

КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДМЕТА И РАМОЧНЫХ МОДЕЛЕЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Г.В. Залевский (Томск)

Аннотация. Обсуждаются две наиболее актуальные проблемы современной клинической психологии – проблема ее объектного поля и предмета и проблема рамочных моделей (парадигм, исследовательских программ), а также их динамика (от органической до биопсихосоциоэтической), во многом определяющая самостоятельность клинической психологии как части психологии и ее отношение к пограничным научно-практическим дисциплинам (прежде всего психиатрии).

Ключевые слова: современная клиническая психология, объектное поле, предметное поле и предмет клинической психологии, рамочные модели клинической психологии: органическая, психосоциальная, биопсихосоциальная, биопсихосоциоэтическая.

В данной статье мы продолжаем разговор об актуальных проблемах современной клинической психологии, круг которых был нами очерчен ранее [10], в том числе и на страницах Сибирского психологического журнала [2. С. 10; 3. С. 20; 4. С. 22]. Сегодня мы обратимся к проблеме объектного поля и предмета, а также рамочных моделей (парадигм, исследовательских программ) клинической психологии.

Объектное поле и предмет клинической психологии

Определение «клиническая» (гр. *klinein* – склоняться, подходить, опираться; *klinikos* – лежащий в постели) в связи с психологией часто приводит к недоразумениям. В общем словоупотреблении понятие «клинический» определяет феномены, которые встречаются в стационарных учреждениях или делают необходимым стационарное лечение. В клинической психологии этот термин определяет не учреждение, а потребность человека в психологической помощи в любой ее форме. Клинические психологи оказывают психологическую помощь людям, нуждающимся в этом, с акцентом на проблемы здоровья вне зависимости от учреждения, в котором эта помощь оказывается.

На сегодняшний день адекватным состоянию отечественных и западных исследований и практики представляется определение клинической психологии «...как части психологической науки, которая использует концептуальный аппарат психологии, изучает психологические нарушения при психических и соматических расстройствах, а также отклонениях развития (включая проявления, динамику, психологические и нейропсихологические факторы и механизмы этих нарушений), разрабатывает принципы и методы психологической диагностики, профилактики и помо-

щи при различных нарушениях психики; при этом клиническая психология опирается на психологические знания о нормальном развитии и функционировании психики» [12. С. 80]. Однако мы считаем его неполным. Не является, на наш взгляд, исчерпывающим определение Р. Бастине, который считает, что клиническая психология изучает психические расстройства, психологические аспекты соматических расстройств или болезней, а также психические кризисы, которые обусловлены особыми жизненными обстоятельствами. Как психологическая дисциплина она основывается преимущественно на данных теории, методологии психологии и ее частных дисциплин, используя в качестве инструментария их методы. Задачей психологии является клинико-психологические феномены описывать, объяснять и классифицировать (патопсихология), выявлять (психодиагностика), их появление предупреждать или устранять (профилактика и интервенция) и их связь с экологическими, социокультурными, институциональными рамочными условиями выявлять и оказывать на них влияние (контекстные условия) [14. С. 17].

Как психологическая дисциплина клиническая психология* подходит к своим феноменам с психологической перспективой, не ставя вопрос об основополагающем ограничении психологических, социальных и биологических условий. Социальные и биологические факторы подразумеваются в качестве контекстуальных условий или ковариаций психологических процессов. Состояния, расстройства, болезни или кризисы объясняются с позиций психической нормы. Через эти подобию и отношения между нормальным и аномальным поведением рассматриваются «здоровое» и «больное» поведение, которые резко друг от друга не отделяются. И, наконец, берутся во внимание феномены, которые обычно на-

* Следует отличать от медицинской психологии, которая, на наш взгляд, представляет собой определенную сумму знаний для повышения психологической культуры медперсонала, а следовательно, и врачебного профессионализма.

ходятся в пограничных областях между нормальным и аномальным.

Психологические дисциплины часто подразделяют на фундаментальные и прикладные. Клиническая психология рассматривается как прикладная дисциплина. Однако научно-теоретическая дискуссия показала, что подразделение наук на прикладные и фундаментальные во многом произвольно, т.к. первые касаются также и фундаментальных вопросов, а вторые – решению прикладных проблем. Перед клинической психологией стоят задачи и как перед основополагающей (теоретической), и как перед прикладной наукой. Примером основополагающего научного вопроса может быть, например, вопрос об объяснении возникновения (клинических) страхов. А вопрос, как от страха избавляться, может рассматриваться как «технологическая» постановка проблемы. С точки зрения представителей теории науки, клиническая психология есть эмпирико-научная дисциплина, в которой эксперименту придается особое значение [6]. Однако среди практиков такого единодушия нет, поскольку значительное число практикующих клинических психологов (в последние годы и отечественных) используют в своей работе методы глубинной психологии или гуманистической психотерапии и на этом основании считают себя приверженцами «понимающего подхода» (феноменологическое, герменевтическое понимание науки), а к эмпирической психологии относятся критически.

Уже исходя из приведенных выше определений клинической психологии, можно сделать вывод о сложности трактовки самого ее предмета. Складывается впечатление, что речь должна идти о предметном поле клинической психологии и разведении его с полем объектным. Приведем предметную триаду клинической психологии, как она видится автору известного немецкого руководства по клинической психологии Р. Бастине [14. С. 18].

Мы считаем, что Р. Бастине, во-первых, смешивает объект клинической психологии с предметом; во-вторых, говорит скорее об объектном поле кли-

нической психологии; в-третьих, представляет не все объекты этого поля. На наш взгляд, психические и психосоматические расстройства, психические кризисы – это объекты в поле интересов клинической психологии, которые она разделяет с другими дисциплинами и прежде всего с психиатрией. Иначе говоря, предмет научных и практических интересов в каждой из заинтересованных в этих объектах научных дисциплин разный, а значит, отличается и методический аппарат. Если и происходит заметное в последние годы сближение между, например, психиатрией и клинической психологией [9, 12], то исключительно в силу возрастающего понимания того, что их объединяет и что разъединяет, когда они работают с одним объектом, например с психическим расстройством, в рамках одной его модели – биопсихосоциальной [17, 18] или биопсихосоциоэтической [4], о которых речь пойдет ниже.

На наш взгляд, объектное, а значит и предметное, поле клинической психологии значительно шире. В нем следует выделить и такие объекты, как нормативные кризисы (возрастные, плановая беременность), латентные ненормативные кризисы (потеря работы, предэкзаменационные ситуации, ситуации предполагаемого пребывания, с риском для жизни – группы риска), а также группы практически здоровых людей, ведущих нездоровый образ жизни (вредные привычки, нарушения режима жизни, перегрузки трудового или учебного характера – синдром эмоционального выгорания, специфическая профессиональная деятельность и т.д.). Во всех этих случаях действуют факторы, которые влияют на состояние здоровья и ведут к необходимости обращения в службы здоровья [8].

Во всех указанных объектах предметом клинической психологии могут являться «психологические аспекты», о которых упоминает Р. Бастине, говоря лишь об одной составляющей «предметной триады» – психосоматических расстройствах [1, 11]. Но ведь «психологические аспекты», или «психологические факторы», имеют место и в случае психических расстройств. Психологические аспекты/факторы – это, скорее, ме-

Предметная триада клинической психологии

Предметные области	Примеры
Психические расстройства	Страхи Навязчивости Аффективные расстройства Расстройства личности и поведения
Психологические аспекты соматических заболеваний	Нарушения зрения, слуха и речи Инфекции и СПИД Онкозаболевания Коронарные сердечные заболевания Параличи
Психические кризисы	Расстройства адаптации Острые травматические расстройства Посттравматические расстройства

та предмет клинической психологии, который должен быть конкретизирован в каждом объекте с учетом его специфики. И спектр этих конкретизаций может быть очень большим, например от «внутренней картины болезни» до «внутренней картины здоровья» [1, 25].

**Рамочные модели (парадигмы,
исследовательские программы)
клинической психологии**

В методологии клинической психологии различают два уровня абстракции – уровень рамочных моделей и уровень клинко-психологических моделей [4. С. 63].

В широком смысле термин «модель исследовательской программы, или парадигма» обозначает предпосылки, на которых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели существенно влияют на процесс познания, т.е. имеют в науке теоретико-познавательную функцию. Для теории и практики клинической психологии значение широких (метатеоретических) модельных представлений обнаруживается, например, на примере понятия психического расстройства.

Рамочные модели – это исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия и соответствуют «научным парадигмам» в смысле Куна [23]. Научная парадигма (парадигма в переводе с греческого – это тоже модель, или паттерн) – собирательное определение 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.

На сегодняшний день конкурирующими являются главным образом три рамочные модели (исследовательские программы): органическая, психосоциальная и биопсихосоциальная. Возникли они как продукт процесса научного познания и культурного «духа времени». Они отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами: биологическими (медициной) – органическая рамочная модель; социальными – психосоциальная рамочная модель. Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

Клинко-психологические модели – это модели более ограниченного охвата, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную и другие модели. Нередко эти модели называют еще «психотерапевтическими школами». Правда, этот термин чаще всего используется для указания на различные виды психотерапий, различающихся терапевтическими подходами и базирующихся на различных концепциях болезни и здоровья.

Органическая рамочная модель. «Невроз – это болезнь» есть утверждение из области психиатрии. В психиатрии психические расстройства определяются как болезни, которые описываются так же, как и органические расстройства. Иначе говоря, к психическим расстройствам прилагается та же органическая, или медицинская, 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 (слабоумия), эмоциональная лабильность и др. Причиной прогрессивного паралича 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 в разных случаях. Заболевание сифилисом является необходимым, но ни в коем случае достаточным условием психических расстройств.

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

Основными характеристиками органо-медицинской модели считаются следующие:

- психические расстройства понимаются как болезни, при которых психические нарушения являются симптомами телесных расстройств или нарушений;
- психические проблемы вызваны органическими дефектами, т.е. психические феномены являются эпифеноменами соматических расстройств. Если получить достаточно информации, то можно обнаружить причинную связь всех психических расстройств с этим элементарным уровнем;
- психические и социальные факторы в ряду причин имеют лишь вторичное значение, поскольку определяют не сущность психических расстройств, а только внешнюю форму их проявления («патопластику»);
- методология изучения психических расстройств строится на естественно-научном причинном принципе;

– исследование и терапия психических расстройств должны институционально осуществляться в медицинских учреждениях.

Критика органической рамочной модели начинается с работ З. Фрейда (1856–1939), который хотя и был привязан к органо-медицинским представлениям, приложил большие усилия для разработки понятия «психогенетическая обусловленность психических расстройств». Немецкая психиатрия тоже критически оценивала органо-медицинскую модель психических расстройств. Так, Е. Блейлер 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» [16. С. 59]. В этом же плане высказываются и К. Ясперс [20], а также психиатр и психоаналитик Томас Шаш [27, 28], который считал эту модель мифом. Аналогичные высказывания принадлежат интеракционально ориентированным психиатрам [19, 24, 26], поведенческо-когнитивным психотерапевтам [13, 29].

С позиций социологии Г. Койп формулирует существенные концептуальные слабости органо-медицинской модели в виде четырех аргументов [22]: 1) психические отклонения в рамках этой модели, как и другие заболевания, представляются как «заданные природой нормальные константы», т.е. как присущие самому организму качества, а не как социальные оценки. Тенденция этой модели ссылаться на якобы имеющиеся доказательства оказывается несостоятельной в связи с доказанными значениями психосоциальных факторов; 2) диагностика на основании органо-медицинской концепции ведет к приписыванию качеств. Описательная диагностика становится аскриптивной (неописательной), когда лицам, которые получили определенные диагнозы, приписываются и другие, не наблюдаемые симптомы (например, опасность, безответственность). Диагнозы становятся «этикетированием» (приклеиванием ярлыков) и ведут к стигматизации. В процессе приписывания болезни происходит усиление обобщения: вначале лицо ведет себя так, будто испытывает страх, затем 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. Проявление болезни и болезнь различаются, причем последняя представляет соматическую или внутриспсихическую причину внешне видимых симптомов. Одновременно органические или биохимические причины превалируют: «Всем жизненным трудностям

приписываются химико-физические процессы, которые на данный момент открыты якобы медицинским исследованием» [28. С. 45].

В органической модели представлен двойной дуализм, который с психологической точки зрения уже давно непригоден: в различении симптомов и причин психика и сома (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. В-четвертых, медицинская модель выполняет социальную функцию, поскольку «осуществляется одна из форм социального контроля, которая как таковая остается скрытой» [22].

Психосоциальная рамочная модель. Отвержение критикуемой органической парадигмы психических расстройств произошло благодаря большому числу различных теорий расстройств, общим для которых является признание значения 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. 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» (Койп), чтобы стиммулировать развитие альтернативных позиций.

Психосоциальная рамочная модель охватывает как социологические и интеракциональные подходы (например, этикетирование, антипсихиатрия), так и гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и т.п. Это выражается чаще всего в четырех основополагающих допущениях [13].

1. Континуумное допущение постулирует, что между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует плавный переход и что оба состояния отличаются друг от друга только количественно, а не качественно. Различия между обоими состояниями лежат в частоте, интенсивности или ситуативности способа поведения. И лишь учитывая особенности носителя, оценку ситуации и контекста, а также другие критерии, их можно определить как отклоняющиеся, нарушенные или проблематичные («болезнь») или нормальные («здоровье»).

2. От этого постулата следует отличать допущение эквивалентности. Согласно последнему, в основе нормальной и нарушенной активности (поведения) лежат одинаковые изменяющие условия, т.е. в обоих случаях изменения осуществляются на основе идентичных принципов, например по законам научения и обуче-

ния. Возникновение и изменение (терапевтируемый и нетерапевтируемый процесс) патофизиологических феноменов можно объяснить теми же закономерностями, что и нормальные психологические явления.

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

4. Мультикаузальное допущение уточняет контекстную обусловленность психических расстройств: возникновение психических расстройств является следствием действия комплексного образования причин, или каузальной сети, а не линейной причиной связи. Причины могут быть разными (психические, социальные, соматические), и проявлять себя 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 эквивиальность: в открытых системах различные начальные состояния могут вести к одинаковым конечным состояниям.

Итак, как исследовательская программа «психосоциальная рамочная модель» имеет следующие характеристики:

- психические расстройства понимаются как «бросающиеся в глаза», «отклоняющиеся», «неадаптивное», «нарушенное» или «проблемное» поведение и переживание людей, которое отличается от нормального поведения и переживания не качественно, а количественно;
- при возникновении психических расстройств, а также при их дефиниции, изменениях и терапии самое большое значение придается социальным психическим факторам;
- между психическими расстройствами и их причинами имеют место не простые линейные отношения, а комплексные взаимовлияния (каузальные сети, системные связи), в результате которых, с одной стороны, различные исходные условия могут приводить к одинаковым явлениям, с другой стороны, одинаковые исходные условия могут приводить к разным явлениям;
- методологическое (методическое) основание достаточно широкое – от количественно-экспериментальных до качественно-герменевтических подходов;
- исследование и терапия психических расстройств осуществляются преимущественно институционально в социально-научных учреждениях.

Споры между органической и психосоциальной рамочными моделями и попытки их интеграции. Поскольку клиническая психология отягощена интенсивными связями как с биолого-медицинскими, так и с социально ориентированными дисциплинами, она оказывается также под влиянием актуальных акцентов научных течений и моды. Если в 70-е гг. XX в. в клинической психологии доминировали социально- и научно-ориентированные исследовательские программы, то с середины 80-х гг. начали постепенно доминировать бионаучно-ориентированные исследования.

В такой ситуации имеют место две опасности. Первая состоит в тенденции к гипергенерализации результатов с позиции модели, т.е. слишком быстрое и без дальнейшей проверки перенесение с одной проблемной области, например с шизофренических расстройств, на другие расстройства. Вторая опасность заключается 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.

В то же время в некоторых аспектах наметилось сближение между обеими позициями, которое свидетельствует о постепенном переходе к биопсихосоциальной рамочной модели.

С медицинской точки зрения этому переходу способствуют два концептуальных изменения – динамика понятия болезни и возникновение нового понимания причинности. Динамика понятия болезни особенно заметна, когда, например, сопоставляется концепция Роберта Коха с современным понятием вирусных заболеваний [30].

Но, пожалуй, решающее изменение находится в постепенно вырисовывающейся динамике понятия причины и связанного с ним понятия причин психических расстройств: «Сегодня мы имеем совершенно другое понятие о причинности. В медицине, как и в физике, специфические причины замещены комплексными цепочками сегментов событий, которые находятся в постоянно изменяющемся взаимодействии. Просто идея «причины» потеряла свое значение, она служит еще только в качестве обозначения места в цепи событий, за которое можно легче всего ухватиться» [21. С. 56].

Биопсихосоциальная рамочная модель. В качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели, предлагает себя биопсихосоциальная модель. Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимноизменяющихся отношениях друг к другу и могут образовывать рамки для различных перс-

пектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем [17, 18] на основе общей теории систем Бергаланфи [15]. Системы описываемой модели представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении; их компоненты 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 окружения своей самоорганизацией.

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

Сказанное относительно биопсихосоциальной модели можно проиллюстрировать на примере развития алкогольной зависимости [14. С. 77]:

1. На предпроблематичной стадии употребляющий алкоголь стимулируется преимущественно социокультурными условиями (питательные традиции, социальный статус взрослого и т.п.), при этом используется психофизиологическое влияние алкоголя (например, его расслабляющее и снимающее торможение действие). Из этого нормального социально приемлемого питья может развиться злоупотребление алкоголем, которое становится уже «проблемным питьем», но остается 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.

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

ляемого алкоголя растет, чтобы достичь, вопреки привыканию, того же эффекта; в конце концов, с увеличением дозы ухудшается физическое и психосоциальное состояние.

Биологические, психические и социальные факторы в этом процессе влияют друг на друга: биологически важными являются позитивные психофизиологические эффекты легкого употребления алкоголя, а на продвинутой стадии – явления абстиненции и массивных телесных нарушений (особенно желудочных, сердечных, а также центральной и периферической нервной системы). Психическая стимуляция способствует вначале легкому преодолению трудностей, а затем избеганию трудных семейных и профессиональных конфликтов и проблем; социальное стимулирование – это вначале соблюдение питательных традиций, но затем – эксцессивный прием алкоголя, который социально не одобряется, и пьющий социально изолируется и отвергается. Каждое из этих условий в разное время и в разной степени играет свою роль в процессе развития алкоголизма. Поскольку эти условия находятся в постоянном взаимодействии друг с другом, представляется бессмысленным отдавать предпочтение какому-либо из них [14. С. 77].

Биопсихосоциальная рамочная модель оказалась, без сомнения, полезной для преодоления модельного ригоризма и ограничений органической и психосоциальной концепций психических расстройств и для построения исследовательских программ, учитывающих 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.

Существенные признаки биопсихосоциальной рамочной модели состоят в том, что она:

– исходит из участия биолого-органических, психологических и социокультуральных факторов и процессов;

– постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

Биопсихосоциально-этическая рамочная модель. Итак, сближение между клинической психологией и медицинской (психиатрией) происходило и в связи с изменением представлений о модели психической болезни/расстройства. Места для психологии и (клинических) психологов при «органической» модели, разумеется, не было, хотя и в ее рамках ведущие зарубежные и отечественные психиатры (Крепелин, Блейлер, Корсаков, Бехтерев и др.) не только чувствовали, но и реально многое делали, чтобы это место определилось. Они вносили свою лепту в динамику представлений о сущности модели психического расстройства, об ограниченности ее классического органического варианта.

В рамках биопсихосоциальной модели сегодня открыты возможности для плодотворного партнерского научно-практического сотрудничества клинических психологов и медиков (психиатров в первую очередь). В то же время клиническая и внеклиническая практики оказания психологической помощи все чаще свидетельствуют о том, что такая форма, как «терапия духа», либо оказывается за их рамками (достаточно «терапии души», «духу не поможешь», «терапия духа – это прерогатива религии» и т.д.), либо хотя и имеет место, но, во-первых, не акцентируется, во-вторых, растворяется в разных вариантах «терапии личности» (гуманистической, экзистенциальной и др.), чаще всего не уточняя сущности модели, в рамках которой психологическая помощь оказывается.

На наш взгляд, практика психологической помощи, включающая в той или иной степени и «терапию духа», с неизбежностью расширяет или уточняет биопсихосоциальную рамочную модель за счет духовного (ноэтического) компонента в системной детерминации нарушения здоровья и его сохранения, восстановления и укрепления. На наш взгляд, сегодня становится актуальным обсуждение идеи биопсихосоциальноноэтической модели [4], хотя эта идея звучит уже давно. Здесь, видимо, уместно вспомнить призыв Гиппократов лечить не болезнь, но больного, а также мысль Ювенала о том, что «желательно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух». Излишне, нам кажется, приводить многочисленные примеры

«здорового духа» в нездоровом теле, психического – функционального – нездоровья, например слепоглохонемые люди, душевного нездоровья при здоровом теле и здоровье функциональном, например люди с патологией характера или личности; духовном нездоровье при сохранности всех других уровней здоровья, например психогенная депрессия и суицидальное поведение («когнитивная триада» по Беку, «потеря смысла жизни» по Франклу).

Останавливаясь на понятии «внутренней картины здоровья», Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдичиц наряду с другими критериями здоровья, выделяют и критерии «духовного здоровья и духовно здорового человека» [1. С. 152–171]. Однако характеризуя «внутреннюю картину болезни», они не поднимаются в ее критериях до уровня «болезни духа» и необходимости «терапии духа». В православной психотерапии это понимается как полнота перерождения павшего человека в «нового», что совершается в три периода, в логотерапии – как оказание помощи в стремлении к поиску и реализации человеком смысла своей жизни [7].

Итак, можно сделать вывод, что клинические психологи – исследователи и практики – продолжают поиски ответов на остающиеся актуальными вопросы предмета (объектного и предметного поля) клинической психологии, а также пытаются определить место и роль ноэтического (духовного) аспекта в моделях здоровья и болезни.

Литература

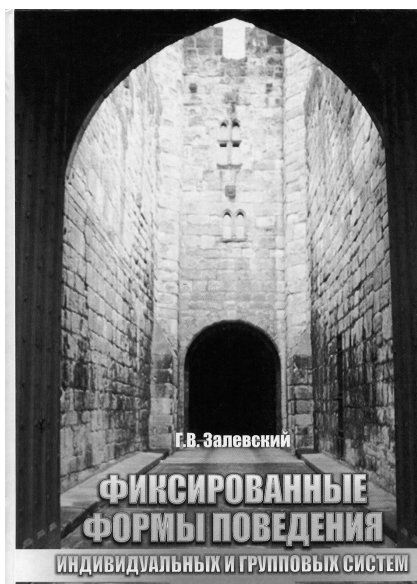
1. Абрамова Г.С., Юдичиц Ю.А. Психология в медицине. М., 1998.
2. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 10. С. 53–58.
3. Залевский Г.В. Актуальные проблемы современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 2004. Вып. 20. С. 81–84.
4. Залевский Г.В. Образование, культура и здоровье: Всероссийская конференция «Психолог в образовании» // Сибирский психологический журнал. 2005 а. Вып. 22. С. 153–155.
5. Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы наук о психике // Вестник ТГУ. 2005 б. № 286. С. 3–14.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1999.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике (МКБ-10/ICD-10). СПб., 1994.
9. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб., 2002.
10. Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, 1988.
11. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Ярославль, 1998.
12. Холмогорова А.Б. Клиническая психология и психиатрия: Соотношение предметов и общие методологические модели исследований // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований. М.: ИПРАН, 2003. С. 80–92.
13. Bandura A.A. Principles of behavior modification. N.Y., 1969.
14. Bastine R.H.E. Klinische Psychologie. Bd. I; 3. Aufl. Stuttgart; Berlin; Köln, 1998.
15. Bertalanffy L.V. General system theory. N.Y., 1968.
16. Bleuler E. Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 5. Aufl. Berlin, 1975.
17. Engel R.A. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin / Hrsg. H. Keup // Normalität und Abweichung. München, 1979. S. 63–85.
18. Engel R.A. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. № 137. P. 535–544.
19. Goffmann E. Die moralische Karriere des psychisch gestorten Patienten / Hrsg. H. Keup // Die Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München, 1972. S. 122–135.
20. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. (1913). 9. Aufl. München, 1973.
21. Kendell R.E. Die Diagnose in der Psychiatrie. Stuttgart, 1978.

22. Keup H. Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: «Medizinisches Modell» und mögliche Alternative // Kraiker C. Handbuch der Verhaltenstherapie. München, 1974. S. 117–148.
23. Kuhn T.S. Die Struktur wissenschaftlicher Revolution. (1962) 3. Aufl. M., 1978.
24. Laing R.D. Das geteilte Selbst. Hamburg, 1976.
25. Lindsay S.J.E. and Powell G.E. (Eds.) Clinical adult psychology. N.Y., 1997.
26. Sarbin T.R. Sinn und Unsinn der Definition von «psychischer Krankheit» / Hrsg. H. Keup // Die Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München, 1972. S. 93–108.
27. Szasz T.S. The myth of mental illness // American Psychologists. № 15. P. 113–115.
28. Szasz T.S. Der Mythos von der seelischen Krankheit // Hrsg. H. Keup // Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München, 1972. S. 44–56.
29. Ullmann L.P., Krasner L. A psychological approach to abnormal behavior. N.Y., 1969.
30. Weiner H. The illusion of simplicity: The medical model revisited // American Journal of Psychiatry. 1978. № 135. P. 27–33.

TO THE PROBLEM OF SUBJECT AND FRAMEWORK MODELS OF PRESENT-DAY CLINICAL PSYCHOLOGY
G.V. Zalevsky (Tomsk)

Summary. Two problems of current importance of present-day clinical psychology are being discussed. The problem of its objective field and subject and the problem of framework models (paradigms, research programs), and also their dynamics (from organic to biopsychosocioethical), mainly determining independence of clinical psychology as a part of psychology and its attitude to related scientific and practical disciplines (first of all psychiatry).

Key words: present-day clinical psychology, objective field, subjective field and the subject of clinical psychology, framework models of clinical psychology: organic, psycho-social, biopsychosocial, biopsychosocioethical.



Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – Москва; Томск: Томский государственный университет, 2004. – 460 с.

ISBN 5-94621-92-0

В монографии проанализированы и систематизированы отечественные и зарубежные данные, материалы собственных многолетних экспериментально-психологических исследований фиксированных форм поведения на основе системного структурно-уровневого подхода. Дается классификация широкого спектра фиксированных форм поведения – персеверативного, стереотипного и ригидного. В центре экспериментально-психологического анализа находится ригидность-флексibilität в континууме predispositional фактора феноменологии фиксированных форм поведения отдельного человека как индивидуальной системы, семьи, организационных сообществ, школы, этносов как групповых систем.

В последнем разделе монографии аргументируется дифференциально-диагностическое, прогностическое, реабилитационное значение проблемы фиксированных форм поведения для медико-психологической практики, а также практик образовательной, инновационной, научного творчества и межнациональных отношений.