

Г. В. ЛАГОНДА

Беларусь, Брест, Брестский областной ИРО

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В АЛГОРИТМЕ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА И ПСИХОТЕРАПЕВТА

Сферы профессиональной деятельности психотерапевтов и клинических психологов в значительной степени различаются. Очевидно, что психолог не в праве назначать медикаменты, а психотерапевт не станет заниматься обработкой результатов психодиагностического теста. Подобных отличий много, и речь в данной публикации не о них.

Речь пойдет о специфике того вида профессиональной деятельности, где в равной степени должны быть компетентны обе категории специалистов психотерапии. Хотя в отечественной медицине оспаривается право психологов заниматься психотерапией, в мировой практике это право под сомнение не ставится. Да и в отечественных медицинских учреждениях психоневрологического профиля то, что называется психокоррекционной работой клинических психологов, по сути является психотерапией.

Таким образом, психотерапией (при наличии соответствующей подготовки) вправе заниматься обе обсуждаемые категории специалистов. Но вот подход к осуществлению данного вида профессиональной деятельности у них, как правило, существенно отличается.

Психотерапевты, будучи специалистами с высшим медицинским образованием, практикуют, руководствуясь алгоритмом «болезнь → лечение». Любой врач, работая с пациентом, должен поставить последнему диагноз и, исходя из этого диагноза, назначить лечение. Психотерапевт обязан поступать именно таким образом. И здесь, на наш взгляд, кроется ряд факторов, затрудняющих психотерапию.

Первое, на что необходимо обратить внимание, это стигматизация пациента. Любой диагноз помещает человека, которому он поставлен, в социальную позицию «больной». Соответственно при диагностировании у индивида психического (пусть и невротического) расстройства ему автоматически присваивается ярлык «психически больной». Конечно, в профессиональном общении используется смягчающий ситуацию термин «пациент», но это мало что меняет в самовосприятии и в социальной перцепции. На этих уровнях срабатывает ассоциативная цепочка, переводящая человека в стигматизированную группу «психически больных», что вряд ли способствует восстановлению психического здоровья. Более того, многие люди опасаются обращаться на прием к любому специалисту, чья

профессия в своем названии содержит корень «психо-», поскольку опасаются и стигматизации, и последствий попадания «на учет».

Вторая затрудняющая психотерапию особенность алгоритма «болезнь → лечение» – это привязанность к международной классификации болезней (МКБ). Врач обязан при постановке диагноза использовать исключительно формулировки МКБ. Однако если не все, то большинство психотерапевтических подходов создавалось без привязки к этой классификации, которая меняется каждое десятилетие. Здесь возникает некоторый когнитивный диссонанс у самого психотерапевта. Медикаментозное лечение он назначает исходя из медицинского диагноза и соответствующего ему протокола, а психотерапию осуществляет на основании психологического диагноза, вытекающего из теоретических оснований того психотерапевтического метода, который он практикует. К сказанному можно добавить, что МКБ не охватывает всю широту проблем, которые решаются с помощью психотерапии. Яркий пример – супружеская психотерапия, запрос на которую постоянно растет.

Есть еще один фактор, затрудняющий психотерапию при работе по принципу «болезнь → лечение». При таком подходе единоличным экспертом в работе с пациентом является врач. В работе психиатра, имеющего дело в основном с психотической патологией, а значит, со сниженной критикой восприятия реальности у пациента, такой подход в общем обоснован. Но при лечении невротических расстройств (чем занимается психотерапевт) это становится барьером для работы. Оставляя в стороне проблему ятрогении и диагностических ошибок, заметим, что психотерапия требует усилий со стороны пациента. Он не будет их прикладывать, если не согласен с диагнозом или считает его не актуальным.

В отличие от психотерапевтов клинические психологи работают по принципу «проблема → решение». Почему возможна такая трансформация алгоритма психотерапевтической помощи и что она дает?

Невротические расстройства – это пограничные состояния. Состояния между нормой и патологией, т. е. не совсем норма и не совсем патология. Это состояние, когда некоторое психическое содержание выходит из-под контроля. Любому человеку ведом страх и тревога. Однако тревожно-фобическое расстройство диагностируется тогда, когда индивид не может совладать со своей тревогой. Каждый человек сталкивался с навязчивыми мыслями и ритуалами. Всем знакомы ситуации, когда слова некой популярной песенки буквально не выходят из головы. А ритуалы могут даже способствовать мобилизации сил (как в случае с известной во всем мире прыгуньей с шестом Е. Г. Исинбаевой, совершавшей рекордные прыжки после выполнения ею же созданных подготовительных ритуалов).

Когда же навязчивые мысли и действия выходят из-под контроля, диагностируется обсессивно-компульсивное расстройство.

Однако, если вместо лечения по медицинскому протоколу страдающему человеку предложить эффективные способы совладания над вышедшими из-под контроля психическими явлениями, существенно меняется трактовка ситуации и в целом, и в частности.

Во-первых, появляются основания в отношении пограничных психических расстройств использовать термин «проблема». Если мы что-то не можем временно контролировать, едва ли обязательно это что-то именовать болезнью. Так что пациент (или в социальном восприятии психически больной) трансформируется в клиента, т. е. человека с проблемой. А у кого их нет? Соответственно исчезают основания для негативной стигматизации.

Во-вторых, при идентификации проблемы нет необходимости привязываться к МКБ. В этом случае специалист имеет возможность типизировать заявленную клиентом проблему исходя из теоретических позиций метода, который он «исповедует». Как следствие, появляется психологический операциональный диагноз, который может не иметь ничего общего с медицинским. Он нужен не для постановки «на учет», а для выработки цели и стратегии психотерапевтического вмешательства. Таким образом, в зависимости от теоретической школы клинического психолога целью психотерапии может стать устранение созависимости, или эмоционального выгорания, или супружеской дисгамии, или даже эдипова комплекса клиента. Ни одного из этих диагнозов в МКБ нет. А проблемы такого рода есть, и их можно успешно решать с помощью психотерапии.

В-третьих, при подходе «проблема → решение» экспертные решения принимает не специалист, а сам человек. Для начала он сам решает, есть у него проблема или нет. Мало ли что показывает психодиагностический тест или предполагает специалист. Только сам индивид знает, утрачен ли контроль над тем или иным психическим явлением, пройдена ли соответствующая граница между беспроблемным и проблемным состоянием. Только ему решать, справится ли он с проблемой самостоятельно или необходимо обращение к специалисту. И только клиент может сформулировать конечную цель работы, поставив тем самым задачу перед клиническим психологом. Ведь при проблематичности супружеских отношений целью может быть не их нормализация, а безболезненный развод. В любом случае, выступая в качестве эксперта в своей проблеме, человек занимает активную позицию, которая предполагает усилия по ее (проблемы) преодолению. Это вовсе не гарантирует отсутствие сопротивления со стороны клиента в ходе психотерапии. Однако при таком подходе сопротивление перестает быть непреодолимой преградой в достижении цели.