Исторические и методологические аспекты становления взаимосвязи медицины и психологии

**1. История становления взаимосвязи медицины и психологии**

**1.1 Клиническая психология как результат взаимопроникновения медицины и психологии**

Располагаясь на границе между медициной и психологией, новая наука то и дело прибивалась то к одному, то к другому берегу реки под названием «человекознание». Ради справедливости следует отметить, что до настоящего времени месторасположение клинической психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.

Точкой отсчета зарождения клинической психологии можно считать призыв медиков «лечить не болезнь, но больного». Именно с того времени начало происходит взаимопроникновение психологии и медицины. Вначале клиническая психология, которую активно разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение отклонений интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадаптивных и делинквентных форм поведения. Однако впоследствии сфера интересов клинической психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями.

Термин «клиническая психология» происходит от греческого kline, что обозначает постель, больничную койку. В современной психологии, как правило, термины «клиническая» и «медицинская» психологии используются как синонимы. Учитывая данный факт, в дальнейшем изложении мы будем использовать лишь один из них. Однако учтем существующую традицию медиков обозначать эту область знаний «медицинской психологией», а психологов - «клинической психологией».

Клиническая (медицинская) психология - наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний.

В соответствии с традициями в клиническую психологию включаются следующие разделы: психология больного, психология лечебного взаимодействия, норма и патология психической деятельности, патопсихология, психология индивидуальных различий, возрастная клиническая психология, семейная клиническая психология, психология девиантного поведения, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия, неврозология, психосоматическая медицина.

Методы исследований психических особенностей соматически больных клиническая психология заимствует у психодиагностики и общей психологии; оценку адекватности или девиантности поведения человека у психиатрии, психологии развития и возрастной психологии. Изучение клинической психологии невозможно без медицинских знаний, в частности, из области неврологии, нейрохирургии и смежных дисциплин. Психосоматический раздел клинической психологии зиждется на научных представлениях из таких областей как: психотерапия, вегетология, валеология.

**1.2 Зарождения и становления клинической психологии**

Идея о связи тела и души, соматических и психических процессов - одна из древнейших в медицине. На протяжении всей своей истории медицина испытывала потребность в использовании психологических воздействий на больных людей. Опытные врачи знали об этой связи и использовали ее в лечебной практике. Уже при первобытно-общинном строе колдуны и шаманы использовали психологическое воздействие для изменения телесного состояния. В античной медицине было сказано о трех типах лечения: ноже, траве и слове. Влияние «психического» фактора на возникновение, течение и лечение болезни учитывалось всегда лучшими представителями медицинской науки, например, наш великий хирург Пирогов писал, что даже огнестрельные раны быстрее заживают на теле бодрого, веселого оптимиста.

Во второй половине ХIX в. - до появления психологических лабораторий и какое-то время наряду с ними - эмпирические исследования психологической тематики проводились врачами-психиатрами. Научная психология (опытная) началась с клинических исследований патологии, «исключительности» и медиумических явлений: сюда относились болезнь и состояния, вызванные гипнозом или наркотиками, всякого рода «обманы» и «извращения» чувствительности (галлюцинации, иллюзии, синестезии), феномены раздвоения личности, ясновидение, чтение мыслей и др., Аномальное состояние психики, вызванное болезнью, гипнозом или наркотическими веществами, рассматривалось как своего рода «природный эксперимент». Основоположниками подобных исследований были французские психиатры и психологи; ее идеологию разработали Т. Рибо и И. Тэн.

Исследованием «исключительных случаев» - таких, например, как уникальные способности, - занимался А. Бине. С этой целью он изучал творчество знаменитых, драматургов, память выдающихся шахматистов и профессиональных счетчиков-престидижитаторов, а также интеллект ребенка (т.е. интеллект развивающийся, а значит, еще «ненормальный»). В этих работах он делает, в частности, вывод о том, что единых психических способностей - единой памяти, мышления, воли - не существует. Так, есть множество видов памяти: непосредственная, как у визуализирующих числа феноменальных счетчиков, основанная на тренировке, как у показывающих практически те же результаты профессиональных престидижитаторов, и т.д. [11, с. 38].

Душевная болезнь и искусственно вызванные патологические состояния позволяли «выключать» одни психические функции, обнажая работу других. Гипноз призван был выполнять роль «психологической вивисекции» (по выражению А. Бониса) - метода, позволяющего выделять и изучать высшие функции (память, волю), исследовать личность.

Таким образом, значительная доля психологических исследований выпадала на долю психиатров, которые экспериментировали с сознанием и бессознательным, с высшими процессами: памятью, личностью, волей. Перед лицом таких методов только что появившийся лабораторный эксперимент еще должен был доказать свою результативность и в особенности приложимость к высшим психическим процессам. На этой волне начавшиеся во Франции клинические исследования пересекли национальные границы; нашли они отклик и в России.

Естественно, что первыми в России клиническую психологию взяли на вооружение психиатры, которые были хорошо знакомы с французской психиатрией: это знакомство начиналось еще на студенческой скамье с чтения работ Ж.-М. Шарко и других французских исследователей. Постоянным издателем работ французских психиатров (Ж.-М. Шарко, Ш. Рише и других) в России был профессор психиатрии Харьковского университета П.И. Ковалевский (1849-1923) - автор одного из первых на русском языке трудов по патопсихологии («Основы механизма душевной деятельности». Харьков, 1885).

Патопсихологические исследования вели С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, В.М. Бехтерев, В.Ф. Чиж и другие психиатры. И.А. Сикорский (1845-1918), профессор психиатрии университета Св. Владимира в Киеве, принимал участие в издании «Интернационального трактата по патологической психологии» (1908), также в числе его интересов была так называемая объективная психология, под которой он понимал составление полного перечня физиологических, мимических, поведенческих признаков психических состояний.

В 1890 г. посмертно вышла книга врача петербургской больницы Св. Николая - В.Х. Кандинского (1849-1889) «О псевдогаллюцинациях». Прекрасно зная французские работы на эту тему, он выступил с критикой теории психиатра Ж. Байярже. Ему удалось значительно продвинуться в популярной тогда теме «ошибочных восприятий», проведя различение между живыми образами, псевдогаллюцинациями и истинными галлюцинациями.

В последней четверти 19 в. психиатрия в России стала самостоятельной дисциплиной: кафедры психиатрии с клиниками существовали в большинстве университетов; в это же время земства получили право требовать от правительства создания новых мест для психически больных и открытия новых психиатрических лечебниц. Институционализация психиатрии была достигнута благодаря героическим усилиям первых русских психиатров - И.М. Балинского, И.П. Мержеевского, А.Я. Кожевникова, П.И. Ковалевского, А.У. Фрезе, С.С. Корсакова и других, которым пришлось вести сложные «социальные переговоры», убеждая власть и общество в необходимости расширения и гуманизации психиатрической помощи, в проведении соответствующих научных исследований.

Новое поколение психиатров могло больше времени уделять научной работе. Исследования в психиатрических больницах приобрели большое распространение. Многие психиатры придавали большое значение сближению психологии и психиатрии. В 1876 г. И.М. Сеченов писал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую называл своей «лебединой песней». Он писал о психологии: «Наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно как физиология лежит в основе патологии тела». В 1904 г. В.М. Бехтерев пишет о возникновении новой отрасли психологической науки. Психологическая система В.М. Бехтерева по существу порывала с традиционным функционализмом. Вместо изучения отдельных психических функций предлагалось экспериментально исследовать различные виды деятельности, показывающие, как больным производятся оживление впечатлений из разных периодов жизни, знакомой и незнакомой обстановки; оценка зрительных или слуховых впечатлений, определение сходства и различия между объектами и т.п.

С.С. Корсаков (1854-1900), один из основоположников московской школы психиатрии, учился по «Лекциям по вторникам» Ж.-М. Шарко, которые использовались в качестве учебного пособия уже в начале 1870-х гг.

Корсаков сам занимался патопсихологическими исследованиями: в 1889 г. С.С. Корсаков представил на конгресс по психиатрии в Париже работу по полиневритическому психозу, где не только описал симптомы выделенной им болезни, в числе которых - потеря памяти на недавние события, но и предложил гипотезу о механизме памяти (эта публикация на французском языке получила название «Медико-психологическое изучение одного вида памяти»).

Психиатрическая клиника Московского университета, которой он руководил, была вторым центром, в котором развивалась клиническая психология. С 1889 г. С.С. Корсаков на свои средства стал приобретать для нее психологические приборы. В этой клинике была организована с 1895 г. вторая в России психологическая лаборатория, первым директором которой стал А.А. Токарский (1859-1901).

Преемником рано умершего А.А. Токарского по лаборатории стал А.Н. Бернштейн (1870-1922), ординатор, а затем ассистент Московской психиатрической клиники. Здесь он начал работы по психологической диагностике душевных болезней, которые продолжил, став директором Центрального полицейского приемного покоя для душевнобольных в Москве (1902). А.Н. Бернштейн был приверженцем нозологического направления, популярного благодаря работам Э. Крепелина. Нозологическая классификация душевных болезней - по их этиологии, течению и исходу, а не по сопровождающим их симптомам, - сменила прежнюю симптоматологию. По замыслу Э. Крепелина, у каждой «нозологической единицы» должна быть своя психологическая картина; психиатрам поэтому следовало найти «чисто формальные нарушения душевной деятельности», психологические «формулы для точной клинической диагностики» [9 с. 59].

Итак, связи психологии с медициной в нашей стране стали оформляться около 100 лет назад. Первые в России психологические лаборатории были устроены в психиатрических клиниках. Там проводились как клинические, так и для лабораторные (в вундтовском смысле слова) исследования. Многие психиатры, например С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, А.И. Сербский, Г.И. Россолимо, А.Н. Бернштейн, В.А. Гиляровский, были членами психологических научных обществ, редакторами психологических журналов и т.п. В дальнейшем, именно на психоневрологических съездах, прозвучали первые доклады советских психологов, выступавших за построение марксистской психологии.

Развитие клинической психологии после 1917 г. шло в русле общего развития психологии: попыток поставить ее на фундамент марксистско-ленинской философии.

Большую роль в становлении клинической психологии как науки сыграли идеи Л.С. Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурия, П.Я. Гальпериным, Л.И. Божович, А.В. Запорожцем и др.

Л.С. Выготский высказал положения, что: мозг человека располагает иными принципами организации функций, нежели мозг животного; развитие высших психических функций не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно в результате обучения, воспитания, общения и присвоения опыта человечества; поражение одних и тех же зон коры имеет разное значение на разных этапах психического развития [5, с. 264].

Эти положения, являющиеся по сути общепсихологическими, легли в основу основных направлений клинической психологии: патопсихология использовала их для разработки проблемы распада психики при психических заболеваниях, а нейропсихология - для проблемы локализации ВПФ.

Формально патопсихология и нейропсихология возникли в 40-х гг. В годы Великой Отечественной войны клинические психологи включились в восстановительную работу. Предметом исследований становятся нарушения психической деятельности, вызванные травмами головного мозга, и их восстановление. Эти направления «привязаны» к различным клиникам, глубоко внедрены в практику, у них различные задачи.

**1.3 Приоритетность и масштабность взаимосвязи психологии и медицины**

В современном мире значение психологии в медицине усиливается рядом факторов:

) В частности, тенденцией самой медицины к дифференциации многочисленных областей, к частной специализации сужению врачебной профилизации наряду с нарастающей «технизацией». Это требует усиления противоположных интегрирующих, центрирующих тенденций решающую роль в этом играет клиническая психология, вносящая «личностный» подход как в индивидуальное сознание врачей, так в теорию и практику всей медицины.

) Влияние «психического фактора» на возникновение, течение, лечение болезней учитывалось лучшими представителями медицинской науки. Сейчас идеология современной медицины эволюционирует: появляются тенденции к ее гуманизации. Министерством здравоохранения издан ряд приказов, вводящих в штатное расписание лечебных учреждений разного профиля должности психологов. Речь идет обо всех психиатрических и наркологических стационарах, о восстановительных стационарах общесоматического профиля, о восстановительных отделениях городских поликлиник общего профиля, в психиатрических диспансерах и в логотерапевтической службе.

) Наряду с этим значение психологии для медицины в современном мире возрастает в связи с изменением природного и социального окружения человека: возрастает неопределенность в перспективах общественной и индивидуальной судьбы, ослаблена социальная поддержка государства, поэтому резко усиливается воздействие на психическое и физическое здоровье психоэмоциональных стрессовых факторов.

) Успехи медицины привели к тому, что увеличилось количество людей, которым удалось спасти жизнь, т.е. увеличивается количество инвалидов, нуждающихся в психологической, социальной, трудовой реабилитации [3, с. 137].

**2. Методологические проблемы взаимодействия медицины и психологии**

**2.1 Норма и патология, здоровье и болезнь в системе оценки состоянии человека в медицине и психологии**

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека. Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь.

Норма - это термин, в который может вкладываться два основных содержания. Первое - статистическое содержание нормы: это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который свойственен большинству людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. В этом аспекте норма представляется некоторым объективно существующим явлением. Статистическая норма определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов - это статистически нормально.

Второе - оценочное содержание нормы: нормой считается некоторый идеальный образец состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния «совершенства», к которому должны в той или иной мере стремиться все люди. В этом аспекте норма выступает в качестве идеальной нормы - субъективного, произвольно устанавливаемого норматива, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т.п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным. Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора нормативной группы - людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (например, врачи-психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как патология. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов «патологическая личность» или «патологическое развитие личности»).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе.

Оригинальное значение древнегреческого слова patos, от которого и происходит термин «патология», - это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Например, для специфических проявлений сексуальных предпочтений, требующих клинико-психологического вмешательства, сейчас используются термины «эгодистонический» и «эгосинтонический». Эгодистонический тип проявления характеризуется выраженным беспокойством по поводу своих предпочтений, наличие которых вызывает у человека страдание и желание их изменить. Эгосинтонический тип проявления характеризуется восприятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Соответственно, «патологическим» признается только такое сексуальное предпочтение, которое доставляет человеку эмоциональный дискомфорт и поэтому отвергается им. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения.

Наконец, в термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина «расстройство», ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

Определение психического расстройства опирается на три базовых критерия:

) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На социальном уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний здоровья и болезни [16, с. 21].

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;

) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;

) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;

) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;

) критичность к себе и к результатам своей деятельности;

) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;

) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;

) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т.е. как особый случай здоровья.

В определении болезни существуют две точки зрения: 1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом; 2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния). Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

В современной медицине существует две модели болезни: биомедицинская и биопсихосоциальная. Биомедицинская модель болезни существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

) теория возбудителя;

) концепция трех взаимодействующих сущностей - «хозяина», «агента» и окружения;

) клеточная концепция;

) механистическая концепция, согласно которой человек - это прежде всего тело, а его болезнь - поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции общего адаптационного синдрома Г. Селье. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин маладаптация (от лат. malum + adaptum - зло + приспособление - хроническая болезнь) - длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы [22, с. 38].

Биопсихосоциальная модель болезни возникла в конце 70-х гг. XX в. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.

В основе этой модели лежит диада «диатез - стресс», где диатез - это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс - психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание [18, с. 215].

В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни. Это субъективное состояние обусловлено следующими психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье. В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией - неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое нуждается в изменении («имеется потребность в лечении»). Так как состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, не способного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, болезнь всегда оказывается связанной с ролью больного и ограничениями ролевого (социального) поведения. С этим феноменом оказывается связанным интересный социально-психологический факт, когда простое навешивание «ярлыка» «больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья. В результате такого «лейбелинга» (англ. labeling - навешивание ярлыка) порой малозначительное отклонение от какой-либо нормы (благодаря социальному и информационному давлению со стороны окружения и специалистов, поставивших «диагноз») превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, а окружающие с ним соответственно обращаются, признавая его только в этой роли и отказывая признавать за ним исполнение роли здорового. Из факта лейбелинга можно сделать далеко идущий вывод о том, что в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не проистекают из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений.

Следовательно, помимо доминирующего в клинической психологии конструкта болезни («комплекс биопсихосоциальных причин - внутренний дефект - картина - следствия») имеются и другие - альтернативные - конструкты болезни. Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как выражение нарушенных процессов в системе социального взаимодействия. Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как крайнюю степень выраженности отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов. В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие задержки естественного процесса личностного роста (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы. Альтернативные модели болезни ставят под сомнение само наличие дефекта, вызывающего плохое самочувствие. Фактически они делают конструкт болезни лишенным привычного смысла, поскольку социальное окружение может назвать «ненормальным» и «нуждающимся в изменении» любое индивидуальное отклонение в психике и поведении личности, даже если отсутствует какой-либо явный дефект в биологических механизмах, реализующих эту психическую деятельность или поведение. Следует признать, что для многих психических болезней и поведенческих нарушений установлена только корреляционная, а не причинно-следственная связь между наблюдаемыми признаками расстройства и изменениями в морфо-функциональной основе. При этом часто упускается из виду, что сходные изменения морфо-функциональной основы могут быть обнаружены и у практически здоровых лиц. Правда, в этом случае сторонники доминирующего конструкта болезни постулируют так называемый «до-болезненный» характер нарушений или «латентное» течение заболевания. Однако тогда мы рискуем максимально сузить понятие здоровья до несуществующей абстракции. Такой подход в клинической практике получил название «нозоцентричного» (т.е. центрированного на болезни) [18, с. 251].

Перечисленные проблемы, связанные с употреблением понятия болезни, привели к тому, что сегодня более предпочтительным становится термин «психические, личностные и поведенческие расстройства», который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова.

**2.2 Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов**

Простое наблюдение обнаруженных изменений в психической деятельности или поведении и оценка их как нарушений еще не является основанием трактовать их в терминах расстройства или болезни. Внешне психологические феномены (индивидуально-личностные особенности функционирования) и психопатологические симптомы имеют значительное сходство. Как, например, разграничить подозрения в измене, которые являются следствием чувства ревности в качестве психологической реакции на ситуации общения и взаимодействия супругов, и бред ревности, который также проявляется в подобных подозрениях? Или как разграничить а) поведение человека, борющегося за справедливость, соблюдение прав людей и законов; б) сутяжничество, которое заключается в стремлении получать удовольствие от процесса споров, тяжбы, конфликтов ради самого принципа, а не ради результата и в) бред отношения, который заключается в том, что окружающие негативно относятся к человеку и все время хотят нанести ему вред, что проявляется в естественном стремлении защититься от враждебного окружения через обращение в суд? Без анализа социальной среды, особенностей личностного развития и личностных факторов (переживания, мотивация и т.п.) поведения разграничить психологические и психопатологические феномены практически невозможно.

Наиболее удачное решение этой проблемы было предложено К. Ясперсом в начале XX в [26, с. 64]. Опираясь на феноменологическую философию Э. Гуссерля, он предложил использовать феноменологический подход в клинической практике. Любое психическое состояние К. Ясперс рассматривал как феномен, т.е. как целостное переживание текущего момента, в котором можно выделить два неразрывно связанных между собой аспекта: сознание окружающего мира (предметное сознание) и сознание себя (самосознание). Поэтому у врача и психолога есть два пути оценки психического состояния пациента, оба из которых являются исключительно субъективными:

а) представление себя на месте другого (вчувствование, достигаемое через перечисление ряда внешних признаков психического состояния);

б) рассмотрение условий, в которых эти признаки оказываются связанными между собой в определенной последовательности.

Для разграничения психологических феноменов и психопатологических процессов важно обнаружить логику, по которой пациентом строятся причинно-следственные связи в предметном сознании (как он видит реальность) и между предметным сознанием и самосознанием (что считает необходимым делать в так понимаемой реальности). Из этого указания К. Ясперса Куртом Шнайдером был выведен первый принцип разграничения [26, с. 68].

Психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым.

Доказательство строится на основе общепринятых законов логики (закон тождества, закон достаточного основания, закон исключенного третьего) с применением критерия достоверности (убедительности) и вероятности (с применением рассуждения по аналогии). При таком подходе существенным в доказательстве будет не нелепость утверждения, а распределение спектра вероятности правильного умозаключения пациента на основании имеющихся фактов и социокультурных условий. Согласно принципу К. Шнайдера, всегда необходимо сравнивать две логики: внешнюю логику поведения пациента и логику объяснения этого поведения самим пациентом. Тогда перед психологом ставится одна задача: доказать, на основании каких признаков он признает субъективную логику пациента идущей вразрез с внешней логикой объяснения поведения.

Одной из наиболее широко применяемых для разрешения этой задачи является модель дедуктивно-логических объяснений событий. Нормальное объяснение событий должно удовлетворять так называемым условиям адекватности:

аргументы (основания, на которые опирается психолог или пациент), объясняющие состояние и поведение пациента, должны быть логически корректны (т.е. не должны нарушать формальных законов логики);

события, описываемые пациентом, должны иметь эмпирическое содержание (или быть вероятными событиями при определенных допустимых обстоятельствах; степень вероятности в клинической психологии часто определяется по принципу аналогии - событие тем вероятнее, чем больше сходства видит психолог в том, о чем рассказывает пациент, с тем, что бывает с большинством других людей, а также с тем, что ему уже известно о рассказываемых вещах);

утверждения пациента должны быть убедительно доказаны.

Как видно из характеристики условий адекватности, в клинической практике трудно найти людей, утверждения которых могли бы удовлетворять последнему требованию - убедительности. Кроме того, серьезным ограничением является указание на то, что оценка адекватности привязана к наличному знанию о каких-то вещах, поскольку знание часто является неполным и постоянно изменяемым, конструируемым (т.е. ситуативно-условным, а не абсолютным).

**Заключение**

В системе современного научного знания проблема человека (а точнее, класс проблем) все более выдвигается на передний план, снизанный с перспективами развития этой системы. Система научных знаний о законах развития человека, его истинных потенциалах и ресурсах необходима для общественного развития не в меньшей мере, чем знания о законах развития природы и общества.

Идея о связи тела и души, соматических и психических процессов - одна из древнейших в медицине. На протяжении всей своей истории медицина испытывала потребность в использовании психологических воздействий на больных людей.

Представления о психических заболеваниях встречаются еще в фольклоре и легендах, в мифических древних сказаниях. В основе их лежит мысль о том, что эти заболевания являются следствием овладения духа человека нечистой силой, бесом и т.п. Понятие о душевной болезни как одержимости человека демоном или бесом (демонология), зародившееся в глубокой древности, дожило до нашего времени. Вопрос о природе психики и психических болезней привлекал внимание ученых еще древнего мира, главным образом философов. Мы встречаемся с представлением о связи психических явлений с мозгом у Алкмеона, с зачатком гуморализма в понимании связи психики и тела у Гиппократа. Но ученые древности не могли преодолеть основной тенденции отщепления душевных болезней от всей области медицины.

В мрачный период средневековья особенно отчетливо господствовало демонологическое понимание безумия как формы сочетания болезни с одержимостью дьяволом. В XVI в. Душевную болезнь стали рассматривать как результат изменения мозга под влиянием каких-то токсических веществ. Mercurial (1536-1606) принадлежит мысль о том, что меланхолия, наступающая чаще от соматических причин, может возникать и под влиянием несчастий. Он же отмечал при этом роль тяжелых условий и дурного обращения в детстве, уродующих человеческий характер.

В 20 в. нашла яркое выражение борьба идеалистического и материалистического направлений в медицине. Представители первого направления получили название «психиков», второго - «соматиков». Борьба психиков и соматиков закончилась победой соматиков, признанием естествознания единственной основой медицины. Однако первоначально это была победа механистического материализма. В отличие от «соматиков» «психики» усиленно пропагандировали, изобретали и применяли терапию, якобы положительно воздействующую на психику больного и формирующую у него дисциплинированность и уважение к авторитету медицинского персонала.

Развитие естествознания сопровождалось значительными успехами в нейрофизиологии. Крупнейший физиолог второй половины XIX в. И.М. Сеченов осветил психические явления с точки зрения рефлекторной теории и явился не только основателем отечественной нейрофизиологии, но и основателем материалистической психологии.

Среди проблем взаимодействия медицины и психологии актуальными в настоящее время являются следующие: проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов и система оценки состоянии человека в медицине и психологии.

Решение первой группы проблем привело к появлению ряда новых терминов с целью разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов. В рамках решения второй группы проблем разработаны и широко применяются новые методы и методики системы оценки состоянии человека, в числе которых модель дедуктивно-логических объяснений событий.

В заключение, следует отметить, что психология, в том числе клиническая психология, оказывает огромное влияние на развитие теории и практики психиатрии, неврологии, нейрохирургии, внутренних болезней и других медицинских дисциплин.

**Список литературы**

психология медицина патология болезнь

1. Алейникова Т.В. Возрастная психофизиология. - Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы. - М.: Наука, 1978.

. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. - М., 1967.

. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение. - М.: Прогресс, 1988.

. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. - М.: Педагогика, 1983.

. Задачи современной психологии. - www.azps.ru

. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1976.

. Декарт Р. Страсти души // Декарт Р. Соч.: В 2 т. Т. 1. - М.: Мысль, 1989.

. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. - Л., 1982.

10. Катков А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях (теоретические, организационные и экономические аспекты): Дис. … док. мед. наук. М., 1999. 279 с.

11. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002.

. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага, 1983.

. Леонтьев А.Н. Очерк развития психики // Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. Т. 1. - М.: Педагогика, 1983.

. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. - М.: Наука, 1984. - С. 11-24.

. Лурия А.Р. Эволюционное введение в психологию. - М., 1975.

. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - М.: МЕДпресс, 1999.

17. Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н. Эпоха и этнос: Проблемы здоровья личности. Чебоксары, 2004. 268 с.

18. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с.

. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. - М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.

. Психогенетика / И.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко. под ред. И.В. Равич-Щербо. - М.: Аспект-Пресс, 2002.

. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2 т. Т. 1. - М.: Педагогика, 1989.

. Селье Г. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1979.

. Судаков К.В. Теория функциональных систем. - М.: Изд-во РАН, 1996.