеющий общение с пациентом, так или иначе психологически на него влияет, и вопрос лишь заключается в том, чтобы делать это квалифицированно. К сожалению, тесный союз врачей и психологов — дело еще довольно редкое. Врач обычно занимается своей лечебно-диагностической работой (ставит медицинский диагноз, лечит — преимущественно биологическими методами, включая лекарственные, имея в лучшем случае смутное представление о функциональном диагнозе, плацебо-эффекте и, как правило, не владея современными методами психотерапии), а психолог занят своей деятельностью — исследует больного с помощью ряда экспериментальных или тестовых методик. В отрыве от работы врача (и всего персонала) такие исследования далеко не всегда приносят пользу, а иногда попросту бывают вредны, особенно тогда, когда не соблюдаются в процессе психодиагностики элементарные требования психотерапевтического подхода. Основная беда состоит в том, что врач и психолог, как правило, говорят на разных языках. Между ними нередко возникает непонимание и даже антагонизм, причины которого становятся предметом специального исследования некоторых зарубежных авторов [Bilikiewicz A., Jasiakiewicz U., Rodiewicz A., 1980; Schindler F., Berren M., Beigel A., 1981]. Зависит этот антагонизм не только от нежелания понять «язык» другой стороны, но и от авторитарной позиции многих врачей, часто активно сопротивляющихся попыткам медицинских психологов установить с ними равные партнерские отношения, а иногда и от неверного понимания психологами своей профессиональной роли. Психолог в большинстве медицинских учреждений по своему статусу до сих пор фактически приравнен к лабораторному работнику. От него требуется дать свой «анализ», который «подшивается» в историю болезни, зачастую без серьезного к нему внимания. Советов, как поступать с тем или иным больным в плане его личностных переживаний, мотиваций, ценностных ориентаций, не говоря о регуляции ролевого поведения, у психолога врач обычно не спрашивает. Сплошь и рядом молодой необученный психолог и не в состоянии это сделать. Лечащий

врач, исходя из житейских соображений, считает, что все «эти вещи» он прекрасно сумеет сделать сам, без каких-либо помощников и консультантов в виде психологов. Консультанты, конечно, имеются, но это коллеги по профессии, врачи — прежде всего заведующий отделением, старший врач, профессор, представители других врачебных специальностей. Действенные партнерские отношения зависят, само собой разумеется, от квалификации как врачей, так и психологов, и в своей сфере знаний, и в смежных областях, а также от личностных особенностей партнеров.

В нашем понимании в задачу медицинской психологии входят: изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение психических проявлений различных болезней в их динамике; изучение характера отношений больного человека с окружающей его средой.

Медицинская психология неразрывно связана с психотерапией. Здесь опять-таки имеет место довольно странная ситуация. Многие врачи как у нас в стране, так и за рубежом отказывают психологам в праве заниматься психотерапией на том основании, что к лечебной деятельности может быть допущено только лицо, имеющее диплом врача. Подобное положение зафиксировано в законодательстве многих стран. Но ведь «участие в лечебной деятельности» можно трактовать по-разному. Конечно, и это не вызывает сомнений, общее руководство всей лечебной программой должно находиться в руках лечащего врача, и он несет главную ответственность за судьбу больного. В то же время ни у кого не вызывает возражений участие в лечебной работе, например, специалистов по лечебной физкультуре или логопедов, не являющихся, как известно, в массе своей врачами (они обычно выпускники институтов физкультуры, пединститутов, психологи). Но высокополезная деятельность этих коллег врачей пользуется признанием и имеет определенную автономию. Такой же автономией, и даже еще более выраженной, может и должен пользоваться также и медицинский психолог. Многолетний опыт работы психиатрических и неврологических клиник Института им. В. М. Бехтерева, некоторых других научных центров и практических лечебно-профилактических учреждений, а также сотрудничающих с институтом клиник социалистических стран (ГДР, ПНР, ЧССР) свидетельствует о большой пользе совместной работы врачей с психологами. Важно подчеркнуть, что вопрос о методах или стиле совместной («тандемной») работы врача и психолога очень сложен, их различные варианты до сих пор дискутируются в литературе всех развитых стран. Однако надо отметить, что общий магистральный путь развития медицинской психологии и практической деятельности медицинского психолога во всем мире направлен на дальнейшее сближение его работы с вра-

чами и более активное участие в лечебном процессе. Об этом говорит, в частности, документ Рабочего совещания Комитета экспертов ВОЗ (Краков, 1973)¹, в котором отмечается, что в настоящее время «наблюдается тенденция к постепенному сдвигу от терапии, основанной на чисто индивидуальном подходе, к смешанной схеме, которая могла бы включать лечение, учитывающее влияние социального окружения в стационаре, различные формы групповой активности, реабилитационные мероприятия в коллективе, консультации по семейным вопросам, так, чтобы добиться изменений как в плане внутриличностном, так и в социальном окружении...».

Заметим, что врач и психолог не должны дублировать друг друга. У каждого из них свои задачи, хотя и направленные к единой цели — максимально возможному улучшению здоровья и благополучия больного (подробнее об этих задачах будет сказано в заключительной XIII главе нашей монографии). Врач-соматолог, как известно, больше сосредоточен на патологии организма, хотя и ему, конечно, следует как можно больше уделять внимания также психике своего пациента. «Если больному после разговора с врачом не становится легче,— говорил В. М. Бехтерев,— значит, это не врач». Психолог же целиком занимается психикой больного. Необходимо усилить его внимание, особенно к психокоррекционной работе, опирающейся на личность больного, на сохраненные ее стороны. Чем грубее выражена органическая патология, тем больше главенствует врач, чем она меньше — тем больше автономия деятельности психолога (могут быть, конечно, и другие ситуации — например, в экспертной работе психолога или в специальной психотерапевтической работе врача). Психологу нечего делать, когда больной находится в коме или в состоянии резкого психомоторного возбуждения на почве галлюцинаторно-бредовых переживаний. Но там, где патология слабеет, отступает на задний план и выдвигается вперед «личностная окраска» того или иного расстройства, выступает в социальном смысле этого слова «судьба больного», будь это больной, перенесший инфаркт миокарда, или больной на выходе из эндогенной депрессии (не говоря уже о неврозах и других пограничных состояниях), — поле деятельности психолога расширяется, разумеется, при согласовании всех его действий с лечащим врачом. В случае же наличия кризисной (стрессовой, фрустрирующей) ситуации у практически здорового человека роль психолога нередко становится доминирующей (космические полеты, полярные экспедиции, дальние морские плавания, спорт,

¹ Роль психолога в службах охраны психического здоровья. Отчет о совещании рабочей группы. Краков, 8—11 мая 1973 г — Копенгаген: ВОЗ, 1974. с. 15.