

# КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.97

## ОТ «ДЕМОНИЧЕСКОЙ» ДО «БИОПСИХОСОЦИОНОЭТИЧЕСКОЙ» МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Г.В. Залевский (Томск)

**Аннотация.** Дается историко-проблемный анализ одного из фундаментальных вопросов методологии клинической психологии в контексте некоторых нерешенных проблем общепсихологического плана: место понятия духовности в структуре научного психологического знания. Отслеживается эволюция представлений об общих моделях (парадигмах, исследовательских программах) психического расстройства, отношений психологии и религии к роли духовности в развитии личности и ее здоровья.

**Ключевые слова:** модель; органическая, биомедицинская, психосоциальная, биопсихосоциальная, биопсихосоционоэтическая духовность; вера; здоровье.

**К постановке проблемы.** В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции, которые обозначаются как уровень «рамочных моделей» и уровень «клинико-психологических моделей» [30. С. 63].

Понятие модели, или парадигмы (исследовательской программы), в научном употреблении обозначает предпосылки, на которых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели существенно влияют на процесс познания в той или иной науке, т.е. выполняют теоретико-познавательную функцию. Для теории и практики клинической психологии значение широких (метатеоретических) модельных представлений обнаруживается на примере понятий (психического) расстройства.

«Рамочные модели» – это такие исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия и соответствуют, скорее всего, «научным парадигмам» в смысле Куна [10]. Научная парадигма (от греч. модель, образец) – собирательное обозначение набора установок, ценностей, процедур, методов и т.д., составляющих общепринятое направление в определенной дисциплине в определенный момент времени, – иначе говоря, это определенная традиция научного исследования.

Различают несколько рамочных моделей, или парадигм (одна из них ненаучная – «демоническая», когда психическое расстройство толковалось как происки дьявола, вселившегося в душу человека, как следствие греха): органическую (биомедицинскую), психосоциальную, биопсихосоциальную и биопсихосоционоэтическую биопсихосоциодуховную). Возникли они как результат и продукт процесса научного познания и культурного «духа времени» (Zeitgeist). Они также отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами – биологическими (медицина) (органическая рамочная модель) и социальными (пси-

хосоциальная рамочная модель). Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляют биопсихосоциальная и биопсихосоционоэтическая рамочные модели.

«Клинико-психологические модели» – это модели более ограниченного охвата, уровня, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную и др. Нередко эти модели называют еще психотерапевтическими школами. Правда, этот термин чаще всего используется для указания на различные виды психотерапий, имеющие различные терапевтические подходы, базирующиеся на различных концепциях болезни и здоровья.

**Органическая, или биомедицинская, модель болезни** существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

- 1) теория возбудителя;
- 2) концепция трех взаимодействующих сущностей – «хозяина», «агента» и окружения;
- 3) клеточная концепция;
- 4) механистическая концепция, согласно которой человек – это прежде всего организм/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/психологический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье [22]. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная ре-

акция 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.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовались.

«Невроз – это болезнь» – это утверждение из области психиатрии. Дело в том, что в психиатрии и психопатологии психические расстройства определяются как болезни, которые описываются так же, как и органические расстройства. Иначе говоря, к психическим расстройствам прилагается та же «органическая или биомедицинская модель».

Органическая модель нашла сильную поддержку в начале XX столетия благодаря открытию биологических причин некоторых расстройств психики и поведения. Это относится, прежде всего, к прогрессивному параличу, который характеризуется целым рядом таких проявлений, как раздражительность, истощение, интеллектуальное снижение вплоть до деменции (слабоумие), эмоциональная лабильность и др., и причиной которого, бесспорно, является сифилитическая инфекция. Долгое время паралич считался модельным примером психической болезни, хотя и не демонстрировал характерную и целостную психопатологию: она имела место лишь у немногих (около 10%) больных сифилисом при разной картине у разных случаев. Заболевание сифилисом является необходимым, но ни в коем случае не достаточным условием для психических расстройств.

После этого открытия начались интенсивные поиски подобных заболеваний с целью объяснить по той же – органической – модели и другие психические расстройства. Эта надежда и сегодня в большей своей части остается неисполненной, хотя есть уверенность, что различные органические мозговые процессы могут запускать психические расстройства. Воспалительные процессы (энцефалит и менингит), интоксикации, сосудистые или общесоматические заболевания (например, расстройства обмена веществ, болезни печени и почек) могут существенно сказываться на переживаниях и поведении больного. Однако считается, что такие классические психопатологические феномены, как психозы или неврозы, не являются следствием нарушений органического субстрата.

Итак, основные характеристики органической/биомедицинской рамочной модели следующие:

- Психические расстройства понимаются как болезни, за симптомами которых скрываются телесные расстройства.

- Вызваны психические проблемы в конечном счете органическими дефектами. Психические феномены являются эпифеноменами соматических расстройств. При наличии достаточной информации можно обнаружить причинную связь всех психических расстройств с этим элементарным уровнем.

- Психические и социальные факторы в ряду причин имеют лишь вторичное значение, поскольку они определяют не «сущность» психических расстройств, а только внешнюю форму их проявления («патопластику»).

- Методология их изучения строится на естественного-научном причинном принципе.

- Исследование и терапия психических расстройств должны институционально осуществляться в медицинских учреждениях.

Критика органической рамочной модели психических расстройств начинается с работ З. Фрейда, который хотя и был сильно привязан к органо-медицинским представлениям, в то же время приложил немало усилий для разработки понятия о психогенетической обусловленности психических расстройств. И со стороны немецкой психиатрии уже давно раздавалась критика в сторону органо-медицинской модели психических расстройств. Так, Е. Блейлер (E. Bleuler, 1857–1939) еще в 1919 г. возражал против различия здоровый–больной в рамках данной модели: «Понятие психической болезни – не медицинское понятие, а социальное. Психические болезни являются изначально отклонениями от психической нормы, которые делают их носителей социально неспособными или доставляют им большие трудности» [32. С. 59]. В этом же плане высказывался и К. Ясперс. С начала 60-х гг. XX в. зазвучала довольно жесткая критика этой модели со стороны психиатра и психоаналитика Томаса Шаша (Thomas Szasz, 1972). Он считал биомедицинскую модель психических расстройств мифом. Похожие высказывания следуют и со стороны интеракционально ориентированных психиатров (Гофман, Лаинг), поведенческо-когнитивных психотерапевтов (Бандура, Ульман) и углублены с позиций социологических (Койп и др.). Так, Койп (Keupp, 1979) формулирует существенные концептуальные слабости органо-медицинской модели в виде четырех аргументов:

1. Психические отклонения в рамках этой модели, как и другие заболевания, – это «заданные природой нормальные константы», т.е. присущие самому организму качества, а не социальные оценки (оценивания). Тенденция этой модели ссылаться на якобы имеющиеся доказательства оказывается несостоятельной в связи с имеющимися доказательствами значения психосоциальных факторов.

2. Диагностика на основании органоmedizinской концепции ведет к приписыванию качеств (свойств). Описательная диагностика становится аскриптивной, когда тем лицам, которые получили определенные диагнозы, приписываются и другие, ненаблюдаемые симптомы (например, опасность, безответственность). Диагнозы тем самым становятся «этикетированием» (приклеиванием ярлыков) и ведут к стигматизации. В этом процессе приписывания болезни происходит усиление обобщения: вначале «лицо ведет себя так, как будто оно испытывает страх», затем оно «проявляет себя как испытывающее страх», наконец, оно «испытывает страх». В конце концов оно классифицируется как «невротик».

3. Привлекающее внимание поведение (расстройство поведения) истолковывается как симптом или знак лежащей в его основе «болезни», а не как проблема как таковая. Проявление болезни и болезнь различаются, причем последняя представляет соматическую или внутриспсихическую причину внешне видимых симптомов. Одновременно органические или биохимические причины преобладают: «Всем жизненным трудностям приписываются химико-физические процессы, которые на данный момент открыты якобы медицинским исследованием» [37. С. 45].

В органической модели представлен двойной дуализм, который с психологической точки зрения здесь уже давно непригоден. В различии между «симптомами» и «причинами» психика и soma (тело) резко разделены – можно наблюдать психические симптомы, которые соматически обусловлены. Второй дуализм в том, что психически больной видится в полной независимости от его среды (окружения) – внутренний и внешний миры представляют собой почти независимые единства.

4. Биомедицинская модель выполняет социальную функцию, поскольку «осуществляется одна из форм социального контроля, которая как таковая остается скрытой» (Кеупр, 1979).

**Психосоциальная рамочная модель.** Отвержение критикуемой органической парадигмы психических расстройств произошло благодаря большому числу различных теорий расстройств, общим для которых является подчеркивание психических и социальных условий при определении, идентификации, возникновении и терапии психических расстройств и проблем. Психосоциальная рамочная модель имеет очень сильную социально- и поведенческо-научную ориентацию и закреплена в этих дисциплинах. Она возникла как ответ на кризис органической парадигмы и жестко ставит на первый план психические и социальные аспекты в определении, возникновении и изменении психических расстройств. Эта модельная жесткость представляет собой так называемую «стратегию желаемой односторонности» [35], чтобы выработкой ядерных гипотез модели и их заострением стимулировать развитие альтернативных позиций.

Психосоциальная рамочная модель охватывает как социологические и интеракционные подходы (напри-

мер, этикетирование, антипсихиатрия), так и гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и т.п. позиции. Это выражается чаще всего в четырех основополагающих допущениях [30. С. 72–73]: континуумном, эквивалентности, контекстного обусловливания, мультикаузальном.

Континуумное допущение постулирует, что между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует текучий (плавный) переход и что оба состояния отличаются друг от друга только количественно, а не качественно. Различия между обоими состояниями лежат, прежде всего, в частоте, интенсивности или ситуативности способа поведения. И лишь при привлечении особенностей носителя, оценки вызвавшей действие ситуации и контекста, а также других критериев они определяются как отклоняющиеся, нарушенные или проблематичные («больные») или нормальные («здоровые»).

От этого постулата следует отличать допущение эквивалентности. Согласно последнему, в основе нормальной и нарушенной активности (поведения) лежат одинаковые изменяющиеся условия, т.е. в обоих случаях изменения осуществляются на основе идентичных принципов, например по законам научения и обучения. Возникновение и изменение (терапевтируемый и нетерапевтируемый процесс) патофизиологических феноменов можно объяснить теми же закономерностями, что и нормальные психологические явления.

Допущение контекстного обусловливания исходит из того, что, с одной стороны, активность человека оказывается под влиянием окружающих его условий, с другой стороны, он сам формирует эти условия, свою среду. И психические расстройства также разнообразным образом являются зависимыми от среды, особенно социальной. Так, социальная среда влияет на определение расстройств, а также его возникновение, течение и терапию. Предполагается, что психическая проблематика всегда определяется социальными и психическими факторами и что эти условия при адекватном лечении учитываются в первую очередь.

Мультикаузальное допущение уточняет контекстную обусловленность психических расстройств: возникновение психических расстройств является следствием действия комплексного образования причин или каузальной сети, а не линейной причинной связи. Причины могут быть разными (например, психические, социальные, соматические) и проявлять себя могут в разное время (например, как предрасполагающие, запускающие, удерживающие) и иметь разный относительный вес. При этом разные условия возникновения могут привести к похожим расстройствам. В системной теории этот феномен обозначается как эквифинальность; он говорит о том, что в открытых системах различные начальные состояния могут вести к одинаковым конечным состояниям.

Как исследовательская программа психосоциальная рамочная модель проявляется следующими характеристиками:

1. Психические расстройства понимаются как «бросающееся в глаза», «отклоняющееся», «неадаптивное», «нарушенное» или «проблемное» поведение и переживание людей, которое отличается от нормального поведения и переживания не качественно, а количественно.

2. При возникновении психических расстройств, а также при их дефиниции, изменениях и терапии самое большое значение придается социальным психическим факторам.

3. Между психическими расстройствами и их причинами существуют не простые линейные отношения, а комплексные взаимовлияния (каузальные сети, системные связи), в результате которых различные исходные условия могут приводить к одинаковым явлениям, а одинаковые исходные условия могут приводить к разным явлениям.

4. Методологическое (методическое) основание достаточно широкое – от количественно-экспериментальных до качественно-герменевтических подходов.

5. Исследование и терапия психических расстройств осуществляются преимущественно институционально в социально-научных учреждениях.

**Биопсихосоциальная рамочная модель.** Поскольку клиническая психология отягощена интенсивными связями как с биолого-медицинскими, так и с социально ориентированными дисциплинами, то она оказывается также под влиянием актуальных акцентов научных течений и моды. Если в 70-е гг. прошлого столетия в клинической психологии доминировали социально-научно ориентированные исследовательские программы, то с середины 80-х гг. начали постепенно доминировать биолого-научно ориентированные исследования. В такой ситуации имеют место две опасности:

*Первая опасность* состоит в тенденции недопустимо генерализировать результаты с позиции модели, т.е. слишком быстро и без дальнейшей проверки с одной проблемной области, например с шизофренических расстройств, переносить их на другие психические расстройства.

*Вторая опасность* состоит в соблазне научного редукционизма, как биологического, так и социологического. В обоих случаях требуется дифференцированная процессуальная теория, которая включала бы различные (биологические, социальные и психические) феномены, чтобы объяснить наблюдаемые взаимосвязи.

Споры между органической и психосоциальной рамочными моделями и попытки их интеграции привели к тому, что в качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели, предложила себя «биопсихосоциальная» модель. Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимоотношающихся отношениях друг к другу и тем самым могут образовать рамки для различ-

ных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем (Engel, 1979, 1980) на основе общей теории систем Бергаланфи (Bertalanffy, 1968). Модель исходит из того, что системы представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга посредством обмена энергиями, информацией или материей. Системы – это части реальности, которые выбираются не только в познавательных целях (интересах), но отличаются от своего окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная модель как система представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется, по мнению автора теории общих систем, на физические системы (атом и его части), органические системы (клетки, совокупность клеток, органы системы, нервная система), личностные системы (переживания и поведение людей), психосоциальные системы (диады, семья, общины), культурные и социальные системы, вплоть до биосферы как образования более сложного системного уровня. Каждая подсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству подсистемы также влияют друг на друга, в них отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между подсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

Убедительной иллюстрацией этих положений может быть, например, алкогольная зависимость и ее динамика.

На предпроблемной стадии употребляющий алкоголь стимулируется преимущественно социокультурными условиями (питьевые традиции, социальный статус взрослого, социальные страхи или вообще социальная некомпетентность и т.п.), при этом используется психофизиологическое влияние алкоголя, например его расслабляющее и снимающее торможение действие. Из этого нормального социально приемлемого питья, хотя и не совсем адекватного средства решения проблем, может развиться злоупотребление алкоголем, которое становится уже «проблемным питьем», но оставаться все еще социально легитимной формой преодоления напряжения и конфликтов. Проблемное принятие алкоголя превращается в генерализованный способ реагирования, которым пьющий пытается устранять не только прежние трудности, но и любые, даже легкие, проблемы.

На более поздней стадии процессы начинают влиять друг на друга циркулярно и поэтому все труднее поддаются контролю: человек пьет, чтобы стабилизировать таким образом свое состояние (чтобы избежать конфликтов и трудностей в семье; чтобы избежать абстинентных состояний); одновременно количество ал-

коголя растет, чтобы добиваться вопреки привыканию того же эффекта; в конце концов, с увеличением дозы ухудшается физическое и психосоциальное состояние, благодаря чему круговорот значительно усиливается.

Биологические, психические и социальные факторы в этом процессе осуществляют взаимопроникновение. Биологически важными для этого процесса являются, прежде всего, позитивные психофизиологические эффекты легкого употребления алкоголя, а затем на продвинутой стадии – явления абстиненции и массивных телесных нарушений (особенно желудочных, сердечных, а также центральной и периферической нервной системы). Психическая стимуляция – вначале в виде легкого преодоления трудностей и затем избегание трудных семейных и профессиональных конфликтов и проблем, а социальное стимулирование – вначале это питейные традиции, но затем интенсивный прием алкоголя социально отвергается и пьющий социально изолируется и отвергается. Каждое из этих условий в разное время и в разной степени принимает участие в процессе развития алкоголизма. Поскольку все эти условия находятся в постоянном взаимодействии, представляется бессмысленным отдавать предпочтение какому-либо из них [30. С. 77].

Биопсихосоциальная модель как рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма (органическая концепция или психосоциальная концепция психических расстройств). Вместо этого следует строить исследовательские программы, учитывающие постоянно изменяющееся взаимодействие органических, психологических и социальных условий (факторов). В данном случае все три условия рассматриваются как величины одного ранга, получающие свой акцент при определенных психических проблемах. Способ и объем участия различных факторов определяются конкретно на основе эмпирических данных для специфической проблемы. Биологические, психические и социальные условия понимаются как комплексные классы условий, которые непрерывно взаимно обуславливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии. Существенные признаки этой рамочной модели состоят в том, что она:

- исходит из участия биолого-органических, психических и социокультурных факторов и процессов;
- постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

**Биопсихосоциопсихическая модель.** Как свидетельствует уже в наше время практика оказания психологической помощи, психотерапевтической в том числе, из ее арсенала, даже в тех случаях, когда эта помощь оказывается в рамках биопсихосоциальной модели, выпадает собственно духовный аспект. Правда, в рамках экзистенциального (В. Франкл и др.) и трансперсонального (Р. Мэй и др.) подходов духовный аспект находится как бы в центре внимания, но парадокс состоит в том, что он оказывается фактически и единственным, т.е. не

встроенным в целостную модель, в которой бы учитывались «все миры» человека – биологический, психологический, социальный и духовный (Залевский Г.В., 2006; Кузьмина Ю.В., 2008; Straub, 2001).

Отмечаемая и сегодня, эта тенденция, на мой взгляд, объясняется рядом обстоятельств как исторического, так и терминологического характера. К историческим причинам можно отнести то обстоятельство, что при развитии представлений о предмете психологии из него выпал духовный аспект, а понятия «духовность», «духовный» приобрели исключительно сакральный характер и чаще всего употребляются в церковной лексике в сочетании «религиозная духовность».

Об актуальности проблемы духовности в психологической теории и практике свидетельствует, например, дискуссия, организованная журналом «Психология. Журнал высшей школы экономики» в 2007 г.: «Психология – с религией или без нее?» [18] и «Психология и религия – дискуссия продолжается» [19].

Одни участники дискуссии со всей определенностью высказались за то, что духовность и родственные ей категории несомненно являются предметом научной психологии. Так, М.Ю. Кондратьев считает, что «духовность» как личностное свойство, как характеристика личностной направленности, как базовая характеристика поведенческой активности являлась и является именно психологическим понятием, содержательно симбиозно связанным с такими категориями, как гуманность, сочувствование, в конечном счете и доброта [8. С. 21–22]. В.А. Пономаренко даже «чувствует себя неловко, когда читает статьи дискуссионтов в журнале», поскольку, с его точки зрения, «дух, духовность, душа, трансцендентность, хронотоп, иллюзии, мифы, сказки, аллюзии, вера, идеалы, сновидения, художественное, образное мышление, иконическая память, воля – это ведь предмет психологии» [17. С. 69]. Д.А. Леонтьев в этой связи ссылается «хотя бы на экзистенциальную философию и психологию... что в этой традиции мышления человеческая духовность, свобода, смысл, ценности и т.п. всегда принимались как основополагающая реальность вне зависимости от принятия или отвержения религиозной веры, они из нее не выводились» [12. С. 61].

Некоторые другие участники дискуссии (А. Лоргус, А.А. Гостев, В.И. Слободчиков) достаточно решительно придерживаются иной точки зрения, считая, что духовность может быть предметом психологии, если она пойдет с религией непараллельным, так сказать, одним путем. Так, А. Лоргус считает, что «главным тезисом в христианской психологии становится следующее: психология невозможна без духовно-ориентированного подхода к человеку, в котором предметом оказывается не только психика, богоподобная личность человека, но и душа и дух, и одухотворенная телесность» [14. С. 61]. «Зарождающийся новый портрет психологии в интерьере современности», – считает В.И. Слободчиков, – ха-

рактируется тем, что «базовой категорией структуризации общего развития – Зачем? – является ступень восхождения к полноте собственной реальности в ее духовно-душевно-телесных измерениях... это и есть предметно-проблемное поле исследований христианской психологии» [23. С. 92, 97].

А.А. Гостев справедливо отмечает, что «главным ценностно-образующим фактором всех отношений человека является совесть. Вне ее изучения «научные» разговоры о личности и духовности неполноценны. Но проблеме совести психологи уделяют поразительно мало внимания», в то же время он настоятельно советует «современным психологам воспользоваться теологическими описаниями предмета», опираясь на «православно-христиански ориентированное психологическое знание (ППЗ)» [2. С. 41].

Если последовать совету А.А. Гостева, то мы, мне кажется, можем оказаться во временах, когда господствовала упомянутая выше «демоническая» модель психических расстройств. По его мнению, «основой православного взгляда на личностную психопатологию является понимание греха как ее источника, освоение понятия духовно-психологической нормы. Психопатология может быть рассмотрена как болезнь души, когда человек отклоняется от данного ему Творцом предназначения, утрачивает связь с Богом и внутреннее единство. Грех есть явление метафизическое – несоответствие человека своей истинной природе и предназначению. Особенности и мера этого несоответствия и определяют патологическую телесную, душевную и духовную жизнь... В психологическом плане грехопадение является нарушением в иерархии структур в человеке, приводящим к изменению его психологической природы. На вершине должен стоять Дух, дающий ясность и стройность психической жизни, центрирующий жизнь человека на Боге» [2. С. 42].

В одном споре на обсуждаемую сейчас тему, пишет В.М. Розин, мой оппонент «отказывал мне в духовности, поскольку я человек неверующий. Я же пытался ему сказать, что духовность предполагает не веру, а особый способ жизни и жизненный путь. И, напротив, есть много верующих, живущих совершенно бездуховной жизнью» [20. С. 77]. Г.В. Иванченкова продолжает дискуссию: «Зададимся вопросом вместе с Лоргусом: «Можно ли представить себе живого конкретного человека без религиоз-

ности? Можно ли рассматривать человека, не имеющего религиозности совсем? Если это возможно, с точки зрения психологии, то какова практическая ценность такой науки? [14. С. 59]. А почему и не представить нерелигиозного, но высокодуховного человека?» [6. С. 53]<sup>1</sup>.

Д.А. Леонтьев, полемизируя, предлагает, совершенно справедливо, на мой взгляд: «Во-первых, давайте разведем такие вещи, как вера, религия и церковь. Вера есть экзистенциальный феномен, сугубо личный. Чтобы верить во что-то, человеку не нужны ни храмы, ни священники. Именно вера, прежде всего, соотносится с такими феноменами, как духовность или совесть» [12. С. 59]. Его также «настораживает центральное положение статьи О.А. Лоргуса о том, что «психология невозможна без духовно ориентированного подхода к человеку...». Ему, как, кстати, и мне и многим другим, «очень хотелось бы уточнить, что стоит за словом «невозможно»: то ли то, что в психологии обязательно должен быть и такой подход и без него она неполна (с этим спорить сложно), то ли то, что психология должна базироваться только на таком подходе и ни на каком ином?»

Глубоко и индивидуально верующий Виктор Франкл [25. С. 334] сформулировал четкий операциональный критерий, почему религиозные категории не должны входить в структуру психологического объяснения и помощи: религия «может быть лишь предметом, но не почвой», мы должны иметь возможность помочь любому человеку, вне зависимости от его конфессиональной принадлежности, веры или ее отсутствия, в противном случае мы не сможем называться профессиональными психологами... помощь священника может быть тоже эффективной, но это будет другая форма работы, другая помощь [12. С. 60]. В конце концов, говорил В. Франкл в своей московской лекции, «Богу, если он есть, важнее, хороший ли Вы человек, чем то, верите Вы в него или нет. Духовность не исчерпывается религиозностью» [13. С. 8–9]<sup>2</sup>.

В свое время Л.С. Выготский на продвинутых этапах исследования речевого поведения «ставит перед собой проблему выявления специфики одухотворенного поведения как высшей формы поведения (высшей психической функции) человека. Основной замысел теории речевого мышления Л.С. Выготского – показать специфику поведения человека, его отличие от других объектов естествознания. Речевое мышление выполня-

<sup>1</sup> Я лично могу даже очень легко представить такого человека – это моя мама, Залевская Юзефа Михайловна, вырастившая в невероятно трудных жизненных условиях – муж инвалид, оккупация немцами городка на Украине, где мы тогда жили, бесстрашно бросилась спасать свою дочь, мою сестру, которой в то время еще не было и 16 лет и которую уже загрузили на машину, чтобы увезти в Германию, послевоенный голод, и ее главным желанием было, чтобы ее дети (моя сестра, двое старших братьев и я) не стали «злодьями» (ворами) и «пьяницами» (пьяницами). Моя мама не была религиозной, тем более не ходила в церковь, хотя аж четыре церкви были совсем рядом, а многочисленные верующие родственники (далеко не все из них действительно были «внутренне» религиозны и с высокой духовностью) оказывали на нее довольно сильное давление.

<sup>2</sup> В. Франкл писал: «Мы изучили человека так, как его, вероятно, не изучило ни одно предшествующее поколение. Так что же такое человек? Это существо, которое всегда решает, кто он. Это существо, которое изобрело газовые камеры. Но это и существо, которое шло в эти камеры, гордо выпрямившись, с молитвой на устах» [26. С. 119]. Мне кажется, что человек – это еще и тот, кто борется против уничтожения людей в газовых камерах или, если иначе нельзя, то прихватывает с собой хотя бы одного палача.

ет здесь функцию модели одухотворенного поведения» [16. С. 19].

По мнению В.И. Кабрина, «в академической психологии эта проблема «брезжит» как проблема смысла в мозаичном многообразии масштабов и ракурсов. Феномен порождения или открытия смысла реальности не достигаем или не решаем ни в психофизиологическом соотнесении («специфическая энергия органов чувств» Гельмгольца), ни в биопсихическом ракурсе (переход от «раздражимости» как органического процесса к «чувствительности» как сигнальному процессу при эволюционном изменении жизнедеятельности. И лишь возвращение культурно-исторического контекста обретения человеком смысловых отношений с реальностью как собственно коммуникативного, диалогического (акцентированного в работах М.М. Бахтина, Л.С. Выготского, Дж.Г. Мида) восстанавливается в современной психологии [7. С. 27].

Соглашаясь с теми авторами, которые считают, что духовность есть понятие психологическое и является предметом научной психологии, удивляемся тому факту, что редко в каком психологическом словаре и энциклопедии приводятся его дефиниции. Тем не менее я приведу определения духовности, которые даются в ряде работ.

Так, С. Крымский считает, что духовность – это принцип самостроительства человека, это выход к высшим ценностям ориентации конституирования личности и ее менталитета. Советский философ Л. Буева определяет «духовность как восхождение личности к своим идеалам, ценностям», а религиозный И. Ильин говорит почти то же самое, что «дух утверждает в человеке высшее достоинство и вызывает к его чести». По мнению М. Бахтина, «духовное пространство человека – это вертикаль, включающая возвышенное и земное, земное и небесное, добро и зло». Согласно Гете, «духовность противоположна не плоти, а хаосу возбужденных инстинктов, делающих человека рабом во тьме стихий» [17. С. 69–70].

Один из иностранных участников упомянутой выше дискуссии, Т. Де Чико, приводит пример определений духовности и религиозности: «Духовность определяется как неограниченный набор личностных мотиваций, норм поведения, опыта, ценностей и установок, которые основаны на поиске экзистенциального понимания, смысла, цели и трансценденции. А религиозность определяется как набор норм поведения, ценностей и установок, которые опираются на ранее установленную религиозную доктрину и институтизированную организацию» [27. С. 47].

Нозетическая проблема, по мнению В.И. Кабрина, может быть обнаружена как фундаментальная, если мы вернем современной психологической науке достойные (релевантные) ее горизонты, т.е. вернем ей изначальную триединую проблему духовно-душевно-телесного соответствия в человеке в экзистенциальной встрече его с универсумом. Можно полагать, что основные парадигмы современной и постнеоклассической психологии

(феноменистическая, гуманистическая, экзистенциальная, трансперсональная, холистическая психология) в той или иной степени охвачены «нозетическим ренессансом» [7. С. 26, 28]. У меня лично создается впечатление, что этот ренессанс все более и более захватывает психологическую науку и практику. Я солидарен с В.М. Розиным, который говорит о необходимости «духовной навигации» для каждого человека, в том числе и для тех, «кто не религиозен, кто «обходится без этой гипотезы», им определиться с ней труднее, так как она более индивидуальна, не опирается на столь проработанные культурные формы» [21. С. 61, 68]. Поэтому новый человек – это человек не просто конституирующий себя, т.е. не только личность, а человек, вставший на путь «духовной навигации». Духовная навигация – это наблюдение за собой, продумывание своей жизни, ее смысла и назначения, это стремление реализовать намеченный сценарий жизни (скрипт), отслеживание того, что из этого получается реально, осмысление опыта своей жизни, собирание себя вновь и вновь, наконец, работа на культуру, человека и здоровье, противостояние нежизненности и разрушению [21].

Л.С. Выготский присоединяется к мнению тех исследователей и докладчиков, выступавших на Первом немецком конгрессе по лечебной педагогике (1922), которые отвергали концепцию *moral insanity* (моральной дефективности, помешательства или безумия) как душевной болезни, но понимали ее как «выпадение тех или иных ценностей или оценок, например мотивов поведения, мотивов ценностей, которые встречаются и у нормальных людей... их следует искать не во врожденном дефекте воли или извращении отдельных функций, но в среде и воспитании. Как недостаток нравственного воспитания» [1. С. 151].

Сегодня на Руси правит бал бездуховность (жизнь не в цене) – это аксиома [17. С. 65]. С этой оценкой многие, наверное, согласятся. Одним из проявлений бездуховности, или духовного нездоровья, является, несомненно, фанатизм, в разных сферах и формах сегодня проявляемый, следствием которого является терроризм и даже войны [4, 5].

Наверное, пришло время «указать людям... и другие, нерелигиозные смыслы» [24. С. 57]. И в этом должна принять участие и психологическая наука. «Ведь «научному анализу уже доступен весьма широкий спектр синхронизаций: ген – клетка – орган – организм – индивид – личность – социум – культура» [29]. Надо все сделать, чтобы «греческое название человека «антропос», т.е. «устремленный вверх», т.е. к духовности, не было забыто. Так же, как не должно быть забыто и то, что духовность не исчерпывается религиозностью, а потому можно думать о существовании и духовности нерелигиозной, светской или просто человеческой, которая со-ответственна за сохранение здоровья человека, является условием и характеристикой личностного развития и роста.

## Литература

1. *Выготский Л.С.* Moral insanity // Собрание сочинений. М., 1983. Т. 5. С. 150–152.
2. *Гостев А.А.* О проблемах становления религиозно ориентированного психологического знания // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 35–45.
3. *Залевский Г.В.* Введение в клиническую психологию. [Электронный ресурс]. ИДО ТГУ, 2006.
4. *Залевский Г.В.* Личность и фиксированные формы поведения. М.: ИП РАН, 2007.
5. *Залевский Г.В.* Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и социальных сообществ // Ценностные основания психологической науки и психология ценностей / Под ред. В.В. Знакова, Г.В. Залевского. М.: Изд-во ИП РАН, 2008. С. 314–340.
6. *Иванченкова Г.В.* «Христианская благодатная психология»: как бы с религией и как бы с психологией // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 53–57.
7. *Кабрин В.И.* Коммуникативный мир и транскомуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования. М.: Смысл, 2005.
8. *Кондратьев В.М.* Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 65–73.
9. *Кузьмина Ю.В.* Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоциальноэтической модели беременности // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 113–115.
10. *Кун Т.* Структура научных революций. М.: Прогресс, 1975.
11. *Ленгле А.* Психотерапия: научный метод или духовная практика? // Ленгле А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис, 2006.
12. *Леонтьев Д.А.* Кесарю – кесарево // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 58–63.
13. *Леонтьев Д.А.* Упрямство духа. Предисловие // Франкл В. Сказать жизни «Да». М.: Смысл, 2008. С. 5–10.
14. *Лорус А.В.* Психология – с религией или без нее? // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 58–64.
15. *Лоренц К.* Агрессия (так называемое «зло»). М.: Прогресс, 1994.
16. *Морозов С.М.* Предмет исследования и единицы анализа в психологической системе Л.С. Выготского: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.
17. *Пономаренко В.А.* С верой в науки о человеке // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 64–74.
18. *Психология: Журнал высшей школы экономики.* Специальная тема выпуска: Психология – с религией или без нее? 2007. Т. 4, № 2. С. 56–97.
19. *Психология: Журнал высшей школы экономики.* Специальная тема выпуска: Психология и религия – дискуссия продолжается. 2007. Т. 4, № 4. С. 3–123.
20. *Розин В.М.* Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 74–89.
21. *Розин В.М.* Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 113–120.
22. *Селье Г.* На уровне целого организма. М.: Наука, 1972.
23. *Слободчиков В.И.* Христианская психология в системе психологического знания // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 90–97.
24. *Ушакова Т.Н.* От редколлегии // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 5.
25. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
26. *Франкл В.* Сказать жизни «Да». М.: Смысл, 2008.
27. *Чико Де Т.* Найти Я в психологии, духовности и религии // Психология: Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 46–52.
28. *Юнг К.Г.* Синхронистичность. Москва; Киев, 1997.
29. *Ясперс К.* Смысл и назначение истории. М., 1991.
30. *Bastine Reiner H.E.* Klinische Psychologie. Stuttgart; Kohlhammer, 1998. Bd. 1.
31. *Bertalanffy L.* General System Theory. N.Y.: Braziller, 1968.
32. *Bleuler E.* Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Ueberwindung. Berlin: Springer, 1975.
33. *Engel G.L.* Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin // Keupp H. Normalität und Abweichung. Muenchen: Urban, 1979.
34. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. № 137. P. 535–544.
35. *Keupp H.* Normalität und Abweichung. Muenchen: Urban, 1979.
36. *Straub R.O.* Health Psychology. N.Y., 2001.
37. *Szasz T.* Der Mythos von der seelischen Krankheit (orig. 1960) // Keupp H. Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Muenchen: Urban, 1972. S. 44–56.

FROM THE «DEMONIC» TO THE «BIOPSYCHOSOCIONOETIC» MODEL OF MENTAL DISEASES  
Salevskij G.V. (Tomsk)

**Summary.** In the article is given the analysis of one of the fundamental questionnaires of the methodology of clinical psychology not solved yet in the general psychological plan: the place of the concept spirituality in the structure of the psychological scientific knowledge. The evolution of ideas about the general models (paradigms and research programs) of mental illness, relations of psychology and religion to the role of spirituality in the personality development and its health.

**Key words:** model; organic, biomedical, psychosocial, biopsychosocial, biopsychosocionoeitic; spirituality; faith; health.