Г.С. Човдырова
Т.С. Клименко

Клиническая психология

Общая часть

Г.С. Човдырова Т.С. Клименко

Клиническая психология

Общая часть

Рекомендовано Учебно-методическим центром «Профессиональный учебник» в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений

ЮНИТИ
UNITY

Закон и право • Москва • 2017

УДК [159.9+616.89](075.8)
ББК 56.14я73-1+88.4я73-1
Ч75

Рецензенты:
доктор психологических наук, профессор *И.Б. Лебедев*
кандидат медицинских наук, доктор юридических наук *Г.Б. Калманов*

Главный редактор издательства *Н.Д. Эриашвили*,
кандидат юридических наук, доктор экономических наук, профессор,
лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники

Човдырова, Гульшат Сулеймановна.

Ч75 Клиническая психология. Общая часть: учеб. пособие / Г.С. Човдырова, Т.С. Клименко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. — 247 с.

I. Клименко, Тимур Станиславович.

ISBN 978-5-238-01746-4

Агентство CIP РГБ

Назначение книги — дать представление о нарушениях течения психических процессов и состояний, изменениях личности и о психогенных расстройствах, о причинах и механизмах их развития; о психологической адаптации, реабилитации и психопрофилактике.

Для студентов юридических вузов. Может быть полезна сотрудникам МВД и МЧС России.

ББК 56.14я73-1+88.4я73-1

ISBN 978-5-238-01746-4

© ИЗДАТЕЛЬСТВО ЮНИТИ-ДАНА, 2010
Принадлежит исключительное право на использование и распространение издания (ФЗ № 94-ФЗ от 21 июля 2005 г.).
Воспроизведение всей книги или любой ее части любыми средствами или в какой-либо форме, в том числе в интернет-сети, запрещается без письменного разрешения издательства.
© Оформление «ЮНИТИ-ДАНА», 2010

Не может быть психической медицины, касающейся только психики, соматический медицины, касающейся только тела, и психосоматической медицины, касающейся в некоторых случаях того и другого. Есть лишь один вид медицины, и вся она психосоматическая.

Э. Берн

Введение

Клиническая психология в России выросла из недр общей и медицинской психологии и психиатрии и в своем развитии не может не учитывать закономерности развития и структуру психики в норме. Безусловно, клиническая психология получила свое развитие на базе клинической психиатрии, терапии, хирургии и других наук и имеет свое практическое применение в клинической медицине. Особенно велико прикладное значение клинической психологии в области невропатологии и психиатрии. Не будет преувеличением, если сказать, что в формировании клинической психологии приняли участие великие психиатры и невропатологи России. Многие из них — С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, А.И. Сербский, Г.И. Россолимо, А.Н. Бернштайн, В.А. Гиляровский и др. — сами были проводниками передовых идей психологической науки и считали, что без знания психологии нельзя изучать психиатрию. Они таким образом избавили клиническую психологию от спекулятивно-беспочвенных, не подтвержденных на практике, наукообразных построений. Это содружество наук поддерживалось такими выдающимися психологами, как Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, П.Я. Гальперин, Л.И. Божович, А.В. Запорожец и др.

В настоящее время, когда жизнь человека все более и более связывается с экстремальными условиями функционирования, экстремальная патопсихология (ЭПП) — еще одна отпочковывающаяся от психологии область знаний, которая не перестает подчиняться в своем развитии ее основным закономерностям. ЭПП относится, без сомнения, к области клинической психологии, которая испытывает на себе влияние пограничной психиатрии. В дальнейшем можно предположить, что грань между этими двумя науками будет размываться все больше и больше в сторону приближения психиатрии к патопсихологии и другим пограничным с ней областям. Это будет связано с тем, что психологи влияют на людей менее устрашающе, они более доступны в общении и растет их популярность как людей, приходящих на помощь в любых кризисных ситуациях и вселяющих оптимизм. Кроме того, психологи завоевали популярность в обществе как специалисты, работающие с людьми, заведомо обладающими нормальной психикой. Однако рост стрессогенных и психогенных пограничных расстройств в обществе заставляет психологов изучать их клинику, чтобы оказывать клиентам адекватную помощь

В данной работе мы ставим знак равенства между понятиями «клиническая психология» и «патопсихология», имея при этом в виду пограничные психосоматопсихические нарушения, так как понятие «клиника» почти всегда связано с развитием соматических или психических отклонений от

нормы. При этом всегда в поле зрения психологов оказываются люди с такими нарушениями, когда человек еще не болен, но уже не здоров.

Предметом клинической психологии (КП) является изучение закономерности изменения психических процессов, состояний и свойств личности и психических образований в процессе социализации в сторону нарушения, движения от нормы к патологии и психологического сопровождения (психодиагностики, психопрофилактики и психокоррекции) этих пограничных нарушений клинико-психологическими методами.

Объектом исследования КП является изменение психических процессов, состояний и свойств личности при развитии различных нарушений в психике и различных органах и системах человека, вызванных экзогенными и эндогенными вредностями, и методы их диагностики и психокоррекции.

Практические задачи, стоящие перед КП, разнообразны и усложняются по мере становления и развития общей психологии и клинической медицины. Учет сдвигов в психическом состоянии личности становится необходимым в последние годы не только в психиатрии и неврологии, но и в терапии, хирургии, онкологии, стоматологии, нейропсихологии и других областях.

В настоящее время задачи психологов в клинике не исчерпываются установлением клинико-психологических признаков нарушений и поисками диагностических критериев. На психолога в клинике и чаще всего в амбулаторных условиях возлагаются задачи психопрофилактики и нелегкой психокоррекционной работы, реабилитации и реадаптации к условиям социума.

Учебное пособие разработано на основе данных, полученных клиническими, экспериментально-психологическими и психофизиологическими исследованиями конкретных клинических нарушений у личного состава МВД России в повседневных напряженных и экстремальных условиях деятельности.

Кроме того, в процессе преподавания курса общей и клинической психологии в стенах Московского университета МВД России автору неоднократно приходилось сталкиваться с необходимостью обучения курсантов и психологов распознаванию пограничных психических нарушений и их психокоррекции. Когда нет правильной оценки актуального психического состояния личности (клинической психодиагностики — комплексного распознавания), не может быть и адекватной психокоррекции.

Желание в какой-то степени решить эти проблемы и побудило автора написать данное пособие, не претендующее на исчерпывающее разрешение существующих диагностических и других проблем в этой области и адресованное студентам образовательных учреждений (курсантам), медикам и психологам, работающим совместно, дополняя и помогая друг другу.

Глава 1

Исторические этапы развития клинической психологии как науки

1.1. Зарождение клинической психологии

Об истории клинической психологии мы можем сказать здесь лишь несколько слов, упомянув важнейшие ее этапы (подробно см.: Bastine, 1990; Pongratz, 1977; Routh, 1994; Walker, 1991; Freedheim, 1992). Некоторые ученые (Urs Baumann, Meinrad Perrez) зарождение научной клинической психологии относят к концу XIX в., когда Вильгельм Вундт основал Институт экспериментальной психологии в Лейпциге. В этом институте наряду с другими обучались и работали те психологи, которые сегодня по праву считаются основателями клинической психологии.

У В. Вундта обучался американец *Лайтнер Уитмер* (1867—1956), который ввел понятие «клиническая психология», после получения ученой степени в Лейпциге он вернулся в США и работал на факультете психологии Пенсильванского университета. В 1896 г. основал первую психологическую клинику при этом университете. В 1907 г. Уитмер учредил журнал «The Psychological Clinic». Понятие «*клиническая*» он взял из медицины, не подразумевая под этим ни медицинскую психологию, ни клинику в смысле места, где занимаются психологической деятельностью, а имея в виду только работу с отдельными конкретными случаями. В 1917 г. несколько специалистов по клинической психологии основали Американскую ассоциацию клинических психологов, которая в 1919 г. вошла в Американскую психологическую ассоциацию как клиническая секция; в результате понятие «клиническая психология» укрепилось и стало определять профессиональный статус, притом что конкретного определения самой клинической психологии еще не было.

Из лаборатории В. Вундта вышел и немецкий психиатр *Эмиль Крепелин* (1856—1926), который уже в 90-е гг. XIX в. пытался применить экспериментальные подходы, используемые в психологии, к решению проблем психиатрии и этим дал мощный

импульс для развития клинической психологии. Э. Крепелин решительно отказался от спекулятивных подходов, бытовавших в то время, и подчеркивал необходимость экспериментальных исследований в психиатрии. Большую роль в развитии клинической психологии, особенно немецкоязычной, сыграл другой медик, а именно *Зигмунд Фрейд* (1856—1939), открыв сферу психотерапии для не-медиков и значительно продвинув вперед психологическую теорию возникновения психических расстройств. Сначала он, как и Э. Крепелин, стоял на естественно-научной позиции, но впоследствии обратился к герменевтическому, понимающему подходу.

Urs Baumann, Meinrad Perrez считают, что Э. Крепелин и З. Фрейд (и тот и другой — медики, а не психологи) дали сильнейший толчок развитию немецкой (и международной) клинической психологии и что эти два имени знаменуют и два различных понимания клинической психологии, которые и по сей день нередко противостоят друг другу как в науке, так и в практике: Э. Крепелин был сторонником эмпирической клинической психологии, а З. Фрейд — приверженцем герменевтического научного подхода, нашедшего наиболее яркое выражение в глубинной психологии.

В первой половине XX в. клиническая психология как наука имела уже следующие разделы и области.

Ученый К. Бине, один из создателей диагностики интеллекта, вопросы клинической психологии стал решать главным образом в сфере психодиагностики. Обе мировые войны значительно продвинули вперед диагностику пригодности к строевой службе, что способствовало постепенному распространению клинической диагностики.

На базе психодинамических подходов З. Фрейда и А. Адлера, а также клинико-психологических разработок Л. Уитмера были созданы консультативные центры (Пенсильвания, 1896; Вена, 1919; Мюнхен, 1922). Психотерапия глубиннопсихологической ориентации стала применяться при психических расстройствах и нарушениях поведения.

В США понятие «клиническая психология» вошло в обиход уже в начале XX в., а в немецкоязычных странах оно появилось только около середины столетия. В 1946 г. Гельпах издал книгу под названием «Клиническая психология»; при этом он понимал под клинической психологией психологию соматических болезней (особенности психики и поведения при соматических заболеваниях). Начиная с 1950-х гг. в немецкоязычных странах

появляются еще книги под названием «Клиническая психология». Так, Е. Штерн в 1950-е гг. выпускает в свет трехтомное пособие по клинической психологии; также выходит учебник по клинической психологии Мейергоффа (см.: Schraml, 1969).

Первыми учебниками по клинической психологии, в которых это понятие соответствует нынешнему представлению и которые обращены к психологам, считаются труды Шрамля (1969, 1970; Schraml & Baumann, 1974, 1975). В этих учебниках вводится новое определение клинической психологии, выраженное через психотерапевтические методы: клиенто-центрированная психотерапия и «поведенческая терапия». Основателем так называемой «разговорной психотерапии» в Америке является Карл Роджерс (см.: Counseling and psychotherapy, 1942).

В Гамбургском университете (Германия) в рамках факультета психологии Р. и А. Тауш в начале 1960-х гг. начинают внедрять «разговорную психотерапию». Благодаря специалистам из США, Англии и ЮАР стремительно развивается поведенческая терапия и начиная с 1960-х гг. оказывает мощное влияние и на практику. С середины 1960-х гг. поведенческая терапия получает распространение и в немецкоязычных странах. Благодаря развитию множества новых психотерапевтических методов акцент в работе клинических психологов переместился с диагностики на терапию и к терапии добавились задачи профилактики и реабилитации.

Далее, с середины 1980-х гг. в странах Запада клиническая психология начинает проникать в сферу соматической медицины. Одновременно там появилось понятие «поведенческая медицина» (*Behavioral medicine*) и тем самым создано поле исследовательской и профессиональной деятельности для клинических психологов.

В России сначала появилось понятие «патопсихология», которая применялась в области диагностики в психиатрии, расширение понятия «клиническая психология» стало происходить в конце 1980-х — начале 1990-х гг., когда появилось множество литературы о различных методах психокоррекции, применяемых уже много лет в странах Запада и Америке. В сфере соматической медицины вакансии клинических психологов появились только в ведущих клиниках и в больших городах. Первый факультет, готовящий клинических психологов, на платной основе появился в Москве только в 2000 г. В поликлиниках г. Москвы до 2009 г. еще не выделены вакансии клинических психологов.

Нынешняя ситуация характеризуется все более четким разделением клинической психологии на частные области, что в дальнейшем ведет к специализации как в науке, так и в практике. Клиническая психология как профессиональная сфера (включая образование, специализацию и повышение квалификации) в России только формируется на стадии получения высшего образования.

По данным *Урс Бауманн*, *Майнрад Пере*, в немецкоязычных странах существует единодушное мнение, что получения степени бакалавра, лиценциата или магистра психологии еще недостаточно для независимой деятельности *с юридической ответственностью*. Поэтому требуется специализация, которая в настоящее время реализуется по т р е м разным моделям.

1. *Специализация по конкретному психотерапевтическому направлению (для клинической психологии — отсутствует)*: приобретаются специфические терапевтические знания в определенном методе психотерапии (например, психоанализ, разговорная психотерапия, поведенческая терапия). В новом законе о психотерапии Германии предписывается комбинация фундаментальных знаний, общих для всех методов, и углубленного изучения отдельных «научно признанных психотерапевтических методов». Закон о психотерапии содержит в конечном итоге специализацию и в плане отдельных методов, и в отношении отдельных специальностей.

2. *Специализация в области конкретных сфер деятельности*: приобретается квалификация для определенных сфер деятельности (например, для лечения патологических влечений, для педагогического консультирования). Эта модель чаще всего представляет собой слишком раннюю специализацию внутри клинической области.

3. *Профильная специализация в клинической психологии (включая психотерапию) или психотерапии*: приобретается квалификация, требуемая для какой-то профессиональной области (например, специализация клинических психологов/психотерапевтов, врачей — специалистов по психиатрии и т.д.). Эта форма обучения в наибольшей мере гарантирует необходимую широту умений, и поэтому ее следует предпочитать двум другим моделям. До сих пор эта модель была реализована 10 представителями в Германии. Существенно то, что специализация происходит в союзе между университетом и практическими учреждениями и имеет связь с академиями психологов Профессионального союза немецких психологов.

В Австрии профильная специализация в клинической психологии или психологии здоровья происходит на основании зако-

на о психологах и связана с наименованием «клинический психолог» или «психолог здоровья».

В Швейцарии профильная специализация в психотерапии, не связанная с отдельным направлением, предлагается для психологов отдельными психологическими институтами при университетах.

Кое-где имеют место также профильные специализации, не специфические для психологии. Так, например, в Швейцарии предлагается междисциплинарная программа специализации в *Public Health*, которую можно закончить получением «Master of Public Health». Эта программа ориентирована на разные профессиональные группы по окончании высшей школы (в том числе на психологов).

В России клиническая психология представлена больше как патопсихология, медицинская психология и психология пограничных психосоматических расстройств (Матвеев В.Ф., 1984; Зейгарник Б.В., 1986; Александровский Ю.А., 1986; Пушкина Т.П., 1996; Карвассарский Б.Д., 2004; и др.).

В настоящее время в нашей стране в государственной системе имеется, на наш взгляд, по социальному положению 2 типа клинических психологов:

1) самостоятельно работающих в различных организациях, которым приходится как диагностировать в какой-то степени состояние личности, так и определять стратегию коррекции состояния и профилактики более глубоких «расстройств», переходящих при определенных условиях в «болезнь» (это системы МВД, МЧС, МО, школы и др.);

2) работающих в системе лечебных учреждений на второстепенных ролях, в качестве прикладников, когда ответственность за качество диагностики и лечения несет врач (больше всего таких психологов в нашей стране в психиатрических больницах), а клиническому психологу не приходится думать о том, что у клиента «болезнь» как нозологическая единица или функциональное временное «расстройство».

1.2. Понятие «расстройство» и вида расстройства (расстройства психические и соматические)

В клинической психологии используются два понятия — «расстройство» и «вид расстройства» (психическое, соматическое), которые можно раскрыть следующим образом.

Расстройство: мы говорим «психические расстройства» вместо «психические болезни» (МКБ-10). Понятие «болезнь»

подразумевает отчасти, что существует некое единство, обладающее специфическим набором симптомов и характером течения. Это определение до известной степени подходит к соматическим нарушениям. При психических же нарушениях подобные соответствия спорны, поэтому представляется целесообразным применять более открытое понятие — психическое расстройство и нарушение психики (часто синдромологическое понятие).

Вид расстройства (психическое, соматическое): клиническая психология занимается в первую очередь психическими расстройствами, так как они более заметны в социуме, однако сюда можно отнести и психические феномены при соматических заболеваниях, так как многие проблемы при психических и соматических расстройствах сопоставимы. При соматических заболеваниях психические феномены часто нельзя не учитывать в рамках этиологии, анализа условий возникновения (например, психические факторы риска при инфаркте миокарда), описаний (например, физические ощущения после ампутации) или вмешательств (например, более эффективное копинг-поведение при нарушениях слуха и зрения).

Условно разделяя «психическое» и «соматическое», мы тем самым подходим к вопросу об основных категориях понимания феномена «болезни» человека через призму разных плоскостей: биологической (соматической), психической (психологической), социальной и природно-экологической. Наличие таких понятий, как психофизиология, психосоматика и т.д., говорит о том, что разные плоскости пересекаются друг с другом, смешиваются и порождают по требованиям времени новые направления науки и новые понятия.

1.3. Спорные положения психосоматических расстройств

Психогенные нарушения

Нарушения, психических процессов, состояний, свойств и образований, возникающие у личности под влиянием эндогенных или экзогенных факторов, могут вызывать следующие физиологические реакции в разных органах и системах организма:

а) в сердечно-сосудистой системе — учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;

б) в дыхательной системе — его задержку, замедление или учащение;

в) в пищеварительной системе — рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;

г) в сексуальной сфере — снижение потенции, ее усиление, слабость эрекции, набухание клитора и секрецию генитальной области, аноргазмию и др.;

д) в костно-мышечной системе — боли, спазмы, мышечное напряжение, дрожание, судороги и т.д.;

е) в вегетативной системе — потливость, гиперемию, побледнение и т.д.;

з) в кроветворной и эндокринной системе — изменения формулы крови и продукции гормонов и в других органах и системах.

Эти реакции обычно носят временный, обратимый характер, но при частом повторении могут перейти в предболезнь и затем в болезнь, у каждой личности поражается наиболее онтогенетически слабое звено в органах и системах, при этом кору головного мозга можно тоже рассматривать как орган ЦНС, продуцирующий сознание. Г. Селье считал, что у каждого человека «где тонко, там и рвется». По-видимому, этим объясняется, что одни личности дают *психогенную реакцию на раздражители, другие — соматогенную.*

В отечественной медицине существуют психические психогенные заболевания, к ним относят: реактивные психозы, неврозы, патохарактерологические формирования личности, психосоматические заболевания. В.А. Гиляровский рассматривал в своих работах связь психического состояния с физическим.

Психогенный компонент играет большую роль в формировании таких заболеваний, как: нервная анорексия, ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, мигрени, бронхиальная астма, язвенный колит, нейродермит и др.

В начале века многие ученые писали о важнейшем значении психогений при возникновении желудочно-кишечных заболеваний. Быстрое распространение и развитие психосоматическая медицина получила в начале XX в. с появлением работ по психоанализу З. Фрейда и его последователей. В это время зарегистрированы миллионы случаев «функциональных» пациентов, соматические жалобы которых не подтверждались объективными исследованиями, а лечение ортодоксальными медикаментозными средствами было неэффективно. Необходима была коррекция аффективных состояний, нарушенных интерперсональных отношений больных, т.е. психотерапия, психологическое консультирование.

Соматогенные нарушения

Нарушения психических процессов, состояний свойств и образований, возникающие в психике под влиянием нарушений в соматической сфере, называют **соматогенными**.

До сих пор отношение к психосоматическим заболеваниям, их происхождению и лечению неоднозначно. Представители психоанализа игнорируют органную патологию, акцентируя внимание на интроспекции, толковании ощущений пациента, исходя из психотравм детского возраста. Неоднозначность и индивидуальность различных направлений в психологии наглядно демонстрируют **инфекционные заболевания**, различные **интоксикации** (алкоголь, наркотики, грибы), которые одновременно могут поражать и психику и сому.

А.И. Введенский и И.П. Павлов считали, что чрезмерные по силе и длительности раздражители изменяют функциональное состояние ЦНС и периферической нервной системы. При этом нарушается условно-рефлекторная деятельность, утрачивается дифференцировка условных рефлексов. В острой форме возможен срыв в сторону возбуждения или торможения.

В то же время многие исследователи настаивают на комплексном подходе к происхождению и лечению этих заболеваний: групповая и индивидуальная психотерапия, трудотерапия, а также фармакологическое лечение.

Связь функциональных соматических нарушений с чувством подавленности, тревоги, тоски, т.е. депрессивными и субдепрессивными состояниями, находят В.Д. Тополянский, М.В. Струковская.

Таким образом, нельзя говорить отдельно о психическом и соматическом аспектах в медицине:

> Не может быть психической медицины, касающейся только психики, соматической медицины, касающейся только тела, и психосоматической медицины, касающейся в некоторых случаях того и другого[1]...

Продолжая эту мысль, можно добавить, что есть еще клиническая психология «и вся она психосоматическая»

1.4. Структура клинической психологии

Клиническую психологию, как и другие дисциплины, можно структурировать двояко: выделить в ней общую часть, характер-

[1] *Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. СПб., 1991.

ную для всех расстройств, и частные аспекты, характерные для конкретных расстройств.

Общие аспекты

Многие симптомы клинической психологии имеют место при самых разных расстройствах, поэтому часто предлагается структурирование, независимое от групп расстройств, связанное с нарушением психических процессов, состояний, свойств и образований, т.е. с тем, что изучает сама психология. Бастин (Bastine, 1990) предлагает следующие аспекты: патопсихология (симптоматология, этиология, прогноз, классификация, эпидемиология); психодиагностика; психологическая интервенция; психосоциальное здравоохранение.

В нашем учебном пособии излагаются следующие общие аспекты: общие основы нарушений (психических процессов, состояний, свойств) патопсихология с точки зрения единого подхода к этиологии психогенности и соматогенности, классификация стрессоров, частичная диагностика, психокоррекция.

Частные аспекты

Параллельно классификации по общим аспектам клиническую психологию можно структурировать по конкретным расстройствам. Если на первом плане стоят психические расстройства, то часто используются классификационные единицы по системам МКБ; если соматические болезни, то мы пользуемся классификацией, принятой в медицине (например, гинекология, кожные болезни), синдромами (например, болевой) или диагнозами (например, рак, сахарный диабет). Структурирование, предпринятое в настоящем учебном пособии, основано не только на общепринятых позициях на основе синдромов или диагнозов (как это сделано в МКБ, *DSM*), но и на основе знаний из других областей психологии (особенно общей психологии). Поэтому мы рассматриваем расстройства с различной степенью разрешения и в двух перспективах — внутри- и межличностной, аналогично Урс Бауману:

- *внутриличностная* — расстройства при нарушении психических процессов, свойств, состояний;
- *межличностная* — расстройства при нарушении функционирования в системе (в сферах деятельности).

1. Во *внутриличностных* на самом первом уровне находятся *расстройства отдельных психических функций* человека. Психические функции можно соотнести в первую очередь с категориями общей психологии (нарушения сознания, мышления, па-

мяти, внимания, восприятия и т.д.; Човдырова Г.С., 2003). Но иногда, если на переднем плане стоят психофизиологические проблемы, имеют значение и физиологические функции (развитие стресса).

2. М*ежличностные* (*интерперсональные*) *системы*, т.е. системы, объединяющие две или более личностей. Эта сфера тесно связана с уже существующими отраслями психологии (педагогическая психология, психология труда и социальная психология), поэтому мы в данном учебном пособии рассматриваем личность в системе психологии труда (деятельности), не касаясь подробно частных патогномоничных психологических изменений, выявляемых только при психодиагностике течения отдельных соматических и психических заболеваний как нозологических единиц.

Объединив общие и частные аспекты расстройств, мы получим двухмерную матрицу клинической психологии. Ориентируясь на *расстройства в целом*, мы выбрали только общий угол зрения, но не отрицаем при этом дифференциальных различий (для отдельных соматических и психических функций и т.д.).

Отдельные виды расстройств мы рассмотрели только с точки зрения возможности работы с ними психолога не в стационарных условиях, а самостоятельно. Конкретно очерченные нозологические формы диагностируются обычно в стационаре, и за них ответственность несет лечащий врач.

1.5. Общее понятие болезни как модели для работы клинического психолога

Понятие «болезнь» — не только описательное понятие. На наш взгляд, оно представляет собой некую общую модель, служащую для того, чтобы определить генез нарушений у человека и тем самым понять эти изменения, чтобы определить, как вести себя по отношению к таким людям и как с ними работать в плане психопрофилактики, психокоррекции и психодиагностики.

Подобные основополагающие модели играют важную роль в науке; Кун (Kuhn, 1972) назвал их парадигмами. Парадигма представляет собой основную модель, по которой выверяется и организуется исследование отдельных проблем. В отечественной медицине такой основной моделью является общая концепция болезни.

Аналогично сказанному, мы составили *модель расстройства*, которая предполагает цепочку причин и следствий: этиология (причины), патогенез (механизм развития), симптоматика, течение, исход.

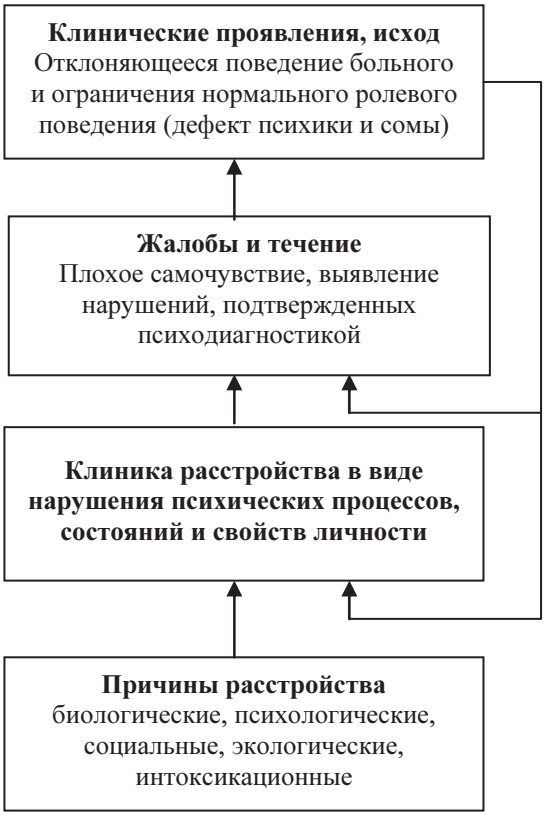


Рис. 1.1. **Общая примерная модель расстройства**

В психологическом разрезе парадигма расстройства в клинической психологии нам представляется в следующем виде: *причины расстройства, клиника расстройства в виде изменения психических процессов, состояния, свойств личности — исход в виде выздоровления или проявления дефекта в виде ограничения ролей личности* (см. рис. 1.1).

В *исследовании* общая модель болезни — это прообраз для создания гипотез, поисковая модель для объяснения отклонений, нуждающихся в таком объяснении (Hafner, 1981).

Если чье-либо состояние было определено как болезнь, то ответственность за этого человека возлагается на систему здравоохранения и врача. И наоборот, если модель болезни и отклоняющиеся от нормы состояния не соответствуют, то ответствен-

ность за такое поведение ложится на другие социальные системы, и в том числе на психолога, педагога и других специалистов. Поэтому вопросы здравоохранения и профессиональные интересы неизбежно связаны с научной дискуссией о сфере значимости модели болезни.

Так, определение психического расстройства по существующим системам классификации, МКБ-10 ВОЗ, опирается на определенные симптоматические моменты:

1) типы поведения не должны превышать статистически установленную частоту (например, при паническом расстройстве — не больше трех панических атак за четыре недели);

2) некоторые сексуальные ориентации, диагностируемые как парафилии (закономерны только в том случае, если от этого страдает сам индивид — субъективная норма — или если он причиняет страдание другим — социальная норма);

3) иные состояния рассматриваются как дисфункциональные и поэтому наносящие ущерб индивиду: нарушение эрекции дисфункционально в плане сексуального удовлетворения или возможности оплодотворения.

Современные системы классификации немало способствовали объективности и надежности клинической постановки диагноза, и этот прогресс не в последнюю очередь заключается в том, что статистические, функциональные и социальные нормы четко определены для каждого отдельного психического расстройства.

В соответствии с этим Беккер (Becker, 1982. S. 282) дает следующее определение: «Под "душевным здоровьем" мы понимаем набор всех тех психических качеств (то есть относительно стабильных характеристик эмоций и поведения), которые... снижают вероятность возникновения психического заболевания».

Модель болезни в психиатрии и психоанализе

Muck, (1974. S. 12) выразился таким образом:

> В дополнение к уже известным вирусам, бактериям, генам, рентгеновским лучам, ядам и т.д. психоанализ открыл еще одну причину: ставший бессознательным конфликт.

З. Фрейд был основателем психоанализа.

Кроме психоанализа концепцию душевной болезни поддерживали и гуманитарно-феноменологические направления психиатрии. Согласно этой концепции «психическая болезнь» означает болезненно измененную психику. Карл Ясперс (1883—1969) считал, что путь к пониманию этих изменений

лежит главным образом через сферу переживаний больного. По мнению Degkwitz, Hoffmann & Kindt (1982), на этом основании ничего нельзя сказать о причинах и генезе психических болезней, высказывания могут относиться только к психопатологии, т.е. к описанию и классификации психических болезней. Поэтому диагностические единицы уже не являются, как у Э. Крепелина, этиологически обоснованными — для разграничения единиц используется первичное нарушение, первичный дефект, который видят в психической сфере независимо от того, обусловлен он психическими, социальными или соматическими причинами.

Психологические концепции расстройства

Психологи предпочли иначе подойти к нарушенному и отклоняющемуся от нормы поведению и переживанию и искали психологические причины. В США начиная с рубежа веков для исследований в этом направлении укоренилось понятие *abnormal psychology*.

В немецкоязычных странах Гуго Мюнстерберг (Мьnsterberg, 1912) предложил понятие «патопсихология». Отличие его от психиатрического понятия «психопатология» заключается в том, что здесь предполагается континуум между нормальными и патологическими психическими процессами. Психические расстройства представляют собой лишь «ускорения или торможения нормального психического процесса», при этом наличие дефекта не предполагается. Исходя из этой предпосылки в патопсихологии вполне оправданно применение тех же методов исследования и постулируются принципиально те же закономерности, что и в «нормальной» психологии.

После доминирования в течение нескольких десятилетий глубиннопсихологических подходов в 1950-е гг. эти принципы широко осуществились в клинической психологии. Сначала для объяснения и лечения психических расстройств были привлечены методы и результаты фундаментальных исследований психологии научения: *возникла поведенческая терапия*. Благодаря психологии научения Скиннера появилось и иное понимание психических расстройств: отклонения поведения не являются следствием дефекта в самой личности, они — результат прямого воздействия неблагоприятных условий окружающей среды, регулирующих поведение (Ullmann & Krasner, 1969). Айзенком (Eysenck & Rachman, 1967. S. 20) сведение различных жалоб и отклонений к какому-то типичному дефекту или болезни было тоже отвергнуто: «Нет невроза, лежащего в основе симптома, а есть только сам

симптом». Schulte (1996) считал, что причины и поддерживающие условия симптомов или отклонений поведения следует искать в конкретных обстоятельствах конкретного же случая.

В соответствии с этим развивались также новые терапевтические методы, в первую очередь направленные на изменение процесса когнитивной переработки. Всем этим подходам свойственно то, что предметом анализа (и соответственно терапии) являются, как правило, *не нозологические единицы сами по себе, а отдельные функции и структуры, регулирующие поведение и перерабатывающие информацию.* Согласно этим подходам не человек является больным, а конкретный тип поведения и конкретные психические функции обнаруживают экстремальные отклонения, которые в данном случае расцениваются обществом и самой личностью как анормальные и нуждающиеся в изменении.

Социально-научные концепции расстройств

Hoffmann (1982), Sullivan (1953), Kiesler (1982) считают, что социальные условия являются не только причинами индивидуальных расстройств, но сами представляют собой «истинное расстройство». Нарушение заключается в социальной системе (семье), в интеракции, коммуникации и отношениях членов системы между собой. Отклонения у отдельных лиц — это только следствие или выражение этого социального, неиндивидуального «базисного нарушения».

Гуманистические концепции расстройства

Urs Baumann, Meinrad Perrez (1996) считают, что представители так называемой гуманистической психологии не столько искали альтернативы к концепции болезни, сколько игнорировали эту концепцию. Расстройства ничем не различаются между собой ни в принципиальном их понимании, ни относительно условий возникновения, ни в отношении терапии. Они даже считали, что здоровый и больной принципиально ничем не отличаются друг от друга.

Основатель этого подхода — образ человека в гуманистической психологии. К. Роджерс (Rogers, 1951, 1973) говорит об основополагающем, непрерывном процессе становления и самоактуализации. Если бы этот процесс не нарушался, в результате получилась бы некая *fully functioning person* — полностью функционирующая личность. Однако процесс самореализации у всех людей блокируется или нарушается влияниями извне, и разница заключается лишь в степени этих нарушений.

Ф. Перлз (Pearls, 1969, 1974), основатель гештальттерапии, тоже принимает за основу общий для всех процесс физического и

психического развития. При этом условия окружающей среды в различной мере мешают всем людям удовлетворять определенные потребности или изживать аффекты. Эти неудовлетворенные или незавершенные потребности и аффекты Ф. Перлз рассматривает как «незакрытые гештальты», которые воздействуют подобно чужеродным телам и приводят к различным нарушениям функций.

Таким образом, психические расстройства — это расстройства физического или психического развития (Bьnte-Ludwig, 1984).

По мнению Bastine (1984), ни один человек не достигает идеального состояния зрелой или полностью функционирующей личности, а значит, нет принципиального, качественного различия между психически здоровым и психически больным. Люди различаются только по степени их возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Способы проявления этих, в принципе одинаковых, трудностей при решении жизненных проблем различны, но это несущественно для терапии; терапевты не особенно принимают их во внимание и не делают предметом диагностики и терапии.

В последние годы в разговорной психотерапии развивались подходы, которые постулируют специфическое оформление основной модели К. Роджерса для отдельных видов расстройств (Finke, 1994; Speierer, 1994). При этом основные положения К. Роджерса отчасти упраздняются и вместо них разрабатываются новые модели, ориентирующиеся на конкретное расстройство, например модель психосоматических болезней (Sachse, 1995; Atrops & Sachse, 1994).

Генотипические проявления болезней

Дефект может лежать в физической сфере, скажем в нервной системе. Соответствующие психические расстройства можно тогда понимать как следствия соматических болезней предков, но дефект может изначально находиться и в психической сфере, в виде приобретенного в процессе научения «ошибочного программирования» психических процессов (*мутации*).

Urs Baumann, Meinrad Perrez считают, что ошибки в процессах, перерабатывающих информацию и регулирующих поведение, можно принципиально доказать в психологическом исследовании, а в медицине исследуются соответствующие особенности нейронной и биохимической передачи информации, скажем, *сдвиги в работе нейротрансмиттеров*. В этом случае отклонения поведения можно равным образом описать и как «ошибки программы», и как «ошибки в неврологически-биохимической передаче информации»; дефект может быть описан и проанали-

зирован и как психологический, и как медицинский. Понятие *«нарушение поведения»* было бы вполне уместным для таких «ошибочных программирований». Если понимать такие нарушения программ только как временные реакции на чрезмерные требования системы, то понятия «реакция на кризис» или «дезадаптация» представляются очень точными.

Фенотипическое проявление болезней

Когда о поведении говорят, что оно неадекватное, неадаптивное, нарушенное или девиантное, виной тому не обязательно ошибочное программирование. В этом случае, как говорят Urs Baumann, Meinrad Perrez, всю окружающую среду, регулирующую поведение, следовало бы назвать неподходящей, невыгодной, нарушенной или болезненной. В пример можно привести социальное поведение, адаптированное к нормам какой-то экстремальной социальной подгруппы (спецназа, ОМОН и др., скажем, молодежной группировки), адаптацию к нарушенной семье (алкоголиков, наркоманов) или адекватное реагирование на экстремальное ситуативное подкрепление (недостаток или избыток), например, в условиях боевых действий или госпитализации. Во всех этих случаях может иметь место такое поведение, которое «нормальное» социальное окружение назовет «ненормальным» и «нуждающимся в изменении», притом что в индивиде отсутствует какой бы то ни был дефект; здесь было бы уместно использовать понятие «*отклоняющееся поведение*», которое может быть началом формирования фенотипических проявлений болезни психики или соматики.

Можно выделить различные типы психосоматических расстройств, когда в основе наблюдаемых отклонений от нормы лежат расстройства, расположенные *в разных плоскостях, внутри и вне индивида*. Это нарушения в организме и нервной системе, нарушения психики, т.е. программы, которые перерабатывают информацию и регулируют поведение, а также лежащие в их основе процессы биохимической передачи информации или нарушения в окружающей среде. Во многих случаях нарушения различного типа сочетаются, так как каждое из них оказывает воздействие на поведение и таким образом может повлиять на другое нарушение за счет наличия внутренних и внешних связей.

В отечественной литературе эти расстройства рассматриваются Ю.А. Александровским как «социальные».

Заканчивая данную главу, можно предположить, что в дальнейшем клиническая психология в России еще будет развивать-

ся, совершенствуя парадигму психосоматического расстройства. На наш взгляд, рассмотренные выше взгляды и концепции имеют право на жизнь и, более того, создают разнообразие для практического психолога при выборе методов «интервенции».

Таким образом, «психосоматическое расстройство» желательно рассматривать как главное понятие, которое охватывает различные виды расстройств, включая болезни в узком смысле этого слова. В соответствии с этим клиническому психологу систему подхода к отклоняющемуся поведению личности необходимо рассматривать в рамках не «болезни», а «психосоматического расстройства». При этом основным профессиональным интересом клинического психолога является *диагностика нарушений протекания психических процессов, состояний, свойств и образований в процессе социализации личности*, а затем уже подбор методов психокоррекции, реабилитации и реадаптации наряду с другими специалистами.

Контрольные вопросы к первой главе

1. Что является объектом изучения клинической психологии?
(1) Психические расстройства
(2) Соматические расстройства
(3) Психосоматические расстройства

2. В каком направлении клинической психологии основной механизм расстройства исходит из нарушения целостных образов?
(1) Психоанализ
(2) Поведенческая психология
(3) Гештальтпсихология
(4) Гуманистическая психология

3. Какое направление клинической психологии сводит расстройство психики к нарушению поведения?
(1) Психоанализ
(2) Бихевиоризм
(3) Гештальтпсихология

4. Из каких основных составляющих строится модель расстройства в клинической психологии?
(1) Причины, клиника, течение, исход
(2) Характер, темперамент, поведение
(3) Эмоции, конфликты, фенотип

Ответы на контрольные вопросы к первой главе: 1(3); 2(3); 3(2); 4(1).

Глава 2

Расстройства эмоциональной и познавательной функций центральной нервной системы

2.1. Нарушение сознания и влечений

Нарушения сознания как научная проблема — наименее разработанная область психологии и медицины. Не рассматривая вопроса о сознании в общефилософском аспекте, в данной работе коснемся его лишь в том аспекте, который затрагивает клинику. Сознание у человека закладывается генетически в процессе эволюции и развивается в процессе взаимодействия человека с внешней средой. Это можно подтвердить на примере развития ребенка, который при рождении кричит, двигается, открывает и закрывает глаза, ест, опорожняется, но при этом видимые признаки сознания у него отсутствуют. Оно постепенно начинает проявляться в процессе его роста и общения с внешним миром. Мозг ребенка, как и все его другие органы, развивается постепенно и в процессе развития продуцирует сознание, как и желудок — желудочный сок для переваривания пищи. Но сознание устроено более сложно и динамично, складывается из множества невидимых факторов, формирующих постепенно психику человека в целом, выражая его через речь, память, внимание, восприятие, ощущение и др., — психические процессы, которые нельзя пощупать и увидеть материально, как желудочный сок.

Головной мозг состоит из мозгового ствола, мозжечка и двух полушарий, в которые входят кора и подкорковые структуры (обонятельный мозг и базальные ганглии). Но, как известно, центральная нервная система (ЦНС) состоит из спинного и головного мозга.

Кора головного мозга — самое позднее в эволюционном развитии и высшее в функциональном отношении образование нервной системы. Кора покрывает мозг со всех сторон, она имеет множество борозд и извилин, что позволяет ей занимать

большую поверхность. На срезе она своим серым цветом отличается от белого вещества мозга, состоящего из нервных волокон. Серый цвет коре придают образующие ее нервные клетки. Каждое полушарие состоит из четырех долей: лобной, височной, теменной и затылочной. Кора осуществляет анализ и синтез сигналов, поступающих из внешнего мира и внутренней среды организма. В коре имеются проекционные и ассоциативные зоны. Проекционные зоны связаны с нейронами подкорковых центров. Ассоциативные зоны не имеют непосредственной связи с подкорковыми центрами, но связаны двусторонней временной связью с проекционными центрами. Именно они играют важную роль в осуществлении высшей нервной деятельности.

Важным является вопрос о функциональной локализации в коре больших полушарий. Основу современного учения о локализации функций заложил французский врач Брока, открывший в 1861 г. моторный центр речи. Через четверть века Г. Вернике обнаружил центр понимания речи.

Проблему локализации нельзя понимать слишком упрощенно, будто найденные области сами по себе ответственны за то или иное психическое явление, сами, без участия других отделов ЦНС, выполняют эту функцию. Любая функция является результатом целостной работы мозга. Сложные психические процессы реализуются совместной деятельностью целой системы органов, т.е. сложной функциональной системой. Даже относительно простое произвольное движение реализуется сложной функциональной системой, включающей целый комплекс как чувствительных (афферентных), так и двигательных (эфферентных) импульсов.

Принципы функциональной организации работы ЦНС были разработаны А.Р. Лурия. Согласно его концепции, в ЦНС выделяется три основных блока, каждый из которых выполняет свои функции в организации психической деятельности.

Первый блок — блок тонуса коры, или энергетический блок, в его состав входят образования верхних отделов ствола мозга, ретикулярной формации и древней лимбической коры. Основная функция этого блока — поддержание тонуса коры, обеспечение и поддержание внимания, отбора импульсов. Он оказывает постоянное активирующее влияние на кору больших полушарий. Основными источниками активации является приток импульсов из внешней среды и их активирующее влияние, распространяющееся через неспецифическую проводящую систему. Нарушения функционирования этого блока ведут к изменению