

## Литература

1. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М. «Медицина», 1974.
2. Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик познавательных процессов при шизофрении. – Проблема генетической психофизиологии человека, «Наука», 1978, с. 222-243.
3. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении, под ред. Ю.Ф. Полякова. - Труды Института психиатрии АМН СССР, т. 1, М. 1982.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М. Издательство Московского университета, 1991.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – Издательство «Институт психологии РАН», Москва, 2015.

Г.В. Залевский

## МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### *Primum non nocere*

Приходится констатировать, что современная жизнь заострила потребность в организации масштабной и активной психологической помощи всем слоям населения. Растет число лиц, страдающих разными недугами - психическими, невротическими, психосоматическими, так и лиц, нуждающихся в психологической помощи в силу своей социальной, профессиональной, бытовой неустроенности и бесперспективности. Их число пополняется и за счет армии перемещенных лиц, беженцев, участников военных действий и т.д. А это означает, что растет потребность в клинических психологах.

Клиническая психология - довольно молодая психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплексных задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению, т.е. на оказание психологической помощи, прежде всего, тем лицам, о которых речь шла выше. Не случайно клинические психологи составляют основной отряд психологов в развитых странах мира. Для России клиническая психология — «новая специальность», на что указывал в конце 20-го века Поляков Ю.Ф.: «В центре внимания клинической психологии человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием» (Поляков, 1999, с.51).

В системе здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с психиатрических и наркологических, затем онкологических, кардиологических, хирургических, вплоть до стоматологических, где требуется помощь психолога в связи с «устрашающим» эффектом врачебного кабинета.

Клинические психологи активно включаются в решение широкого круга задач охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая в детских дошкольных заведениях, в общеобразовательных школах, в системе начального, среднего и высшего профессионального образования, в детских и молодежных санаториях-профилакториях, в интернатах для детей с задержкой и недоразвитием психики, в центрах лечебной и коррекционной педагогики, в службах семьи и детства. (Зверева, Горячева, 2015).

Все более активно клинические психологи привлекаются для работы в службах социальной защиты населения. Сегодня их можно встретить в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, службах планирования семьи и генетических консультациях, центрах психологической помощи жертвам насилия, социальных, стихийных и природных катаклизмов, в службах кризисных состояний и многих других.

Потребность населения в помощи со стороны клинических психологов ярко выражается в массовых обращениях к экстрасенсам, колдунам, магам и пр.

В то же время клиническая психология сегодня представляет собой иллюстрацию известной мысли о том, что предыдущие поколения (в данном случае психологов) оставляют немало нерешенных проблем для поколений последующих. И все эти проблемы, несомненно, актуальны и требуют осмысления и решения. Поэтому и сегодня, на мой взгляд, остается справедливым мнение Э. Кречмера, высказанным еще в 20-е годы прошлого столетия: «Обычно в учебниках стараются излагать по возможности только твердо установленный, стоящий вне всяких споров, материал какой-либо науки. Для медицинской психологии это было бы невозможным требованием, так как она является еще совершенно молодой наукой, возникшей только в последние двадцать лет и переживающей повсюду живой процесс созидания, наукой, которая еще в слабой степени обладает общепризнанными учениями» (Кречмер, 1998, с.3). Это мнение Э. Кречмера<sup>1</sup> остается актуальным и для

---

<sup>1</sup> Находясь в длительной заграничной командировке в Западной Германии (1974-1977 гг., десять лет спустя после смерти Э.Кречмера), автор имел счастливую возможность познакомиться с сыном Эрнста Кречмера Вольфгангом Кречмером, профессором

сегодняшнего состояния и перспектив развития клинической (медицинской) психологии.

**Объектное поле и предмет (метапредмет) клинической психологии.** Исходя из существующих определений клинической психологии, можно сделать вывод о сложности определения самого ее предмета. Но эта сложность обусловлена, на мой взгляд, прежде всего, тем, что не разводятся нередко понятия предмета и объекта (объектного поля) клинической психологии.

Так, Перре и Бауманн считают, что предметы клинической психологии и психиатрии в современном их понимании очень близки: «Предметом научных исследований, как клинической психологии, так и психиатрии являются психические расстройства. Таким образом, можно сказать, что в этом отношении клиническая психология и психиатрия мало различаются, даже если учесть по разному расставленные акценты в их подходе к предмету исследования» (Перрре, Бауманн, 2002, с.36). С таким пониманием фактически солидаризуется А.Б.Холмогорова, когда пишет, что «в конце концов, это (развитие клинической психологии – Г.З.) привело ко все большему смыканию клинической психологии с такими пограничными областями, как психиатрия и психотерапия» (Холмогорова, 2003, с.81). В чем суть «смыкания» не очень понятна. На мой взгляд, эта суть в понимании общего объекта при более точном определении их предмета, и при понимании психотерапии как одной из задач клинической психологии.

На то обстоятельство, что следует различать предметы клинической психологии (патопсихологии) и психиатрии в свое время обратила внимание Б.В. Зейгарник: «Психиатрия, как и всякая отрасль медицины, направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни. Патопсихология, как психологическая дисциплина, исходит из закономерностей распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга. Следовательно, при всей близости

---

невропатологии и психиатрии, побывать в доме Эрнста Кречмера в городе Тюбингене, в который после Марбурга он переехал, оставив должность Президента Психиатрического союза Германии после прихода к власти Гитлера. Как известно, его на этом почетном месте сменил Карл Юнг, которого после войны обвинили в сотрудничестве с фашистами. Вольфганг Кречмер подарил мне последние на то время издания двух основных трудов своего отца: «Медицинская психология» («Medizinische Psychologie», 1975) и «Строение тела и характер» (“Körperbau und Charakter”, 1977)

**объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету.** (выделено мной — Г.З.). Всякое забвение этого положения (т. е. положения о том, что патопсихология является психологической наукой) приводит к размыванию границ этой области знаний и к подмене ее предмета предметом так называемой «малой психиатрии» (Зейгарник, 1986, с.4-5). Того же мнения придерживались и Ю.Ф.Поляков (Поляков,1977), и М.С.Роговин (Роговин, 1962, 1988).

В таблице № 1. приводится «предметная триада клинической психологии», как она видится автору известного немецкого руководства по клинической психологии Бастине (Bastine, 1998, s.18).

Таблица 1. Предметная триада клинической психологии (R. Bastine, 1998, s.18)

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

Я считаю, что, во-первых, Бастине смешивает объект клинической психологии с предметом, во-вторых, скорее, говорит об объектном поле клинической психологии и, в-третьих, представляет далеко не все объекты этого поля. На мой взгляд, психические расстройства, психосоматические расстройства, психические кризисы – это, скорее, 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, соответственно, отличается и методический аппарат. Если и происходит, заметное в последние годы сближение между, например, психиатрией и клинической психологией (Перре, Бауманн, 2000; Холмогорова, 2003), то исключительно в силу возрастающего понимания того, что их объединяет и что разъединяет, когда они работают с одним и тем же объектом, например, с психическим расстройством, в рамках одной и той же его модели – биопсихосоциальной (Engel, 1979, 1980; Незнанов и др., 2007) или биопсихосоциоэтической (Залевский, 2005), о которых речь будет идти ниже.

На мой взгляд, объектное поле клинической психологии значительно шире. В нем следует выделить и такие объекты, как: «нормативные кризисы (возрастные, плановая беременность)», «латентные ненормативные кризисы», возникающие в определенных жизненных ситуациях (потеря работы, внеплановая беременность, предэкзаменационные ситуации и ситуации, предполагаемого пребывания в условиях с риском для жизни – «горячие точки»), а также группы «риска» - практически здоровые люди, ведущие нездоровый образ (стиль) жизни (вредные привычки, нарушения режима жизни, перегрузки трудового или учебного характера, специфическая профессиональная деятельность и т.д.). Иначе говоря, во всех указанных случаях действуют «факторы, которые влияют на состояние здоровья и ведут к необходимости обращения в службы здоровья»: Z 00 – Z 91.5 (см. Раздел в МКБ-10 Часть XX1).

Во всех указанных объектах для клинической психологии предметом могут являться «психологические аспекты», о которых упоминает Бастине, говоря лишь об одной из составляющей «предметной триады» – психосоматических расстройствах (Урванцев, 1998; Абрамова, Юджиц, 1998). Но «психологические аспекты» имеют место и в случае «психических расстройств», и во всех других объектах, выделяемых Бастине и другими авторами. В то же время «психологические аспекты» - это, скорее, метапредмет 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». В связи со сказанным выше в объектном поле клинической психологии размещается и такой объект как «практически здоровые люди», перед которыми стоит задача развития и укрепления своего здоровья через усиления здорового образа /стиля жизни. Это объект, в котором очень сильно заинтересована та часть клинической психологии, которая может быть обозначена как психология здоровья или, как ее в свое время ориентировал П.Жане, «клиническая психология нормы» (цит. по: Клод-М.Прево, М., 2005, с.33).

Чтобы понять проблемы и пути решения отношений между клинической психологией и психиатрией, следует хотя бы кратко взглянуть на них с исторической позиции. В восьмидесятых годах позапрошлого столетия психиатры Эмиль Крепелин и Сергей Сергеевич Корсаков прошли обучение не только что открытой Вильгельмом Вундтом первой в мире экспериментально-психологической лаборатории и затем пытались всю свою дальнейшую профессиональную жизнь экспериментально-психологически объективировать психопатологические явления. Отстаивая ныне принятый психологический критерий невменя-

мости, В.Х. Кандинский в самом начале своей мотивировки поместил следующий абзац: «Отношение психиатрии к психологии. Психология есть наука о душе вообще; психиатрия есть наука о душевном расстройстве. Выводы психиатров к здоровой душе не приложимы. Общие выводы научной психологии для психиатрии обязательны, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душою. Рациональная психиатрия неизбежно имеет в своей основе психологию» (1890). С.С. Корсаков обычно, начиная курс лекций по психиатрии в Московском университете, говорил: «Для того, чтобы узнать, что бывает у человека больного, мы должны изучать, что бывает у человека здорового, познакомиться с нормальным проявлением душевной жизни» (1901). И вообще С.С. Корсаков, как известно, курс психиатрии начинал читать с краткого курса психологии, тем самым подчеркивая значение психологии для образования будущих психиатров.

В связи с этим Э.Кречмер (.Kretchmer,1998, с. 6) писал, что «пробел, который ощущает в своем профессиональном образовании медик, стоящий несколько выше в духовном отношении, двоякого рода. Он нуждается в психологии, которая возникла бы из врачебной практики и была бы предназначена для практических задач врачебной профессии. Это – самое главное. За этими пределами возникает у врача стремление к психологии чаще всего из смутно ощущаемой потребности вырваться из четырех стен узкой профессиональной специализации и получить возможность бросить взгляд на более широкие духовные области познания, этических и эстетических проблем, развития народной жизни – и притом сделать это в такой форме, чтобы его медико-естественно-научный круг мыслей органически связался в одно целое с духовно-научным горизонтом».

Благодаря значительному вкладу выдающихся психиатров в развитие клинической психологии, некоторые авторы и сегодня считают ее «психиатрической клинической психологией», ориентированной, главным образом, на лучшую диагностику, терапию и изучение психических расстройств. Несомненным фактом является то, что применение психологических методов в психиатрической клинике сделало возможным более объективное изучение нарушенных сфер личности, чем только субъективное описание. Поддающиеся сравнению психометрические данные, полученные разными исследователями, создают сегодня основу диагностического отнесения отдельного случая, как и объективации его динамики, для контроля эффекта психофармакологической и психотерапевтической терапии, для исследования психопатологических явлений в сравнении с нормальным их развитием.

«И сегодня можно говорить о принципиальных различиях ментальности психологов и медиков, об определенном «биологоцентрическом»

взгляде последних на больного. У них разные профессиональные установки, ценностные ориентации, особенности восприятия профессионально значимых объектов, неодинаковое видение мира» (Урванцев, 1998, с.5), «разные профессиональные позиции» (Лидерс, 1996). С.Гроф пишет, что указанные различия заметны даже в отношении психологов и психиатров: «В результате механического применения медицинского мышления все нарушения, с которыми имеет дело психиатр, в принципе рассматриваются как болезни, этиология которых, в конце концов, будет найдена в форме анатомических, физиологических или биохимических отклонений от нормы» (1992, с.230). Врач (психиатр) и психолог не должны дублировать друг друга. «У каждого из них свои задачи, хотя направленные к единой цели – максимально возможному улучшению здоровья и благополучия больного» (Кабанов, Личко и др., 1983, с.9-14).

В этом плане, наверное, правильно было бы толковать клиническую (медицинскую) психологию не только как метод, она является «культурой», как об этом писал в своем манифесте выходящий в 1897-1901 гг. «Журнал клинической и лечебной психологии» (цит. по Клод-М. Прево, 2005, с.33).

***Парадигмы и модели клинической психологии.*** В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции, которые обозначаются как уровень «Рамочных моделей» и уровень «Клинико-психологических моделей» (Bastine, 1998, с. 63).

Вообще понятие модели или парадигмы (исследовательской программы) в научном употреблении обозначают предпосылки, на которых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели влияют существенно на процесс познания в той или иной науке, т.е. имеют 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 которые соответствуют, скорее всего, «научным парадигмам» в смысле Куна (1978). Научная парадигма (из греческого - это модель или паттерн) – 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.

В истории развития представлений о рамочных моделях психических расстройств различают «органическую», «психосоциальную» и

«биопсихосоциальную» модель или парадигму. Возникали они и сменяли друг друга как продукт процесса научного познания, так и культурного «духа времени». Они также отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами – биологическими (медициной) (органическая рамочная модель) и социальными (психосоциальная рамочная модель). Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

«Клинико-психологические модели» - это модели более ограниченного охвата или уровня, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную и др. модели. 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. Поскольку органоцентрическая (био-медицинская) и психосоциальная модели - это, скорее всего, уже история, то мы остановимся несколько подробнее на доминирующей сегодня биопсихосоциальной модели, на ее преимуществах в качестве методологии клинической психологии и ее ограничениях.

**Биопсихосоциальная рамочная модель.** В качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели, предложила себя «биопсихосоциальная» модель, «биопсихосоциальная триада В.М.Бехтерева» (Незванов Н.Г. и др., 2007). Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимно изменяющихся отношениях друг к другу и тем самым могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем<sup>1</sup> (Engel, 1979, 1980) на основе общей теории систем Берталанфи (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 и отличаются от их окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная модель представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется, по

---

<sup>1</sup> Или Энджелом, как в некоторых русскоязычных изданиях

мнению Бергаланфи, 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 находятся в постоянном прямом взаимном влиянии друг на друга, в котором отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между подсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

**Пример:** *Развитие алкогольной зависимости*

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 развиваться 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 и даже легкие проблемы.

2. 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 алкоголя растет, чтобы добиваться вопреки привыкания 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, проникают друг в друга: 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 со-

циальное стимулирование – вначале это питейные традиции, но затем эксцессивный 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 друг с другом, представляется бессмысленным отдавать предпочтение какому-либо из них (Bastine, 1998, s.77)

Биопсихосоциальная модель, как рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма – здесь органическая концепция там психосоциальная концепция психических расстройств, и вместо этого строить исследовательские программы, учитывающие при исследовании 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 определяется 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 друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели, в конечном итоге, состоят в том, что она:

-исходит из участия биолого-органических, психических и социокультурных факторов и процессов,

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

**Биопсихосоционозитическая модель.** Существенным ограничением в методологическом плане биопсихосоциальной модели психического расстройства является, на мой взгляд, отсутствие в ней главной составляющей — ценностно-смысловой (нозтической, духовной). Здесь, видимо, уместно вспомнить о призыве Гиппократов «лечить не болезнь, но больного», а также мысль Ювенала о том, что «желательно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух»; здесь излишне, мне думается, приводить многочисленные примеры «здорового духа» при нездоровом теле, психическом – функциональном нездоровье, например, слепоглухонемые люди, душевного нездоровья при здоровом теле и здоровья функционального, например, люди с патологией характера или личности, духовного нездоровья при сохранности всех других уровней здоровья, например, психогенной депрессии и т.п. Прекрасно в этой связи сказал в свое время известный дагестанский поэт Расул Гамзатов: «Болезни тела мы излечим, если болезни духа исцелим». Пожалуй, немного существует профессий, в которых ценностный подход к профессио-

нальной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Суть ценностного подхода — это ориентация на Другого как на «высшую ценность, равную ценности собственного Я» (Гегель цит.: по Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989, с.236).

Поэтический (духовный), прежде всего, в общечеловеческом — светском его понимании) аспект этой сложной модели предполагает учет роли в сохранении здоровья или в его нарушении (болезни, расстройстве) высших сущностных проявлений человека — его системы ценностей и смыслов (Frankl, 1979, Франкл, 2008). В практическом плане — при оказании психологической (психотерапевтической) помощи людям верующим оказывается эффективной и опора на «религиозную духовность», о чем свидетельствует православная и другие конфессиональные психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1998).

В то же время следует отметить, что этот аспект модели здоровья и болезни в рамках представлений о биопсихосоциопсихотерапевтической их природе является еще довольно слабо разработанным, особенно в клинико-психологическом контексте (Залевский Г.В., 2005, 2006, 2012, 2013).

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 (Франкл) и трансперсонального (Мэй, Минделл, Грофф) 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., 2013; Залевский Г.В, 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, чаще всего употребляемых 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 году:

«Психология – с религией или без нее?» и «Психология и религия – дискуссия продолжается».

Одни участники дискуссии высказались со всей определенностью, что духовность и родственные ей категории несомненно являются предметом научной психологии. (М.Ю.Кондратьев, 2007; В.А.Пономаренко, 2007; Леонтьев Д.А., 2007). Некоторые другие участники дискуссии (А.Лоргус, 2007; А.А.Гостев, 2007; В.И.Слободчиков, 2007) придерживаются достаточно решительно иной точки зрения, считая, что духовность может быть предметом психологии, если она пойдет с религией не параллельным, так сказать, а одним путем.

Глубоко и индивидуально верующий Виктор Франкл 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» (Цит. по: Леонтьев Д.А., 2007, 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» (Цит. По: Леонтьев Д.А., 2008, с.8-9).

Еще 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 выполняет здесь функцию модели одухотворенного поведения» (цит. по: Морозову С.М., 2002, с.19).

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» (Цит. по: Пономаренко В.А., 2007, с. 69-70).

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» (2007, 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» (Розин В.М., 2007).

Важно отметить, что в этом направлении развивается и психотерапия, переживающая уже 3-ю волну своего развития (Heidenreich, Noyon, 2011; Подгорный, 2018), как одна из главных задач современной клинической психологии, которая превращается из только диагностической в диагностико-интервенционную область психологической науки и практики, ориентируясь на «все здание», т.е. на всю «вертикаль» - биопсихосоциозэтическую природу человека, его развития и здоровья. И это реальность, ведь «научному анализу уже доступен весьма широкий спектр синхронизаций: ген - клетка – орган – организм – индивид – личность – социум – культура» (Ясперс К., 1991).

### Литература

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., Психология в медицине. М., 1998
2. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. //Собр. соч., М., 1983, Т.5, с.257-321
3. Гостев А.А. О проблемах становления религиозно ориентированного психологического знания. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, Т. 4, № 4, с.35-45
4. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М., Соцветие, 1992
5. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии.//Сибирский психологический журнал. 1999, вып.10, с.53-56
6. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры. Материалы Всероссийской конференции (Томск, 5-7 октября 2005 г.). //Сибирский психологический журнал. № 22, 2005, с.153-157
7. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. Электронный ресурс. ИДО ТГУ, 2006
8. Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы психологии.//А.Л.Журавлев, А.В.Юревич Теория и методология психологии. М., ИПРАН, 2007, с.195-222
9. Залевский Г.В. Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и соци-

- альных 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
10. Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоционоэтической» модели психического расстройства. //Сибирский психологический журнал. 2009, № 32, с.57-65
  11. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. М.: Академия. 2012
  12. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. //Избранные труды в 6 томах Г.В.Залевского. Том 3. С. 3-203
  13. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Некоторые проблемы психологии здоровья.//Сибирский психологический журнал. 2010, № 35, с. 6-10
  14. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е издание.М.: Академия, 2015
  15. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.,1986
  16. Кабанов М.М., Личко А.Е., С.В.Смирнов Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.,1983
  17. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. Предисловие и издание Е.К.Кандинской.М.: 1890
  18. Кондратьев В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.65-73
  19. Корсаков С.С. Курс психиатрии. (в 2 томах). М.: «Типо-литография В.Рикерт», 1901
  20. Кун Т. Структура научных революций. М., Прогресс, 1975
  21. Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.,1998
  22. Кречмер Э. Медицинская психология. СПб., Союз, 1998
  23. Леонтьев Д.А. Кесарю – кесарево. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 4, с.58-63
  24. Леонтьев Д.А. Упрямство духа. Предисловие. В. Франкл: Сказать жизни «Да». М., Смысл, 2008, с.5-10
  25. Лидерс А.Г., Особенности позиции практического психолога по отношению к клиенту.//Журнал практического психолога., 1996, № 36, с. 15-29
  26. Лоргус А.В. Психология – с религией или без нее? //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.58-64
  27. Морозов С.М. Предмет исследования и единицы анализа в психологической системе Л.С.Выготского. Автореф-т дисс. канд.псих.н., М.,, 2002

28. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М.Бехтерева: От психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб., 2007
29. Перре М., Бауманн У. (ред.) Клиническая психология. 2-е изд., СПб.-М., 2002
30. Подгорный А. Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy — направления третьей волны когнитивно-поведенческой терапии. //эл. ресурс file  
///C:\Users\11\AppData\Local\Temp\Low\KK5E9XYZ.htm
31. Поляков Ю.Ф. Новая специальность – клиническая психология. //Сибирский психологический журнал. 1999, вып. 10, с.51-53
32. Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (к итогам дискуссии). //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1977. Т.77, Вып. 12, с.1822-1832
33. Пономаренко В.А. С верой в науки о человеке. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т. 4, № 2, с.64-74
34. Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология – с религией или без нее?. 2007, Том 4, № 2, с.56-97
35. Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология и религия – дискуссия продолжается. 2007, Том 4, № 4, с.3-123
36. Прево Клод-М. Клиническая психология. М., 2005
37. Роговин М.С. Международный семинар по вопросу взаимоотношения психологии и психиатрии. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1962, т. 62, вып.8, с.1266-1270
38. Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, ТГУ, 1988
39. Розин В.М. Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.74-89
40. Розин В.М. Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 4, с.113-120
41. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989
42. Слободчиков В.И. Христианская психология в системе психологического знания. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.90-97
43. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. ЯГУ, 1998
44. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., Прогресс.. 1990
45. Франкл В. Сказать жизни «Да». М., Смысл, 2008

46. Холмогорова А.Б. Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели.//Психология. Современные направления междисциплинарных исследований./Под ред. А.Журавлева, Н.Тарабриной. М., 2003, с.80-92
47. Ясперс К. Смысл и назначение истории. М., 1991
48. Bertalanffy, L. General System Theory. N-Y., 1968/1968
49. Bastine R. Klinische Psychologie. Bd. 1, 3 Aufl. Stuttgart, Berlin, Koen, 1998
50. Engel J.L. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Models: Eine Herausforderung der Biomedezin //Keup H. Normalitaet und Abweichung. Muenchen., S. 63-85 1979
51. Engel H. L. The clinical Application of the Biopsychosocial Model // American Journal of Psychiatry, Vol. 137, P. 535-544/1980;
52. Frankl V.E. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Muenchen, 1979
53. Heidenreich T./ Noyon A. Existenzielle Therapieansetze: Entwicklungen und Potenzial fuer die Kognitive Verhaltenstherapie.//Verhaltenstherapie&Psychosociale Praxis, 2011, Bd. 43. Jg. (3), P. .571-581
54. Straub R.O. Health Psychology. Wotth Publication, N.Y., 2001

**М.В. Алфимова**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗАРУБЕЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Клиническая психология является пограничной областью знания – отраслью психологии, сформировавшейся на стыке с психиатрией, и ее развитие тесно связано с этими дисциплинами [1]. Поэтому тенденции современной клинической психологии невозможно понять вне связи с происходящим в этих областях науки.

Мировая психология за последние два десятилетия претерпела существенные изменения. Наметившиеся в конце 20 века тенденции к пересечению дисциплинарных и географических границ в изучении психологических феноменов созрели и оформились в новые области исследований и новые методологические контексты. Для решения важнейших проблем создаются международные консорциумы. Как отмечает Ассоциация психологической науки США (the Association for Psychological Science, APS) [4], психология вступает в новую эру интегральной науки, объединяясь с широким кругом дисциплин – от социальных, нацеленных на анализ глобальных культурных явлений, до молекулярной генетики и эпигенетики, позволяющих изучать индивидуальную структуру ДНК и генетические и средовые процессы,