УДК159.9:61+616.89]:167

Н.А. Кравцова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: предмет клинической психологии, феноменология психологического исследования, психологический феномен, психопатологический симптом.

Определение предмета клинической психологии на современном этапе развития дисциплины остается не до конца ясным не только неспециалистам, но и профессионалам, работающим в данной сфере. Клиническая психология как самостоятельная отрасль научных знаний еще очень молода, причем из некогда прикладной науки она сегодня превращается в междисциплинарную интегративную отрасль знаний, имеющую свою теоретико-методологическую базу. Как отмечал С.Л. Рубинштейн, «становление новой психологической науки не может быть стянуто в одну точку. Это длительный, еще не окончившийся процесс...» [9]. Рубинштейн имел в виду развитие общей психологической науки в XX веке, но эти слова можно отнести и к современному этапу развития клинической психологии.

Предмет клинической психологии в трактовке многих авторов, так же как и предмет психиатрии, — психические расстройства [1, 4—6]. Ю.М. Губачев в 1994 г., описывая клинические аспекты психосоматической проблемы, выделил 3 круга явлений, формирующих психосоматическую проблему как таковую [3]. Первый круг определяется широким спектром психических расстройств, на одном полюсе которых находятся психофизиологические изменения, возникающие у здорового человека в острой, стрессовой ситуации, на другом — грубая психотическая патология. Второй круг представлен психосоматическим феноменом — внутренней картиной болезни. Третий круг определяется образовательной системой, в которой формируется не только когнитивный и поведенческий компоненты личности, но и поддерживающие поведение индивида метаболические процессы. То есть образовательный процесс может формировать саногенный или патогенный тип метаболизма. На наш взгляд, такое представление психосоматической проблемы, являющейся важной составной частью предмета клинической психологии, применимо к самому предмету. Это позволяет трактовать предмет данной дисциплины более широко, чем только психические расстройства. Такая позиция соответствует современному этапу развития клинической психологии, в рамках которой активно развивается психология здоровья [7].

Остановимся подробней на понятии психического расстройства, которое представляется общим, более открытым и менее конкретизированным по сравнению с понятием болезни. У расстройства в отличие от болезни отсутствует «некое единство, обладающее специфическим набором симптомов и характером течения, которые обусловлены соответствующими биологическими процессами» [6].

Согласно теории комплементарности Фаренберга, феномен человека рассматривается в двух плоскостях: психической и соматической. В каждой из указанных плоскостей существует своя система категорий и отношений, при этом обе плоскости комплементарны как во внутреннем, так и во внешнем плане [6]. Учитывая биопсихосоциальную сущность человека и значение процессов социализации в психическом развитии ребенка, необходимо говорить и о комплементарной социальной плоскости. Деятельность клинического психолога в большей мере расположена в психической плоскости, то есть психолог имеет дело с психическими категориями (табл. 1).

Применительно к теории комплементарности категории соматической плоскости можно условно соотнести с протопсихологическими в схеме А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского. В этой плоскости ведущими являются физиологические закономерности и механизмы отношений. Категории психической плоскости — базисные психологические и метапсихологические категории, которые уже имеют психосоциальное звучание. К категориям социальной плоскости в большей мере можно отнести экстрапсихологические категории.

Психиатрия, имея дело с категориями психической жизни человека, рассматривает психические расстройства и болезни с позиций соматической плоскости. Мишень воздействия психиатра — патологический

Таблица 1

Основные блоки категориального каркаса психологического познания (поА.В. Петровскому и М.Г. Ярошевскому, 1998)

Протопсихологические категории	Базисные психологические категории	Метапсихологические категории	Экстрапсихологические категории
Организм	Индивид	Я	Личность
Потребность	Мотив	Ценность	Идеал
Реакция	Действие	Деятельность	Активность
Сигнал	Образ	Сознание	Логос
Различение	Отношение	Общение	Соучаствование
Аффективность	Переживание	Чувство	Смысл

процесс, который всегда должен иметь физическую, соматическую основу. Все методы интервенции здесь направлены на различные звенья этиопатогенеза или на физическую основу симптома. Профессиональное мышление психиатра как представителя медицинской профессии характеризуется материалистическим, естественно-научным подходом, согласно которому все нарушения психики связаны с нарушением функции нервной системы на разных уровнях: биохимическом, молекулярном, клеточном, органном, системном. Таким образом, профессиональное мышление психиатра направлено на поиск объективных причин того или иного психического заболевания. Как правило, присутствует отрицание собственно психологических причин его возникновения или недостаточное внимание к роли психологического фактора в механизмах инициации и протекания психических заболеваний. Как отмечает А.Ш. Тхостов, «в обыденном сознании врачей симптом представляет собой лишь манифестацию лежащей в его основе биологической реальности... Особенности культуры пациента, его субъективные переживания могут лишь искажать реальность, затруднять диагностику и никакого содержания в симптом не вносят» [10].

Клинический психолог работает в психической и психосоциальной плоскости, то есть с психическими процессами, свойствами, состояниями, функциями, личностью. Особенность изучаемых психологией явлений заключается в том, что они не существуют в материализованной форме, а это вызывает определенные сложности в организации и построении метода изучения психического феномена. Согласно известному закону Клапареда, человек обнаруживает качества своего сознания или качества психического, когда он встречается с препятствием на пути своей активности. Препятствие это может быть внешним (предмет, другой человек) и внутренним (страх и т.д.). Ясперс подчеркивал, что мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и чужое физическое, то есть объективно. Следовательно, при изучении психического состояния большое значение имеют способность психолога вчувствоваться, понимать другого, что достижимо посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, и сопоставления их с наблюдаемыми психологом признаками у испытуемого. Большое значение при этом имеет способность психолога присоединяться к другому человеку и таким образом испытывать чувства, владеющие испытуемым. В этом выражен феноменологический, «понимающий» подход в клинической психологии. Метод познания в рамках указанного подхода может быть отнесен к разряду интуитивного познания, при котором исследователь «максимально сливается с объектом» и его внимание отличается максимальной концентрацией с полной пассивностью. Такое внимание минимизирует произвольное выделение отдельных сторон и свойств объекта и гарантирует целостность его восприятия [8]. По своей сути интуитивное познание— это организованный и автоматизированный опыт профессионала, представленный свернутыми, сокращенными и реализующимися на сенсорно-перцептивных уровнях формами познавательной деятельности [8].

С точки зрения научного подхода клиническая психология в большей мере является эмпирико-научной дисциплиной. С этих позиций основными методами исследования психических явлений являются наблюдение и эксперимент, в основе которых лежит верифицируемое познание психического. Наблюдение подразделяется на самонаблюдение (интроспекцию) и наблюдение за другими. В науке в зависимости от способа организации выделяют следующие виды наблюдений: включенное, случайное, систематическое и хаотичное наблюдение. Эксперимент отличается от наблюдения тем, что экспериментатор строго контролирует условия, в которых он оказывает воздействие на испытуемого с определенной целью. Одним из главных инструментов экспериментатора являются специальные тесты, направленное интервью, которые построены таким образом, что предполагают возможность проявления человеком разных качеств сознания. Так как клиническая психология имеет точку приложения прежде всего в системе здравоохранения в тесном контакте с медицинскими дисциплинами, то встает вопрос о соотношении психологического и физиологического исследования. Еще С.Л. Рубинштейн отмечал, что, учитывая «единство, но не тождество психического и физического, психологическое исследование, никак не растворяясь в физиологическом и не сводясь к нему, однако необходимо предполагает и часто включает физиологический анализ психологических процессов... Однако физиологическая методика в психологическом исследовании может играть лишь вспомогательную роль и должна занимать в нем поэтому подчиненное место» [9]. При этом в современной клинической психологии сохраняют свою актуальность принципы, сформулированные С.Л. Рубинштейном:

- принцип «единства внутренних и внешних проявлений психики» отражает в рамках клинической психологии единство психологии телесности и психологии личности, психологии переживаний и психологии поведения;
- общепсихологическая установка на индивидуализацию исследования и на раскрытие реальных закономерностей конкретного человека остается принципиально важной в методологии клинико-психологического исследования;
- генетический принцип, который раскрывает закономерности развития и становления психосоматических и соматопсихических связей в онтогенезе и позволяет на основе выявленных закономерностей психического развития определить и закономерные для каждого этапа нарушения последнего;

- принцип «педагогизации» психологического исследования остается актуальным как в патопсихологии, так и в нейропсихологии, ибо не только метод изучения психического развития, но и метод коррекции психических расстройств непосредственно связаны с процессом обучения. Причем это касается не только работы психолога с детьми, но и со взрослыми, чья психика оказалась нарушенной в силу каких-либо повреждающих воздействий (черепно-мозговые травмы, инсульты и т.д.);
- использование для психодиагностики продуктов деятельности испытуемых, поскольку в них реализуется сознательная деятельность человека, что делает возможным определить характер и степень нарушения последней в условиях психического расстройства.

В немецкоязычных странах, где нормативно-правовая база клинической психологии по сравнению с российской более разработана, профессиональная деятельность клинического психолога квалифицируется как клинико-психологическая интервенция. Функциями клинико-психологической интервенции являются гигиеническая, профилактическая, терапевтическая (психотерапевтическая) и реабилитационная [7]. В англоязычных странах к ним относят диагностическую, профилактическую, реабилитационную и психотерапевтическую функции.

Отечественная школа наиболее важное место среди всех теоретических и практических проблем клинической психологии традиционно отводит диагностической. В соответствии с этим первоначальной задачей клинического психолога является разграничение психологического феномена и психопатологического симптома. Проблема этого разграничения была и остается на сегодняшний день одной из наиболее сложных как в психологии, так и в психиатрии [5].

С позиций феноменологического[1] подхода, сформулированного в принципе Курта Шнайдера, «в связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (симптомом) признается лишь то, что может быть таковым доказано» [5]. Однако встает вопрос о критерии доказанности. Г.И. Челпанов подчеркивал, что «логика указывает нам правила, законы и нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным». То есть для здорового мышления характерны верные умозаключения. Доказательство наличия психического расстройства базируется на двух позициях: оценке логики поведения и объяснении этого поведения испытуемым и на логике доказательства. При организации и проведении процедуры психологического исследования клинический психолог руководствуется принципом «презумпции психической нормальности»[2].

Спецификой психического феномена является то, что любое переживание человека может трактоваться как нормальное и анормальное. Существенное значение для психодиагностики имеют субъективные переживания и трактовка их самим испытуемым. Психолог следит за логичностью этих объяснений, избегая самостоятельной трактовки. В этом моменте заключено одно из важных отличий медицинской и психологической диагностики, то есть психолог руководствуется в диагностике принципом понимания, врач — принципом объяснения. Таким образом, дифференциация психологического феномена и психопатологического симптома невозможна без понимания существа личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Без анализа субъективного смысла явления для испытуемого мы не можем говорить о том, что умозаключение является верным или ложным. Один и тот же феномен после акта понимания может быть трактован как аутизм или интраверсия, резонерство или демагогия, амбивалентность или нерешительность [5].

Точкой приложения клинико-психологического вмешательства (интервенции) являются когниции, эмоции, поведенческие паттерны, личностные свойства, контакт с которыми осуществляется через сознание человека. Таким образом, сознание является значимым аспектом как предмета, так и метода познания в клинической психологии. Контакт исследователя с испытуемым устанавливается через сознание последнего. Психологическое понимание феномена сознания выделяет формальные и содержательные аспекты его структуры. Акопов Г.В. [2], анализируя отечественные концепции сознания, сформулировал 4 составляющие сознания:

1) биологическая (связанная с процессом эволюции и связывающая человека с органическим миром),
2) психологическая (связанная с обучением, формированием вербального, языкового знания),
3) социальная (связанная с увеличением правил социального существования человека в определенный период истории),
4) сознание индивидуальности, замыкающее контур индивидно-субъектного и личностного сознания в рефлексивно выработанное мировоззренческое сознание, интегрирующее индивидный, субъектный и личностный опыт и возможности.

Структура сознания в схеме В.А. Ганзена включает достаточно полный перечень психических процессов и состояний (рис. 1).

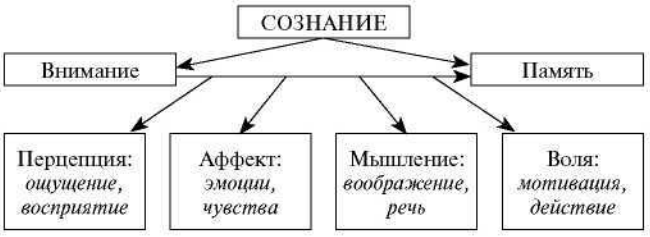

Рис. 1. Структура сознания (по В.А. Ганзену).

[1] Феномен - любое индивидуальное целостное психическое переживание.

[2] Презумпция психической нормальности: «...никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания» или «...никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания».

Таблица 2

Различия в профессиональной деятельности клинического психолога и психиатра

Специальность	Предмет	Сфера/плоскость проф. деятельности	Мишень воздействия	Ведущий метод познания	Ведущий метод воздействия
Психиатрия	Психические болезни и расстройства	Соматическая	Болезнь (звенья этиопатогенеза)	Верификация	Психофармакотерапия Психотерапия Физиотерапия Хирургия
Клиническая психология	Психические расстройства и психическое здоровье	Психическая	Сохранные психические структуры	Интуиция Верифицикация (эмпирическое)	Психодиагностика Психотерапия Психореабилитация Психопрофилактика

В.М. Бехтерев выделял 6 форм сознания, которые определяют также различные степени его содержания:

1) сознание своего существования;
2) сознание своего тела;
3) сознание окружающего пространства;
4) сознание времени;
5) сознание своей личности;
6) сознание своего сознания (самосознание).

В клинической психологии значимой является проблема нарушений сознания. В.Н. Мясищев определял сознание как единство «отражения и отношения», а нарушения сознания — как расстройство сознания, недоразвитие сознания, частное выпадение сознания, сознание, измененное патологическим отношением. В психопатологическом плане он выделял: нарушение ясности, отчетливости отражения в сознании (помрачение сознания, оглушение); сужение сознания; состояние спутанности, аменции, астении, делирия (отражение действительности нарушено вследствие утраты связи психических процессов); заполнение сознания элементами патологически измененного отражения, исключающими адекватную ориентировку в действительности [2].

В случае психопатологии после разграничения сохранных и нарушенных психических структур, клинический психолог работает с сохранными функциями. Задачей клинико-психологического вмешательства при этом должна стать психокоррекция нарушенных функций посредством усиления и дальнейшего развития сохранных структур. Учитывая комплементарность всех рассматриваемых плоскостей, воздействие на категории психической плоскости всегда оказывает опосредованное влияние и на категории соматической и социальной плоскостей (табл. 2).

Таким образом, клинический психолог и психиатр работают в единой сфере — сфере психических расстройств. При этом каждый имеет свой аспект и специфику метода познания и профессионального воздействия на психические феномены и симптомы. Психиатр более ориентирован на болезнь, и точки приложения его профессиональных воздействий находятся в соматической плоскости. Мишенью профессиональных воздействий психиатра являются звенья этиопатогенеза и психопатологический симптом. Клинический психолог работает в психической плоскости, проводя дифференциальный диагноз между психологическим феноменом и психопатологическим симптомом. Точкой приложения его профессионального воздействия являются сохранные психические функции, за счет усиления и коррекции которых происходит восстановление или компенсация нарушенных. В деятельности клинического психолога более выражен профилактический и реабилитационный аспекты, в деятельности психиатра — фармакотерапевтический.

Литература

1. *Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. - М.: Кафедра-М, 1998.*
2. *Акопов Г.В. Проблема сознания в психологии. Отечественная платформа. — Самара, 2002.*
4. *Губачев Ю.М. //Альтернативная медицина. — СПб.: Северо-Западное книжное изд-во, 1994. — С. 25—89.*
5. *Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2002.*
6. *Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология : практ. руководство. — М.: МЕДпресс, 1998.*
7. *Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. — СПб.: Питер, 2002.*
8. *Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. — М.: Инфра-М, 1998.*
9. *Роговин М.С., Залевский Г.В. //Сибирский психологический журнал. — 2001. — № 14-15. — С. 8—12.*
10. *Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2004.*
11. *Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002.*

Поступила в редакцию 13.12.05.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODOLOGICAL ASPECTS OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

N.A. Kravtsova
Vladivostok State Medical University

Summary — The problem of a subject and method of knowledge and intervention of clinical psychology in comparative aspect with a subject and a method of knowledge and intervention of psychiatry is studied. This attempt is undertaken to present schematically the distinctions in the professional work of the clinical psychologist and the psychiatrist.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 2, p. 86-89.