МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Інститут соціальних наук та самоврядування

КОНТРОЛЬНА РОБОТА

З дисципліни: Клінічна психологія

Тема: «Клінічні прояви психічної норми та патології»

Київ

Зміст

Введення

Принципи розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів

Діагностичні принципи-альтернативи

Висновок

Використана література

Введення

Визначення поняття " норма"(психічна норма) найбільш складне і суперечливе. Напевно, правильніше говорити про патологію і хворобу, чим шукати чітке визначення норми. У широкому і вузькому сенсі застосовуються поняття " норма", " здоров'я", а також " патологія" і " хвороба". Поняття " здоров'я" ширше, ніж поняття " норма"; останнє припускає лише ідеальний стан оптимального функціонування. "Патологія" не завжди означає " хворобу"(наприклад, полідактилія), оскільки здоров'я не виключає патологію, що не досягає міри захворювання. Звичайно, в таких випадках доречніше говорити про "практичне здоров'я".

Нині в психології все ще не існує єдиного уявлення про норму. Одним з провідних джерел запозичень в психології є понятійний апарат медицини, зокрема, психіатрії. У психіатрії поняття " норми" традиційно існує у вигляді дихотомії "норма - патологія".

Важливим імпульсом до розвитку поняття " норма" послужили соціально-психологічні методи вивчення людської психіки, в результаті було з'ясовано, що зміст понять " норма" і " патологія" залежить від культури, в умовах якої живе людина.

Підходів до розуміння норми і ненорми дуже багато, тому для вирішення певних завдань, психолог повинен вибирати необхідний підхід до норми.

В даній роботі розлянемо клінічні прояви норми і патології, на прикладі принципу Курта Шнайдера та феноменологічному підході. А також на різноманітних діагностичних принципах-альтернатив.

Принципи розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів

Однією з найбільш значимих теоретичних і практичних проблем сучасної клінічної психології є діагностична. Суть її полягає у виробленні об'єктивних і достовірних критеріїв діагностики психічних станів людини і кваліфікації їх як психологічних феноменів або психопатологічних симптомів. Проблема носить як об'єктивний, так і суб'єктивний характер. Об'єктивність виражається в небажанні психіатрів допускати до діагностичного процесу психологів унаслідок "схильності психологів до психологізації процесу діагностики, тобто пояснення механізмів прояву і появи феноменів з суто психологічної позиції і недообліку біологічних складових хвороби". При усій уявній об'єктивності висуненої тези фактично він суб'єктивний. Оскільки діагностичний процес - це процес розрізнення норми і патології, симптому і ознаки. Для об’єктивізації цього процесу не обійтися лише медичними знаннями, що націленими на патологію і не спираються на варіації норми. Об'єктивні ж складнощі діагностичного процесу обумовлені, в першу чергу, методологічним аспектом[1].

Нині виділяється декілька засадничих принципів розмежування психологічних феноменів і психопатологічних феноменів, що базуються на феноменологічному підході до оцінки норми і патології.

Принцип Курта Шнайдера свідчить: "У зв'язку з можливістю повної феноменологічної схожості психічною хворобою(психопатологічним симптомів) визнається лише те, що може бути такий доведено". Звернемо увагу на здавалося б екзотичне для клінічної психології і психіатрії слово " доведено". Про які докази може йтися? Існує лише один спосіб доказу(не менш об'єктивний, чим в інших науках). Це докази за допомогою законів логіки - науки про закони правильного мислення, або науки про закони, яким підкоряється правильне мислення[2].

Разом з критерієм доведеності(достовірності), вводимо ще один критерій з області логіки - критерій вірогідності. За визначенням вірогідність, що виражається одиницею, є достовірність. Для аналізу також потрібне знання і такого логічного феномену як аналогія. Аналогією називається висновок, в якому від схожості двох речей у відомому числі властивостей ми робимо висновок до схожості і інших властивостей. Наприклад, наступний висновок може бути названий висновком аналогічно: "Марс схожий на Землю в частині своїх властивостей - Марс має атмосферу з хмарами і туманами, схожими із земними, Марс має моря, що відрізняються від суші зеленуватим кольором і полярні країни, покриті снігом, - звідси можна зробити укладення, що Марс схожий на Землю і в інших властивостях, наприклад, що він подібно до Землі населений"[3].

Доказ наявності психічного розладу згідно з принципом Курта Шнайдера базується на "двох логіках": оцінці логіки поведінки і пояснення цієї поведінки випробовуваним і логіці доказу. У доказі зазвичай розрізняють тезу, аргумент і форму доказу. У області клінічної психіатрії це виглядає так: теза - що обстежується психічно хворий, аргумент(аргументи) - приміром, "його мислення алогічне, є марення", форма доказу - доводиться, чому його мислення діагност вважає алогічним, на підставі яких критеріїв висловлювання ми можемо розцінювати як маячні і так далі.

Ще одним принципом, який наслідує наукова діагностична доктрина, є принцип "презумпції психічної нормальності". Суть його полягає в тому, що ніхто не може бути визнаним психічно хворим до того, як поставлений діагноз захворювання або ніхто не зобов'язаний доводити відсутність у себе психічного захворювання. Відповідно до цього принципу людина спочатку для усіх є психічно здоровою, поки не доведене осоружне, і ніхто не має права вимагати від нього підтвердження цього очевидного факту.

Основним принципами діагностики, що претендує на науковість своїх поглядів, на сьогодні можна рахувати феноменологічні принципи. У сфері діагностики психічних розладів феноменологічний переворот вчинив на початку XX століття відомий німецький психіатр і психолог Карл Ясперс. Базуючись на філософській концепції феноменологічної філософії і психології Гуссерля, він запропонував принципово новий підхід до аналізу психіатричних симптомів і синдромів[4].

У основі феноменологічної підходу в психіатрії і клінічній психології лежить поняття " феномену". Феноменом можна означати будь-яке індивідуальне цілісне психічне переживання. Для К.Ясперса феноменологія була емпіричним актом, що утворюється завдяки повідомленням хворих. Саме тому він так високо цінував детальні історії хвороби - їх розширення, що дозволяло б глибше проникнути у внутрішній світ хворого.

У пропонованому К. Ясперсом методі опис вимагав, окрім систематичних категорій, вдалих формулювань і контрастующих порівнянь, виявлення спорідненості феноменів, їх порядку дотримання або їх появи на непрохідних відстанях, і мало своїм завданням наочно представляти психічні стани, що переживаються хворими, розглядати їх споріднені співвідношення, як можна строгіше обмежувати їх, розрізняти і визначати їх в часі. Оскільки ми ніколи не в змозі безпосередньо сприймати чуже психічне так само, як і фізичне, могло йтися, на думку К.Ясперса, лише про представлення, вчувствованії, розумінні, досяжних за допомогою перерахування ряду зовнішніх ознак психічного стану і умов, при яких воно виникає, чуттєвого наочного порівняння і символізування, за допомогою різновиду зображення сугестії[5].

Феноменологічний підхід в діагностиці, на відміну від ортодоксального і деяких інших(приміром, психоаналітичного), використовує принципи розуміючої, а не пояснюючої психології. Переживання людини розглядається багатовимірно, а не тлумачиться(як це прийнято в ортодоксальній психіатрії) однозначно. За одним і тим же переживанням може ховатися як психологічно зрозуміла феномен-ознака, так і психопатологічний симптом. Для феноменологічно орієнтованого діагноста не існує однозначно патологічних психічних переживань. Кожне з них може відноситися як до нормальних, так і до аномальних. Якщо у рамках ортодоксальної психіатрії питання норми-патології трактується довільно на базі співвідношення власного розуміння витоків поведінки людини з нормами суспільства, в якому той мешкає, то в при використанні феноменологічного підходу істотне значення для діагностики має суб'єктивні переживання і їх трактування самою людиною(те, що представники першого напряму позначили б "психологи-заторством"). Діагност же стежить лише за логічністю цих пояснень, а не трактує їх самостійно залежно від власних пристрастей, симпатій або антипатій і навіть ідеологічних пріоритетів.

Для наближення теорії феноменологічної психології до повсякденної практики виділимо і прокоментуємо чотири основних її принципу.

Принцип розуміння, як вже згадувалося вище, використовується як протиставлення принципу пояснення, широко представленому в ортодоксальній психіатрії і грунтованому на критерії зрозумілості або незрозумілості для нас(сторонніх спостерігачів) поведінки людини, його здатності поступати правильно і виключати безглузді висловлювання і дії. У рамках феноменологічного підходу критерій зрозумілості переходить в русло розуміння і згоди діагноста з логічним трактуванням власних переживань і реакцій на них.

Принцип розуміння дозволяє нам відокремити психологічні феномени від психопатологічних симптомів, а в деяких випадках і постаратися їх протиставити чисто лінгвістично. Один і той же феномен після акту розуміння, вчувствованіє може бути нами названий або аутизмом, або интраверсієй, резонерствуванням або демагогією, амбівалентністю або нерішучістю і так далі

Наступним феноменологічним принципом є принцип " епосі", або принцип того, що утримується від судження. У діагностичному плані його можна було б модифікувати в принцип того, що утримується від передчасного судження. Його суть полягає в тому, що в період феноменологічного дослідження необхідно відволіктися, абстрагуватися від симптоматичного мислення, не намагатися укладати спостережувані феномени в рамки нозології, а намагатися лише вчувствоваться[6].

Два наступні принципи феноменологічного підходу до діагностики можуть бути позначені як принцип безсторонності і точності опису, а також принцип контекстуальності. Принцип безсторонності і точності опису клінічного феномену полягає у вимозі виключити будь-які особові(властиві діагностові) суб'єктивні стосунки, спрямовані на висловлювання обстежуваного, уникнути суб'єктивної їх переробки на підставі власного життєвого досвіду, морально-моральних установок і інших оцінних категорій. Точність опису вимагає ретельності в підборі слів і термінів для опису стану спостережуваної людини. Особливо важливим в описі стає контекстуалъність спостережуваного феномену, тобто його опис в контексті часу і простору - створення своєобразних "фігури і фону". Принцип контекстуалъності має на увазі, що феномен не існує ізольовано, а є частиною загального сприйняття і розуміння людиною навколишнього світу і самого себе. В цьому відношенні контекстуальність дозволяє визначити місце і міру усвідомлення феномену, що проводиться людиною[7].

Діагностичні принципи-альтернативи

Внаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу розроблений набір принципів-альтернатив. У його основі закладені принципи феноменологічного підходу в психології і психіатрії - кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини(феномен) повинне розглядатися як багатозначне, дозволяючи розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно і апріорі зараховані до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними[8].

Можна виділити декілька подібних принципи-альтернатив: хвороба-особа, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенно-ендогенно-психогенне, дефект-одуження-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, негативне-позитивне, компенсація-декомпенсація, фаза-напад-епізод, ремісія-рецидив-інтермісія, тотальністъ-парціалъністъ, типовість-атиповість, патогенне-патопластичне, симуляція-дисимуляція-агравація.

Перераховані принципи-альтернативи сприяють обгрунтуванню багатовимірного підходу до оцінки психічного стану людини замість примітивній одновимірній оцінці в координатах хворо-здоровий(нормальний-ненормальний). Приміром, пацієнт, що переніс напад шизофренії, в одновимірній системі координат має бути визнаний або хворим або здоровим. Але на практиці саме питання не може бути поставлене так однозначно. У багатовимірній системі координат оцінка стану пацієнта, що переніс шизофренічний напад, складатиметься з інших категорій. Стан "відсутності активних симптомів шизофренії" може бути позначений як одна з альтернативних характеристик "дефект-одуження-хроніфікація", "ремісія-рецидив-интермісія", "адаптація-дезадаптація", "компенсація-декомпенсація" і "позитивне-негативне".

Чи можна назвати дефект здоров'ям, або його вірніше віднести до хворобливих проявів? Для діагноста так питання не формулюється, оскільки він не може мати однозначної відповіді. Дефект і є дефект. Також як і втім інші вищеперелічені параметри, наприклад, негативна симптоматика.

Далі будуть приведені найбільш відомі діагностичні принципи-альтернативи і проаналізовані клінічні параметри, що дозволяють робити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінки психічної діяльності.

Хвороба-особа клінічний психічний норма патологія

Принцип "хвороба-особа" є засадничою в діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або спостережуваний феномен є психопатологічним симптомом(ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особових особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційної для його етносу, культурної або релігійної групи стереотипу поведінки.

Особливо яскраво альтернатива "хвороба-особа" може бути продемонстрована на прикладі такого феномену як переконаність в чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи марення-світогляд, марення-забобон. Як відомо, марення - цей неправдивий висновок непіддатливе корекції і що виникає на хворобливій основі. Проте, так поширене визначення марення натрапляє на серйозні складнощі при проведенні диференціації між маренням і іншими ідеями, судженнями, висновками, непіддатливими корекції.

Сучасна психіатрія, намагаючись обійти подібний риф на шляху діагностики, ввела нове визначення марення. Марення - це неправдива, непохитна упевненість в чому-небудь, незважаючи на безперечні і очевидні докази і свідоцтва осоружного, якщо ця упевненість не властива іншим членам цієї культури або субкультури.

Особливо складною є диференціація у рамках альтернативи "марення-забобон". Основним опорним пунктом в даному випадку також повинен стати етнокультуральний підхід. Якщо конкретний забобон типовий для цього мікросоціуму, то переконаність не може стати основою для діагностики психопатологічного симптому. Необхідно буде шукати інші психічні феномени і доводити їх психопатологічний характер. Т.е. для того, щоб з високою вірогідністю віднести переконаність в чому-небудь до маячних ідей необхідно оцінити її(переконаність) як унікальне і суб'єктивне явище, що не знаходить аналогів в субкультурі аналізованої людини[9].

Нозос-патос

Принцип-альтернатива "нозос-патос" дозволяє трактувати будь-який психологічний феномен в системі координат, хвороби(нозос), що використовує поняття, і патології(патос). Під першим в психіатрії мають на увазі хворобливий процес, динамічне, поточне утворення; під другим - патологічний стан, стійкі зміни, результат патологічних процесів або прочуханок, відхилення розвитку.

Спостережуваний діагностом психологічний феномен відповідно до цього принципу повинен трактуватися або як що має нозологічну специфічність, що має хворобливий механізм виникнення і розвитку, що має тенденцію до змін, прогредієнтності, еволюції або регресу; або як патологічне утворення, не схильне до якихось істотних трансформацій, не має етіологічних чинників і патогенетичних механізмів в медичному сенсі цих термінів, а також що має властивості стійкості, резистентності, стабільності.

Нозос і патос є крайніми(патологічними) варіантами різних по своє суті процесів або спектрів. Так, нозос розташовується в спектрі здоров'я-хвороба, а патос в спектрі норма-патологія. При цьому у рамках кожного з них різняться складові частини спектру.

Приведені спектри відрізняються один від одного як окремими етапами, так і характером взаємовідносин між ними. На думку Ю.С.Савенко, спектр норма-патологія носить характер континууму, спостерігаються плавні переходи від одного стану до іншого. В той час, як спектр здоров'я-хвороба не є континуумом і можна відмітити ступенеобразність переходів. Внаслідок цього, з позиції феноменологічного підходу, перехід між непсихотичним і психотичним етапами носить якісний(стрибкоподібний) характер, внаслідок чого "вчувствовання в психоз" неможливо.

До нозосу відносять хворобливі процеси і стани, такі як шизофренія, біполярне афективне розлади(устар. - маніакально-депресивний психоз), інволюційні, судинні, інфекційні і інші психози; до патосу - в першу чергу, розлади особи(устар. - психопатія), дефектні стани, аномалії розвитку.

Реакція-стан-розвиток

Альтернатива "реакція-стан-розвиток" є одним з важливих при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дозволяє ввести в цей аналіз параметри стимулу і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінка психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або неконгруєнтності приведених параметрів. Цей принцип-альтернатива, також як інші, дозволяють використати багатовимірний підхід, що дозволяє коректно підійти до відповіді на багато діагностичних питань.

Психотичне-непсихотичне

Це альтернативне розділення є традиційним для психіатрії і вважається одним із засадничих принципів, що мають значення як для теорії, так і для практики. Воно визначає тактику і стратегію психіатричного дійства, диктує вибір методів терапевтичного впливу, обгрунтовує застосування тих або інших профілактичних і реабілітаційних заходів.

Принцип "психотичне-непсихотичне" оцінює такий психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину і вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значимих сторін діяльності людини.

Психоз, за визначенням фон Фейхтершдебена, цей психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності зазвичай до асоціальної поведінки і грубим порушенням критики.

Під непсихотичним рівнем розуміються симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою, адекватною оцінкою навколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття і фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка знаходиться у рамках соціально прийнятих норм.

Виходячи з дефініцій рівнів психічних розладів, до психотичного рівня зараховуються такі симптоми і синдроми, як галюцинації, маячні ідеї, розлади свідомості, ментизм, шперрунг, розірвана і незв'язність мислення, амбівалентність, аутизм і інші. До непсихотичного - астенічний, фобічний синдроми, розлади уваги і ін.

Особливі складнощі виникають при аналізі рівня негативних психічних розладів(аутизму, абулії, деменції, змінах особи і деяких інших).

Пов'язано це, з одного боку, з малою теоретичною розробленістю характеру самосвідомості і повноти критичної оцінки при них, з іншою, їх негативними психопатологічними властивостями. У зв'язку з цими непереборними на справжньому етапі розвитку психіатрії перешкодами, нами були запропоновано, разом з психотичним і непсихотичним рівнями психічних розладів, виділити третій рівень, умовно позначений дефіцитарним(В.Д.Менделевич). На нашу думку, в нього слід включати багато негативних психічних розладів.

Екзогенно-ендогенно-психогенне

Принцип-альтерантива "екзогенно-ендогенно-психогенне" відноситься, в першу чергу, до психопатологічних феноменів, оскільки він відбиває тип психічного реагування на рівні патології і не може використовуватися при аналізі психологічних феноменів.

Розробка цього принципу грунтована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені і верифіцировані етиопатогенетичні механізми. На підставі досліджень Бонгхоффера, Мейєра і Мебиуса, проведених в кінці минулого століття, було визначено, що деякі симптоми і синдроми можуть виникати переважно одним з трьох вищезгаданих етиопатогенетичних шляхів - екзогенним, ендогенним або психогенним.

Екзогенний тип психічного реагування є психічними реакціями, стану і розвитку, що виникають внаслідок органічних уражень головного мозку. Під органічними причинами в психіатрії прийнято розуміти будь-які нефункціональні(непсихогені) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них відносяться черепомозкові травми, судинні і інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації.

До психогенного типу психічного реагування відносять психічні реакції, стану і розвитку, причини яких криються в психотравмуючому впливі життєвих подій. Будь-яка подія, конфлікт, фрустрація або життєва ситуація можуть викликати розлад, який відноситься до психогенного типу.

Під ендогенним типом психічного реагування мають на увазі психічні реакції, стану і розвитку, викликані внутрішніми(ендогенними), наслідувано-конституціанальними причинами.

Деякі психопатологічні синдроми не укладаються ні в один з трьох типів психічного реагування, що традиційно виділяються. Внаслідок чого, нами запропоновано виділяти, разом з екзогенним, психогенним і ендогенним, особовий тип психічного реагування. У нього слід включати, в першу чергу, істеричний і іпохондричний симптомокомплекси, а також деякі симптоми однозначно соціального звучання(наприклад, копролалія, клептоманія, піроманія і деякі інші).

Дефект-одуження-хроніфікація

Принцип-альтернатива "дефект-одуження-хроніфікація" дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень.

Дефектом в психіатрії прийнято означати тривале і безповоротне порушення будь-якої психічної функції(наприклад, "когнітивний дефект"), загального розвитку психічних здібностей("розумовий дефект") або характерного образу мислення, відчуття і поведінки, що становить окрему особу. Дефект, в такому контексті, може бути природженим або придбаним. Проте, як правило, термін дефект нині в психіатричній науці і практиці вживається по відношенню до придбаних психічних розладів і обумовлений перенесеним психічним захворюванням. Приміром, "шизофренічним дефектом" називаються стійкі стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, що виникли після зникнення гострих психотичних проявів.

Найбільш суттєвою характеристикою дефекту виступають саме негативні розлади, оскільки в резидуальному періоді психозу або інших психічних розладів можлива поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад психопатизації, і тоді стан позначатиметься не дефектом, а змінами особи.

Протилежністю дефекту виступають одужання тобто повне відновлення втрачених на час психічного захворювання психологічний функцій або хроніфікація психічних розладів, коли в клінічній картині хвороби продовжують переважати продуктивні(позитивні) психопатологічні симптоми і синдроми.

Адаптація-дезадаптація, компенсація-декомпенсація

Принципи-альтернативи "адаптація-дезадаптація" і "компенсація-декомпенсація" дають можливість розглядати психічні розлади у зв'язку з їх впливом на соціально-психологічні функції. Вони дозволяють оцінювати міру того, що упоралося з наявними порушеннями, що дозволяє визначати тактику психіатричної дії і вибір методів терапії і профілактики.

Адаптація - це процес пристосування організму або особи до умов, що змінюються, і вимог довкілля.

Компенсація - стан повного або часткового відшкодування(заміщення) порушених у зв'язку з хворобою психічних функцій.

Два приведені параметри близькі по суті, але мають деякі відмінні риси. Так, при адаптації відбувається як би " упокорювання" з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного відношення до наявних розладів, "мирне співіснування" з психопатологічними симптомами. При компенсації відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особи і організму, тобто не упокорювання(як при адаптації), а активне подолання.

Негативне-позитивне

Альтернативне ділення психопатологічних симптомів на негативні і позитивні, прийняте в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати спостережуваний стан як активний хворобливий процес, хроніфікацію захворювання або як стійкі і не схильні надалі змінюватися дефект і зміна особи.

До позитивних(продуктивним, плюс) симптомів в психіатрії зараховують ті психопатологічні прояви, які є хворобливою " надбудовою" над здоровими психологічними Властивостями. Патологічні симптоми і синдроми як би " плюсуються", додаються до того, що у людини вже існує.

Негативні(дефицитарні, мінус) симптоми - це психопатологічні феномени, що відповідають випаданню тих або інших психічних процесів. В даному випадку до здорових прояву психічної діяльності не додається нічого нового, а лише усувається, віддаляється те, що було людині властиво до хвороби. По-іншому ці симптоми називають симптомами " обкрадання" - хвороба краде нормальні функції.

Якщо до позитивних можна віднести більшість відомих і яскравих психопатологічних симптомокомплексів, то негативні розлади представлені лише декількома, менш яскравими в порівнянні з позитивними симптомами і синдромами. До останніх відносяться аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особи і деякі інші [10].

Висновок

В даній роботі було розібрані клінічні прояви психічної норми та патології. Принципи розмежування психологічних феноменів і психопатологічних симптомів, на прикладі принципу Курта Шнайдера та феноменологічного підходу, а також різноманітні діагностичні принципи альтернативи такі як : хвороба-особа, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенно-ендогенно-психогенне, дефект-одуження-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, негативне-позитивне, компенсація-декомпенсація, фаза-напад-епізод, ремісія-рецидив-інтермісія, тотальністъ-парціалъністъ, типовість-атиповість, патогенне-патопластичне, симуляція-дисимуляція-агравація.

Наведені вище закони і принципи дозволяють стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів(діагностика) в клінічній психології і психіатрії будується не на суб'єктивній основі, коли вважається, що "кожну людину можна визнати психічнохворою, просто треба його привести на прийом до психіатра", а базується на строго об'єктивних наукових критеріях, що дозволяють при їх коректному, умілому і чесному використанні пізнати істину.

Використана література

1. В.Д. Менделевич: Клиническая и медицинская психология, изд-во: МЕДпресс-информ, 2005 г.

. Б.Д. Карвасарский: Клиническая психология: учебник для ВУЗов, 2004г.

. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. - М.:Медицина, 1994.

. Карвасарский Б. Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990. - 573 с.

. Исаев Д. Н. Психосоматические и соматопсихические расстройства детей. - Л., 1990.

. Лэнг Р. Д. Расколотое “Я”. - СПб, 1995.

. Патохарактерологические исследования у подростков / Под ред.

А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. - Л., 1981.

. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1972.

. Селье Г. На уровне целостного организма. -М.: Наука, 1972. -123с.

. Ясперс К. Общая психопатология. - М.: Практика. - 1997.