

СТАТУС КЛИНИЧЕСКОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЗА РУБЕЖОМ, В РОССИИ И В УКРАИНЕ: ПРОБЛЕМЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

М.А. Беребин, И.В. Синуцкий

Представлены результаты анализа статуса клинической психологии в Соединенных Штатах Америки, странах Западной Европы, Австралии, Российской Федерации и в Украине. Описаны основные модели образования в области клинической психологии в этих странах, обращено внимание на структуру и содержание последипломной подготовки по «боулдерской» и «вейльской» моделям подготовки клинических психологов в США, аналогичным моделям подготовки в Великобритании, Германии, Австрии, Швейцарии. Обобщены принципиальные характеристики зарубежной системы подготовки. Проведен сравнительный анализ образовательной подготовки, статуса и проблем профессиональной переподготовки клинических психологов в России и в Украине. Отражены основные недостатки нормативного обеспечения профессиональной деятельности медицинских психологов в сфере здравоохранения этих стран. Показаны проблемы деятельности врачей-психологов в Украине и медицинских психологов в России. Сопоставлен статус медицинских психологов, представителей народной медицины. Предложены подходы к организации профессиональной переподготовки по клинической психологии в России и в Украине.

Ключевые слова: клиническая психология, психология здоровья, медико-психологическая помощь, нормативное обеспечение в здравоохранении, «боулдерская» модель, «вейльская» модель.

Психическое здоровье является одной из составляющих социального благополучия человека, уровня его трудоспособности и физического комфорта. Однако несмотря на усилия по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья, во всем мире за последние столетия распространенность психических расстройств существенно возросла в 3–7 раз, а заболеваемость расстройствами непсихотического уровня – более чем в 40 раз, приводя в 35–45 % случаев к частичной или полной потере трудоспособности [1, 9, 16].

Сложившаяся на постсоветском пространстве система охраны психического здоровья сегодня ставит перед клинической (медицинской) психологией задачу реализовать свои возможности в решении вполне конкретных задач здравоохранения [2].

Специфика статуса клинической психологии заключается в междисциплинарном характере занимаемого ею места на стыке психологических и медицинских знаний и прак-

тик. При этом отечественная клиническая психология до сих пор ощущает на себе последствия многолетнего «железного занавеса», разделившего пути ее развития и содержание от зарубежных «коллег». В результате кампании «борьбы с космополитизмом», одной из целей которой являлось декларирование приоритетов всего русского и советского, отечественная клиническая психология превратилась в фактически аутентичную¹ отрасль под названием «медицинская психология». При этом авторы статьи ни в коей мере не преследуют цели умалить очевидные достижения и вклад отечественных школ и ученых в мировую науку и практику клинической психологии [5, 8]. В то же время возникает необходимость провести своеобразную ревизию положения клинической (медицинской) психологии в мировом и постсоветском пространстве.

¹ от лат. *authenticus* – подлинный, достоверный, соответствующий самому себе.

Представляется, что любая попытка рассмотреть status quo этой отрасли отечественной психологии должна первоначально («ab ovo...») начинаться с попытки определить и в какой-то мере развести понятия и термины «клиническая» и «медицинская» в ее названии. Пожалуй, эта тема имеет большую историю и периодически аутохтонно возникает в публикациях, описывающих проблему и попытки ее решения в вариантах от научно-систематизированных до схоластических описаний [4–6, 8, 11, 12]. Однако чаще всего такие описания не вызывают чувства удовлетворения. Одной из причин может являться небеспорность оснований для предлагаемых систематизаций, опирающихся на те или иные принципы отграничения психологии и медицины на основании различия их объекта и предмета. Неразрешенность пресловутой «терминологической проблемы» проявляется серьезными проблемами, о которых предупреждал еще К.К. Платонов «терминологическая неясность <...> перерастает в методологическую» [11, с. 27]. В связи с такой «методологической неясностью» отметим, что сохраняет свою актуальность высказывание знаменитого Секста Эмпирика «...очевидно, что при отсутствии ясного критерия по необходимости становится неочевидным и истинное, ... расхождение в мнениях о самой истине способно привести нас к воздержанию от суждения...» [15, с. 154]. Очевидно, что именно отсутствие «ясного критерия» различения клинического или медицинского в таких систематизациях и приводит к «расхождению во мнениях», но актуальная ситуация (именно в силу ее актуальности) не позволяет далее «воздерживаться от суждения»... Понимая сложность этого «номинационного» аспекта «терминологической проблемы», а также то, что в настоящей статье эта проблема собственно не является предметом исследования, все же отметим несколько положений, констатация которых необходима для дальнейшего рассмотрения ситуации.

Во-первых, оценка соотношения «клинического» и «медицинского» в этой отрасли психологии должно основываться, по нашему мнению, на оценке соотношения понятий «клиника» и «медицина» в целом, и, как минимум в системах отношений «подчинение (субординация)», «часть – целое». «род – вид» и т. п. Во-вторых, на основании сугубо формального «образовательно-профессионального» критерия, уже сформировавшегося на

постсоветском пространстве, можно определить, что клиническая психология – это специальность высшего профессионального образования, а медицинская психология – конкретная область (отрасль) профессиональной деятельности (в «узком» понимании – наименование должности в медицинских учреждениях, которые могут занимать специалисты с высшим образованием по клинической психологии). В-третьих, и за рубежом не существует единообразного понимания соотношенности «клинической» и «медицинской» психологии (в случае существования такого разделения).

В качестве аргументов последнего вывода считаем целесообразным привести обзор состояния рассматриваемой проблемы, выполненный на основании анализа официальных и научных источников.

Так, в зарубежной (прежде всего, в американской) психологии очевиден приоритет использования определения «клиническая» для достаточно широкого круга видов теоретической и практической деятельности специалистов, выходящих зачастую за пределы компетенции собственно медицины и здравоохранения [21]. При этом в XX веке за рубежом в результате ряда последовательных действий по формированию этой отрасли психологической науки и практики сформировалось несколько одновременно существующих и частично взаимодействующих моделей (парадигм) клинической психологии. При этом различия имеют отношение как к системе образования и подготовки клинических психологов, так и к соотношению приоритетов и объемов в исследовательской и практической деятельности, а также к компетенциям при осуществлении профессиональной деятельности в сфере здравоохранения [7].

Сегодня общепризнанным в подготовку клинических психологов является вклад Боулдерской конференции (Boulder-Conference) Американской психологической ассоциации (APA), состоявшейся в 1949 году. Последствия выбора такого пути развития клинической психологии, опубликованные APA к 50-летию этой конференции, подтверждают правильность курса на подготовку «ученого-практика» на фоне объявления клинической психологии неотъемлемой частью научной психологии [20]. Не повторяя достаточно известных в профессиональном сообществе сведений, отметим, что «Боулдерская» модель предполагает получение университетского психологического образования и достаточно

продолжительную постдипломную подготовку в клинических учреждениях и собственно психологической практике (в виде годичной интернатуры и трехлетней профессиональной подготовки). Завершается такая подготовка написанием и защитой диссертации с присвоением звания доктора (Ph. D) по клинической психологии. Выпускник считается подготовленным к выполнению 3-х видов деятельности: тестирование (оценка, Assessment Psychology), терапия и научные исследования.

В последнее время в АРА, наряду с «Боулдерской» моделью, существует и «Вейльская» модель подготовки клинических психологов (по наименованию города Вейле, штат Колорадо, в котором в 1979 году прошла конференция АРА), характеризующаяся большей прикладной практической направленностью («профессиональная модель», «модель практиков-ученых»). В этой системе обучение будущих клинических психологов проводится после завершения ими бакалавриата на протяжении 4–5 лет и осуществляется вне университетской базы, в независимых школах профессиональной подготовки («Schools of professional psychology») в области клинической психологии. При этом последний год практической подготовки содержит обязательную супервизию. Завершается такая подготовка присвоением звания доктора психологии (Psy. D).

В некоторых штатах США для получения права ведения практической деятельности в сфере клинической психологии необходимо получить лицензию.

Обе эти системы подготовки признаются АРА как равнозначные и различаются между собой в основном по формальным основаниям (наименование ученой степени) и акцентами своей направленности – исследовательским в «боулдерской» модели и профессионально-прикладным – в «вейльской».

В англоязычных странах практической подготовке клинических психологов уделяется повышенное внимание.

Так, например, Австралийское психологическое общество для магистров по клинической психологии («Master of Psychology (Clinical)»), заканчивающих специализированные учебные заведения («College of Clinical Psychologists»), после обязательной шестилетней подготовки установило обязательную двухлетнюю супервизию и практику продолжительностью не менее 1000 часов, эквивалентную полной занятости дипломиро-

ванного клинического психолога («supervised full-time equivalent practice») в университетской клинике или во внешних учреждениях. При этом APS прогнозирует значительное увеличение спроса на услуги таких специалистов, пик которого должен приходиться на 2015–2016 годы [19].

В образовательных системах стран Западной Европы отмечается существенное влияние американских моделей подготовки клинических психологов. Так, в немецкоязычных странах (Германии, Австрии, Швейцарии) во второй половине XX века клиническая психология прошла путь от представлений о ней как «психологии соматических болезней» до ее слияния (вплоть до отождествления) с психотерапией². В этих странах подготовка клинических психологов осуществляется с обязательной специализацией (правда, менее дифференцированной, чем система подготовки врачей, специалистов в сфере психического здоровья), но в случае обучения психотерапевтическим интервенциям базовая подготовка по психологии и медицине фактически являются эквивалентными. Так, в Швейцарии для психологов-психотерапевтов полное образование включает в себя обучение в университете по специальности «психология» или «медицина» и обязательную четырехлетнюю специализацию в психотерапии. В Германии основные различия в «медицинской» и «психологической» моделях психотерапии традиционно проявляются исторически сложившейся традицией предпочтительного выбора психологами-психотерапевтами методов поведенческой и клиентцентрированной психотерапии, а врачами-психотерапевтами – методов психоанализа [8].

В целом продолжительность любой специализации клинических психологов в Германии составляет от 3 лет (при очной форме подготовки) до 5 лет (в случае образования без отрыва от производства). В структуре такой подготовки обязательная теоретическая подготовка (600 часов), практика в виде самостоятельно проведенной психотерапии, но

² В подтверждение этого тезиса следует упомянуть, что в оригинальном названии одной из самых фундаментальных и популярных книг М. Перре и У. Бауманна эти термины сочетаются даже без союза «и»: «Клиническая психология, психотерапия» (см. U. Baumann, M. Perrez «Klinische Psychologie, Psychotherapie»). Поэтому в дальнейшем при обсуждении психотерапевтических аспектов проблемы авторы рассматривают психотерапию в контексте одной из сфер деятельности клинических психологов.

под обязательным контролем супервизора (600 часов), личной супервизии (100 часов либо анализ не менее 10 клинических случаев), набор самостоятельного опыта в виде обучающей терапии, учебного анализа, проводящихся в группах или индивидуально (100–250 часов). Кроме того, в отдельных случаях Ассоциация психотерапевтов Германии (Psychotherapie Verbände in Deutschland) устанавливает необходимость прохождения самостоятельного обучения в объеме до 1200 часов (Бауманн). Австрийским законодательством продолжительность постдипломной подготовки установлена в объеме 160, 1480 и 120 часов для теоретической, практической подготовки и супервизии соответственно.

Как следствие, в немецкоязычных странах около 60 % всех практикующих психологов работают в здравоохранении, а две трети из них имеют психотерапевтическую квалификацию (Бауманн, Перре), что укрепляет сложившиеся в этих странах представления о том, что психотерапия является частью клинической психологии.

В Великобритании Отделение клинической психологии Британского психологического общества (Division of Clinical Psychology British Psychological Society) устанавливает требование обязательного прохождения обучения в группе предварительной квалификации (Pre-Qualification Group), в которую могут включаться как не имеющие клинико-психологической подготовки «стажеры» («pre-training roles»), помощники психолога, специалисты «помогающих профессий», выпускники, так и специалисты, обучающиеся по различным аккредитованным программам клинической психологии [22]. Всего BPS аккредитует магистерскую программу по клинической психологии и ряд связанных с ней других программ (по консультативной, судебной психологии и психологии здоровья, психологии спорта и физической культуры). При этом существуют достаточно высокие требования к уровню подготовки в бакалавриате и высокий конкурс для обучения по программам клинической психологической направленности, даже при условии обязательного членства претендента в Совете профессионалов здравоохранения и социальной сферы (Health and Care Professions Council, HCPC).

Для клинических психологов, работающих в сфере здравоохранения в США и странах Западной Европы, законодательным и

общественным профессиональным регулированием профессиональной деятельности в этой области установлен достаточно широкий круг компетенций. При этом общепринятым является положение о том, что получение степени бакалавра, лицензиата, магистра психологии не является исключительным основанием для осуществления независимой деятельности с юридической ответственностью. Одним из дополнительных условий является прохождение специализации и повышения квалификации, иных процедур в рамках, регламентирующих профессиональную деятельность мероприятий.

Отделение клинической психологии АРА (Society of Clinical Psychology, Division 12 APA) выделило 7 основных направлений деятельности клинических психологов в США: клиническая геронтопсихология, научная теоретическая клиническая психология, гендерная клиническая психология женщин, клиническая психология этнических меньшинств, клиническая психология чрезвычайных и кризисных ситуаций, клиническая психология в медицинском образовании и академических медицинских центрах в здравоохранении, клинической психологической диагностики (психологической оценки – Assessment Psychology), подготовки и сопровождения карьеры кадров начинающих клинических психологов [18]. При этом основной формой деятельности клинических психологов является их работа в составе полипрофессиональных бригад специалистов. В этом случае их деятельность может финансироваться за счет средств системы страхования на случай болезни («регулируемое социальное страхование», Managed Care), которая позволяет медицинским страховым компаниям возмещать до трети затрат в сфере «услуг психологического сервиса в здравоохранении», которые все чаще включаются в состав медицинских услуг на паритетных основаниях с «классическими» медицинскими услугами врачей-психиатров. Сегодня в США спектр услуг в сфере охраны психического здоровья представлен тетрадой «клиническая психология», «психиатрия», «психиатрическая социальная работа» и «сестринское дело в психиатрии» [14, 17].

В Германии и Швейцарии отсутствуют какие-либо виды деятельности, которые признавались бы системой медицинского страхования. Кроме того, приоритетное использование клиническими психологами методов гуманистической психотерапии (а психиатрами-

психотерапевтами – психоанализа) приводит к доминированию в их работе «понимающего подхода» (феноменологического, герменевтического), что создает дополнительные сложности для объективизации оценки эффективности психотерапии по сравнению с более очевидными методами эмпирической психологии.

В Германии попытки законодательной регламентации деятельности в области клинической психологии начались с принятия закона о лицах без медицинского образования, занимающихся лечением (действовал до 1990 г.). В настоящее время в Германии и Австрии приняты законы о психотерапии, а в Австрии – еще и закон о психологах, содержащий требование прохождения специализации как по отдельным методам, так и по отдельным специальностям, областям и профилям деятельности в здравоохранении, с последующим правом работать по профессии «клинический психолог/психотерапевт» (в Германии) либо с присвоением профессионального наименования «клинический психолог» или «психолог здоровья». При этом в Австрии профессия психотерапевта признается самостоятельной, в том числе и вне ее связи с клинической психологией, но узаконенное наименование «клинический психолог» не является эквивалентом врачебной специальности. В Швейцарии регулирование профессиональной деятельности клинических психологов осуществляется на муниципальном (кантональном) уровне [7].

В целом принципы регламентации статуса и деятельности психолога в сфере здравоохранения могут существенно отличаться. Так, при отсутствии регламентации вся деятельность специалиста определяется свободным поведением на рынке, регулируемом спросом и предложением, однако отсутствие нормативно-правовых отношений влечет за собой формальность взаимоотношений в профессиональной сфере. При высоком уровне регламентации всей психологии как отрасли ее положение можно уподобить статусу медицины, жестко контролируемой государством и профессиональным сообществом.

Таким образом, для системы подготовки клинических психологов и их профессиональной деятельности в странах Западной Европы и США характерны наличие актуальной потребности в кадрах таких специалистов, длительный период теоретического пред- и последипломного образования с обязательной защитой диссертации и присвоением званий

Ph. D либо Psy. D, значительной по объему и содержанию практической подготовкой, супервизионным сопровождением и достаточно широким спектром компетенций в ходе профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, включая самостоятельное выполнение психотерапевтической практики.

Сложившаяся в СССР и постсоветских государствах реальность характеризуется взаимным непониманием между медициной и психологией. Медицина, и в частности психиатрия, ждет от психологии «конкретных результатов», заставляя психологов обеспечивать экспериментальное обоснование нозологической диагностики и принимать участие в основном в реабилитации. Психология ждет от психиатрии четкого «социального запроса» на характер и объем психологического знания сообразно современным достижениям и возможностям клинической психологии в рамках описанных выше моделей, а также потребностям медицины и психиатрии, в частности. При этом зачастую отсутствие такого запроса трактуется профессиональным психиатрическим (да иногда и психологическим) сообществом как ненужность применения самого психологического знания и практики в медицине.

Как следствие, в здравоохранении стал стабильно отмечаться дефицит кадров клинических (медицинских) психологов, а имеющиеся должности медицинских психологов заняты специалистами, чья подготовка и квалификация не соответствует не только описанными выше зарубежными требованиями, но и даже относительно «мягким» отечественным квалификационным характеристикам. В качестве примера отметим, что дефицит таких специалистов сегодня в Украине существенный: согласно официальным статистическим данным [13] за период 1990–2005 гг. в Украине число штатных должностей психологов в здравоохранении составляет всего 0,07 на 100 тыс. населения. При этом занято только 31,75% ставок (то есть реально обеспечена кадрами потребность только в расчете 0,03 на 100 тыс. или, ориентировочно, около 150 должностей почти на 48 миллионов жителей страны). Для сравнения, в Германии, по данным на 1995 год работало 28 000 психологов (без учета их самозанятости), при этом только в системе здравоохранения занято 50–60 % их численности, что составляет как минимум 17 специалистов на 100 тысяч жителей страны.

Исторически сложилось так, что на протяжении длительного времени теорию и прак-

тику медицинской психологии разрабатывали и определяли врачи, претворяя в жизнь тезис Э. Кречмера: «...психология из практики врача для практики врача» [10]. Однако несмотря на идеологический прессинг и доминирование биологической модели в медицине и, в частности психиатрии, значительное улучшение ситуации в нашей стране началось в 60–70-х годах XX столетия. Получили свое самостоятельное развитие патопсихология и нейропсихология, в 1956 году В.М. Блейхером была открыта в Киевской городской психиатрической больнице первая в Украине патопсихологическая лаборатория [3], в МГУ им. М.В. Ломоносова в 1970 году была открыта кафедра нейропатопсихологии, было начато обязательное преподавание курса психологии в медицинских институтах, Высшей Аттестационной комиссией страны (ВАК СССР) была утверждена научная специальность «Медицинская психология» и др. Однако социальные и экономические катаклизмы, произошедшие на постсоветском пространстве в 90-х годах XX столетия, приостановили процесс дальнейшего развития организационной и нормативно-правовой базы для развития медицинской психологии.

Первые реальные шаги к юридическому и организационному оформлению профессионального статуса психолога в системе здравоохранения в России представлены в приказе Министерства здравоохранения РФ №391 от 26.11.1996 г. «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». В период перехода российского высшего профессионального образования на так называемую «Болонскую модель» сыграло свою положительную роль сохранение клинической психологии в статусе специальности с увеличением продолжительности додипломной подготовки до 5,5 лет, утвержденные новым Федеральным государственным образовательным стандартом.

Однако в Украине положение с подготовкой в области клинической психологии отличается и от зарубежных моделей, и от российской модели. Несмотря на увеличение числа кафедр, готовящих медицинских психологов в институтах разных форм ведомственной подчиненности и форм собственности, ситуация характеризуется статичностью и явной противоречивостью нормативно-правовой базы. Кроме того, отметим, что нынешнее положение медицинского психолога в украинской систе-

ме оказания психиатрической помощи ограничено в основном психодиагностической работой, в отдельных случаях – использованием отдельных техник психотерапевтической и психокоррекционной деятельности.

Во многом эта противоречивость определяется тем, что в Украине медицинская психология, согласно действующему законодательству, относится к группе медицинских специальностей, поскольку еще с 1997 года она включена в Номенклатуру врачебных специальностей (приказ Министерства охраны здоровья Украины (МОЗ Украины) от 19.12.1997 г. № 59). В дальнейшем эта тенденция с теми или иными изменениями и дополнениями повторялась в приказах МОЗ Украины от 6.07.2005 г. № 333 и от 21.02.2006 г. № 76. Кроме того, приказом МОЗ Украины от 28.10.2002 г. № 385 в Перечень врачебных должностей в учреждениях здравоохранения, утвержденный приказом МОЗ Украины от 25.06.1995 г. № 114, введена отдельная должность «врач-психолог» (п. 137 Перечня). Как следствие, в медицинских вузах Украины уже началась подготовка таких специалистов.

Подобного рода попытки подготовки медицинского психолога в системе медицинского образования имели место и в Российской Федерации. Так, по приказу Министерства образования РФ от 02.06.1997 г. №1052, в связи с ходатайством Минздрава России, в Самарском и Курском медицинских университетах в порядке эксперимента при подготовке врачей по специальности «лечебное дело» проводилось обучение по дополнительной специальности «медицинская психология». Такая подготовка завершалась присвоением квалификации «практический медицинский психолог», требующей не менее чем 2-летней последипломной подготовкой с целью получения сертификата «клинический (медицинский) психолог». Но в последующем от такой практики пришлось отказаться в пользу разработки единых стандартов профессиональной подготовки клинических психологов как представителей группы гуманитарных, а не медицинских специальностей.

Отметим, что в Советском Союзе еще в 1983 году высказывалась идея о «враче-психологе» как о выпускнике медицинского института для работы в учреждениях здравоохранения [4]. В этом плане положение действующего законодательства Украины о том, что медицинским психологом является специалист с высшим медицинским образовани-

ем, занимающий в учреждениях здравоохранения должность «врач-психолог», может рассматриваться как возвращение назад, в 80-е годы прошлого столетия. Противоречивость ситуации усугубляет то, что в Классификаторе профессий Украины (ДК-003:2010) профессия «врач-психолог» относится к группе профессий «врач» (код 2221.2), в то время, как профессии «практический психолог» и «психолог» включены в группу профессий «психолог» под кодом 2445.2. Возникает вопрос, как и на каком основании украинское государство идентифицирует вид деятельности специалистов врачей-психологов как «врачей»? И, если следовать логике этих классификаторов, врач-психолог (как и любой врач) «лечит»? И как это соотносится с лечебным процессом? Действительно, в соответствии с приказом МОЗ Украины от 15.03.2008 г. № 119 врачу-психологу разрешено использовать методы психологического и психотерапевтического воздействия, однако использование психологом данных методов в лечебно-профилактических учреждениях, как правило, ограничивается выявлением, коррекцией и реабилитацией лиц с трудностями адаптации с окружающей средой (что, по сути своей, является мероприятиями социально-психологической коррекции).

Кроме того, отметим, что в Классификаторе видов экономической деятельности Украины в секции N «Охрана здоровья и социальная помощь», как и в аналогичном Общероссийском классификаторе ОКВЭД вся медицинская (лечебная) деятельность включена в подраздел «Деятельность в сфере охраны здоровья человека». Оставим без комментариев то, что подразделе этого классификатора «другая деятельность в сфере охраны здоровья» включена деятельность «специалистов нетрадиционной медицины», «целителей», которым, тем самым, законодательно разрешено лечить. Такое лечение как вид экономической деятельности может осуществляться не в условиях больниц и не врачами, а средним (парамедицинским) персоналом. Таким образом, «целители» могут заниматься лечебным процессом и к тому же самостоятельно, а психологам уготована «честь» самостоятельно проводить лишь психодиагностическую деятельность. В этих классификаторах отсутствует упоминание о «практической психологической деятельности» или «психологической помощи» как содержании деятельности

по профессии «практический психолог» и «психолог».

Весьма показательным является определение нормативно-правового поля деятельности врачей, психологов и специалистов «смежников» в Классификаторе занятий Украинской межрегиональной биржи труда (и в аналогичном ему Общероссийском классификаторе занятий – в их число включаются «целители, лечащие внушением и молитвами» и «практики нетрадиционной медицины»). Согласно этим классификаторам, такие специалисты осуществляют **лечение (! – здесь и далее – прим. наши, М.Б., И.С.)** физических и психических заболеваний посредством силы внушения, молитв, путем коррекции биоэнергетических полей внушения и прочего воздействия или с помощью народных методов, стимулирующих процессы жизнедеятельности организма (например, трав, лекарственных растений, насекомых и других народных средств и методов), **консультирование** по вопросам правильного питания и образа жизни, способствующего поддержанию или восстановлению физического и психического здоровья. Занятие такой деятельностью, согласно критериям классификаторов, требуют **врожденных способностей (!)** и **большого профессионального опыта (!)**, приобретаемого в процессе практической работы.

Не вполне понятен интерес государства к регулированию данного рода деятельности, проявляющийся, в частности, выдачей МОЗ Украины лицензий, дающих право заниматься «гаданием» и «лечением молитвами». Тем более, что численность колдунов, гадалок и представителей околонуучного сообщества весьма внушительна и во многом превосходит число дипломированных психологов и психотерапевтов. Однако возникает вопрос, как и каким образом МОЗ Украины (да и Минздрав России) определяет эти «врожденные способности», которыми должен обладать целитель?

Согласно статье 3 Законодательства Украины о здравоохранении категория «медицинская помощь» является деятельностью профессионально подготовленных медицинских работников и направлена на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию в связи с болезнями, травмами, отравлениями и патологическими состояниями, а также в связи с беременностью и родами. Оказание медицинской помощи осуществляется только на основании соответствующей лицензии. Если врач как представитель медицинского сооб-

щества осуществляет профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию с помощью фармакологических, хирургических, физиотерапевтических и других методов, предусмотренных действующим законодательством, то «целитель» осуществляет профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию «с помощью трав, молитв, внушения и коррекции биоэнергетических полей». При этом врач – это специалист с высшим медицинским образованием, а «целителем» может выступать человек, имеющий весьма отдаленное отношение не только к медицине, но и образованию в области здоровья, поскольку его деятельность «требует врожденных способностей и большого профессионального опыта, приобретаемого в процессе практической работы».

Не менее сложным является положение с непрофессиональными медицинскими работниками и в Российской Федерации. В ст. 50 «Народная медицина» Федерального закона РФ № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», с одной стороны, проводится разграничение народной медицины как «методов оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья» и не относящихся к ней «оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов» (п. 1), но, с другой стороны, указывается, что разрешение на занятие народной медициной принимает орган управления здравоохранением субъекта РФ «на основании заявления гражданина и представления медицинской (народно-медицинской?) профессиональной (народная медицина – профессия?) некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации». Получается, что должен создаваться некий «профсоюз народно-медицинских работников»? При том, что для медицинских психологов сохраняется статус «иные специалисты сферы здравоохранения с высшим профессиональным образованием», исключающий по формальным основаниям возможность их отнесения к числу медицинских работников и, особенно, лишаящий их предусмотренного ст. 76 Федерального закона №323-ФЗ права создавать свои профессиональные некоммерческие организации в соответствии с предусмотренными в Законе критериями «принад-

лежность к медицинским работникам» (медицинские психологи – **не медицинские работники** по образованию!), «принадлежность к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров)...» (**профессия медицинского психолога** в Общероссийских классификаторах, за исключением ОКПДТР³, **не указана**); «принадлежность к одной врачебной специальности» (**должности медицинских психологов** в здравоохранении **не подразделяются по специальностям** и в штатном расписании **не относятся к врачебному персоналу**). Возникает вполне отчетливое впечатление, что в современной системе нормативного обеспечения здравоохранения в постсоветском пространстве «народные целители» без образования более востребованы, чем образованные клинические (медицинские) психологи.

Возвращаясь к вопросу о специальности «врач-психолог», отметим, что возникает очевидная казуистическая проблема: если «врач-психолог» имеет статус «врача», то, следовательно, он юридически имеет право назначать фармакологические препараты, то есть лечить. В Справочнике квалификационных характеристик профессий работников системы охраны здоровья Украины под пунктом 59 значится «врач-психолог», который, согласно этим квалификационным требованиям, осуществляет психопрофилактику среди людей групп риска, психодиагностику и **лечение (!)** больных соматического и психического профиля совместно с врачами-специалистами, психологическую реабилитацию с использованием специальных методик. Кроме того, он руководит работой среднего медицинского персонала (!), ведет врачебную документацию (!). Отметим, что упоминаний о «практическом психологе» в этом квалификационном перечне нет, но есть в общем классификаторе базовая группа «психолог» в разделе «Профессии работников, являющиеся общими для всех видов экономической деятельности» без четких определений специфики работы.

Кроме того, «врачи-психологи», согласно их принадлежности в Украине к врачебному сообществу, периодически должны проходить

³ В Общероссийском классификаторе профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов (ОКПДТР) для должности **медицинских психологов** (код 24041) установлено ее соответствие базовой группе «**Врачи**» (код 2221) Общероссийского классификатора занятий (ОКЗ). Другими словами, медицинские психологи при исполнении своих обязанностей по должности занимаются тем же, чем занимаются и врачи.

повышение квалификации, сертификацию и аттестацию с присвоением квалификационной категории. В практике в своем большинстве психологи проходят дополнительную специализацию «на рабочем месте», либо посещают различные курсы и семинары, профессиональная ценность которых весьма сомнительна, а получаемые после их прохождения документы и сертификаты, как правило, не имеют юридической силы для достаточно строгой в нормативном плане системы здравоохранения. Однако решение вопроса аттестации психологов, работающих в учреждениях здравоохранения, МОЗ Украины решило путем проведения аттестации их как «педагогических работников» на основании «Типового положения об аттестации педагогических работников» (Приказ МОН Украины № 930 от 6.10.2010 г.). При этом стоит учесть, что психологи, занятые в учреждениях здравоохранения, выполняют далеко не педагогическую деятельность, да и по роду и характеру своей деятельности не являются педагогическими работниками. Кроме того, если для «врача» аттестация осуществляется за счет средств бюджета и имеет плановый характер, то «врач-психолог» вынужден изыскивать средства для оплаты своей аттестации самостоятельно.

Весьма примечательным является решение на законодательном уровне вопроса о психологе с немедицинским образованием. Согласно приказа МОЗ Украины от 19.06.2008 г. № 10.03.67/971 и постановлению Кабинета Министров Украины от 14.06.2000 г. № 963 предписано переименовать должность «психолога с педагогическим образованием, занятого в системе здравоохранения» в «практического психолога». Юридическое закрепление такого решения, по сути, являет собой формальную передачу таких специалистов под юрисдикцию Министерства образования Украины, которое должно определять содержание его деятельности, регулировать и контролировать ее. Приравнивая «практического психолога» в здравоохранении к педагогическим и научно-педагогическим работникам, украинское законодательство превращает его в «иностранного» наемного работника, поскольку такой специалист занят в системе здравоохранения, а нормативно-правовое и финансовое обеспечение его деятельности должно осуществлять Министерство образования. К сожалению, отсутствие четкого нормативно-правового определения предметной области и деятель-

ности медицинского (клинического) психолога в учреждениях здравоохранения приводит к различным методологическим, образовательным, юридическим и организационным курьезам, из которых появление специальностей и должностей «врача-психолога» и «практического психолога» представляется только «самой малостью».

При наличии отмеченных выше и многих других разночтений и расхождений в отношении статуса клинического (медицинского) психолога в современном здравоохранении на постсоветском пространстве руководители учреждений и структурных подразделений в большинстве своем при разработке профессиональных инструкций руководствуются документацией, принятой еще в СССР. Реальность такова, что деятельность психолога в большинстве своем встречает непонимание, а в отдельных случаях и негативное отношение со стороны врачей, несмотря на то, что реализация тезиса на практике «лечить не болезнь, а больного» возможна при активном участии психолога. Однако не все врачи-психиатры понимают предназначение психолога, это приводит в лечебно-диагностическом процессе к подмене понятий. В частности, от психолога требуется подтвердить правильность клинического диагноза, а в некоторых случаях и сам диагноз. Зачастую к психологу врачи направляют пациентов, которые в силу своего психического состояния или выраженного когнитивного дефицита не доступны экспериментальному исследованию, что не позволяет вынести даже «формальное» заключение. В отдельных случаях авторитарность со стороны врача и непонимание работы психолога ставит под сомнение возможность их партнерских взаимоотношений. Часто необходимость получения «заключения» и «рекомендации» психолога имеет формальный характер и важны лишь для вклеивания в историю болезни пациента. Разумеется, есть и положительные примеры, когда профессиональная квалификация специалистов и их личные качества способствуют формированию партнерских отношений.

Безусловно, некоторые из описанных проблем в России и в Украине имеют системный характер, что требует координации специалистов разных отраслей охраны здоровья, а также законодательной и исполнительной власти. Необходимо принятие закона о подготовке психологов для системы здравоохране-

ния с четким определением названия их специальности: «клинический психолог», «практический (медицинский) психолог» или «медицинский психолог». Кроме того, необходимо четко сформулировать образовательную модель подготовки таких специалистов с дальнейшей разработкой и принятием образовательных стандартов.

Стоит отметить, что, по нашему мнению, совершенно недопустимо готовить психолога для системы здравоохранения, исходя из образовательной модели подготовки врача, обосновывая это только лишь наличием необходимости придания им врачебного статуса. В данном случае следует исходить из понимания того, что «медицинский психолог» – это, прежде всего, «психолог», владеющий углубленными теоретическими знаниями и практическими умениями в психодиагностической, психокоррекционной и психотерапевтической деятельности. Достаточно актуальной является проблема создания системы последипломного образования и аттестации психологов, уже работающих в системе здравоохранения. В этом плане представляется перспективным организация профессиональной переподготовки по клинической психологии по аналогии с тем, как она организована в Российской Федерации для врачей в интернатуре и клинической ординатуре. Отличительной особенностью такой подготовки является утверждение Президентом РФ или Правительством РФ Федеральных государственных требований к структуре и минимуму содержания основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (повышения квалификации специалистов по клинической психологии). В частности, для врачей психиатров приказами Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 г. № 1475н и № 1476н объем такой подготовки установлен не менее 2592 часа в интернатуре и 5184 часа в клинической ординатуре. Содержание такой подготовки включает в себя циклы обязательных, специальных, смежных, фундаментальных факультативных дисциплин и дисциплин по выбору, а также обучающие симуляционные курсы и практика в объеме не менее 60 % всего объема временных затрат. Характерно, что требования к такой практической подготовке и ее содержанию отдельно оговорены приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012г. № 362н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки

по основным образовательным программам послевузовского образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».

Реализация такого подхода позволит, во-первых, привести объем и содержание такой переподготовки в соответствие с требованиями к последипломной подготовке врачей в России и в Украине, и, что представляется важным, – с зарубежными требованиями к подготовке клинических психологов. Во-вторых, нормативное закрепление объема и содержания такой профессиональной переподготовки позволит унифицировать содержание образовательной и практической деятельности в подготовке клинических психологов в различных вузах. В-третьих, только утверждение Федеральных государственных требований к такой профессиональной переподготовке дает основание выдавать документ государственного (а не вузовского) образца о дополнительной профессиональной переподготовке (см. письмо Минобрнауки РФ от 17.10.2012 г. АК-426/06).

Сегодня очевидно, что сохраняет свою актуальность необходимость решения, прежде всего, образовательной проблемы: подготовка кадров квалифицированных преподавателей – клинических психологов, отбор содержания подготовки клинических психологов (прежде всего, ее гуманитарной и практической составляющих), приведение модели подготовки этих специалистов на постсоветском пространстве в соответствие с зарубежными требованиями и подходами. Представляется, что вполне актуальным остается мнение А.Н. Алехина: «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» [1].

Литература

1. Алехин, А.Н. О предмете медицинской психологии. Исторический аспект / А.Н. Алехин // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. – № 100. – С. 87–96.
2. Алехин, А.Н. Медицинская психология: поле практики и задачи научной дисциплины // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 2. – <http://medpsy.ru>

3. Блейхер, В.М. О психологических лабораториях / В.М. Блейхер // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1979. – Т. 79, № 8. – С. 1119–1120.
4. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
5. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: учебник / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
6. Китаев-Смык, Л.А. Проблемы интеграции психологии и медицины / Л.А. Китаев-Смык // Психологический журнал. – 1988. – Т. 9, № 5. – С. 85–96.
7. Клиническая психология / под ред. М. Пере, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
8. Клиническая психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений: в 4 т. Т. 1: Общая патопсихология / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 464 с.
9. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
10. Кречмер, Э. Медицинская психология: пер. с нем. / Э. Кречмер. – СПб.: Союз, 1998. – 464 с.
11. Платонов, К.К. Методологические проблемы медицинской психологии / К.К. Платонов. – М.: Медицина, 1977. – 95 с.
12. Поляков, Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (к итогам дискуссии) / Ю.Ф. Поляков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977. – Т. 77, № 12. – С. 1822–1832.
13. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2005 рр. – К.: Сфера, 2006. – 52 с.
14. Санденберг, Н. Клиническая психология. Теория, практика, исследования / Н. Санденберг, А. Уайнберг, Дж. Таплин. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 383 с.
15. Секст Эмпирик. Две книги против логиков (Против ученых – Книга вторая) / пер. А.Ф. Лосева // Соч.: в 2 т. – М.: Мысль, 1976. – Т. 2. – 399 с. – (Филос. наследие).
16. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
17. Тод, Дж. Основы клинической и консультативной психологии: пер. с англ. / Дж. Тод, А.К. Богарт. – СПб.: Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 768 с.
18. American Psychological Association, Society of Clinical Psychology (Division 12). – <http://www.div12.org/sections> (дата обращения 07.11.2012 г.)
19. Australian College of Applied Psychology (ACAP). – <http://www.acap.edu.au/Graduate-Diploma-of-Professional-Psychology.html> (дата обращения 07.11.2012 г.)
20. Boulder at 50: Introduction to the section. Benjamin Jr., Ludy T.; Baker, David B. // American Psychologist. – 2000. – Feb. – Vol. 55(2). – P. 233–236. – doi: 10.1037/h0087859
21. Divisions of APA. Society of Clinical Psychology. – <http://www.apa.org/about/division/div12.aspx> (дата обращения 07.11.2012 г.)
22. Division of Clinical Psychology British Psychological Society. – <http://www.dcp.bps.org.uk> (дата обращения 07.11.2012 г.)

Поступила в редакцию 27.11.2012 г.

Беребин Михаил Алексеевич. Кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет. E-mail: m_berebin@mail.ru

Michael A. Berebin. Candidate of medical science, associate professor, head of department of clinical psychology, South Ural State University. E-mail: m_berebin@mail.ru

Сеницкий Игорь Валериевич. Психолог, Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1, Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова. Руководитель секции клинической психологии Ассоциации психиатров Украины. E-mail: Isinitskiy@ukr.net

Igor V. Sinitsky. Psychologist, Kyiv city clinical psychoneurological hospital № 1, institute of neurosurgery named after acad. A.P. Romodanov, head of section of clinical psychology Association of psychiatrists of Ukraine. E-mail: Isinitskiy@ukr.net