

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Г.В. Залевский

ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

*Рекомендовано Советом по психологии УМО по классическому
университетскому образованию в качестве учебного пособия
для студентов высших учебных заведений, обучающихся
по направлению и специальностям «Психология»*

Томск
2012

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4Я73

З 23

Залевский Г.В.

З 23 История клинической психологии : учеб. пособие. —

Томск : Томский государственный университет, 2012. — 116 с.

ISBN 978-5-9462-1393-6

Учебное пособие является первым отечественным пособием по истории клинической психологии.

Упор делается на принцип традиций в развитии клинической психологии, характеризующийся широкой географией и спектром проблем, прежде всего, историей развития представлений об ее объектном поле и предмете, а также методе и категориальном аппарате. В рамках такого подхода раскрывается и персональный вклад в развитие клинической психологии.

Кратко изложена история развития представлений о моделях психического здоровья и психических расстройств.

Для студентов, магистров, аспирантов и преподавателей психологических факультетов, а также всех интересующихся вопросами клинической психологии и психологии здоровья.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4Я73

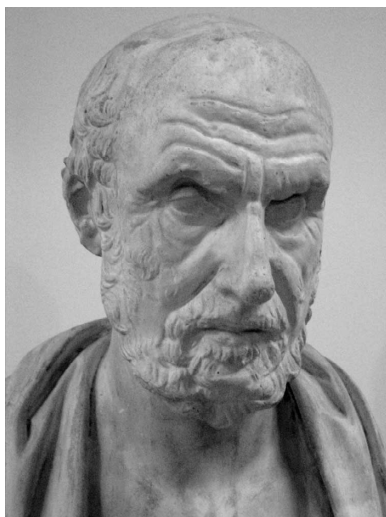
ISBN 978-5-9462-1393-6

© Залевский Г.В., 2012

© Томский государственный университет, 2012

ВВЕДЕНИЕ

Можно считать, что точкой отсчета появления клинической психологии является известный призыв Гиппократов «лечить не болезнь, но больного». Но от призыва Гиппократов и до 460 г. до нашей эры действительного зарождения клинической психологии как интегральной части остального поля психологии, прошло немало веков. Первым трудом по клинической (медицинской) психологии можно, видимо, считать книгу «Медицинская психология» Р.Г. Лотце (R.H. Lotze), вышедшую в 1852 г. в Германии, но сам термин «клиническая психология» в той же Германии вошел в научный и практический обиход лишь почти 100 лет спустя, с выходом в свет книги В. Гельпах (W. Hellpach) «Клиническая психология» (1946), в которой речь идет о психологии соматической медицины.



Гиппократ (греч. Ἱπποκράτης)

В США термин «клиническая психология» становится известным специалистам пятьюдесятью годами раньше в связи с открытием психологической клиники Л. Уитмером (Lightner Witmer, 1896), основанием им журнала «Psychological Clinic» («Психологическая клиника», 1907) и опубликованием в первом номере этого журнала статьи «Clinical Psychology» («Клиническая психология»). Правда, термин «клиническая психология» Уитмер уже использовал раньше при выступлениях перед коллегами по Пенсильванскому университету и Американской психологической ассоциации.



Рудольф Герман Лотце

Некоторые авторы (Р. Бастине и др.) считают, что помимо Уитмера у истоков клинической психологии стояли Э. Крепелин и З. Фрейд. Они же называют Уитмера основателем, а Крепелина – отцом клинической психологии. Есть и другая точка зрения (Сироткина И.Е., 2004), что «основоположниками клинической психологии были французские психиатры и психологи; ее идеологию разработали Т. Рибо и И. Тэн, а эмпирическими исследованиями занимались парижский невропатолог Ж.-М. Шарко и его последователи А. Бине, П. Жане, Ш. Рише и другие». Того же мнения и Клод-М. Прево (2005), отмечавший, что «...Пьер Жане, который работал в клинике Сальпетриери, уже применял этот термин

(«клиническая психология». – Г.З.), в частности в начале II тома книги “Неврозы и навязчивые идеи”, датированной 1897 г. и которая должна была выйти в 1898 г. в следующей форме: “Исследование экспериментальной психологии в приложении к медицине, исследования в клинической психологии”» (Прево Клод.-М., 2005. С. 27). В 1901 г. Валентен написал в «Журнал клинической и лечебной психологии» («Revue de psychologie clinique et therapeutique») статью под названием «Область клинической и терапевтической психологии», в которой отмечал: «Каждую минуту мы соприкасаемся с нормальной психологией, и если не ошибаюсь, это самое реальное преимущество клинической и терапевтической психологии» (цит. по: Прево Клод.-М., 2005. С. 34–35).

Мнение о приоритете Франции основано на том, что «психология как наука во Франции была тесно связана с клинической психологией... французская клиническая психология и клиническая психиатрия явились фундаментом для развития психологической науки во Франции» (Саугстад П., 2008. С. 208). Несмотря на самую тесную связь клинической психологии и психиатрии во Франции вряд ли можно согласиться с П. Саугстадом в том, что «клиническая психология как научная дисциплина возникла из психиатрии» (Там же. С. 218).

Мы придерживаемся точки зрения, что «прямых основоположников» того, что мы сегодня понимаем под «клинической психологией», вряд ли можно с большой уверенностью установить (их оказывается очень много и с широкой географией), правильной говорить о тех, кто создал определенные предпосылки появления клинической психологии как области психологии (В. Вундт, Ж.-М. Шарко, С.С. Корсаков, У. Джемс и др.), о тех, кто косвенно – через общепсихологические и другие идеи – стимулировал ее развитие как научной и прикладной отрасли психологии (И.М. Сеченов, И.П. Павлов, С. Холл, Л.С. Выготский, Д.Б. Уотсон и др.), о тех, кто внес конкретный вклад в ее появление и развитие посредством формирования определенных традиций: институциональной (Л. Уитмер, Э. Крепелин, Г.Ю. Айзенк, С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, К.Г. Ланге и др.), психометрической (М.-К. Кеттелл, Ф. Галь-

тон, А. Бине и др.), психодинамической (З. Фрейд, К.Г. Юнг, Б.В. Зейгарник, В.Н. Мясищев), интервенционной (Г. Мюнстерберг, Г. Жане, З. Фрейд, В.М. Бехтерев, К. Роджерс, Дж. Вольпе), психогигиенической (К.У. Бирс, А. Мейер, С.С. Корсаков, И.П. Мережковский, И.А. Сикорский и др.).

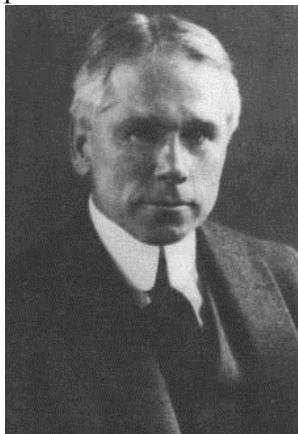
Разумеется, можно оценить вклад в развитие современной клинической психологии и с географической, и с персоналистской или отраслевой позиции. Н. Сандберг, А. Уайнбергер и Дж. Таплин (2007) исходят из хронологического принципа при изложении истории развития клинической психологии (правда, имея в виду только американскую клиническую психологию, при часто не дифференцируя клиническую психологию и другие отрасли психологической науки), выделяя период раннего развития (конец XIX – XX в.), период консолидации (20–30-е гг. XX столетия), период бурного развития (50–60-е гг. XX столетия), период проявления противоречивых тенденций развития и усиления специализации и современный период с перспективами будущего развития. Мы же, излагая историю клинической психологии, будем придерживаться, главным образом, указанных выше традиций, что позволит аккумулировать все остальные возможные варианты исторического анализа.

Несомненно, пришло время, когда должна быть написана история клинической психологии, с попыткой отражения мировых (не только американских, европейских или российских) тенденций в ее развитии, чтобы понять, почему ее «путь развития имеет извилистый характер», а «клинические психологи удивительно аисторичны» (Watson R., 1953). Это особенно важно и в связи с тем, что не только за рубежом, но и в нашем отечестве мы уже не первый год готовим собственно клинических психологов. В то же время отсутствуют учебные пособия по истории клинической психологии и нет базового курса по истории клинической психологии в Госстандарте РФ подготовки клинических психологов. На сегодняшний день довольно краткие экскурсы об истории клинической психологии (патопсихологии, медицинской психологии) даются только в некоторых учебных пособиях (Зейгарник Б.В., 1999; Карвасарский Б.Д., 2002).

1. ТРАДИЦИИ В ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Институциональная традиция

В то время как Стэнли Холл стремился к перевороту в американской психологии – ее применению в детской психологии и педагогике, а Кеттелл использовал психологические методы для оценки умственных способностей, один из студентов Кеттелла и Вундта (Лайтнер Уитмер) использовал психологию для установления диагноза и лечения аномального поведения у детей. Всего через 17 лет после основания Вундтом современной психологии его



бывший ученик **Lightner Witmer (Лайтнер Уитмер, 1867–1956)** нашел еще одно практическое применение психологии, явно противоречащее позиции учителя.

В 1896 г. Л. Уитмер, сменивший на посту профессора Университета Пенсильвании МакКина Кеттелла, открыл первую в мире психологическую клинику. Уитмер – по отзывам, «безнадежно сварливый и скрытный», «тщеславный карлик» – начал развивать направление, которое он назвал клинической психологией. То, что Уитмер практиковал в своей клинике, не было клинической психологией в том смысле, который сегодня вкладывается в это понятие. Его деятельность была посвящена диагностике и лечению отклонений в умственном развитии школьников. Современная же клиническая психология занимается более широким диапазоном психологических нарушений – от легких отклонений до тяжелых форм – людей всех возрастов. Хотя Уитмер способствовал развитию клинической психо-

логии и вполне обоснованно пользовался этим термином, на самом деле это направление намного шире того, с чем он имел дело.

Уитмер являлся одним из тех представителей функционализма, которые полагали, что современная наука должна помогать людям решать их проблемы, а не изучать содержимое их умов.

Страницы жизни. Лайтнер Уитмер родился в 1867 г. в Филадельфии, штат Пенсильвания, в семье зажиточного аптекаря, который верил в силу образования. Он закончил Пенсильванский университет в 1888 г., затем некоторое время преподавал историю и английский язык в частной школе в Филадельфии, после чего вернулся в университет, поступив на курс юриспруденции.

Очевидно, что Уитмер не думал о карьере психолога, но по причинам, которые остаются неясными, он изучал экспериментальную психологию у Кеттелла и получил место ассистента на психологическом факультете. Уитмер начал исследовать индивидуальные различия во времени реакции; его надежды были связаны с получением докторской степени в Университете Пенсильвании. Но Кеттелл порекомендовал ему поехать в Германию и продолжить там свое образование.

В Германии Уитмера учил у В. Вундта и О. Кюльпе, не вдохновлял подход Вундта, и позже он говорил, что кроме степени ничего в Лейпциге не получил. Вундт не позволил Уитмеру продолжать работу по изучению времени ответной реакции, которую тот начал с Кеттеллом, принуждая его заниматься интроспективными исследованиями элементов сознания. Уитмер критиковал метод исследования Вундта, называя его сомнительным. Он описывал, как Вундт заставлял Титченера повторять наблюдения, «потому что результаты, полученные Титченером, были не теми, что ожидал Вундт». Но Уитмер все же получил докторскую степень, вернулся домой и летом 1892 г. занял новый пост в Университете штата Пенсильвания. В том же году Холл организовал Американскую психологическую ассоциацию, одним из членов которой стал Уитмер. Американскую психологию начал охватывать функциональный, прикладной дух.

В течение двух лет Уитмер занимался экспериментальной психологией, проводя исследования и публикуя статьи по проблемам

индивидуальных различий и психологии боли. Но он все время искал возможности применить психологию к диагностике отклонений в поведении. Случай представился в марте 1896 г. Дело в том, что во многих управлениях образования штатов были учреждены отделы педагогики (для разработки принципов и методик обучения), и психологам предложили прочесть специальные курсы чиновникам из этих отделов и учителям государственных школ, работающим по углубленным программам. Кроме того, психологам пришлось пересмотреть программы своих лабораторных исследований для того, чтобы подготовить как можно больше квалифицированных школьных психологов.

Психологические факультеты существенно выиграли от этого внезапного притока студентов, потому что тогда, как, впрочем, и теперь, бюджет факультета во многом зависел от количества обучающихся на нем студентов.

В 1894 г. Пенсильванский университет организовал курсы для учителей государственных школ, и Уитмер читал там лекции. Однажды, после двух лет существования курсов, к Уитмеру подошла одна из слушательниц с целью проконсультироваться по поводу своего 14-летнего ученика, у которого были проблемы с чистописанием, хотя по другим предметам он успевал. Могли бы психологи помочь решить эту проблему? «Мне думается, – писал позже Уитмер, – что если психология чего-нибудь да стоит, она должна оказаться способной помогать именно в таких случаях отставания в развитии» (цит. по: Reynolds, 1987. С. 853). Вскоре Уитмер организовал при университете клинику, которая задумывалась как временная, но в итоге стала делом всей его жизни.

За несколько месяцев Уитмер подготовил курс по методам лечения умственно отсталых, слепых и душевнобольных детей и опубликовал в журнале «Педиатрия» статью, озаглавленную «Практическая работа в психологии». На очередной ежегодной конференции АПА Уитмер прочитал доклад на ту же тему, в нем он впервые использовал термин *клиническая психология*. В то же время Уитмер начал читать в колледже первый курс по клинической психологии.

Vol. I. No. 1. March 15. 1907

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC

A Journal for the Study and Treatment of Mental Retardation and Deviation

Editor:

LIGHTNER WITMER. Ph. D., University of Pennsylvania.

Associate Editor :

HERBERT STOTESBURY. Ph. D.

JOSEPH COLL'NS. M. D.

The Temple College.
New York.

Post Graduate Medical College, Philadelphia

CONTENTS

CLINICAL PSYCHOLOGY. Lightner Witmer	1
AN INFANTILE STAMMER (BABY TALK) IN A BOY of TWELVE YEARS. <i>Clara Harris</i> , Resident Psychologist at Friends' Asylum for the Insane, Frankford	10
A JUVENILE DELINQUENT. <i>Edward A. Huntington</i> , Principal of Special School No. 3, Philadelphia	21
UNIVERSITY COURSES IN PSYCHOLOGY. <i>Lightner Witmer</i>	25
REVIEWS AND CRITICISM: «Child and Educational Psychology». The Psychological Bulletin. Vol. 3, No. 2, November 15, 1906,	
Edited by M.V. O'Shea	36
NEWS AND COMMENT	38

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC PRESS WEST PHILADELPHIA STATION, PHILADELPHIA, PA.

Титульная страница первого клинико-психологического журнала,
изданного в 1907 г. Л. Уитмером

В 1907 г. Уитмер основал журнал «Психологическая клиника» («Psychological Clinic»), который долгие годы был единственным изданием, посвященным этой проблематике, в течение 29 лет он был его редактором. В первом выпуске Уитмер предложил новое поле деятельности для психологии – фактически, новую специализацию – клиническую психологию. В следующем году он органи-

зовал школу-интернат для отсталых и душевнобольных детей, а в 1909 г. его клиника отделилась от университета и стала самостоятельным административным учреждением.

Уитмер всю жизнь проработал в Университете Пенсильвании, преподавая, развивая и воплощая свою систему клинической психологии. Он ушел на пенсию в 1937 г., а умер в 1956 г. в возрасте 89 лет.

Психологическая клиника. Будучи первым в мире клиническим психологом, Уитмер не имел никаких примеров или прецедентов, на которые мог бы ориентироваться в своей деятельности, и поскольку он работал один, то развивал собственные методы диагностики и лечения. Занимаясь первым случаем в своей практике, мальчиком, у которого были трудности с письмом, Уитмер исследовал уровень интеллекта ребенка, его способности к рассуждениям и чтению и заключил, что именно чтение представляло для ребенка наибольшую сложность. Проведя всесторонние исследования, Уитмер выявил у мальчика так называемую визуально-вербальную амнезию. Ребенок мог запоминать геометрические фигуры, но не мог запоминать слова. Уитмер разработал интенсивную коррекционную программу, которая принесла некоторые плоды, но все равно мальчик так и не смог научиться бегло читать и писать.

Учителя из разных школ посылали в новую клинику Уитмера непрерывный поток детей с широким диапазоном нарушений развития и проблем с обучением, включая гиперактивность, нарушения речи и моторики. Накопив определенный опыт в этой области, Уитмер разработал стандартные программы диагностики и лечения; в штат клиники он принимал не только врачей, но и социальных работников и психологов.

Уитмер понимал, что психологическому функционированию могли препятствовать и физические проблемы, поэтому врачи клиники всесторонне обследовали детей, определяя, не связаны ли возникшие у ребенка трудности с плохим питанием или дефектами зрения и слуха. Психологи, в свою очередь, тестировали пациентов, а социальные работники готовили истории болезни и собирали сведения о семьях.

Начиная работать с детьми, Уитмер полагал, что многие отклонения в поведении и трудности с обучением обусловлены генетическими факторами, но позже, с ростом клинического опыта, он понял, что огромную роль играет влияние окружающей среды. Предвосхитив современные программы духовного обогащения, Уитмер подчеркивал, что с самых первых дней жизни ребенка его необходимо обеспечивать разнообразным сенсорным опытом. Он также верил в прямую зависимость поведения ребенка от его взаимоотношений с окружающими, утверждая, что если обстановка дома и в школе изменится к лучшему, то улучшится и поведение ребенка.

Примеру Уитмера последовали многие американские психологи. В 1914 г. в Соединенных Штатах действовали почти два десятка психологических клиник, большинство из которых были организованы по образу и подобию уитмеровской клиники. Его подход пропагандировали и его бывшие студенты, обучая следующее поколение психологов принципам клинической работы. Уитмер был влиятельной фигурой и в сфере специального образования, он подготовил длинный ряд специалистов данного профиля. Один из его студентов, Моррис Вителес, расширил рамки сделанного Уитмером, создав клинику, где детей не только лечили, но и обучали профессиональным навыкам. Это было первым в США учреждением подобного рода. Последователи Уитмера применили его клинический подход к диагностике и лечению нарушений у взрослых.

В целом подходы Уитмера носили больше практический, чем теоретический характер, а потому ему не удалось развить собственный терапевтический подход и методические обоснования в сегодняшнем смысле. Но его заслуги в развитии клинической психологии несомненны. Прежде всего, он первым осознал, что научная психология может иметь практическое применение – помощь людям в решении их проблем и расстройств. Далее он утверждал необходимость связывать практику психологической помощи с психологическим исследованием. Открытие психологической клиники, систематическая подготовка специалистов по ортогенетическим методам и выпуск специального журнала явились предпосыл-

ками для дальнейшего развития клинической психологии как дисциплины и профессии.

Правда, его «исторической значимости дело» осталось в истории клинической психологии и психологии вообще несколько в стороне, изолированным. Считается, что виной тому стало то, что Уитмер не принимал во внимание происходящие в данной области изменения вплоть до конца Первой мировой войны. Так, он не принимал участие ни в клиническом применении новых психодиагностических методов (тестов), ни в клинических исследованиях взрослых, которые начали активно проводиться после 1907 г. совместно с психиатрами. Но прежде всего Уитмер не увидел или не учел необходимости заниматься наряду с физическими и психическими (интеллектуальными) расстройствами расстройствами поведения и личности.

Поэтому Р. Уотсон (R. Watson, 1953) считает, что Лайтнер Уитмер – это больше история, а то, что делалось после него, – это больше современность.



Одним из отцов клинической психологии по праву считается немецкий психиатр **Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin, 1885–1926)**. Э. Крепелин, ученик В. Вундта, практиковавший в Гейдельберге, Мюнхене и Дерпте (ныне Тарту), основал такие области клинической психологии как «Психология в клинике», «Фармакопсихология» и «Экспериментальная психопатология». Однако одно из наиболее существенных его достижений – это создание учения о психических расстройствах и их систе-

матике, которое до сего времени оказывает влияние на нозологические классификационные системы.

Крепелин довольно рано начал исследовать психологические феномены, которые имеют значение для психиатрии («Психологический эксперимент в психиатрии», 1895). Например, он попытал-

ся изучить влияние испуга, действие неожиданного стимула и ожидания, производил эмпирические исследования глубины сна и рабочего ритма человека. При этом он хотел выявленные данные использовать при объяснении и решении психиатрических проблем. Он предпочитал методологически экспериментально-психологический подход, который он освоил, обучаясь у В. Вундта. Экспериментальный метод представлял для него своего рода «исследовательскую программу» как противовес спекулятивной работе психопатологии того времени. Он имел право опасаться того, что это поле будет оставлено «блестящим утверждениям и глубоким открытиям».

Экспериментальная психопатологическая традиция, заложенная Крепелином, сохранилась до сегодняшнего дня. Позже она нашла свое продолжение, правда, уже не по вине Крепелина, в поведенческой терапии, поскольку «последняя представляет себя как контролируемая экспериментальная терапия отдельного пациента» (Yates A.J., 1970).

В своих фармакопсихологических работах Крепелин определял влияние отравления, алкоголя, наркотиков, чая, табака и других веществ на психические процессы. Современная фармакопсихология идет в том же направлении. Что касается его учения о психических расстройствах, то созданная им систематика (1899) являлась фундаментом всех последующих систематик, вплоть до МКБ-9.

Этими своими трудами Крепелин не только оказал существенное влияние на психиатрию, но и на формирование структуры клинической психологии. Он основал традиции, с которыми в большинстве своем мы встречаемся и сегодня. К наиболее весомым из них, вероятно, относится введение в клиническую психологию экспериментального метода.

В дерптский период большое место в деятельности Крепелина занимали психологические исследования. Из всех выполненных в Дерпте под его руководством диссертаций только одна была собственно клинической, все же остальные – экспериментально-психологическими, хотя все они были диссертациями на соискание степени доктора (кандидата) медицинских наук. Впоследствии сам

Крепелин подчеркивал важность дерптского периода в разработке вопроса применения экспериментально-психологических методов в психиатрии.

Следует отметить то общее, что характерно для всех экспериментально-психологических работ, выполненных в Дерптском университете под руководством Крепелина (Роговин М.С., 1974).

Во-первых, то, что он принимал в экспериментах самое активное участие; не только руководил постановкой эксперимента, но и сам был испытуемым и разрабатывал конструкции применявшейся в экспериментах аппаратуры. Число испытуемых было небольшим: в основном аспиранты Крепелина производили эксперименты в своем кругу. Экспериментаторы в одной серии опытов становились испытуемыми в другой.

Во-вторых, аппаратура, как правило, представляла собой хитроумные механические приспособления, где необходимый эффект достигался с помощью зубчатых передач, рычагов и т.п. Несмотря на все это, даже по прошествии стольких лет диссертации производят очень хорошее впечатление четкостью постановки задач, сжатостью изложения и строгостью интерпретации. Полученные в них результаты остаются ценным вкладом в экспериментальную общую и патологическую психологию.

Что же касается методик, не говоря уже об оборудовании, то они представляют исторический интерес и являются яркой иллюстрацией прогресса психологии за последние десятилетия. Одной из них стала диссертация Ерна «Экспериментальные исследования индивидуально-психологических различий», где в большой мере отражены взгляды Крепелина на роль психологического эксперимента в клинике.

Принципиально новое положение (одно из основных в патопсихологическом подходе Крепелина) заключалась в том, что автор исходил из возможности – на основе измерения времени – осуществления указанных выше действий двумя различными по своему существу способами. В первом случае (как это имело место в работах указанных выше авторов) требуемое выполнение действия (*Leistung*) заранее определяется в количественном отношении; в

этом случае показатель производительности находится в обратном отношении с общим временем, затраченным на выполнение требуемых действий. Во втором же случае намечается некоторая длительность времени, на протяжении которой осуществляется данная деятельность, и в течение определенных регулярных промежутков времени фиксируется число выполненных заданий. Это и принималось в качестве меры, репрезентативной в отношении изучаемых действий. Именно второй способ был главным в данном исследовании, т.е. оно уже было непосредственно связано с идеей исследования кривой длительности работы, с понятием умственной работоспособности – темой, ставшей впоследствии ведущей в области психологических интересов Крепелина.

Особое внимание было обращено на фиксацию абсолютной длительности исследуемых действий и их средние вариации, упражняемость и утомление, индивидуальные различия. Принципиально важным представляется вывод автора о том, что понятие умственной работоспособности, подвергнутое экспериментально-психологическому исследованию, расчленяется в ходе этих исследований на ряд отдельных компонентов, которые лишь совместно репрезентируют те свойства, которые обычно обозначаем как умственную работоспособность человека.

1.2. Психометрическая традиция

Уже в 1910 г. Вильям Хейли (William Healy) внедряет в клинику («child guidance clinic»), открытую годом раньше, где помимо самого Хейли как психиатра работал и психолог Грейс Фернелд, и которая «ориентировалась больше, – как писал Хейли, – на людей типа Джемса, а не на более ригидных вундтовцев и экспериментально и статистически ориентированных психологов» (цит. по: Watson R., 1953. P. 329), интеллектуальный тест Бине-Симона, что вполне закономерно, поскольку это отвечало одной из первых и основных традиций-предпосылок развития

клинической психологии, прежде всего в США – психометрической традиции.

Интересно в этой связи отметить, что американские историки клинической психологии, в частности Роберт Уотсон, начинают ее историю не с Лайтнера Уитмера, а с психометрической традиции в психологии и Дж. МакКина Кеттелла, который ввел в 1890 г. в обиход термин «mental test». Тест предназначался для изучения индивидуальных особенностей, чем занимались и его соотечественники Э.А. Торндайк и Р. Вудвортс, а затем Л. Терман и Р. Йеркс, особенно перед и во время Первой мировой войны, когда было создано огромное количество тестов – батареи тестов, многие из которых вошли затем и в клиническую практику как психодиагностический инструментарий клинической психологии.

Почти через 15 лет подобную клинику Хейли в рамках «движения оказания помощи детям» клинику при университете в городе Айова открывает К.Э. Сишор (C.E. Seashore). В 1927 г. при Гарвардском университете была открыта психологическая клиника Мортон Принса (Morton Prince). Отличало эту клинику тесное сотрудничество академической и клинической психологии. Позже во главе клиники стал А. Мюррей (Henry A. Murray), известный больше как автор проективного теста ТАТ, собравший блестящую группу сотрудников, в которую входили Дональд В. МакКиннон, Сол Розенцвейг, Р. Нервитт Сенфорд и Роберт В. Уайт, которые реализовали великолепный проект по исследованию личности, известный как «Exploration in Personality» (1938). В этот же период времени как в пределах психологических клиник, так и за их пределами (в большей степени, пожалуй) растет число клинических психологов и сфер, ими охватываемых.

В 1941 г. Соединенные Штаты вступили во Вторую мировую войну. Это событие в большей мере, чем любое другое, дало толчок превращению клинической психологии в крупную и динамически развивающуюся прикладную область. Армия заказала клиническим психологам сотни программ, требующихся для лечения эмоциональных расстройств у военных.

После войны потребность в клинических психологах даже возросла. Управление по делам ветеранов (*Veterans Administration*, VA) несло ответственность более чем за 40 тысяч ветеранов войны, страдающих различными психологическими расстройствами. Еще более трех миллионов людей нуждались в профессиональной переподготовке и индивидуальных консультациях для возвращения к нормальной гражданской жизни. Психологическая помощь требовалась приблизительно 315 тысячам ветеранов, оказавшихся вследствие полученных на войне травм физически нетрудоспособными. Рос спрос на профессиональных консультантов по проблемам психического здоровья; он существенно превосходил предложение. Чтобы помочь удовлетворить эту потребность, Ассоциация ветеранов (VA) финансировала программы повышения квалификации для дипломированных психологов в университетах и оплачивало обучение аспирантов, которые изъявляли желание работать в госпиталях и клиниках для ветеранов. Клиническим психологам пришлось иметь дело с новым типом пациентов. Если до войны они в основном занимались проблемными детьми, у которых были трудности в обучении и общении, то в послевоенные годы столкнулись с диагностикой и лечением серьезных эмоциональных проблем у взрослых. Интересно, что гражданство в США клиническая психология получила, по существу, лишь в 1947 г. путем предложения в недрах АПА модели образования клинических психологов.

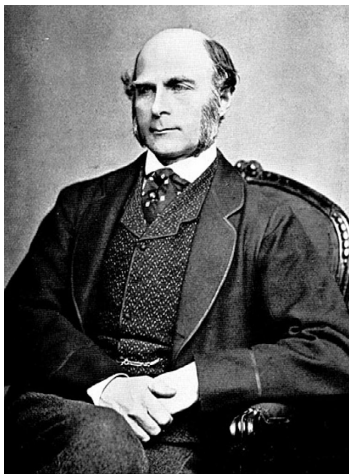
Клинические психологи работают также в центрах психического здоровья, школах, коммерческих организациях, занимаются частной практикой. Сегодня клиническая психология в США – самое популярное из прикладных направлений, более трети всех аспирантов-психологов специализируются именно на клинической психологии. Семь из восьми подразделений АПА занимаются теоретическими и прикладными проблемами психического здоровья. Почти 70% членов АПА работают в области здравоохранения. В 1995 г. журнал «Деньги» («Money») назвал психологию четвертой в списке пятидесяти самых перспективных профессий XXI в.

Психометрическая традиция в психологии, которая оказала влияние и на клиническую психологию, связана, прежде всего, с именами Френсиса Гальтона (считается, что и знаменитый родственник последнего – Ч. Дарвин, хотя и не в рамках психометрии, но внес свой вклад изучением эмоций и развития ребенка в развитие клинической психологии), Дж. МакКинн Кеттелла и Альфреда Бине, первыми разработавшими и предложившими использовать для оценки индивидуальных различий тесты.

В 1888 г. Альфред Бине, директор лаборатории экспериментальной психологии в Сорбонне, вместе с Т. Симоном, главврачом психиатрической клиники под Парижем, опубликовали очерки «Новые методы оценки уровня интеллекта у аномальных» (1905), которые представляют собой начало клинической психодиагностики.

Надо отметить, что в рамках этой и других психологических традиций трудились многие ученики Вундта, в частности МакКинн Кеттелл. Психометрическая традиция нашла свое продолжение и в последующие годы, особенно усилившись во время Первой и Второй мировых войн. Так, во время Второй мировой войны с американской стороны в ней приняло участи свыше 1500 (25% от всего числа) психологов, многие из которых оказались вовлеченными в работу клинических (врачебных) команд, терапевтических консилиумов, экспертных комиссий и т.п., где пришлось использовать соответствующие методы диагностики и психологической помощи. По некоторым данным, бывшие военные психологи после войны начали практиковать в клинических рамках и использовать клинический метод в три раза чаще, чем до войны.

В этой связи следует напомнить, что нечто подобное случилось и с советскими психологами, хотя не в таком массовом порядке, поскольку их было катастрофически мало, если не сказать единицы. Но благодаря труду этих единиц, а это были А.Р. Лурия, Б.Ф. Зейгарник, А.В. Запорожец, В.Н. Мясищев, была оказана существенная помощь раненым. В результате их работы в клиниках и госпиталях после войны родились такие составные части клинической психологии, да и психологии вообще, как нейропсихология и патопсихология.



Значительный вклад в развитие психометрической традиции в клинической психологии внес **Фрэнсис Гальтон (Francis Galton, 1822–1911)**, главной сферой научных изысканий которого явилось исследование человеческих способностей. Его фундаментальный труд «Наследственный гений» увидел свет в 1869 г. Интересна и его статья «Стадность у рогатого скота и человека». В ней, рассуждая о «стадном инстинкте», свойственном человеческому обществу, Гальтон утверждал, что в прошлом этот инстинкт был оправдан, но в современных условиях он вреден. Его необходимо преодолеть, чтобы вывести человеческий род на путь морального и интеллектуального прогресса. Средство к этому предлагалось то же, что и для улучшения породы скота, – искусственный отбор.

Такие идеи возникли у Гальтона под впечатлением от «Происхождения видов» Ч. Дарвина. Первая статья ученого о наследовании человеческих черт «Наследственный талант и характер» появилась в 1865 г. Уже в ней намечены основные принципы, которых он придерживался в последующих изысканиях.

Психологические исследования, проводимые ученым, были очень разнообразны. Некоторые его наблюдения и эксперименты не укладываются в рамки ни одной теории, например, так называемая «знаменитая прогулка сэра Гальтона». Суть этого опыта поистине поучительна. Однажды сэр Фрэнсис решился на своеобразный эксперимент. Прежде чем отправиться на ежедневную прогулку по улицам Лондона, он внушил себе: «Я – отвратительный человек, которого в Англии ненавидят все!». После того как он несколько минут концентрировался на этом убеждении, что было равносильно самогипнозу, он отправился, как обычно, на прогулку, во время которой произошло следующее. На каждом шагу

Фрэнсис ловил на себе презрительные и брезгливые взгляды прохожих. Многие отворачивались от него, и несколько раз в его адрес прозвучала грубая брань. В порту один из грузчиков, когда Гальтон проходил мимо него, так задел ученого локтем, что тот плюхнулся в грязь. Казалось, враждебное отношение передалось даже животным. Когда он проходил мимо запряженного жеребца, тот лягнул ученого в бедро так, что он опять повалился на землю. Гальтон пытался вызвать сочувствие у очевидцев, но, к своему изумлению, услышал, что люди принялись защищать животное. Гальтон поспешил домой, не дожидаясь, пока его мысленный эксперимент приведет к более серьезным последствиям.

Эта достоверная история описана во многих учебниках психологии. Из нее можно сделать два важных вывода. Человек представляет собой то, что он о себе думает. Нет необходимости сообщать окружающим о своей самооценке и душевном состоянии. Они и так почувствуют. Практически это означает, что если нас что-то не устраивает в нашем мироощущении и поведении, в отношении к нам других людей, надо попробовать это изменить. Но любому изменению поведения должно предшествовать изменение мышления. Эта идея нашла свое практическое воплощение, например, в бихевиорально-когнитивной психотерапии (Залевский Г.В., 2002, 2006). Хорошее настроение и высокая самооценка способствуют успеху в делах и гармонии в человеческих отношениях.

Главное убеждение Гальтона состояло в том, что талант человека и вообще все психические свойства так же наследуются, как и его физические качества. Для аргументации этого положения им был разработан так называемый близнецовый метод, впоследствии получивший в психологии чрезвычайно широкое распространение. Сопоставляя степень схожести по ряду параметров монозиготных и дизиготных близнецов, Гальтон еще более укрепился в убеждении, что наследственность играет решающую роль в становлении личности, а условия среды – второстепенную.

Признание наследственности таланта неизбежно направило мысль Гальтона на изучение и измерение ее функций, то есть на

психометрические исследования: «Психометрия есть искусство охватывать измерением и числом операции ума, как, например, определение времени реакции у разных лиц... Пока феномены какой-нибудь отрасли знания не будут подчинены измерению и числу, они не могут приобрести статус и достоинство науки» (Цит. по: Степанов С.С., 2001. С. 15). Последняя его фраза стала впоследствии лозунгом биометрической лаборатории, основанной им в Лондоне.

Гальтон считал возможным классифицировать людей на основании измерения скорости «образования суждений». Он разработал несложный опыт, который состоял в том, что испытуемый должен был различать альтернативные сигналы А и В, нажимая на ключ в ответ на А правой рукой, на В – левой. Различение сигналов и соответственно рук требовало известного интервала, неодинакового у разных людей. Это время, необходимое для «образования суждения», измерялось. Такой опыт фактически являет собой пример психометрического теста.

Интересно, что представление Гальтона о времени реакции (ВР) как важном показателе протекания психических процессов на протяжении всей истории психологии остается предметом оживленных научных дискуссий и по сей день находит сторонников. Так, Г.Ю. Айзенк, признанный эксперт в области психодиагностики (1968), в одной из публикаций последних лет утверждает, что ВР является одним из наиболее существенных критериев уровня интеллектуальной одаренности, тем самым подтверждая идею Гальтона.

По мнению многих, Гальтона можно назвать основоположником психометрического направления в психологии, первым среди тестологов. Хотя сам он созданные им методы тестами не называл. Слово «тест» издавна бытует в английском языке в значении «испытание», «проверка», «проба». Для обозначения психометрических методик его впервые употребил американец Джеймс МакКин Кеттелл в своей статье «Умственные тесты и измерения» (1890).

В 1844 г. на Международной выставке здравоохранения в Кенсингтоне Гальтон открыл Антропометрическую лабораторию. Он хотел получить статистические данные об объеме человеческих способностей. За три пенса посетители выставки проходили об-

следование, состоявшее из 17 различных испытаний. Лаборатория вызвала большой интерес, в день ее посещало около 90 человек, и в итоге набралось 9337 карточек с индивидуальными результатами¹. Это был первый эксперимент такого размаха, первое массовое тестирование. Кстати, это стало традицией – предлагать посетителям международных выставок, прежде всего достижений в промышленности и психологии, пройти психологическое (интеллектуальное) тестирования.

Научную деятельность Гальтон продолжал до глубокой старости. Умер он 17 января 1911 г. в Хейлзмуре, близ Лондона.

Многие его идеи и разработанные им методы послужили ориентиром для развития психологической науки и, прежде всего, дифференциальной психологии. Впоследствии давались различные оценки его творчества, порой и негативные. Последнее определялось теми злостными извращениями, которым подвергли его евгеническую теорию разного рода воинствующие фанатики (фашисты в Германии), что, впрочем, не умаляет достоинств концепции Гальтона, глубоко гуманистической по своей сути.

Фрэнсис Гальтон остается одной из ярких фигур в мировой психологии, хотя сам себя он психологом не считал, ввиду неопределенного статуса этой науки в то время. Тем не менее, его исследования на долгие годы определили важные тенденции в развитии психологической мысли, и многие выдающиеся психологи относили себя к его последователям. Это был, по мнению К.А. Тимирязева, один из оригинальнейших ученых исследователей и мыслителей современной Англии. Жизнь и деятельность Гальтона подробно описаны его учеником и другом Карлом Пирсоном в книге «Жизнь, письма и труды Фрэнсиса Гальтона». И совсем уж в духе Гальтона Пирсон начал с генеалогии, которую он проследил до пятидесятого колена. Среди предков Гальтона оказались император Карл Великий, киевский князь Ярослав Муд-

¹ В таком тестировании с оценкой IQ принял участие и автор на Всемирной промышленной выставке в Ганновере (Германия) в 1976 г. уже с участием компьютера и получил соответствующий сертификат.

рый, Вильгельм Завоеватель, несколько английских королей, его кузеном был Чарльз Дарвин. А вот по линии отца его предки были из простых крестьян. Отец Фрэнсиса, Самуэль, никакими талантами не отличался, как и все его дети, за исключением девятого, младшего, Фрэнсиса. Отсюда следует, что генеалогическое древо может лишь отчасти служить аргументом в пользу теории Ф. Гальтона о роли наследственности.



С энтузиазмом воспринял идею Гальтона о том, что интеллектуальные функции можно объективно измерять с помощью испытаний сенсорного различения и времени реакции, и начал соответствующие испытания **Джеймс МакКин Кеттелл (James McKeen Cattell, 1860–1944).**

Тут снова следует отметить, что слово «испытание» (проверка, проба) по-английски звучит как «тест». Благодаря Кеттеллу оно обрело тот психологический смысл, который мы вкладываем в него сегодня.

В 1890 г. в журнале «Mind» увидела свет статья Кеттелла «Умственные тесты и измерения» с послесловием Гальтона, где впервые было научно обосновано практическое использование психометрических методов. «Психология, – писал Кеттелл, – не может стать прочной и точной, как физические науки, если не будет базироваться на эксперименте и измерении. Шаг в этом направлении может быть сделан путем применения умственных тестов к большому числу индивидов. Результаты могут иметь значительную научную ценность в открытии постоянства психических процессов, их взаимозависимости и изменений в различных обстоятельствах» (Цит. по: Степанов С.С., 2001. С. 28).

Таким образом, статистический подход – применение серии тестов к большому числу индивидов – выдвигался как средство преобразования психологии в точную науку. Наряду с чисто научной

ценностью такого подхода Кеттелл подчеркивал и его возможное практическое значение. Он создал серию тестов для оценки интеллекта студентов колледжей. Предложенные испытания содержали измерения мышечной силы, скорости движений, чувствительности к боли, остроты зрения и слуха, различения веса, времени реакции, памяти и даже объема легких, что тоже почему-то увязывалось с умственными способностями. Выбор им этих параметров для измерения объяснялся, с одной стороны, приверженностью идеям Гальтона, с другой – тем простым соображением, что элементарные функции можно измерить с большой точностью, а разработка объективных методов измерения более сложных функций казалась в то время совершенно безнадежной задачей.

Еще одним важным вкладом Кеттелла в психологическую науку послужили результаты его опытов по изучению объема внимания и навыка чтения. С помощью тахистоскопа Кеттелл определял время, необходимое для восприятия и называния различных объектов – формы, буквы, слова и т.п. Установленный объем внимания колебался в пределах пяти объектов. Он оставался таким же и тогда, когда испытуемому предъявлялись не разрозненные буквы, а целые слова и даже предложения, то есть речевые или смысловые единицы, состоящие из значительно большего числа букв или знаков.

При экспериментах с чтением букв и слов на вращающемся барабане Кеттелл зафиксировал феномен антиципации («забегания» восприятия вперед). Полученные результаты повышали статус не только экспериментальной психологии, но и общей психологической теории, ибо оба направления всегда неразрывно связаны. «В психологии, – писал Кеттелл, – невозможно добиться конкретных и точных результатов, как это делается в естественных науках, если не опираться на эксперименты и измерения. Выход – в тестировании умственных способностей как можно большего числа людей» (Cattell M.-C., 1893. С. 373). Именно этим, по его мнению, и следует заниматься.

Научная общественность высоко оценила заслуги Кеттелла. В 1895 г. он был избран президентом Американской психологиче-

ской ассоциации. В 1929 г. председательствовал на IX Международном психологическом конгрессе (впервые проводившемся в США). В истории психологии Кеттелл сыграл огромную роль и как организатор, и как популяризатор науки. С 1895 г. он издавал журнал «Наука», а в 1894 г. совместно с Дж.М. Болдуином основал журнал «Психологическое обозрение», в 1915 г. – журнал «Школа и общество».

Исследования и воззрения Кеттелла оказали значительное влияние на многих ученых. В 1904 г., выступая на Всемирной ярмарке в Сент-Луисе, он произнес знаменательные слова: «...не вижу причин, почему применение систематизированного знания к изучению человеческой природы не может в нынешнем веке привести к результатам, которые сравнятся с достижениями физики девятнадцатого века и их значением для изучения материального мира» (Цит. по: Степанов С.С., 2001. С. 30). На этом выступлении присутствовал Джон Уотсон, прославившийся впоследствии как родоначальник поведенческой психологии – бихевиоризма. Идею Кеттелла он воспринял с необычным энтузиазмом. Некоторым историкам это даже дало повод предложить именовать Кеттелла «дедушкой» бихевиоризма. Учеником Кеттелла был и Э. Торндайк, однажды появившийся у его дверей с корзиной в руках. В ней ворочались дрессированные цыплята, из опытов над которыми впоследствии возникли знаменитые законы упражнения, эффекта и другие постулаты бихевиоризма. Среди учеников Кеттелла – блестящий экспериментатор Р. Вудвортс и основоположник американской клинической психологии Л. Уитмер.

После смерти Кеттелла историк Э.Г. Боринг написал его детям: «На мой взгляд, ваш отец сделал для американской психологии даже больше, чем Вильям Джемс. Именно благодаря ему психология в США окончательно отделилась от своей прародительницы – немецкой психологии и стала истинно американской» (Цит. по: Шульц Д.П., Шульц С.Э., 1998. С. 218).

Хотя понятие «тест умственных способностей» ввел Кеттелл, тестовый метод получил распространение благодаря работам **Альфреда Бине (Alfred Binet, 1857–1911)**, независимого психо-



лога-самоучки. Его метод, ставший впоследствии основой известной шкалы Стэнфорд – Бине, обеспечил возможность эффективно измерять умственные способности человека; он знаменовал собой начало современной тестологии. Бине не согласился с подходом Гальтона и Кеттелла, которые для измерения интеллекта применяли тесты сенсомоторных функций. Он полагал, что наилучшим критерием умственного развития может служить оценка таких познавательных функций, как

память, внимание, воображение, сообразительность. В 1904 г. ему представилась возможность на практике доказать свою правоту. По инициативе Министерства народного образования Франции была создана комиссия по изучению умственных способностей детей, которые испытывали трудности со школьным обучением. Бине и психиатр Теодор Симон участвовали в работе комиссии и вместе разработали ряд интеллектуальных задач для детей различных возрастных групп.

На основе этих задач и был составлен первый тест на интеллект. Первоначально он состоял из тридцати вербальных, перцептивных и манипулятивных задач, которые располагались в порядке возрастания трудности. В последующие годы тест неоднократно пересматривался и модифицировался. Бине и Симон предложили понятие «умственный возраст», который определялся по уровню тех интеллектуальных задач, которые способен решать ребенок. К примеру, если ребенок, чей хронологический возраст равен четырем годам, решает все задачи для пятилетнего, то умственный возраст этого четырехлетнего ребенка приравнивался к пяти.

После смерти Бине в 1911 г. развитие тестологии переместилось в Соединенные Штаты. Там работы Бине получили даже большее признание, чем во Франции. На родине Бине программы по тести-

рованию интеллекта приобрели популярность только спустя 35 лет после его кончины. Тест Бине – Симона перевел на английский язык и представил в Соединенных Штатах Генри Годдард, студент Холла, который работал в частной школе для умственно отсталых детей в Вайнленде, Нью-Джерси. Его вариант перевода теста Бине – Симона был назван «Шкала измерения интеллекта».

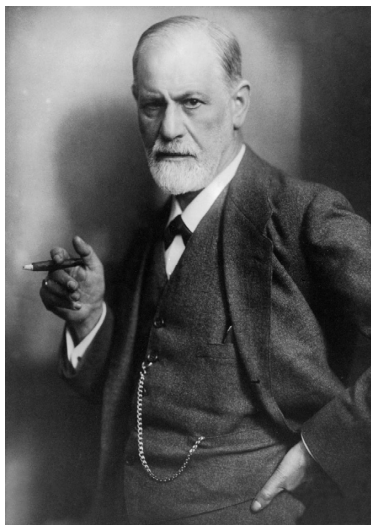
В 1916 г. Льюис М. Терман, также бывший ученик Холла, модифицировал тест Бине – Симона, который с тех пор стал стандартным. Он назвал его шкалой Стэнфорд – Бине, по названию Стэнфордского университета, где тест был впервые представлен, и ввел в широкое обращение понятие «коэффициент умственного развития, или интеллекта» (IQ – Intellectual Quotient), определяемый как процентное отношение умственного возраста к хронологическому. Шкала Стэнфорд – Бине претерпела несколько редакций и широко используется до сего времени.

1.3. Психодинамическая традиция

Помимо институциональной и психометрической традиций на развитие клинической психологии оказала значительное влияние и «динамическая традиция в психологии», основывающаяся на концепции «психодинамизма». Хотя «психодинамизм» трудно определить как последовательную точку зрения, одно в этой концепции признается всеми ее сторонниками – центральная роль понятия «мотивация». Большое число мотивационных факторов – осознаваемых и неосознаваемых желаний, стремлений, тенденций, комплексов, чувств разочарования, отчаяния, тревоги и т.д. – рассматривается как главная причина тех или иных особенностей поведения в норме и патологии.

Динамическая традиция в психологии связана прежде всего с именами членов так называемой «Бостонской группы» (США), которая провозгласила «новую психологию» – William James, G. Stanley Hall, в Европе – с именами Wilhelm Wundt (Германия), Sigmund Freud (Австрия), Karl G. Yung (Швейцария), Pierre Janet (Франция), Н.Н. Ланге, В.М. Бехтерев (Россия).

Влияние Вильяма Джемса оказывалось через его «Принципы психологии» («Principles of Psychology», 1890). Термин «динамическая» Джемс употребил, чтобы показать отличие его точки зрения на предмет психологии от структуралистского подхода Титченера. Как справедливо отмечает Р. Уотсон, влияние Джемса на клиническую психологию шло не через конкретные его работы в этой области, а через плодотворность (и противоречивость) характера его мышления, через «защиту нерегламентированных идей», (Watson R., 1953. P. 325). Правда, к более конкретным заслугам В. Джемса перед клинической психологией следует отнести его поддержку Клиффорда Бирса (Clifford W. Beers), чья книга «A Mind that found itself» («Сознание, которое нашло самое себя») (1908) очень сильно повлияла на будущее развитие психогигиенического движения (mental hygiene movement).



Решающее влияние на развитие клинической психологии оказали идеи **Зигмунда Фрейда (Sigmund Freud, 1856–1939)**, благодаря которым она вышла далеко за рамки первых клиник². Хотя работа Фрейда в области психоанализа изумила и возмутила «истеблишмент» психологии и американскую публику (после его лекций в 1909 г.), его идеи дали клиническим психологам первые приемы психоаналитической терапии.

Вполне справедливо мнение о Зигмунде Фрейде как о втором отце клинической психологии. Зна-

² По мнению Клода-М. Прево (2005. С. 39), Фрейд, внимательно следивший за всем, что выходило во Франции, знал «Журнал клинической психологии», и именно это он подразумевал в своем письме Флиссу от 30 января 1899 г., когда писал: «Я обнаруживаю связи с конфликтом, с жизнью, со всем, что я хотел бы назвать клинической психологией» (Фрейд З., 1956. С. 248).

чально, как и Крепелин, естественно-научно ориентированный, он развил психоанализом комплексное учение о расстройствах и терапии, а также феноменолого-герменевтическую исследовательскую перспективу. Начиная с «Исследований истерии» (1895, совместно с Брейером), Фрейд предложил психогенетическую теорию невротических расстройств, которая оказала влияние одновременно на диагностические и клиничко-психологические подходы и сформировала самостоятельный психологический фундаментальный подход. «Основополагающие положения психоанализа стали для нас настолько само собой разумеющимися, что мы позабыли почти их психоаналитическое происхождение: к ним, например, можно отнести значение социокультурного влияния и психогенетическую перспективу возникновения психических расстройств, а также введение беседы как средства психотерапии и подчеркивание фундаментального значения для терапевтических изменений психотерапевт-клиент отношений» (Pongratz J.L., 1977. S. 32).



Рабочий кабинет З. Фрейда в Вене

Нельзя недооценивать и косвенного влияния психоанализа, поскольку большинство клиничко-психологических подходов возникли и были разработаны в противопоставлении и отграничении от пси-

хоанализа, как, например, клиент-центрированная терапия Роджерса, поведенческая терапия, гештальт-терапия и семейная терапия.

Пытаясь из разрозненных наблюдений и гипотез построить целостную картину невротического заболевания, Фрейд вспомнил случай, рассказанный Брейером и впоследствии ставший широко известным как «случай Анны О.». Пациенткой Брейера (установлено, что ее подлинное имя – Берта Паппенгейм) была молодая женщина, страдавшая расстройством мышления и речи, нервным кашлем и параличом ног. С помощью гипноза Брейеру удалось добиться воспроизведения больной тревоживших ее образов и фантазий. Оказалось, что травмировавшие ее психику переживания были связаны с болезнью и смертью отца. По мере того как пациентка заново переживала травмировавшую ее ситуацию, болезненные симптомы постепенно исчезали. На этом основании Брейер сделал вывод, что болезненный симптом является заменителем подавленного импульса. Суть предложенного им нового метода лечения истерии, названного катарсическим (от гр. «катарсис» – очищение), состояла в том, чтобы заставить больного вспомнить, осознать и тем самым разрядить подавленный психический импульс.

Фрейд решил проверить этот метод и вскоре уже мог привести несколько аналогичных случаев из собственной практики. В 1895 г., обобщив накопленный опыт, Брейер и Фрейд опубликовали совместную работу «Этюды по истерии» (в русском издании «Очерки истерии»). Книга вышла тиражом всего 800 экземпляров и не привлекла внимания специалистов, хотя в ней впервые была предпринята попытка установить связи неврозов с неудовлетворенными влечениями. В дальнейшем из-за разногласий соавторов по поводу механизмов истерии, роли сексуального фактора и по другим причинам произошел разрыв их почти пятнадцатилетней дружбы.

Последующий этап научной деятельности Фрейда проходил, по его собственному признанию, «в блестящей изоляции». Коллеги фактически бойкотировали его, поскольку развиваемая им теория сексуальности слишком далеко выходила за рамки привычных воззрений. Но именно в этот период были разработаны основные

положения психоанализа – новаторского учения, перевернувшего традиционные представления о душевной жизни.

Понятие «психоанализ» Фрейд впервые употребил в 1896 г. в докладе «Этиология истерии». Первоначально он называл так метод терапии, направленный на выявление скрытых причин психических отклонений. Позднее так стали называть всю систему теоретических воззрений Фрейда.

Пытаясь раскрыть механизмы возникновения неврозов, Фрейд обратил внимание на болезненные последствия неудовлетворенных влечений и неотреагированных эмоций. Эти разрывающие единство сознания стремления и аффекты, о существовании которых сам больной и не подозревал, были восприняты Фрейдом как главное свидетельство существования бессознательного – столь же и даже более влиятельной сферы психики, сколь и сознание. Поскольку содержанием бессознательного в большинстве случаев оказывалось нечто неприятное для больного, неприемлемое с точки зрения социальных и нравственных норм, Фрейд предположил, что бессознательный характер этих психических сил обусловлен особым защитным механизмом, получившим название «вытеснение».

Согласно Фрейду, механизм вытеснения подобно плотине ограждает сознание от потрясений, вызванных столкновениями с тягостными воспоминаниями, недопустимыми влечениями и импульсами. Но и в бессознательном состоянии эти влечения сохраняют заряд психической энергии и потому могут прорываться в виде патологических симптомов. Таким образом, на первом этапе развития теории психоанализа бессознательное представлялось как тождественное вытесненному. По мере развития психоанализа представления Фрейда о бессознательном уточнялись и усложнялись. Из случайного чужеродного фактора бессознательное превратилось в неотъемлемую часть психического аппарата всякого человека. Бессознательное – это кипящий котел страстей и инстинктов, рвущихся наружу с целью получения разрядки. В замаскированном виде бессознательное обнаруживает себя то в патологических симптомах, то в таких проявлениях обыденной жизни, как сновидения, шутки, обмолвки и т.п., то в преобразованном

творческом виде «как культурные, художественные и социальные ценности человеческого духа».

Еще в 1897 г. Фрейд приступил к систематическому самоанализу сновидений и принял решение написать работу о снах и сновидениях. Книга «Толкование сновидений» увидела свет в 1900 г. Публикация этой работы не вызвала интереса в научных кругах (тираж 600 экземпляров был распродан за 8 лет; ныне столько же экземпляров этой книги продается в США и Европе ежемесячно). Но сам Фрейд считал ее «поворотным пунктом».

В 1898 г. Фрейд начал разработку проблемы юмора, которую исследовал на основе собственной коллекции еврейских анекдотов. Впоследствии результаты его изысканий воплотились в работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905).

В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни» – наиболее популярную и известную работу по психоанализу. В ней на основе теории вытеснения он показал, что неосознаваемые мотивы обуславливают поведение человека в норме и патологии, а различного рода ошибочные действия (оговорки, описки, забывание имен и названий и т.п.) свидетельствуют о наличии бессознательных мотивов и могут быть использованы в целях диагностики и терапии.

В 1902 г. Фрейду было присвоено звание профессора. В том же году, стремясь преодолеть бойкот и изоляцию, он организовал «Общество психологических сред», призванное обеспечить обмен идеями и консолидацию сторонников психоанализа. Первоначально это был дискуссионный кружок, который лишь через несколько лет обрел статус научного общества. В 1903 г. у Фрейда, наконец, появились первые ученики – Пауль Федерн, Вильгельм Штекель и др., которые сыграли значительную роль в исторической судьбе психоанализа. В 1904 г. идеи Фрейда привлекли внимание группы швейцарских психиатров: Э. Блейлера, М. Эйтингона, К. Абрахама, К.Г. Юнга, – которые обратились к ним как к перспективному учению и психотерапевтическому методу, В 1907 г. состоялись первые встречи Фрейда со швейцарскими коллегами, положившие начало слиянию венской и цюрихской школ психоанализа. В 1908 г.

в Зальцбурге состоялся I Международный психоаналитический конгресс, объединивший сторонников психоанализа. В 1909 г. начал выходить первый психоаналитический журнал. Его издателями выступали Блейлер и Фрейд, редактором – Юнг.



В переднем ряду слева направо: Зигмунд Фрейд, Г. Стенли Холл, Карл Юнг.
На заднем плане слева направо: Эрнст Джоунс, А.А. Бриль, Шандор Ференци
(Clark university, 1909)

В том же году по случаю двадцатилетнего юбилея Университета Кларка в Вустере (штат Массачусетс, США) Фрейд был приглашен его президентом Стэнли Холлом принять участие в торжествах и прочитать ряд лекций. Вместе с ним в Америку отправились Карл Юнг и Шандор Ференци. Трое путешественников прибыли в Нью-Йорк в воскресенье 27 сентября 1909 г. Ступив на американскую землю, Фрейд произнес знаменитую фразу: «Они и не подозревают, что я привез им чуму!»

В Вустере Фрейд прочитал на немецком языке пять лекций перед аудиторией, которая слушала его очень внимательно, несмотря на то, что многие были разочарованы отсутствием пикантных откровений на сексуальную тему. В лекциях Фрейд кратко обрисовал историю происхождения психоанализа, основные результаты исследований

сновидений, остроумия и ошибочных действий, теорию сексуальности и психотерапевтические методы. Текст лекций был опубликован год спустя в «Американском психологическом журнале».

Обнадеживающей была и встреча с Уильямом Джемсом, который произвел на Фрейда большое впечатление и вместо прощания сказал ему: «Будущее психологии зависит от вашей работы». Университет Кларка присвоил Фрейду звание почетного доктора, что глубоко тронуло его, поскольку явилось первым официальным признанием его работы.

Последующие годы характеризовались противоречивыми тенденциями. Консолидации психоаналитического сообщества сопутствовали начавшиеся распри, приведшие к отходу от психоанализа некоторых недавних сподвижников Фрейда. В 1911 г. последовал разрыв с А. Адлером, который Фрейд очень болезненно переживал. Вскоре ряды психоаналитического движения покинул Юнг. Теоретические расхождения и впоследствии порождали постоянные противоречия в стане психоаналитиков.

Фрейду и самому приходилось вносить коррективы в свою теорию. События Первой мировой войны продемонстрировали ограниченность объяснительных принципов психоанализа. Военные, вернувшиеся из окопов, терзались совсем иными переживаниями, чем венские буржуа конца XIX в. Фиксация новых пациентов Фрейда на психических травмах, связанных с тем, что им пришлось заглянуть в глаза смерти, послужила основанием версии об особом влечении, не менее сильном, чем сексуальное, – влечении к смерти. Это влечение Фрейд обозначил древнегреческим понятием Танатос – как антипод Эросу – силе любви.

Наряду с социальными обстоятельствами у Фрейда имелись и личные мотивы обращения к этой проблеме. Страстный курильщик, выкуривавший до 20 сигар в день, он был поражен раком гортани. Но, мужественно перенося одну операцию за другой, он продолжал упорно работать. Его идеи обретали все большее признание, к ним с интересом относились многие выдающиеся деятели культуры, с которыми Фрейд часто встречался, вел оживленную переписку.

После прихода в Германии в 1933 г. к власти нацистов началось свертывание психоаналитического движения в Европе. Во время печально известного книжного аутодафе в Берлине труды Фрейда как «еврейская порнография» были подвергнуты публичному сожжению «во имя благородства человечества». Получив известие об этом, он горько пошутил о прогрессе человечества: «В прежние времена они сожгли бы меня, а теперь сжигают лишь мои книги». Впрочем, там, где жгут книги, как правило, кончают тем, что сжигают людей. Именно такая судьба постигла впоследствии сестер Фрейда.

В первый же день после присоединения Австрии к нацистской Германии Фрейд был заключен под домашний арест, его квартира подвергнута обыску, а дочь Анна вызвана на допрос в гестапо. Казалось, судьба ученого предreshена. Однако стараниями влиятельных последователей после уплаты выкупа в 100 000 австрийских шиллингов Фрейду вместе с женой и дочерью Анной было разрешено покинуть Австрию. Семья обосновалась в Лондоне, где, несмотря на прогрессирующую болезнь, Фрейд продолжал напряженно работать, встречался с деятелями науки и искусства, в частности с Сальвадором Дали. Однако мучения становились нестерпимыми. 23 сентября 1939 г. личный врач Фрейда Макс Шур, по его просьбе, оборвал его страдания двумя отравляющими уколами. Концепция Фрейда по сей день вызывает противоречивые суждения и оценки. Однако не подлежит сомнению та исключительная роль, которую венский мыслитель сыграл в становлении наук о человеке, в том числе и в клиническую психологию.

Несмотря на всю критику в свой адрес, недостаток научной строгости и некоторую методологическую слабость, фрейдовский психоанализ продолжает оставаться влиятельной силой в современной психологии. В 1929 г. Е.Дж. Боринг писал в своем учебнике под названием «История экспериментальной психологии» («A history of experimental psychology»), что психология не может выставить ни одного мыслителя ранга Дарвина или Гельмгольца. Двадцать один год спустя, во втором издании того же учебника, он пересмотрел свое мнение. Характеризуя произошедшие за это время в психоло-

гии события, с чувством неприкрытого восхищения Фрейдом, он пишет: «Теперь мы с уверенностью можем оценить его как величайшего новатора, подлинного проводника духа времени, сумевшего достроить здание психологии, введя в нее принцип бессознательного... Вряд ли кому в течение, по крайней мере, последующих трех столетий удастся написать историю психологии без упоминания имени Фрейда. А это и есть подлинный критерий величия: посмертная слава» (Boring E.G., 1950. P. 707, 743).

Любовь, дружба, потребность в обществе и все социальные чувства очень сложны и состоят из множества различных элементов. По моему мнению, это – большое преувеличение все всегда привязывать самым непосредственным образом к половым инстинктам, к удовольствию от контакта. По крайней мере, в наших сложных сообществах они зависят от многих сложных психологических явлений.

Пьер Жане

В интеллектуальной истории взрыв, произведенный Фрейдом, может быть сравним лишь с открытиями Дарвина, сделанными несколькими поколениями раньше. Интеллектуальный воздух, которым мы дышим, насыщен категориями учения Фрейда.

Поль Розен

Психоанализ, представляемый в качестве нового метода лечения некоторых неврозов, на самом деле лишь опошляет, унижает, разрушает. Бессознательное являет собой лишь поле руин, где откладываются все нечистоты разума. Такова доктрина еврея Фрейда, которая может быть принята лишь нацией ненормальных и произвести фурор только в обществе, где все помыслы разума угасли и жизнь разворачивается между двумя полюсами: от борделя до дома умалишенных, проходя через биржу.

Альфонсо Петруччи

Зигмунд Фрейд – великий подвиг одного, отдельного человека – сделал человечество более сознательным; я говорю более сознательным, а не более счастливым. Он углубил картину мира для целого поколения; я говорю углубил, а не украсил. Ибо радикальное никогда не дает счастья, оно несет с собою только определенность. Но в задачу науки не входит ублаживать вечно младенческое человеческое сердце все новыми и новыми грезами; ее назначение в том, чтобы научать людей ходить по жесткой нашей земле прямо и с поднятой головою.

Стефан Цвейг

Таковы лишь некоторые из множества противоречивых суждений и оценок, которых удостоился психоанализ и его создатель — Зигмунд Фрейд. Однако сам пафос полемики вокруг имени Фрейда, не стихающей и по сей день, свидетельствует о том, что из всех психологов именно Фрейду принадлежит определяющее влияние на общественное сознание прошлого, да и нынешнего столетия. Несомненны заслуги Фрейда в развитии и психоинтервенционной традиции в клинической психологии, о которой мы будем говорить ниже, поскольку его психоанализ — это и психотерапия.

Говоря о психодинамической традиции в развитии клинической психологии, конечно, следует сказать, хотя бы кратко, о заслугах и некоторых «вероотступников» от психоанализа, и прежде всего о К.Г. Юнге и А. Адлере.



Сам Фрейд одно время считал **Карла Густава Юнга (1875–1961)** своим приемным сыном и наследником психоаналитического движения. Фрейд часто называл его «своим преемником и кронпринцем». После того как их дружба полностью распалась в 1914 г., Юнг начал разрабатывать собственный вариант аналитической психологии, как он ее называл, полностью противоположный фрейдовской системе.

Страницы жизни. Карл Юнг родился и вырос в маленькой деревушке на севере Швейцарии, неподалеку от знаменитого Рейнского водопада. По его собствен-

ному признанию, детские годы были наполнены чувством одиночества, отсутствием взаимопонимания и счастья. Его отец был священником, утратившим в конце концов веру, унылым и подверженным постоянным сменам настроения. Мать страдала от

эмоциональных расстройств и отличалась крайне неустойчивым поведением. Она могла почти мгновенно превратиться из довольной жизнью домохозяйки в сущего демона, бормочущего про себя нечто невразумительное. Понятно, что такой брак не мог быть счастливым.

С ранних лет Юнг научился не доверять до конца ни одному из родителей, а затем – не доверяться и внешнему миру вообще. Вместо этого он обратился к миру внутреннему, миру снов, видений и фантазий, миру бессознательного. Сновидения и бессознательное, а не рациональный мир сознания стали главным событием его детских лет, а затем и всей жизни. В критические периоды жизни Юнг всегда прислушивался не столько к доводам рассудка, сколько к голосу подсознания, выраженному в сновидениях. Когда он готовился к поступлению в университет, ему привиделся сон, сыгравший существенную роль в определении его судьбы. Ему приснилось, что он выкапывает из земли кости доисторических животных. Юнг истолковал сон как предзнаменование, направляющее его на изучение природы и естественных наук. Именно этот сон вкупе с детским видением в возрасте трех лет, когда он мысленно очутился в некой подземной пещере, предопределили его подход к теории личности. Он должен заниматься изучением бессознательных сил, лежащих под поверхностью сознания и рассудка.

Юнг поступил в университет г. Базеля в Швейцарии и окончил его, получив научную степень по медицине, в 1900 г. Он заинтересовался психиатрией, и его первым местом работы стала клиника для душевнобольных в Цюрихе. Директором клиники был Евгений Блейлер, известный своими работами по шизофрении. В 1905 г. Юнг был приглашен в качестве лектора по курсу психиатрии в Цюрихский университет, но спустя некоторое время отказался от приглашения, чтобы целиком посвятить себя научным исследованиям и частной практике.

Во время лечебных сеансов он, в отличие от Фрейда, никогда не укладывал пациентов на кушетку, отмечая, что у него нет намерения кого-либо тащить сразу в постель. Вместо этого Юнг усаживал пациента напротив себя в удобное кресло. Юнг впервые по-

знакомился с идеями Фрейда в 1900 г., прочитав работу «Толкование сновидений». Он оценил книгу как подлинный шедевр. В 1906 г. между ним и Фрейдом началась переписка, а год спустя он приехал к Фрейду в Вену. Во время этой первой встречи они с большим воодушевлением проговорили в течение 13 часов. Впоследствии эта симпатия вылилась в дружбу, переросшую в отношения, подобные отношениям отца и сына. В 1909 г. Юнг сопровождал Фрейда во время его поездки в Соединенные Штаты в университет Кларка, где, как и Фрейд, выступал с лекциями.

В отличие от большинства учеников Фрейда, Юнг состоялся как профессионал еще до встречи с Фрейдом. Возможно, именно поэтому он был наименее впечатлительным, меньше поддавался внушению и давлению авторитета, нежели более молодые психоаналитики, большинство из которых примкнуло к психоаналитическому семейству сразу после окончания университета или медицинской школы. В критические периоды жизни Юнг всегда прислушивался не столько к доводам рассудка, сколько к голосу подсознания, выраженному в сновидениях.

Если Фрейд характеризует либидо преимущественно в терминах сексуальной сферы, то для Юнга это жизненная энергия вообще, в которой секс присутствует только как один из компонентов. По Юнгу, базовая жизненная энергия либидо проявляется в росте и размножении, а также в других видах деятельности – в зависимости от того, что в данный момент времени является наиболее важным для конкретного человека.

Юнг отвергал фрейдовское понятие Эдипова комплекса. Он объяснял привязанность ребенка к матери чисто житейскими потребностями ребенка и способностью матери их удовлетворять. По мере роста ребенка у него появляются сексуальные потребности, которые накладываются на прежде доминировавшие потребности в еде. Юнг высказал предположение, что энергия либидо приобретает гетеросексуальные формы лишь в пубертатный период. Он не отрицал напрочь наличия сексуальных сил в детском возрасте, однако свел сексуальность до положения лишь одного из многих влечений в психике.

Жизненный опыт Юнга, несомненно, наложил существенный отпечаток на его воззрения. Мы уже отмечали ту роль, которую его интерес к бессознательному сыграл в определении профессионального призвания. Что же касается секса, то и здесь можно проследить влияние биографических моментов. Юнг не использовал в своей концепции понятие Эдипова комплекса потому, что таковой опыт отсутствовал в его собственных детских переживаниях. Он отзывался о своей матери как о женщин излишне полной и непривлекательной, а потому и никак не мог понять, на каком основании Фрейд утверждал, будто каждый мальчик испытывает в детстве сексуальное влечение к собственной матери.

В отличие от Фрейда, у Юнга не было никаких проблем, связанных со сферой секса. Он также не делал, в отличие от Фрейда, никаких попыток ограничить свою половую жизнь. У него были сексуальные связи с женщинами-пациентками и ученицами, длившиеся многие годы.

Еще одно существенное различие между позициями Фрейда и Юнга касается представления о направленности сил, определяющих личность человека. С точки зрения Фрейда, человек есть продукт своих детских переживаний. Для Юнга же человек определяется не только прошлым, но в равной мере и своими целями, ожиданиями и надеждами на будущее. По его мнению, формирование личности вовсе не завершается к пяти годам. Человек может меняться и, подчас, довольно значительно, на протяжении всей своей жизни.

Третье различие между позициями Фрейда и Юнга заключается в том, что Юнг попытался проникнуть в область бессознательного глубже, чем это удалось Фрейду. Он добавил еще одно измерение в понимание бессознательного: врожденный опыт человечества как вида, унаследованный им от своих животных предков (коллективное бессознательное).

Юнг выделял два уровня бессознательного. Непосредственно под уровнем сознания находится личное бессознательное, состоящее из всех воспоминаний, импульсов и желаний, нечетких восприятий и другого личного опыта, подвергнувшегося вытеснению или

просто забытого. Этот уровень бессознательного не слишком глубок, находящиеся там события легко могут быть восстановлены в сознании.

Содержание личного бессознательного сгруппировано в определенные тематические комплексы: эмоции, воспоминания, желания и тому подобное. Данные комплексы проявляются в сознании в виде определенных доминирующих идей – идеи силы или идеи неполноценности – и таким образом оказывают влияние на поведение. Комплекс предстает чем-то вроде маленькой личности внутри личности человека как целого.

Ниже уровня личного бессознательного лежит более глубокий уровень – коллективное бессознательное, неизвестное индивиду и содержащее в себе аккумулированный опыт прошлых поколений, включая и животных предков. Коллективное бессознательное содержит в себе универсальный эволюционный опыт и составляет основу личности человека. Важно отметить, что опыт, находящийся в коллективном бессознательном, является действительно бессознательным. Мы не можем осознать его, каким-либо образом вспомнить, как это возможно с содержанием личного бессознательного.

Врожденные тенденции внутри коллективного бессознательного, получившие название *архетипов*, являются внутренними детерминантами психической жизни человека. Они направляют действия человека в определенное русло, в чем-то схожее с тем, каким образом вели себя в подобных ситуациях наши животные предки. Архетипы обнаруживают себя в сознании в виде эмоций и некоторых других психических явлений. Они обычно связаны с такими важнейшими моментами жизненного опыта, как рождение и смерть, основные стадии жизненного пути (детство, юность), а также с реакцией на смертельную опасность.

Юнг исследовал мифологию и художественное творчество ряда древнейших цивилизаций, выявляя лежащие в их основе архетипические символы. Оказалось, что существует значительное количество символов, присущих всем архаическим культурам, и даже таким, которые были столь разделены во времени и пространстве,

что прямой контакт между ними был заведомо невозможен. Ему удалось обнаружить в сновидениях пациентов нечто, что он посчитал следами подобных символов. Это еще более укрепило Юнга в приверженности идее коллективного бессознательного.

Четыре таких архетипа встречаются чаще других – это *персона*, *анима* и *анимус*, *тень* и *Я*.

Персона – это та маска, которую каждый из нас надевает, общаясь с другими людьми. Она представляет нас такими, какими мы хотим, чтобы нас воспринимало общество. Персона может не совпадать с подлинной личностью индивида. Понятие персоны у Юнга аналогично понятию ролевого поведения в социологии, когда мы поступаем так, как, полагаем, другие люди ожидают, чтобы мы действовали в тех или иных ситуациях.

Архетипы *анима* и *анимус* отражают предположение Юнга о том, что каждый человек несет в себе определенные психологические характеристики противоположного пола. Анима отражает женские (феминные) черты в мужском характере, а анимус – мужские (маскулинные) характеристики в женском. Как и большинство других архетипов, пара берет начало в наиболее глубинных, примитивных слоях от предков человека, когда мужчины и женщины усваивали определенные эмоциональные и поведенческие тенденции противоположного пола.

Архетип тени – это некая обратная, темная сторона Я, она наиболее глубоко укоренена в животном прошлом человека. Юнг считал ее своеобразным наследием низших форм жизни. Тень представляет собой совокупность всех наших аморальных, неистовых, страстных, абсолютно неприемлемых желаний и поступков. Юнг писал, что те подталкивает нас совершить нечто такое, чего мы в нормальном состоянии никогда себе не позволим. Когда с нами случается нечто подобное, мы склонны объяснять происшедшее тем, что на нас *нечто* нашло. Это «нечто» и есть тень, наиболее примитивная часть нашей природы. Однако тень имеет и свою позитивную сторону. Она – источник спонтанности, творческого порыва, внезапных озарений и глубоких эмоций, без чего нормальная, полноценная человеческая жизнь также не возможна.

Но наиболее важным архетипом Юнг считал *Я*. Сочетая и гармонизируя все аспекты бессознательного, *Я* создает единство и стабильность личности. Таким образом, задача *Я* – интеграция различных подсистем личности. Юнг сравнивал *Я* с порывом или стремлением самоактуализации, что определяет гармоничность и целостность, наиболее полное раскрытие возможностей личности.

По его убеждению, самоактуализации можно достичь лишь в среднем возрасте, а потому этот возраст (между 35 и 40 годами) Юнг рассматривал как критический период для личностного развития – рубеж, на котором личность претерпевает глубокие и благотворные преобразования. Во взглядах Юнга также можно усмотреть автобиографические моменты: именно в этом возрасте сам Юнг смог достичь целостности своего *Я* вслед за преодолением невротического кризиса. Таким образом, для Юнга наиболее важным этапом личностного развития является отнюдь не детство, как у Фрейда, а, напротив, зрелое время, когда он сам прошел через душевный кризис и смог преодолеть его.

Психологические типы. Юнговские понятия интроверзии и экстраверзии в наши дни широко известны. Экстраверты – это такие люди, которые направляют либидо (жизненную энергию) вовне, на внешние события и других людей. Люди подобного типа обычно подвержены воздействию окружения, легко приспосабливаются к обществу, в котором живут, и увереннее в себе в широком диапазоне различных ситуаций. У интровертов либидо направлено на внутренний мир. Такие люди склонны к созерцательности, интроспекции. Они мало поддаются внешним влияниям, менее уверены во взаимоотношениях с другими людьми и внешним миром и менее социально приспособляемы, нежели экстраверты. В каждом человеке такие полярные типы, как правило, сосуществуют, однако какой-то один из них доминирует. Тем не менее, доминирующий тип реакции в определенной степени зависит от ситуации. Например, обычно интровертированный человек может оказаться достаточно социально гибким в ситуации, затрагивающей его интересы.



Альфреда Адлера (1870–1937) обычно называют первым провозвестником социально-психологической формы психоанализа, поскольку он отошел от фрейдовского круга еще в 1911 г. В созданной им концепции главную роль играют социальные факторы. К тому же он – единственный психолог, именем которого был назван струнный квартет.

Страницы жизни. Альфред Адлер родился в обеспеченной семье в одном из пригородов Вены. Его детские годы прошли под знаком постоянных болезней, зависти по отноше-

нию к старшему брату и полного неприятия со стороны матери. Сам себя он считал слабым, тщедушным и непривлекательным. Он ощущал бóльшую близость с отцом, нежели с матерью, и потому, как и Юнг, впоследствии не принял фрейдовской концепции эдипова комплекса, поскольку сам его в детстве не испытал. Ребенком он тратил много сил на то, чтобы завоевать признание и популярность в среде сверстников. Став старше, он сумел добиться высокой самооценки и был оценен по достоинству окружающими, чего ему так не хватало в собственной семье.

Поначалу Адлер был настолько слабым учеником, что, по мнению учителя, мог рассчитывать в будущем только на место подмастерья сапожника. Однако благодаря усердию и настойчивости он сумел стать одним из первых учеников в классе. Он смог преодолеть свои многочисленные академические и социальные недостатки и комплексы, так что сам вполне может считаться хрестоматийным примером своей же собственной теории, созданной им впоследствии. В развитии личности существенную роль играет компенсация личных слабостей и недостатков. Лежащее в основе его системы чувство неполноценности является прямым наследием детских лет, в чем и сам Адлер охотно признавался.

В возрасте четырех лет, едва оправившись от смертельно опасной пневмонии, Адлер решил, что станет врачом. Он получил медицинское образование и свою первую научную степень в Венском университете в 1895 г. После специализации в офтальмологии и прохождения практики по общей медицине он стал заниматься психиатрией. В 1902 г. Адлер присоединился к еженедельным заседаниям психоаналитического дискуссионного кружка на правах одного из четырех членов-основателей. Хотя он и был близким сотрудником Фрейда, личные отношения между ними так и не сложились. Фрейд однажды даже отозвался об Адлере как о зануде.

В течение нескольких последующих лет Адлер развивал свой вариант психоанализа, существенно отличавшийся от фрейдовской системы по целому ряду пунктов. Он также позволял себе открыто критиковать Фрейда за переоценку роли сексуальных факторов. В 1910 г. Фрейд предложил кандидатуру Адлера на пост президента Венского психоаналитического общества, видимо, для того, чтобы уладить имевшиеся между ними разногласия. Однако уже в 1911 г. неизбежный разрыв состоялся. Расставание было довольно драматичным. Адлер назвал Фрейда мошенником, а психоанализ – «мерзостью и непристойностью». Фрейд тоже не остался в долгу и охарактеризовал Адлера как «ненормального», «человека, свихнувшегося на почве собственных амбиций».

Во время Первой мировой войны Адлер служил врачом в австрийской армии. Позже он организовал детскую клинику в рамках венской школьной системы. В 1920-е гг. его социально-психологическая система, которую он сам называл индивидуальной психологией, привлекла большое число последователей. В 1926 г. Адлер совершил несколько визитов в Соединенные Штаты и через 8 лет получил приглашение занять должность профессора медицинской психологии в медицинском колледже Лонг-Айленда в Нью-Йорке. Умер он в Абердине (Шотландия) во время одного из напряженных лекционных турне.

Фрейд в ответ на выражение сожалений по поводу смерти Адлера писал, что он не понимает симпатий к Адлеру, поскольку для

еврейского мальчика из пригорода Вены умереть в Абердине – неслыханная карьера, о какой он не мог и мечтать; мир его более чем щедро вознаграждал за усилия по подрыву психоанализа.

Индивидуальная психология. По убеждению Адлера, поведение человека определяется в первую очередь не биологическими, а социальными факторами. Он ввел понятие социального интереса, определяя его как врожденный потенциал, нацеленный на кооперацию с другими людьми и достижение личных и общественных целей. Подобный интерес развивается в детстве, по мере накопления опыта. В противоположность Фрейду Адлер минимизировал роль сексуальных сил в формировании личности и сконцентрировался в большей степени не на бессознательном, а на сознательных факторах поведения. Если Фрейд полагал, что поведение определяется преимущественно прошлым, то Адлер подчеркивал значение наших целей на будущее. Борясь за достижение целей или ожидая наступления некоторых событий в будущем, мы тем самым оказываем влияние на свое нынешнее поведение. Например, человек, который живет в постоянном ожидании вечного проклятия после смерти, неминуемо будет вести себя иначе, чем тот, у которого таких ожиданий нет.

Если Фрейд подразделял личность на несколько частей (*ид*, *эго* и *супер-эго*), то Адлер, наоборот, всячески подчеркивал единство и согласованность личности. В основе его концепции – представление о единой движущей силе, лежащей в основе структуры личности и направляющей все ее ресурсы на достижение самой главной цели, придающей смысл всему существу личности. Такой целью, по его мнению, является стремление к превосходству или самоутверждению. Именно эта цель подчиняет себе все движение к более полному развитию и осуществлению, реализации нашего Я. Адлер был убежден, что данное стремление к превосходству является врожденным фактором, его следы легко можно обнаружить во всех аспектах проявления личности.

Чувство неполноценности. Адлер не принимал утверждения Фрейда о том, что только секс составляет первичный, базовый уровень мотивации. Вместо этого он высказал предположение, что

подлинной движущей силой личности является генерализованное чувство неполноценности (как это было в его собственной жизни). Первоначально Адлер относил это чувство неполноценности к телесным недостаткам. Ребенок с наследственными органическими недостатками попытается их компенсировать за счет более интенсивного развития дефектной функции. Ребенок-заика при помощи речевой терапии может стать великим оратором, ребенок со слабыми конечностями после интенсивных физических упражнений становится хорошим атлетом или танцором.

Позднее Адлер расширил понятие неполноценности, включив в него все виды физических, душевных или социальных недостатков – реальных или мнимых. Он также полагал, что слабость и беспомощность ребенка, его зависимость от окружающей обстановки ведут к появлению чувства неполноценности, столь знакомого каждому человеку. Ребенок осознает свою неполноценность и необходимость преодолеть недостаток, но при этом им движет врожденное стремление к превосходству. В итоге такой процесс волей-неволей движет индивида по направлению к все большему совершенству и реализации.

Чувство неполноценности может оказывать и положительное воздействие как на уровне индивида, так и на уровне социума, поскольку именно с ним связано постоянное стремление к превосходству. Однако если в детские годы в ответ на чувство неполноценности ребенок наталкивается на слишком мягкое, или же, напротив, излишне жесткое отношение, у него в результате может появиться некое аномальное компенсаторное поведение. Неспособность в достаточной мере компенсировать чувство неполноценности может привести к развитию комплекса неполноценности, что приводит человека к серьезным жизненным проблемам.

Стиль жизни. По Адлеру, борьба человека за превосходство носит всеобщий характер, но при этом возможны разные способы достижения поставленной цели. Мы по-разному осуществляем эту борьбу, что приводит в итоге к появлению уникальных, характерных только для данного человека методов или форм, которые Адлер назвал стилем жизни. Стиль жизни включает в себя те характерные

поведенческие типы или приемы, при помощи которых мы компенсируем свою неполноценность, реальную или мнимую. В нашем примере с ребенком, у которого присутствуют телесные недостатки, такой стиль включал бы в себя занятия спортом, что в итоге должно привести к развитию физической силы и выносливости.

Стиль жизни обычно формируется уже к 4–5 годам и в дальнейшем с трудом поддается каким-либо изменениям. Он как бы задает рамки для восприятия и упорядочивания всего доступного жизненного опыта. И вновь мы видим, что Адлер, как и Фрейд, подчеркивает важность раннего периода жизни. Но, в отличие от Фрейда, он настаивает на том, что мы способны сознательно формировать свой стиль жизни – наше собственное Я.

Творческая сила «Я». Концепция творческой силы Я составляет, безусловно, вершину и кульминацию всей его теории. Адлер высказал предположение, что мы можем сами формировать свою личность в соответствии с собственным уникальным стилем жизни. Эта творческая сила составляет активный принцип человеческого существования. Ее можно уподобить традиционному понятию души. Мы строим свое поведение на основе определенных способностей и того жизненного опыта, которым обладаем благодаря нашей наследственности и влияния окружающей среды. Но именно от нас зависит, как именно воспринимать и истолковывать этот опыт, что, собственно, и создает основу нашего стиля жизни. А это значит, что мы способны сознательно влиять на формирование собственной личности и судьбу. Адлер считал, что, скорее, мы сами определяем свою судьбу, нежели оказываемся объектом воздействия прошлого опыта.

Комментарии. Концепция Адлера была с пониманием встречена теми, кого не удовлетворял выстраивавшийся во фрейдовской теории образ человека как существа, у которого доминируют сексуальные мотивы, а все самое главное происходит только в детстве. Конечно же, нам куда приятнее считать, что мы в состоянии сознательно контролировать собственное поведение, вне зависимости от генетических ограничений и особенностей детского периода жизни. В целом, Адлер давал удовлетворительный и оптимистичный взгляд на природу человека.

Однако и на его долю хватало критиков. Многие психологи считали его построения поверхностными и основанными всего лишь на здравом смысле, хотя другие, напротив, видели в нем проницательного и талантливого теоретика. По мнению Фрейда, система Адлера слишком проста. Для того чтобы освоить психоанализ, может потребоваться целых два года, поскольку он довольно сложен, адлеровские же идеи можно «освоить за две недели, потому что здесь нет необходимости знать столь уж много». Адлер немедленно согласился с такой оценкой. Именно в этом все и дело, ему потребовалось целых сорок лет для того, чтобы сделать свою систему столь простой!

1.4. Психоинтервенционная традиция

Психоинтервенционная традиция была заметна уже в недрах французской клинической психологии, например, в клинике Шарко и Жане. В то же время Хьюго Мюнстерберг начал работать над своей книгой «Психотерапия», которая вышла в 1909 г. Мюнстерберг лечил пациентов в лаборатории, а не в клинике, и не назначал плату за лечение. Он полагался на свою репутацию и никогда не скрывал от своих пациентов, какие методы лечения будут применяться. Психические болезни, считал Мюнстерберг, возникают из-за неспособности человека адаптировать свое поведение к окружающей обстановке и в результате скрытых конфликтов в подсознании. Терапевтический метод Мюнстерберга заключался в том, чтобы убрать беспокоящие пациента мысли, избавить его от нежелательных привычек, заставить пациента забыть о негативных эмоциях, успешно справляться с рядом проблем, включая алкоголизм, наркозависимость, галлюцинации, навязчивые мысли, фобии и сексуальные расстройства. Первое время он прибегал к гипнозу как методу, но после того как одна женщина пригрозила застрелить его, Мюнстерберг отказался от гипноза. Эта история попала в газеты, и мэр Гарварда потребовал от Мюнстерберга, чтобы тот прекратил гипнотизировать женщин.

Книга Мюнстерберга «Психотерапия» привлекла широкое внимание общественности к проблемам клинической психологии, но не была принята Уитмером, который незадолго до этого открыл свою клинику в Пенсильванском университете. В одной из статей, написанной им для журнала «Психологическая клиника», Уитмер жаловался, что Мюнстерберг «унизил» профессию, рекламируя методы психотерапевтического лечения. Он говорил, что Мюнстерберг производит впечатление какого-то гипнотизера, потому что «уж слишком бойко действует этот профессор психологии из Гарварда – будто вылечил в своей психологической лаборатории не одну сотню всевозможных нервных заболеваний».



Значительный вклад в развитие психоинтервенционной традиции внес **Пьер Жане (Pierre Janet, 1859–1947)** – гигант французской психологии, который до глубокой старости оставался энергичным и активным, человеком без догм. Как врач он занимался больными истерией. В 30 лет Жане (1889) пишет докторскую диссертацию о «психологическом автоматизме», затем он отправляется к великому Шарко в Париж, в клинику Сальпетриери, где вскоре становится директором лаборатории патологической психологии. Много-

численные тома свидетельствуют о тысячах его наблюдений в течение сорока лет. Жане объясняет, что ограничение себя специальными областями не является добрым делом, в случае психологии это может иметь необратимые последствия, поскольку психология касается всего. Она универсальна, всюду имеются психологические факты.

Важными являются идеи Жане о том, что акты поведения (действия) человека не являются равноценными, а скорее разнородными. Идея, которая разрабатывалась в наше время, но

уже экспериментально-психологически М.С. Роговиным (1974, 1977) и его учениками в рамках структурно-уровневого подхода к психике человека (Г.В. Залевским, А.В. Соловьевым, Л.П. Урванцевым и др.).

П. Жане предпринял попытку создания всеобъемлющей структурно-уровневой концепции; в ней традиционное деление психических процессов было заменено рядом новых категорий, содержание которых раскрывалось в рамках разработанной им системы. Эта система началась с его первой большой работы «Психический автоматизм» (1889), затем продолжена в других работах (1929). Теория Жане имеет биолого-психологический характер и ее можно было бы обозначить как теорию «функциональных уровней». Уровни, по Жане, – это поведенческие акты различной степени сложности, прослеживаемые от низших к высшим.

Первый уровень – рефлекторный; с высокой степенью интенсивности внешней стимуляции. Второй уровень – «перцептивно-го» действия, т.е. актов поведения, обусловленных сложными целостными внешними объектами. Третий уровень Жане обозначает как социально-психологический (точнее было бы назвать его коллективно-психологическим); здесь поведение индивида начинает регулироваться его отношением к другим индивидам. Четвертый уровень – интеллектуальный, на котором уже совершаются элементарные действия по созданию и использованию продуктов труда. Этот уровень характеризуется свойством обратимости операций (идея, разработанная впоследствии в генетическом плане учеником Жане, не менее знаменитым, чем его учитель – Ж. Пиаже). Далее следует пятый и шестой уровни действия, обусловленные непосредственной верой и размышлением; под первым Жане подразумевает, главным образом, влияние со стороны языка, под вторым – логические операции. Седьмой уровень – это уровень экспериментальных действий и сознательного использования прошлого опыта. Восьмой – уровень действий, связанный с осознанием случайности, свободы и прогресса. Взаимоотношения действий, относимых к каждому уровню, составляет в конечном

итоге личность, индивидуальность человека. *Последние уровни, по Жане, носят открытый характер.*

Работы Жане основывались на тщательном психопатологическом анализе и изящных клинических приемах; в то же время он явно недооценивал роль более строгого психологического эксперимента. Клинические же интересы П. Жане, как известно, находились в области невротозов и, прежде всего, истерии, где ему пришлось соперничать с З. Фрейдом, который тоже, как и Жане, осваивал эту проблему – «старую, как и само человечество», этот «кошмар врачей и психиатров» (Henri-Jean Barraud, 1972) у «Наполеона невротозов» Жана Мартена Шарко.



Следует отметить и вклад в развитие клинической (медицинской) психологии и немецкого психиатра **Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer, 1888–1964).**

При упоминании имени Э. Кречмера обычно возникают ассоциации с учением о конституции, телесных и психических типах, которое и сегодня достаточно influent. Меньше известно о его значении как психиатре, медицинском психологе и психотерапевте. Что объединяет внутренне его исследования, так это его всю жизнь продолжавшиеся усилия вокруг медицинской психологии как теоретической и психотерапевтической системы, которую можно было бы распространить на весь спектр душевных аномалий и болезней, а исходя из этого определить перспективы и относительно общественной и культурной жизни. Действительно заманчивое, но вряд осуществимое одним человеком намерение (Kretschmer W., 1989. S. 922).

Разумеется, такие масштабные задачи могла ставить перед собой и масштабная личность, каковой и был Э. Кречмер, родившийся в 1888 г. в местечке Вюстенрот в семье протестантского священника. Он получил гуманитарное образование в протестант-

ском семинаре в Вюртемберге, чтобы затем стать теологом. В 1906 г. Кречмер стал стипендиатом известного поощряющего развитие талантов фонда в Тюбингене, где в течение года изучал философию. Но поскольку ему было несколько узко конфессиональное мышление, то он затем обратился к изучению медицины. Э. Кречмер был многосторонне талантлив. Помимо успешного овладения медициной, он играл на скрипке, неплохо пел классические песни, также неплохо рисовал, особенно юмористические картины, а также писал для тюбингенского театра сатирические пьесы. Студенческий город Тюбинген того времени очень располагал к участию в живых дискуссиях о религии, философии и художественной литературе. Это не мешало Эрнсту быть прекрасным наездником и любителем природы. Все это – не просто «биографическое украшение», таланты и всесторонняя активность молодого человека – все это стало, несомненно, предпосылкой к развитию его как ученого.

Интерес к психиатрии пробудился у него где-то к концу обучения под влиянием его учителя К. Гауппа, который в немецкой психиатрии наряду с Блейлером представлял «психологически-понимаемое» направление. Изучая психиатрию в Мюнхенском университете, слушал лекции Э. Крепелина, на которые съезжались студенты со всей Европы, в том числе и англичанин Эрнст Джонс, позже один из видных представителей психоаналитической школы и биограф З. Фрейда.

В 1914 г. Э. Кречмер защищает диссертацию под названием «Wahnbildungen und manisch-depressiver Symptomkomplex» («Бредовые образования и маниакально-депрессивный симптомокомплекс»), выполненную под руководством Крепелина. Именно от своего мюнхенского профессора Кречмер усвоил понимание тесной связи психиатрической и психологической проблематики. Известно, что свой первый курс лекций по психиатрии Крепелин начинал «предварительными психологическими замечаниями», учитывая, что «начинающим врачам недостает психологического образования». От Крепелина Кречмер почерпнул идею определяющей связи душевных болезней с конституциональными особен-

ностями человека. Именно эта идея позже выросла в научную теорию, получившую широкое признание, как и жесткую критику, в среде специалистов и составившую содержательный стержень вышедшей в 1922 г. книги «Медицинская психология»³. Собственно содержание его теории было наиболее полно изложено в вышедшей годом раньше книге «Строение тела и характер» («Körperbau und Charakter», 1921).

Книга стала событием в мировой психологии и психиатрии, была переведена на многие языки, десятки раз переиздавалась.

В 38 лет Кречмер становится профессором психиатрии в Марбурге. Он развивает тему психической жизни выдающихся личностей и в 1929 г. публикует книгу «Гениальные люди». Растет его признание среди медиков и психологов. Его избирают президентом Немецкого общества психотерапевтов. На этом посту его застал приход Гитлера к власти, общество перешло под контроль нацистов, а от членов общества требовалось тщательное изучение «Mein Kampf» Гитлера как доказательство их лояльности. Кречмер немедленно ушел в отставку с поста президента, его место занял К. Юнг.

После войны с 1946 г. Кречмер работал профессором Тюбингенского университета и возглавлял университетскую неврологическую клинику. В 1949 г. была опубликована его книга «Психотерапевтические исследования».

Умер Э. Кречмер 8 ноября 1964 г. А ровно через 10 лет мне посчастливилось познакомиться с его сыном и внуками, побывать в его доме в уютном университетском городке Тюбингене, что на юге Германии в Баден-Вюртемберге. Сын Эрнста Кречмера Вольфганг Кречмер стал профессором невропатологии и психиатрии, продолжил дело отца, а внучка – учителем русского языка, скорее всего, под влиянием отца, который во время Второй мировой войны был врачом, был в плену и даже лечил русских, довольно бегло говорил на нашем языке.

³ В 1975 г. при первой встрече с сыном Э. Кречмера Вольфгангом в Тюбингене он подарил мне 14-е издание «Medizinische Psychologie», вышедшее в этом же году, а в 1984 г., приехав по моему приглашению в Томск, он подарил мне 26-е издание «Körperbau und Charakter» (1977).

«Медицинская психология» Э. Кречмера — книга, замечательная во многих отношениях. Прежде всего, это один из первых учебников по медицинской психологии, созданный тогда, когда эта область психологической науки еще только формировалась, и не было узаконенных учебными стандартами или авторитетом того или иного профессора структуры и содержания подобного университетского курса в Германии. В.А. Луков отмечает, что именно Кречмер дал образец структуры учебника, который до настоящего времени воспроизводится почти в первоначальном виде современными авторами (Луков В.А., 1998. С. 448). Хочу уточнить, что в данном случае речь идет об учебниках по медицинской, не по клинической психологии, и учебниках для будущих медиков, написанных в большинстве случаев не психологами, а психиатрами. Но она полезна, несомненно, и для клинических психологов-студентов и профессионалов в области клинической психологии.

Проблемы психотерапии Кречмер изложил в 16-й главе своей книги. Здесь он делает акцент на вопросы деонтологии, описывает широкий спектр применяемых им психотерапевтических технологий, известных в то время, — от психагогики, внушения и гипноза до психоаналитических методов.

Что касается конституциональной теории Э. Кречмера, над которой он продолжал работать со своими учениками, включая и его сына, до конца своей жизни, то в оценке ее существует довольно обширная как критическая (Ясперс К., 1997. С. 454–455), так и позитивная литература.

Новый импульс в развитии интервенционной традиции в клинической психологии был дан уже в 40–60-е гг. XX столетия, когда своего апогея достигает психоанализ (психоаналитическая терапия) и как реакция неудовлетворения им появляются поведенческая, когнитивная (поведенческо-когнитивная), гуманистическая и гуманистически-экзистенциальная психотерапия.

Следует остановиться более подробно на клиент-центрированной психотерапии **Карла Роджерса (Carl Rogers, 1902–1987)**. Свою терапевтическую концепцию Роджерс позже разработал до широкой теории личности и терапии. Он довольно



рано начал понимать, что его главная жизненная цель — помочь людям, нуждающимся в духовной поддержке, — может быть достигнута и вне церкви. Он также убедился, что работа психолога — вполне достойное занятие, способное к тому же обеспечить достаточные средства к существованию.

Роджерс пожелал заочно пройти курс психологии в Висконсинском университете. Этот курс основывался, главным образом, на работах Уильяма Джемса, которые Роджерс, по собственному признанию, нашел скучноватыми.

Это, однако, не ослабило его интереса к психологии, и он закончил свое образование в Педагогическом колледже Колумбийского университета. Курс философии он прослушал у Килпатрика, которого нашел блестящим педагогом.

По окончании университета Роджерс поступил на работу в качестве клинического психолога в Центр помощи детям в г. Рочестере (штат Нью-Йорк). Здесь он проработал 12 лет. Его практическая деятельность в известном смысле носила импровизационный характер. Он не примыкал ни к какой психологической школе. Так, посетив двухдневный семинар Отто Ранка, он нашел много привлекательного в его терапевтических приемах, но не в теории. Собственная теория и метод сложились постепенно в годы его работы в Рочестере. От формального, директивного подхода, принятого в традиционной психотерапии, он перешел к иному, который позже назвал терапией, центрированной на клиенте.

До Роджерса психотерапевты работали с пациентами. Роджерс намеренно ввел в научный обиход понятие «клиент». И это была не просто игра слов. За терминологическим изменением лежал коренной пересмотр всей стратегии психотерапии. Ибо пациент — это

тот, кто болен и нуждается в помощи, поэтому обращается за ней к профессионалу — психотерапевту. Последний руководит им, направляет его, указывает путь выхода из болезненного состояния. А клиент — это тот, кто нуждается в услуге и полагает, что мог бы сделать это сам, но предпочитает опереться на поддержку психотерапевта. Клиент, несмотря на беспокоящие его проблемы, все же рассматривается как человек, способный их понять. В представлении о клиенте содержалась идея равноправия, отсутствующая в отношениях врача и пациента.

Задача психотерапии — помочь человеку разрешить свою проблему с минимумом инструкций со стороны психотерапевта. Роджерс определял психотерапию как «высвобождение уже наличной способности в потенциально компетентном индивидууме, а не квалифицированную манипуляцию более или менее пассивной личностью». Согласно Роджерсу, «индивидуум имеет в себе способность, по крайней мере, латентную, понять факторы своей жизни, которые приносят ему несчастья и боль, и реорганизовать себя таким образом, чтобы преодолеть эти факторы» (Цит. по: Степанов С.С., 2001. С. 376).

Работая в Рочестере, Роджерс написал книгу «Клиническая работа с трудным ребенком» (1939). Книга была встречена одобрительно, и автор получил приглашение занять должность профессора в университете Огайо. Начав свою академическую карьеру с этой довольно высокой ступени, он избежал того излишнего давления, которое, по его мнению, часто мешает начинающим ученым творчески проявить себя. Опыт преподавательской работы, а главное — живой отклик студентов на его идеи вдохновили его на более полное и детальное рассмотрение проблем психотерапии в книге «Консультирование и психотерапия» (1942).

В 1945 г. Чикагский университет предоставил Роджерсу возможность создать собственный консультативный центр. Новаторской тенденцией центра было предоставление пациентам (точнее, клиентам) возможности свободного выбора направления терапии. На посту директора центра он работал до 1957 г. В 1951 г. он опубликовал книгу «Терапия, сфокусированная на клиенте», в ко-

торой его принципы нашли наиболее полное отражение. Книга была встречена массовой критикой со стороны терапевтов различных направлений, усмотревших в позиции Роджерса угрозу традиционным директивным методам. Основные выводы из этой позиции, далеко выходящие за рамки терапевтической тематики, Роджерс изложил в своей наиболее известной книге «Становление личности» (1961), выдержавшей несколько изданий (русский перевод вышел в 1994 г.). Несмотря на настороженное отношение коллег, книга Роджерса привлекла широкий общественный интерес и, став бестселлером (что не так часто происходит с психологическими трудами), обеспечила автору неплохие гонорары.

С чикагским периодом деятельности Роджерса связано и одно серьезное затруднение личного порядка. Работая с одной пациенткой, страдавшей тяжелым расстройством, он настолько проникся ее состоянием, что почти впал в аналогичную патологию. Лишь трехмесячный отпуск и курс психотерапии у одного из коллег позволили ему оправиться и понять необходимость соблюдения известных пределов сопереживания.

С 1963 г. его деятельность была связана с Центром изучения личности (ЛаДжолла, Калифорния). Здесь, без назойливой опеки администрации, он обрел покой и уверенность, много работал, писал. Всего Карл Роджерс написал 16 книг и свыше 200 статей, его работы переведены на 60 иностранных языков. Свою позицию он подытожил, цитируя Лоа Цзы: *Когда я удерживаюсь от того, чтобы приставать к людям, они заботятся сами о себе. Когда я удерживаюсь от того, чтобы приказывать людям, они сами ведут себя правильно. Если я удерживаюсь от проповедования людям, они сами улучшают себя. Если я ничего не навязываю людям, они становятся собой.*

Подлинный гуманист и демократ, Роджерс проявлял большой интерес к событиям, происходившим в России. Осенью 1986 г. он приехал в Москву, выступил перед многочисленной аудиторией психологов, провел терапевтические занятия. Этот уже очень пожилой человек был удивительно бодр и оптимистичен, преисполнен жизненной энергии. Те, кто встречался с ним в Москве, отка-

зывались верить известию о его кончине, которое пришло из Америки год спустя. Еще в конце семидесятых Карл Роджерс говорил: «...В детстве я был болезненным ребенком, и отец как-то сказал, что я, наверное, умру молодым. В известном смысле он ошибся: ведь мне уже семьдесят пять. Но в каком-то смысле я готов признать его правоту. Я чувствую себя молодым и надеюсь никогда не стать стариком. Я и правда, умру молодым». И он, действительно, умер молодым по своим делам и духу.

Работы Роджерса оказали существенное влияние на общее представление о потенциале человеческой личности. Личностно-ориентированная терапия Роджерса оказала большое влияние на развитие психологии. Эта теория была хорошо встречена психологами, прежде всего из-за акцента на личностном начале в человеке.

Поскольку гуманистическая психология, в отличие от психоанализа, основной акцент делала на исследовании психически здоровых людей, а не невротиков, то и подходы этих двух концепций в области психотерапии также оказались различными. Бурный рост гуманистической терапии приходится на 1960–1970-е гг., когда многие миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы личностного развития. Почему же гуманистическая психология так и не смогла войти в основной корпус психологических теорий? Большинство авторов сходятся на том, что это произошло потому, что большинство представителей этого направления занимались частной практикой, а не преподаванием в университетах. В отличие от академических психологов, представители гуманистической психологии сравнительно мало внимания уделяли научным исследованиям. Интересно, что гуманистическая психология – ее достижения и ее лидеры (А. Маслоу, К. Роджерс и др.) не были упомянуты ни одним из опрошенных известных европейских психологов, которые отвечали на вопрос журнала «European Psychologist» (2000) о самых значительных достижениях психологии в XX в. За исключением российского участника опроса А.В. Брушлинского (Залевский Г.В., Залевский В.Г., 2000).

К гуманистическому направлению в психотерапии многие относят и гештальт-терапию, основоположником которой по праву считается Фриц Перлз (Fritz Perls).



Значителен вклад в развитие клинической психологии и **Виктора Франкла (Viktor Frankl, 1905–1997)**, австрийского психолога, психиатра и психотерапевта. «Каждому времени требуется своя психотерапия», – писал он и предложил психотерапию своего времени – логотерапию. Ему удалось нащупать «тот нерв времени» (Д.А. Леонтьев), тот запрос людей, который не находил ответа, – проблему смысла, и на основе своего жизненного опыта найти простые, но вместе с тем жесткие и убедительные слова. «Упрямство духа» – это его собственная формула. Дух упрям, вопреки страданиям, которые может испытывать тело, вопреки разладу, который может испытывать душа. Хотя Франкл ощутимо религиозен, он избегает говорить об этом прямо, потому что он убежден: психолог и психотерапевт должны суметь понять любого человека и помочь ему вне зависимости от его веры или отсутствия таковой. Духовность не исчерпывается религиозностью, поскольку, в конце концов, как говорил он в своей московской лекции, Богу, если он есть, важнее, хороший ли Вы человек, чем то, верите Вы в него или нет.

После психоанализа Фрейда и индивидуальной психологии Адлера логотерапия Франкла – это «3-е Венское направление психотерапии». В человеческой жизни главным является не страсть (Lust) или власть (Macht), но осуществление смысла – таково кредо психотерапии – логотерапии В. Франкла. Он сам как заключенный фашистами в концентрационный лагерь был свидетелем человеческих страданий, потерял почти всех своих близких, пережил все это и после освобождения в 1945 г. стал примером для всего мира в том, как важно для человека в любой ситуации «упрямство духа». Об этом он написал в своих более чем 30 книгах, переведенных на десятки языков мира, начиная с его первой и главной книги «Сказать жизни “Да”». Психолог в концлагере», вышедшей

анонимно в 1946 г., а затем в полном авторском издании в 1977 г. и непрерывно переиздававшейся. В обсуждаемом контексте ближе всего его книги по психотерапии, изданные Институтом им. В. Франкла в Вене: «Психотерапия на практике» («Psychotherapie in der Praxis», 1997), «Психотерапия в обыденной жизни» («Psychotherapie im Alltag», 1998), «Логотерапия и экзистенциальный анализ» («Logotherapie und Existenzialanalyse», 2002) и др.

Среди современных сил в психологии и психотерапии нередко называют трансперсональную психологию. В данном случае мы кратко остановимся на одном из активных сторонников этого направления, внесшим свой оригинальный вклад в развитие интервенционной традиции в клинической психологии, а именно на Станиславе Грофе.



Станислав Гроф (Stanislav Grof) – чешско-американский психолог, представитель трансперсональной психологии и один из ее основателей, родился в 1932 г. В 1973–1987 гг. работал в Институте «Эсален» (штат Калифорния, США). В этот период вместе с женой Кристиной разработал технику холотропного дыхания – уникальный метод самопознания и личностного роста (правда, начинал с психоанализа и использования ЛСД). Главная идея Грофа, высказанная, прежде всего, в книге «По ту сторону мозга.

Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии» (1992), – это идея о том, что «людьми управляют матрицы» (перинатальные матрицы): «матрица наивности, или любви» (первая матрица) возникает с момента зачатия и до начала родовых схваток; «матрица жертвы, или ада» (вторая матрица) формируется с начала родовой деятельности до момента полного или почти полного раскрытия шейки матки, что примерно соответствует первому периоду родов; «матрица борьбы, или чистилища» соответствует периоду потуг (второму периоду родов); «матрица свободы» (четвертая матри-

ца) – в идеале снова «рай», но бывает, что превращается в «ад», – это время появления ребенка на свет.

Для картографии возникающих переживаний в измененных состояниях сознания при психолитическом целении предложил антропологическую модель, в которой выделены области: сенсорные переживания, ранние биографические переживания, пренатальные переживания, трансперсональный опыт. Гроф считает, что благодаря сильным переживаниям, связанным со смертью и воскресением, ранними состояниями индивидуальной жизни, встречами со значимыми архетипическими персонами, подключением к «энергиям», происходит достижение человеком психологической целостности.

Гроф действительно затронул некоторые принципиально важные моменты, общие для всех духовных путей и психотерапевтических школ. Акцент на перинатальной матрице и на то, что первичные впечатления получаем в момент внутриутробного развития, в момент родов и в самые первые мгновения жизни. Самые первые импринтинги здесь формируют человека и создают определенного рода характеристики, идиосинкразии, шоры (возможно, здесь мы обнаруживаем еще одну объяснительную модель или механизм закладывания тех форм поведения человека, которые мы обозначили как фиксированные формы поведения. Залевский Г.В., 1976–2007), включают редактора реальности. Правда, эти идеи высказывали и до Грофа. Но Гроф пытался это объяснить эмпирическим путем, ассистируя порядка четырех тысяч сеансов психоделической психотерапии, а также через его семинары по холотропному дыханию прошли десятки тысяч людей во всех странах мира. Трижды Гроф приезжал и в Россию (Москву).

Несомненно, значительный импульс развития интервенционной традиции в клинической психологии был дан активно развиваемой в 50–70 гг. XX столетия поведенческо-когнитивной психотерапии. Так уж сложилось, что это сегодня одно из самых эффективных, научно фундированных направлений психотерапии и психоконсультирования не имеет одного отца-основателя. К тем, кто внес наибольший вклад в развитие этого направления психотерапии,

следует отнести Й. Вольпе, А. Лазаруса, Г.Ю. Айзенка, А. Эллиса, А. Бека (Залевский Г.В., 2002, 2006)⁴.

Развитие современной клинической психологии по линии психоинтервенционной традиции очень хорошо прослеживается по материалам Всемирного конгресса «Эволюция психотерапии» (1998), а о состоянии современной психотерапии, в том числе и отечественной, можно многое узнать в издаваемой под редакцией Б.Д. Карвасарского «Психотерапевтической энциклопедии».

1.5. Психогигиеническая традиция

Рекомендации по ведению здорового и счастливого образа жизни образуют существенную часть текстов в письменах всех времен. Их можно обнаружить у мудрецов древнего Китая (Конфуций и Лао-Цы), у индийцев (Будда), в классической Античности (прежде всего у эпикурейцев и стоиков) в не меньшей мере, чем в христианской традиции (начиная с Евангелия и до Книг утешения Средневековья, как например «Наследники (наследие) Христа» Томаса фон Кемпена), велико их число в наше время. Наряду с религиозным содержанием в этих книгах можно найти почти всегда темы, которые сегодня приписываются психической гигиене. Почти каждая форма планирования идеального сосуществования людей (начиная с книг Моисея и Государственной утопии Платона) содержит предписания по защите как физического, так и психического (душевного, морального) здоровья.

Существуют разные мнения по поводу введения термина «психическая гигиена (психогигиена)» в литературный обиход. Некоторые авторы считают, что этот термин был введен в 1900 г. немецким психиатром Робертом Зоммером (Robert Sommer, 1864–1937), кото-

⁴ Н. Сандберг и др. говорят о трех основных психологических традициях и их ведущих представителях, непосредственно связанных с клинической практикой и классификацией психотерапии, наряду с психодинамической и гуманистической выделяя и когнитивно-поведенческую (Сандберг Н., 2007. С. 57–60).

рый основал в 1896 г. психиатрическую клинику в городе Гиссене. Есть также мнение, что термин (сочетание слов) «психическая гигиена» появляется раньше, уже в середине XIX столетия. Основатель кафедры психиатрии в Венском университете поэт Эрнст Фрайгерр фон Фойхтесleben (Feuchtesleben E.F., 1806–1849) опубликовал в 1838 г. книжечку «К диатетике души» («Zur Diataetik der Seele»), в которой были указания на развитие средств, «посредством которых можно сохранять здоровье». Приблизительно в это же время (1843) появляется термин «психическая гигиена» («Mental Hygiene»), вначале как название книги американского врача В. Свитсера (W. Sweetser, 1897–1875), суть тезиса которого была в том, что «причиной многих болезней является в действительности внутренне укорененное беспокойство, которое смягчить могут только психические влияния». Двумя годами раньше учительница из Бостона Доротея Дикс (Dorothea Dix) начала свой «крестный поход» против бесчеловечного обращения к психически больным в соответствующих заведениях (больницах и тюрьмах), получив в этом поддержку квакеров («Общества друзей»). Благодаря этим усилиям душевное (психическое) страдание стало пониматься в качестве близкого соседа физических болезней, предупреждение которых является задачей гигиенических мероприятий.

Современное психогигиеническое движение связывают с именем К. Бирса (C.W. Beers, 1876–1943), страхового служащего, который в связи с пережитым в 1900 г. нервным срывом провел три трудных года в различных лечебных учреждениях США. О пережитом он написал в захватывающей книге «Разум, нашедший самого себя» («A mind that found itself», 1908). Благодаря поддержке В. Джемса, а также эмигрировавшего в США из Швейцарии психиатра А. Мейера (A. Meyer, 1866–1950) Бирс инициировал организацию психогигиенического движения, первый Международный конгресс которого состоялся в 1930 г. в Вашингтоне, а через 18 лет в Лондоне была основана Всемирная федерация психического здоровья (World Federation for Mental Health), членом которой вот уже свыше 20 лет является и автор.

Принципиально психогигиена представляет собой попытку показать взаимосвязь средовых факторов современной жизни с жизнестойкостью человека. Актуальность данной задачи вытекала и вытекает и сегодня из того, что в Западной Европе и США, да и во всем мире растут проблемы, требующие вмешательства и психогигиены, увеличения числа психогигиенических мероприятий и учреждений.

Основные задачи психогигиены, постулированные К.У. Бирсом и психиатром Адольфом Мейером в 1908 г., были следующими:

- забота о сохранении психического (*geistige*) здоровья, упреждение (*Verhuetung*) психических и нервных болезней и аномальных (дефектных) состояний;
- совершенствование терапии и ухода за психическими больными, уход за слабоумными и эпилептиками и их включение в профессиональную жизнь;
- предоставление и распространение надежных знаний о всех актуальных проблемах, особенно о значении психических аномалий для проблем воспитания, производства, преступности и вообще в оценке особенностей человеческого поведения.

Эти задачи должны выполняться посредством стимулирования социального обеспечения, содействия при создании психогигиенических консультативных центров, подготовки медперсонала и персонала по уходу, взаимодействию всех соответствующих общественных и частных благотворительных организаций и учреждений. Исходя из мыслей, прежде высказанных Фрейдом, современная психогигиена ориентируется в первую очередь на предупреждение психических перегрузок и неправильного развития в самом раннем детстве, т.е. еще перед поступлением в школу, или – во вторую очередь – на напряжения (стрессы) в результате наступающих в этот период конфликтов. Сюда же относятся консультирование взрослых в ситуациях жизненных кризисов или депрессивных состояний, которые являются признаками или началом угрожающих потрясений душевного равновесия, а также патологического развития (аддикций, суицидных импульсов, семейных деструкций и т.д.). Особенно остро фактически во всех странах

обстояли дела с уходом за пожилыми и старыми людьми (гериатрия). Соответственно разработанной в США модели «Клиника психического здоровья» начали создаваться подобные клиники (центры) и в странах Европы, а в 1980-е гг. прошлого столетия и в Советском Союзе. Их персонал включал не только психиатров, но и психологов и социальных работников, которые представляют собой одну «команду» или «бригаду», обслуживающую каждый отдельный случай.

В существенных пунктах перед психической гигиеной стоят те же задачи, которые ставят перед собой профессиональные службы помощи. «Клиника психического здоровья» является в принципе учреждением цивилизованной помощи. Именно в этой секуляризации находятся специфические проблемы, как например, придание жизни смысла без ссылки на абсолютное понятие добра. Рано или поздно в процессе консультирования молодежи или взрослых речь идет об их отношении к бытию и их собственному месту в нем; на вопросы такого рода нет в собственном смысле «научных» ответов. В США в 60-е гг. прошлого века начаты масштабные исследования роли психогигиенических мероприятий (учреждений). В Советском Союзе такого рода исследования начали проводиться в 1980-е гг. в рамках Научного центра психического здоровья в Москве и в ряде его филиалов, в том числе в Томске, где автор руководил психологической лабораторией с 1983 по 1993 г. Правда, на наш взгляд, тематика этих исследований была сильно заужена.

О задачах психогигиены, ее месте в системе наук и практик, ее отношении к медицине, гигиене и психологии идут дискуссии и сегодня.

Психогигиена (от гр. *hygienos* – целебный) – это часть общей гигиены, включающая мероприятия по сохранению и укреплению нервно-психического здоровья человека. Психогигиена тесно связана с психопрофилактикой (*prophylaktikos* – предохранительный), направленной на устранение факторов, вредно отражающихся на психике человека, и использование факторов, положительно на нее влияющих. Важная задача психопрофилактики – ранняя диагностика и лечение начальных форм психических заболеваний.

Своевременно проведенные мероприятия могут предупредить возникновение не только психических, но и некоторых соматических заболеваний (гипертония, инфаркт и др.).

Основные задачи психогигиены: 1) изучение влияния различных условий среды – производственных, бытовых, социальных – на психику человека; 2) разработка оптимальных норм труда, отдыха и быта; внедрение в практику мероприятий по укреплению нервной системы, повышению ее сопротивляемости вредным воздействиям и обеспечению наилучших условий для нормального развития и функционирования психики человека; 3) пропаганда психогигиенических знаний. Выделяют возрастную психогигиену, психогигиену труда, быта, семьи и половой жизни, военную психогигиену, включающую мероприятия, направленные на укрепление нервно-психического здоровья личного состава армии и повышение ее боеспособности, спортивную, космическую, изучающую условия труда космонавтов и их состояние в космическом пространстве. Для педагогов и учащихся особый интерес представляет психогигиена педагогического процесса и умственного труда, направленная на обеспечение условий гармонического развития учащихся и максимальной эффективности обучения (Гуслякова Л.Г., Чудова С.Г., 1999).

Б.Д. Карвасарский тоже определяет психогигиену как область гигиены, разрабатывающую и осуществляющую мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Некоторые авторы относят ее не только к гигиене, но и к психиатрии, другие же включают в задачи психогигиены предупреждение возникновения и развития психических заболеваний, сближая психогигиену с первичной психопрофилактикой, третьи выделяют ее в самостоятельный раздел медицинской науки.

Имеются и альтернативные толкования психогигиены, ее места в системе наук и истории. Психогигиена – это прикладное направление психологии здоровья, в котором разрабатываются и применяются мероприятия, направленные на сохранение, поддержание и укрепление психического здоровья людей. Психогигиена тесно связана с психопрофилактикой, психиатрией, медицинской и кли-

нической психологией, социологией, социальной психологией, педагогикой и другими дисциплинами.

Исторически, по мнению Л.А. Карпенко (1998), возникновение психогигиены связывают с первым съездом психиатров России (1887 г.), на котором видные отечественные психиатры (С.С. Корсаков, И.П. Мережковский, И.А. Сикорский и др.) обратились к общественности с идеей разработки программы и создания системы предупреждения нервных и психических заболеваний. За рубежом психогигиенические общества появились спустя 25–30 лет. Идеи психогигиены развивались там, в частности, на базе действующих психиатрических госпиталей и клиник, возглавляемых ведущими психиатрами того времени, например А. Мейером (Балтимор, США), Э. Блейлером (Бургхельцли, Швейцария), Э. Крепелином (Мюнхен, Германия), Э. Кречмером (Тюбинген, Германия) и др. До Второй мировой войны психогигиена активно развивалось во многих странах Европы: издавались журналы, в которых анализировались причины возникновения психических нарушений, читались специальные курсы в соответствующих учебных заведениях, велась разъяснительная и просветительская работа среди населения. В послевоенные годы при Всемирной организации здравоохранения был создан отдел психического здоровья. К концу XX в. психогигиена во все большей степени стала ориентироваться на решение социальных и экологических проблем, которые стали оказывать существенное влияние на психическое здоровье. Например, важной целью психогигиены стала помощь, позволяющая людям избегать воздействий, опасных для психического здоровья, справляться с трудностями, которых не удастся избежать.

В ее задачи входило также воспитание гуманного отношения к людям, страдающим психическими заболеваниями, попадающим в разного рода зависимости (алкогольные, лекарственные, наркотические и т.п.), находящимся в стрессовых условиях работы и т.п. Для эффективного решения этих проблем потребовалось глубокое взаимодействие психогигиены с такими дисциплинами, как возрастная и педагогическая психология, что породило психогигиену для людей разного возраста; психология труда и обучения, резуль-

татом чего стала производственная и умственная психогигиена; психология быта и семейной жизни, что привело к появлению психогигиены семьи, психогигиены половой жизни и т.п. Следует также отметить, что для решения многих из этих проблем психогигиена привлекает методы психотерапии, психодиагностики и консультативной психологии (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Имеет место и попытка рассматривать психогигиену и психопрофилактику как синонимы, считая их областями медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций. Методы психогигиены и психопрофилактики включают психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, телефонов доверия и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; информирования населения и т.д. Специальными задачами современной психогигиены и психопрофилактики являются помощь людям в кризисных ситуациях семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т.п.

К. Мирке (Mierke K., 1967. С. 8) выделяет три уровня задач психогигиены:

- превентивная психогигиена имеет своей целью сохранение здоровья человека и общества;
- реститутивная психогигиена пытается заблаговременно принять восстановительные и корректирующие меры в жизненных кризисах или конфликтных ситуациях;
- лечебная психогигиена берёт на себя уже существующие ограничения, чтобы исцелять их клиническими или психотерапевтическими методами.

Э. Шомбург (Schomburg E., 1975) формулирует следующие основные потребности жизни, на удовлетворение которых должна быть нацелена психогигиена:

- любовь,
- безопасность,
- признание, утверждение, чувство успеха,
- пространство для свободной, творческой деятельности,
- опыт позитивных воспоминаний,
- самоуважение.

Развитие теории и практики психогигиены потребовало новых форм ее организации. Создаются специальные психогигиенические учреждения для лиц практически здоровых, но находящихся в кризисных ситуациях: медико-психологические консультации, дневные и ночные санатории-профилактории при промышленных предприятиях, вузах и других учреждениях, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, телефоны доверия, центры культуры здоровья и др. (Карвасарский Б.Д., 1998; Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В., 2011; Кузьмина Ю.В., 2011).

Видимо, справедливо считать психогигиену комплексной дисциплиной, тесно связанной не только с медициной (психиатрией), но и с психологией (медицинской / клинической психологией, психологией здоровья) и др. (Карвасарский Б.Д., 1998; Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998), но если учитывать доминирующую роль психологических факторов, и в первую очередь духовного, то ее близость с психологией здоровья наиболее очевидна (Залевский Г.В., 2010). И в этой связи хотелось бы привести мнение известного дагестанского поэта Расула Гамзатова: «Телесные недуги мы излечим, если болезни духа победим».

2. ВКЛАД ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вклад отечественных ученых (психологов, психиатров и др.)⁵ в развитие клинической психологии, причем по линии практически всех указанных выше традиций, значителен. В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, С.С. Корсаков, Н.Н. Ланге, А.А. Токарский, Н.А. Бернштейн, И.А. Сикорский и другие привнесли психологию в психиатрические клиники и в психиатрическое образование. Во многом благодаря этому на базе психологических лабораторий вначале в психиатрических больницах, а затем и за их пределами отечественная клиническая психология продолжала развиваться и по линии других традиций – с акцентом на эксперимент развивается отечественная (в рамках Московской психологической школы) патологическая психология (Б.В. Зейгарник, Б.Ф. Поляков и др.), нейропсихология (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и др.), с акцентом на роли личности, психодиагностику и психотерапию – медицинская (клиническая) психология в рамках Ленинградской (Санкт-Петербургской) психологической школы (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, М.С. Лебединский, Б.Д. Карвасарский, Л.И. Вассерман).

Нельзя не отметить и вклад, который внесли в развитие не только отечественной, но и мировой клинической психологии представители других психологических центров бывшего Советского Союза и России: Д.Н. Узнадзе и его ученики (Тбилиси), В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук (Киев), М.С. Роговин и его ученики, к которым относит себя и автор (Ярославль, Томск) и др.

⁵ Действительно, в России, как и в Германии, врачи-психиатры привнесли экспериментальную психологию в психиатрическую клинику, чем сделали большой вклад в развитие как клинической психологии, так и собственно экспериментальной психологии. Но вряд ли будет корректным утверждать, что «в России экспериментальную психологию разрабатывали врачи-психиатры» (Карвасарский Б.Д., 2002. С. 279).

Развитие отечественной патопсихологии, как известно, отличалось наличием прочных естественно-научных традиций. Еще И.М. Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В письме М.А. Боковой в 1876 г. он писал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую называет своей «лебединой песней». Он писал о психологии: «Наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно как физиология лежит в основе патологии тела» (Цит. по: Каганов В.М., 1948. С. 101). Однако И.М. Сеченову не пришлось развить новой отрасли психологии. Но в русле его идей трудились основоположники патопсихологического направления в России Б.В. Зейгарник и В.М. Бехтерев, организаторы широких экспериментально-психологических исследований нарушений психической деятельности.



В 1927 г. **Блюма Вульфовна Зейгарник (1901–1988)** окончила философский факультет Берлинского университета. Именно в этот период она выбрала областью своих профессиональных интересов психологию, а ее учителем стал К. Левин. Б.В. Зейгарник успешно защитила диплом, посвященный открытому ею феномену запоминания незавершенных действий, известному как «эффект Зейгарник». В 1927 г. ей была присвоена степень доктора философии в Бер-

линском университете, где она продолжала работать в качестве внештатного сотрудника до 1931 г. В этом же году Зейгарник вернулась на родину и сразу же включилась в научную деятельность. Она работала в психоневрологической клинике Института экспериментальной медицины, став одним из ближайших помощником Л.С. Выготского.

Тридцатые годы явились для Зейгарник и временем тяжелых испытаний. Нарастало идеологическое давление на науку, омрача-

лась политическая и нравственная атмосфера в стране. Безвременная смерть Выготского, по мнению Зейгарник, была отчасти обусловлена этим: в атмосфере огульной критики (легко перераставшей в травлю, а затем и в прямые репрессии) он, по ее словам, «сделал все, чтобы не жить», не искал в себе сил бороться с мучившей его болезнью.

В 1938 г. был арестован муж Блюмы Вульфовны. Она осталась одна с малолетним сыном на руках, второй сын родился вскоре после ареста мужа. Он так никогда и не увидел своего отца (тот погиб в застенках Лубянки). Страх, неуверенность в будущем, материальная неустроенность поселились в семье Зейгарник на долгие годы. Среди немногих верных друзей были А.Р. Лурия и С.Я. Рубинштейн. В годы Великой Отечественной войны, эвакуировавшись из Москвы, Зейгарник работала в нейрохирургическом госпитале на Урале. Она принимала активное участие в работе по восстановлению психической деятельности тяжелораненых. В этот период укрепляются ее научные и личные контакты со многими крупнейшими психологами страны – А.Р. Лурией, А.Н. Леонтьевым, А.В. Запорожцем, С.Г. Геллерштейном. Впоследствии она с большим теплом и любовью вспоминала о них, отмечая, что именно в этот период под влиянием общения с психологами школы Л.С. Выготского и оформились ее представления о патопсихологии как особой отрасли знания.

После войны Зейгарник возглавила лабораторию психологии в Институте психиатрии, созданную при ее активном участии. Здесь в сотрудничестве с очень небольшим поначалу коллективом единомышленников сформировалась экспериментальная патопсихология как самостоятельная научная дисциплина на стыке общей психологии и психиатрии, продолжая лучшие традиции европейских ученых, которые содействовали появлению первого в Европе «Журнала по патопсихологии». И хотя задолго до этого в нашей стране было опубликовано немало психологических трудов по исследованию патологии памяти, внимания, мышления, личности, именно благодаря Зейгарник патопсихология из разрозненной области знания превратилась в особую ветвь науки со своей систематизированной

теоретической проблематикой, развернутой программой подготовки кадров, очерченной областью практического приложения.

Теоретические и экспериментальные исследования обобщены Зейгарник в книгах, ставших настольными для любого патопсихолога: «Нарушения мышления у психически больных» (1959), «Патология мышления» (1962), «Введение в патопсихологию» (1969), «Основы патопсихологии» (1973), «Патопсихология» (1976). Интерес к человеку, наблюдательность в сочетании с высоким профессионализмом психолога-клинициста делали Зейгарник исключительно проницательным человеком, понимающим другого при первом взгляде на него. Вслед за мастерами прошлого, для которых при оценке человека было важно все: походка, речь, взгляд, рукопожатие и т.д., – Зейгарник также считала важными все эти внешние проявления, умела их увидеть, оценить и составить психологический портрет человека. Этому она учила и студентов-психологов, молодых специалистов, своих сотрудников.

Блюма Вульфовна Зейгарник прожила долгую, но далеко не безоблачную жизнь: это была жизнь-борьба, жизнь-преодоление, жизнь-поиск. Мужественная и жизнелюбивая, душевно щедрая и открытая всему истинно прекрасному, она была искренне любима и почитаема психологами разных поколений.



Основоположником отечественной патопсихологии Б.В. Зейгарник все же называла **Владимира Михайловича Бехтерева (1857–1927)**, в центре научных интересов которого стояла проблема человека. Решение ее он видел в создании широкого учения о личности, которое было бы основой воспитания человека и преодоления аномалий в его поведении. По сути дела, все высказывания Бехтерева глубоко психологичны, и его по праву следует назвать одним из первых и наиболее

выдающихся психологов России. Не будем забывать, что именно им была основана первая русская психологическая лаборатория. Характерно, что в «Истории современной психологии», учебнике для американских университетов, принадлежащем перу Д.П. Шульц и С.Э. Шульц (1998), который издан и в переводе на русский язык, упоминаются имена всего двух российских ученых – И.П. Павлова и В.М. Бехтерева (вероятно, с американской точки зрения, этим вклад России в современную психологию и исчерпывается). Оба удостоены этой чести как предтечи бихевиоризма, не более того. Но это далеко не так.

К психологии В.М. Бехтерев пришел от неврологии и психиатрии, которыми занимался (после окончания Медико-хирургической академии в Петербурге и заграничной стажировки в клиниках Германии, Австрии и Франции) в Казанском университете. Здесь в 1885 г. он организовал психофизиологическую лабораторию. Это было первое в России психологическое научно-исследовательское учреждение.

При организации лаборатории Бехтерев опирался, в частности, на опыт В. Вундта, у которого он прошел стажировку по экспериментальной психологии, однако собственный подход Бехтерева отличался принципиальной новизной. Для Вундта предметом психологии выступало сознание, а его материальному субстрату – мозгу – внимания не уделялось. Изучение сознания велось субъективно, методом интроспекции – изошренного самонаблюдения специально натренированных экспертов.

В.М. Бехтерев, говоря о природе психических процессов, указывал: «Было бы совершенно бесплодно еще раз обращаться в этом процессе к методу самонаблюдения. Только экспериментальным путем можно достичь, возможно, точного и обстоятельного решения вопроса» (Цит. по: Степанов С.С., 2001. С. 45–46). Преобладание объективных методов исследования в психологии уже тогда, на ранних этапах творчества Бехтерева качественно отличало его позицию от вундтовской.

Для проведения экспериментов, кроме стандартного лабораторного оборудования, использовались приборы, сконструированные самими сотрудниками лаборатории: большая схематическая модель

проводящих путей головного и спинного мозга, выполненная на основе исследований в области анатомии центральной нервной системы (в том числе исследований Бехтерева); пневмограф – аппарат для записи дыхательных движений; рефлексометр – прибор для записи коленных рефлексов; рефлексометр – аппарат для измерения силы коленного рефлекса. Практически все эти приборы и аппараты предложены и сконструированы Бехтеревым.

За относительно небольшой период существования лаборатории ее сотрудники провели и опубликовали около 30 исследований. Принятый в школе В.М. Бехтерева принцип качественного анализа нарушений психологической деятельности стал одной из традиций отечественной психологии.

В.М. Бехтеревым, С.Д. Владычко, В.Я. Анфимовым и другими представителями школы было разработано множество методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных, некоторые из которых (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской патопсихологии.

Сохранили значение для современной науки сформулированные В.М. Бехтеревым и С.Д. Владычко (1911) требования к методикам: 1) простота (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками); 2) портативность (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки); 3) предварительное испытание методики на большом количестве здоровых людей соответствующего возраста, пола, образования.

Видную роль в определении направления отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик В.М. Бехтерева А.Ф. Лазурский (1908, 1923), заведующий психологической лабораторией в основанном В.М. Бехтеревым Психоневрологическом институте, организатор собственной психологической школы. В предисловии к книге А.Ф. Лазурского «Психология общая и экспериментальная» Л.С. Выготский писал, что ее автор относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную психологию.

Разрабатывая, главным образом, вопросы индивидуальной и педагогической психологии, А.Ф. Лазурский придавал большое значение патопсихологии: «Данные, добытые патологией души, заставили пересмотреть, а во многих случаях и подвергнуть основательной переработке многие важные отделы нормальной психологии»; патология дает «возможность рассматривать душевные свойства человека как бы сквозь увеличительное стекло, делающее для нас ясным такие подробности, о существовании которых у нормальных субъектов можно только догадываться» (Цит по: Зейгарник Б.В., 1999. С. 13).

А.Ф. Лазурский был новатором в экспериментально-методической области: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности. Естественный эксперимент, разработанный А.Ф. Лазурским вначале для педагогической психологии, был внедрен в клинику. Конечно, осуществление такого эксперимента в условиях клиники было много сложнее, чем в школе, где в ходе обычной учебной деятельности можно определенным образом строить программу, давать экспериментальные задания. В клинике «естественный эксперимент» применялся в ходе организации досуга больных, их занятий и развлечений – со специальной целью давались счетные задачи, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных букв и слогов в тексте и др.

В 1907–1912 гг. увидела свет «Объективная психология» Бехтерева. Она была переведена на немецкий, французский, английский языки и стала важной вехой в истории современной психологии, что отмечают и зарубежные исследователи (Флюгель, Уотсон, Боринг и др.). Впоследствии Бехтерев выдвинул программу создания новой науки, названной им рефлексологией. На основе экспериментальных работ по изучению сочетательных, то есть вырабатываемых прижизненно, двигательных рефлексов, совокупность которых была названа соотносительной деятельностью, Бехтерев сделал вывод о том, что именно эта деятельность должна стать объектом изучения как воплощение строго объективного подхода к психике.

В отличие от бихевиористов, Бехтерев не сводил предмет психологии к поведению, к формуле «стимул – реакция», не игнорировал феномены сознания. Его подход страдал некоторым механицизмом, особенно в анализе социальных явлений, но включал и перспективные линии развития наук о человеке. Эта линия четко прослеживается в трудах его учеников и сегодня, представлено в исследованиях сотрудников созданного им НИИ психоневрологии и носящего теперь его имя (В.Н. Мясищева, М.М. Кабанова, Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана и многих других).

Очень важно отметить, что в 1956 г. в журнале «Вопросы психологии» В.Н. Мясищев опубликовал статью «О значении психологии для медицины». При АМН СССР была создана проблемная комиссия «Медицинская психология»⁶, которую в течение 10 лет возглавлял В.Н. Мясищев. В университетах вновь были созданы факультеты психологии, готовящие кадры и для медицины. Вышло пособие «Введение в медицинскую психологию» (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966).

В конце творческого пути Мясищев написал очень важную работу «Проблемы, методы и значение медицинской психологии». Медицинская психология, по мысли автора, – это широкий комплекс всего, что может отразиться положительно или отрицательно на психическом здоровье человека, и того, что может через психику отразиться на его соматическом состоянии.

Вклад школы В.М. Бехтерева в развитие клинической (медицинской) психологии был отмечен широкой международной профессиональной общественностью во время празднования в мае 2007 г. 150-летия со дня рождения В.М. Бехтерева и 120-летия основания им Психоневрологического научно-исследовательского института, который сейчас носит его имя (Психоневрология в современном мире, 2007).

⁶ После смерти В.Н. Мясищева проблемную комиссию «Медицинская психология» возглавлял М.М. Кабанов, а автор данного учебного пособия был многолетним членом этой комиссии, благодаря поддержке которой клиническая психология начиная с 1983 г. стала интенсивно развиваться и в Сибирском, и в Дальневосточном регионах нашей страны.



Значительный вклад в развитие клинической психологии, особенно клинической нейропсихологии, внес **Александр Романович Лурия (1902–1977)** как основатель отечественной нейропсихологии. После окончания специальных курсов дававших право поступления в вуз, он поступил в 1918 г. на факультет общественных наук Казанского университета, но после трех лет учебы перешел на медицинский факультет, который закончил в 1923 г. Опубликовал несколько статей, которые привлекли внимание К.Н. Корнилова, в то время директора Московского психологического института,

и по его приглашению переехал в Москву. В 1937 г. защитил докторскую диссертацию в Институте психологии в Тбилиси. В годы Великой Отечественной войны участвовал в организации тылового нейрохирургического госпиталя № 3120 в пос. Кисегач на Южном Урале, где занимался «разработкой методов диагностики локальных поражений мозга и осложнений, вызванных ранениями, а также поиском рациональных, научно обоснованных методов восстановления психических функций» (Цветкова Л.С., 2008. С. 113). С 1945 г. А.Р. Лурия становится профессором МГУ им. М.В. Ломоносова. Одним из ранних направлений научных интересов А.Р. Лурии были проблемы мозговых основ высших психических функций, проблемы механизмов и локализации их нарушений, исследование возможностей и путей восстановления психических процессов. Именно эти исследования и легли в основу созданной им новой области научного знания – нейропсихологии (Лурия А.Р., 1973). За исследования в области афазиологии ему была присуждена вторая докторская степень по медицине.

Он был блестящим лектором, чему автор был свидетелем, поскольку мне посчастливилось прослушать его лекции по общей психологии и нейропсихологии молодым аспирантом в 1968–1970 гг.



Заметный вклад в развитие клинической психологии внес и **Михаил Семенович Роговин (1921–1993)**. В 1956 г. он году защитил кандидатскую диссертацию по проблемам психологии понимания, а в 1968 г. – докторскую диссертацию по теме «Элементы общей и патологической психологии в построении психологической теории», которая легла в основу его монографии «Введение в психологию» (1969). Как ученого М.С. Роговина отличала широта научных интересов,

способность увидеть новые, перспективные направления психологических и психопатологических исследований, великолепное знание мировой психологии. Своими аналитическими публикациями, прежде всего в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», он не только ориентировал отечественных исследователей и практиков в мировых тенденциях развития психологии и клинической психологии, но и стимулировал новые направления исследований. Среди них: «Экзистенциализм и антропологическое течение в зарубежной психиатрии», «Сравнительная психология – этология – психиатрия», «Проблема экспрессии и ее место в психопатологии», «Фиксированные формы поведения и их значение для неврологической и психиатрической клиники» (совместно с Г.В. Залевским) и др.

Интерес М.С. Роговина к человеку как объекту психологии был велик. Он ратовал за психологию с «человеческим лицом», за то, чтобы абстрактные «психологические механизмы», «детерминирующие тенденции», «содержание сознания», «акты», «процессы» и т.п., взятые вне общего контекста личности и деятельности человека, не заслоняли собой конечную цель психологического исследования – «изучение самого человека, продукта и в то же время творца определенной исторической эпохи, человека с его радостями и страданиями, стремлениями, успехами и ошибками, живого

человека – единственного настоящего объекта психологии» (Роговин М.С., 1969. С. 5).

Не трудно заметить, уважаемый читатель, что эти мысли опередили на несколько десятилетий «гуманитаризацию» отечественной психологии, происходящую в последние годы.

Особое место в работах М.С. Роговина в последний период его научной деятельности занимал интерес к построению общепсихологической структурно-уровневой теории и возможности ее внедрения в клиничко-психологические исследования и практику (Ярославль, 1995).

Общепсихологическая теория уровневой структуры охватывает как собственно психические процессы, так и действия. Уже в первом психологическом трактате Аристотеля был сделан важнейший в теоретическом и прикладном отношении шаг от понимания психики как сложной целостности к стремлению анализировать ее как иерархическую уровневую структуру. Эта тенденция – иногда проявляясь открыто, но нередко и имплицитно – прослеживается на протяжении всей истории психологии (и, в частности, патопсихологии). Есть, однако, немало оснований считать, что только теперь указанная тенденция обретает адекватный понятийный аппарат и соответствующую ему терминологию.

В отечественной психологии наибольший вклад в структурно-уровневое понимание психики внес Н.А. Бернштейн, на основе данных о построении движений. В ряде вопросов эту теорию развивал А.Н. Леонтьев. Из зарубежных исследователей главную роль в развитии структурно-уровневой теории сыграл П. Жане, разработавший понятие «действие». В течение ряда лет нами и нашими учениками проведен ряд исследований в различных областях психологии, результаты которых были интерпретированы в понятиях и терминах этой теории, что позволило как расширить, так и уточнить ее исходные положения.

По-видимому, как считал М.С. Роговин, настало время подвести промежуточные итоги и сформулировать основные положения структурно-уровневой теории. Эти итоги, увы, увидели свет уже после смерти М.С. Роговина в сборнике «Познавательные процес-

сы и личность в норме и патологии», подготовленном его учениками и вышедшем в 1995 г. в Ярославле (С. 10–12):

1. О психическом (как о внутренних механизмах) мы судим на основании уровневой структуры действий (акциональных уровней). Уровень – это такая фиксируемая в психологическом исследовании взаимосвязь характеристик действий и определяющих их психических процессов (частная структура в общих структурах деятельности и личности), которая в сопоставлении с другими структурами действий, возможными в той же ситуации, позволяет судить об ее адекватности стоящей перед испытуемым цели.

2. Действия образуют определенную (и в то же время динамическую) иерархическую структуру, где высшим, направляющим и регулятивным является уровень цели.

3. По отношению к высшим акциональным уровням низшие выступают как средства их реализации.

4. Более высокие акциональные уровни есть, как правило, уровни, более интегрированные в личности.

5. Дифференциация высших акциональных уровней обычно выступает яснее, чем у относительно более низких уровней.

6. Высший уровень – это не просто уровень цели, но обязательно и адекватное отношение к нижележащим уровням.

7. Низшие уровни находятся на грани физиологии, а психологические уровни начинаются с объектной обусловленности.

8. Отношения между акциональными уровнями диалектичны: высшие могут манифестироваться низшими, а низшие – проявляться в высших. Высшие могут выступать как позитивные или негативные (как отрицание неадекватности всей структуры).

9. Число акциональных уровней (то есть число уровней, заключенных в интервале между высшим и низшим) – это не стабильная величина. Оно обусловлено конкретной ситуацией исследования (задачей, условиями, контингентом испытуемых и т.д.).

10. Переход с низшего акционального уровня на более высокий происходит в результате многих причин: более глубокого осознания задачи, ее нового, более полного понимания, тренировки и выработки навыка или интуитивного решения.

11. Переход с более высокого акционального уровня на низший может иметь место в результате усложнения задачи, распада сложившегося навыка или из-за психической патологии.

12. Такие факторы, как стресс или действия в условиях коммуникации, могут влиять на акциональные уровни, но для их определения необходимы в каждом отдельном случае конкретные исследования.

13. В формировании более высоких акциональных уровней знания играют большую роль, чем в формировании низших.

14. Констатация акциональных уровней предполагает некоторый оптимальный диапазон их общей флексибельности, поскольку фиксация одного из них может нарушать общую структуру.

15. Использование того или иного акционального уровня при достижении цели действия в значительной мере обусловлено степенью неопределенности стимуляции. Чем ниже акциональный уровень, тем выше его вариативность, а чем он выше, тем меньше его неопределенность. Переход с низших уровней на более высокие, таким образом, снимает неопределенность стимуляции, но неполное исчерпывание информации каждого уровня увеличивает риск ошибочного решения задачи.

Как приведенное определение уровней, так и перечень их характеристик ни в коем случае нельзя рассматривать как окончательные. С теоретической точки зрения самое понятие уровней нуждается в более строгой дефиниции. Это понятие по своему содержанию близко к понятиям «наблюдаемое» и «ненаблюдаемое», «промежуточные переменные», «гипотетические конструкции», «структурные конструкции» и т.п., которые, в значительной мере под влиянием направления логического позитивизма, уже не одно десятилетие активно обсуждаются в теоретических трудах по психологии.

Структурно-уровневая теория – это не догма, не замкнутая система тезисов. По мере развития прикладных, лабораторных и теоретических исследований она будет модифицироваться, приводиться в соответствие с новыми данными и новым пониманием фактов. Она легла в основу структурно-уровневого анализа и установления научных критериев и психологических механизмов патологии (Роговин М.С., 1981; Роговин М.С., Залевский Г.В., 1988 и др.).

3. МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ИСТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ

3.1. Обобщенные модели психических расстройств

В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции, которые обозначаются как уровень «рамочных моделей» и уровень «клинико-психологических моделей» (Bastine R., 1998. Р. 63).

Вообще понятия 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 соответствуют скорее всего «научным парадигмам» в смысле (Кун Т., 1975). Научная парадигма (гр. – модель, 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.

Различают три рамочные модели, парадигмы (исследовательские программы) – органическую, психосоциальную и «биопсихосоциальную». Возникли они как продукт процесса научного познания 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. Нередко эти модели называют «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.

3.2. Органическая, или биомедицинская, модель болезни

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 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), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного син-*

дрома Г. Селье (1972). Согласно адаптационной концепции болезнь есть некорректно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (лат. *malum* + *adaptum* – зло + приспособление – хроническая болезнь) – длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптация или как разновидность 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 исследовался.

«Невроз – это болезнь» – 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 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., 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 в разных случаях. 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 и общесоматические заболевания (расстройства обмена веществ, болезни печени и почек и др.) 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 органо-медицинской рамочной модели:

- психические расстройства понимаются как болезни, при которых психические нарушения – это симптомы, лежащие в основе телесных расстройств или нарушений;
- вызваны психические проблемы органическими дефектами;
- 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 ряде 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 должна институционально осуществляться в медицинских учреждениях.

Критика органической рамочной модели начинается с работ З. Фрейда, который хотя и был сильно привязан к органо-медицинским представлениям, приложил большие усилия для разработки понятия «психогенетическая обусловленность 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 различения 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» (Bleuler E., 1975. S. 59). В этом же плане высказывался и К. Ясперс. С начала 60-х гг. XX в. зазвучала критика этой модели со стороны психиатра и психоаналитика Т. Шаша (T. Szasz). Он считал медицинскую модель психических расстройств мифом. Похожие высказывания следуют и со стороны интеракционально ориентированных психиатров (И. Гофман, Р. Лэнг), поведенческо-когнитивных психотерапевтов (А. Бандура, Л. Ульман), они углублены с социологических позиций (Х. Койп и др.). Так, Койп формулирует существенные концептуальные слабости органо-медицинской модели в виде четырех аргументов (Keupp H., 1974):

Во-первых, 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.

Во-вторых, диагностика на основании органо-медицинской 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 «экетированием» (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».

В-третьих, 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 преобладают: «Всем жизненным трудностям приписываются химико-физические процессы, которые на данный момент открыты якобы медицинским исследованием» (Szasz T.S., 1972. P. 45).

В органической модели представлен двойной дуализм, который с психологической точки зрения уже давно непригоден. В различии между «симптомами» и «причинами» 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 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» (Х. Койп).

3.3. Психосоциальная рамочная модель

Критикуемая органическая парадигма психических расстройств была отвергнута 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» (Х. Койп),

чтобы через выработку ядерных гипотез модели и заострения стимулировали развитие альтернативных позиций.

Психосоциальная рамочная модель охватывает социологические и интеракционные подходы (например, этикетирование, антипсихиатрия), а также гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и т.п. позиции. Это выражается чаще всего в четырех основополагающих допущениях (А. Бандура, 1969 и др.).

1. *Континуумное допущение* постулирует, что между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует текущий (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 в случае привлечения особенностей носителя оценки, вызвавшей действие ситуации и контекста, а также других критериев они определяются как отклоняющиеся, нарушенные, проблематичные («больные») или нормальные («здоровые»).

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 обучения. 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 оказывается под влиянием окружающих его условий. С другой стороны, он сам формирует эти условия, свою среду. И психические расстройства также различным образом являются зависимыми от среды, особенно социальной. Так, социальная среда влияет на определение расстройства, его возникновение, течение и терапию. Предполагается, что психическая проблематика всегда определенным образом определяется соци-

альными 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 (например, психические, социальные, соматические), проявлять себя в разное время (например, как предрасполагающие, запускающие, удерживающие) и иметь разный относительный вес. При этом разные условия возникновения приводят к похожим расстройствам. В системной теории этот феномен обозначается как эквифинальность; он говорит о том, что в открытых системах различные начальные состояния могут привести 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, они отличаются 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 и психическим факторам;

3) 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;

4) методологическое (методически) основание достаточно широкое – от количественно-экспериментальных до качественно-герменевтических подходов;

5) 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, то она оказывается также под влиянием актуальных акцентов научных течений и моды. Если в 1970-е гг. в клинической психологии доминировали социально-научно ориентированные исследовательские программы, то с середины 1980-х гг. начали постепенно доминировать био-научно ориентированные исследования. В такой ситуации имеют место две опасности.

Первая опасность – в тенденции недопустимо генерализовать (обобщать) результаты с позиции модели, т.е. слишком быстро и без дальнейшей проверки с одной проблемной области, например с шизофренических расстройств, переносить на другие (даже 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.

3.4. 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 взаимоотношающихся отношениях и могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Г. Энгелем (G.L. Engel, 1979, 1980)⁷ на основе общей теории систем Л. Берталанфи (Bertalanffy L.,

⁷ Эти идеи были высказаны и во многом реализовывались уже в школе В.М. Бехтерева (Незванов Н.Г. и др., 2007).

1968). Модель исходит из того, что системы 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 реальности⁸, 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 мнению Берталанфи, на физические системы (атом и его части), органические (клетки, совокупность клеток, органы, системы, 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 подсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству подсистемы существуют 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 (питьевые 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 питием», но все еще остается социально леги-

⁸ Клод Бернар еще в конце XIX в. писал, что системы не существуют в реальности, они – в головах людей.

тимной 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 и поэтому все труднее поддаются контролю: человек пьет, чтобы стабилизировать таким образом свое состояние (избежать конфликтов и трудностей в семье, абстинентных состояний); одновременно количество алкоголя 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 (желудочных, сердечных, а также центральной и периферической нервной системы). Психическая стимуляция вначале проявляется в виде легкого преодоления трудностей, а затем – как избегание трудных семейных и профессиональных конфликтов и проблем. Социальное стимулирование – это вначале 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 R., 1998. P. 77).

Биопсихосоциальная рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма: здесь – органическая концепция, там – психосоциальная концепция психических расстройств. Она позволяет 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 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, которые непрерывно обуславливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели состоят в том, что она:

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

3.5. Биопсихосоциоэтическая модель

Сближение между клинической психологией и медициной (психиатрией) происходило и в связи с изменением представлений о модели психической болезни / расстройства – от органической до доминирующей на сегодняшний день биопсихосоциальной (Engel G.L., 1979, 1980; Незнанов Н.Г. и др., 2007), на смену которой с неизбежностью приходит биопсихосоциоэтическая модель (Залевский Г.В., 2005). В рамках этой модели любой феномен в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурно-уровневой организацией (психический – функциональный, психологический – душевный, психологический – духовный) в их интимном и специфическом отношении с физическим, соматическим. 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 кажется, приводить многочисленные примеры здорового духа в нездоровом теле и наоборот.

Ноэтический (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 (Франкл В., 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 биопсихосоционозетической их природе является еще довольно слабо разработанным, особенно в клинико-психологическом контексте (Залевский Г.В., 2005, 2006).

Как свидетельствует современная 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, А. Минделл, С. Гроф и др.) подходов духовный аспект находится 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; Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В., 2008; Straub R.O., 2001).

Эта тенденция, отмечаемая и сегодня, на мой взгляд, объясняется рядом обстоятельств исторического 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 (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?»).

Одни участники дискуссии высказались со всей определенностью, что духовность и родственные ей категории 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» (2007. 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» (2007. С. 69). Д.А. Леонтьев в этой связи ссылается «хотя бы на экзистенциальную философию и психологию... 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» (2007. С. 61).

Некоторые другие участники дискуссии (А. Лоргус, А.А. Гостев, В.И. Слободчиков) 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. 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» (2007. С. 61). «Зарождающийся новый портрет психологии в интерьере современности, – считает В.И. Слободчиков, – характеризуется тем, что “базовой категорией структуры 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» (2007. С. 92, 97).

А.А. Гостев справедливо отмечал, 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 настоятельно советуют “современным психологам воспользоваться теологическими описаниями предмета”, опираясь на “православно-христиански ориентированное психологическое знание” (ППЗ)» (2007. 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 определяет 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» (Гостев А.А., 2007. 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» (2007. С. 77). Участник дискуссии Г.В. Иванченко: «Зададимся вопросом вместе с Лоргусом: можно ли представить себе живого конкретного человека без религиозности? Можно ли рассматривать

человека, не имеющего религиозности совсем? Если это возможно с точки зрения психологии, то какова практическая ценность такой науки?. А почему и не представить нерелигиозного, но высокодуховного человека?» (2007. С. 53)⁹.

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» (2007. С. 59). Его также «настораживает центральное положение статьи 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?» (Там же).

Глубоко и индивидуально верующий В. 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» (2008. С. 334), мы должны иметь возможность помочь любому человеку вне зависимости от его конфессиональной принадлежности, веры или ее отсутствия, в противном случае мы не сможем

⁹ Я лично могу даже очень легко представить такого человека – это моя мама, Залевская Юзефа Михайловна, вырастившая в невероятно трудных условиях четырех детей: муж-инвалид, оккупация немцами городка на Украине, где мы тогда жили; она бесстрашно бросилась спасать свою дочь, мою сестру, которой в то время еще не было и 16 лет и которую уже загрузили в машину, чтобы увезти в Германию; послевоенный голод. Ее главное желание было, чтобы ее дети, еще трое парней – двое моих старших братьев и я – не стали «злодиями» (ворами) и «пьянычами» (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.

называться профессиональными психологами... помощь священника может быть тоже эффективной, но это будет другая форма работы, другая помощь» (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» (2008. С. 8–9)¹⁰.

Еще Л.С. Выготский 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: Морозов С.М., 2002. С. 19).

По мнению В.И. Кабина, «...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. Мида) восстанавливается в современной психологии» (Кабин В.Н., 2005. С. 27).

¹⁰ В. Франкл: «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» (2008. 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.

Соглашаясь с 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 ряд определений духовности.

Так, С. Крымский считает, что духовность – это принцип самостроительства человека, Л. Буюева, советский философ, определяет духовность как восхождение личности к своим идеалам, ценностям, а религиозный И. Ильин говорит почти то же самое: 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» (Цит. по: Пономаренко В.А., 2007. 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 институализированную организацию» (2007. 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 со-ответствия в человеке в экзистенциальной встрече его с универсумом. Можно полагать, что основные парадигмы современной и постнеоклассической психологии (феномениалистическая, гуманистическая, экзистенциальная, трансперсональная, холистическая психология) в той или иной степени охвачены «нозетическим ренессансом» (Кабрин В.И., 2005. 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» (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.Ш., 2007).

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» (1983. С. 151).

Сегодня на Руси правит бал бездуховность (жизнь не в цене) – это аксиома. С этой оценкой многие, наверное, согласятся. Одним из проявлений бездуховности, или духовного нездоровья, является, несомненно, фанатизм в разных сферах и формах, следствием которого являются терроризм и даже войны (Залевский Г.В., 2007, 2008).

Наверное, пришло время «...указать людям... и другие, нерелигиозные смыслы» (Ушакова Т.Н., 2007. С. 57). И в этом должна принять участие психологическая наука, потому что научному анализу уже доступен весьма широкий спектр синхронизаций:

ген – клетка – орган – организм – индивид – личность – социум – культура (Ясперс К., 1991). Надо все сделать, чтобы греческое название человека «антропос» – «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.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы предпосылки и условия возникновения и развития клинической психологии?
2. По линии каких традиций развивалась мировая клиническая психология (краткая характеристика)?
3. Каков вклад в развитие клинической психологии институциональной традиции?
4. Кто внес существенный вклад в развитие институциональной традиции?
5. Лайтнер Уитмер и его роль в развитии клинической психологии.
6. Каков вклад немецких ученых в развитие институциональной традиции?
7. Каков вклад в развитие клинической психологии психометрической традиции?
8. Кто из ученых внес существенный вклад в развитие психометрической традиции?
9. Каков вклад в развитие клинической психологии психодинамической традиции?
10. Зигмунд Фрейд и его вклад в развитие психодинамической традиции.
11. Кто, помимо Фрейда, внес вклад в развитие психодинамической традиции?
12. Какой вклад в развитие клинической психологии внесла психоинтервенционная традиция?
13. Какой вклад внесли французские ученые в развитие психоинтервенционной традиции?
14. Роль гуманистической психологии, психотерапии и родственных направлений в развитии психоинтервенционной традиции.
15. Каков вклад в развитие клинической психологии отечественных ученых?

16. Какова роль Московской психологической школы в развитии клинической психологии?

17. Какова роль Ленинградской / Санкт-Петербургской психологической школы в развитии клинической психологии?

18. Какова роль школы Роговина – Залевского в развитии клинической психологии в Сибири, на Урале и на Дальнем Востоке?

19. Обобщенные (рамочные) модели психических расстройств в истории развития клинической психологии: перечислите и дайте краткую характеристику.

20. В чем суть органической (биомедицинской) модели психических расстройств?

21. Чем отличается психосоциальная модель от органической и каковы внешние (социальные) причины ее возникновения?

22. Биопсихосоциальная модель психического расстройства: ее суть, причины возникновения и авторы.

23. Какие ограничения представлений о психических расстройствах снимает биопсихосоциоэтическая модель?

24. Каков вклад психогигиенической традиции в развитие клинической психологии?

ЛИТЕРАТУРА

- Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995.
- Бехтерев В.М.* Объективная психология. М. : ЛПА «Кафедра М», 1998.
- Бехтерев В.М., Владычко С.Д.* Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. СПб., 1911.
- Братусь Б.С.* Аномалии личности. М., 1989.
- Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Психодиагностический справочник. 1999.
- Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика. Теория, практика, обучение. СПб., 2003.
- Вассерман Л.И., Бочаров В.В., Вассерман Е.Л. и др.* Компьютерный психодиагностический инструментарий в практической работе медицинского психолога. СПб., 2002.
- Выготский Л.С.* Moral insanity // Собрание сочинений. М., 1983. Т. 5. С. 150–152.
- Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч. М., 1983. Т. 5. С. 257–321.
- Гостев А.А.* О проблемах становления религиозно ориентированного психологического знания // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 35–45.
- Гроф С.* За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М. : Соцветие, 1992.
- Гусякова Л.Г., Чудова С.Г.* (ред.) Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями. Барнаул, 1999.
- Гроф С.* За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М. : Соцветие, 1992.
- Залевский Г.В.* Проблемы диагностической психологии в трудах Л.С. Выготского // Психологические исследования процесса диагностики. Ярославль, 1981. С. 60–71.
- Залевский Г.В.* К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 10. С. 53–56.
- Залевский Г.В.* Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 3. С. 32–36.
- Залевский Г.В.* Психология здоровья – проблемы образования и культуры : материалы Всерос. конф. (Томск, 5–7 октября 2005 г.) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 153–157.
- Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, в норме и патологии). Москва ; Томск, 2004.
- Залевский Г.В.* Основы современной бихевиорально-когнитивной психотерапии. Томск : Томский государственный университет, 2002, 2006.

Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию : электронный ресурс. Томск : ИДО ТГУ, 2006.

Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007.

Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы психологии // Журавлев А.Л., Юревич А.В. Теория и методология психологии. М. : ИП РАН, 2007. С. 195–222.

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.

Залевский Г.В. Методологические и исторические аспекты клинической психологии // Избранные вопросы клинической психологии. Т. 2: Исторические и онтогенетические аспекты клинической психологии. Владивосток : Медицина ДВ, 2008. С. 7–62.

Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоционоэтической» модели психических расстройств // Сибирский психологический журнал. 2009. № 32. С. 57–65.

Залевский Г.В. Антропологическая психология: биопсихосоционоэтическая модель развития личности и ее здоровья // Психологический журнал. 2009. № 33. С. 99–104.

Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. Томск : ТМЛ-Пресс, 2010.

Залевский Г.В., Суховершин А.В. В доме-музее З. Фрейда (Вена, Австрия) // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 11. С. 138–139.

Залевский Г.В., Залевский В.Г. Психология и психологи на пороге XXI века // Сибирский психологический журнал. 2000. Вып. 13. С. 8–13.

Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. К вопросу о модели вузовского координационного Центра «Культура здоровья студенческой молодежи» // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 352. С. 177–179.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986, 1999.

Иванченко 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.

Кабанов М.М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 1974. С. 26–40.

Кабрин В.И. Коммуникативный мир и транскомуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования. М. : Смысл, 2005.

Каганов В.М. Мировоззрение Сеченова. М., 1948.

Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. С. 401–402.

Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб., 2002.

Карпенко Л.А. Психогигиена // Большая психологическая энциклопедия / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М., 1998.

Кондратьев В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 65–73.

Крепелин Э. Учебник психиатрии. СПб., 1910.

Кречмер Э. Медицинская психология. СПб. : Союз, 1998.

Кузьмина Ю.В. Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоциоэтической модели беременности // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 113–115.

Кузьмина Ю.В. Самооценка уровня здоровья и образа жизни студентов во взаимосвязи с биосоциальными факторами и личностными ресурсами : дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2011.

Кун Т. Структура научных революций. М. : Прогресс, 1975.

Лазурский А.Ф. Классификация личностей. СПб., 1923.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.

Леонтьев Д.А. Кесарю – кесарево // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 58–63.

Леонтьев Д.А. Упрямство духа. Предисловие // Франкл В. Сказать жизни «Да». М. : Смысл, 2008. С. 5–10.

Лорус А.В. Психология – с религией или без нее? // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 58–64.

Луков В.А. Кречмер и его «Медицинская психология» // Кречмер Э. Медицинская психология. СПб. : Союз, 1998. С. 448–456.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Морозов С.М. Предмет исследования и единицы анализа в психологической системе Л.С. Выготского : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.

Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине // Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974. С. 5–25.

Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М. Бехтерева: От психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб., 2007.

Перре М., Бауман У. (ред.) Клиническая психология. 2-е изд. СПб. ; М., 2002.

Петровский А.В., Ярошевский М.Г. (ред.) Большая психологическая энциклопедия. М. : Педагогика, 1998.

Поляков Ю.Ф. Новая специальность – клиническая психология // Сибирский психологический журнал. 1999. Вып. 10. С. 51–53.

Пономаренко В.А. С верой в науки о человеке // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 64–74.

Превю Клод-М. Клиническая психология. М., 2005.

Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология – с религией или без нее? 2007. Т. 4, № 2. С. 56–97.

Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология и религия – дискуссия продолжается. 2007. Т. 4, № 4. С. 3–123.

Психоневрология в современном мире : Юбилейная научная сессия : материалы 14–18 мая 2007 г. СПб, 2007.

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.

Роговин М.С. Введение в психологию М., 1969.

Роговин М.С. Научные критерии психической патологии. Ярославль : ЯрГУ, 1981.

Роговин М.С. Основные положения общепсихологической структурно-уровневой теории // Познавательные процессы и личность в норме и патологии. Ярославль, 1995. С. 10–12.

Роговин М.С., Соловьев А.В., Урванцев Л.П. Уровневая структура действия // Психологические проблемы рационализации деятельности. Ярославль, 1978. С. 10–21.

Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, 1988.

Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М., 2002.

Розин В.М. Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 74–89.

Розин В.М. Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 113–120.

Сагстад П. История психологии. От истоков до наших дней. Самара, 2007.

Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Дж. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. 5-е изд. Санкт-Петербург, 2007.

Селье Г. Стресс без дистресса. СПб., 1994.

Сироткина И.Е. Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века. Режим доступа: [http://vopsy.ru/journal.all issues 1995, htm](http://vopsy.ru/journal.all%20issues%201995.htm), 14.02.2004.

Слободчиков В.И. Христианская психология в системе психологического знания // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 2. С. 90–97.

Степанов С.С. Психология в лицах. М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. 384 с.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Урванцев Л.П. Психология в соматической медицине. Ярославль : ЯрГУ, 1998.

Ушакова Т.Н. От редколлегии // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 5.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 1990.

Франкл В. Сказать жизни «Да». М. : Смысл, 2008.

Фрейд З. Рождение психоанализа. Париж : ПУФ, 1956.

Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1998.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1977.

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. : ИП РАН, 2003. С. 80–92.

Чико де Т. Найти Я в психологии, духовности и религии // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007. Т. 4, № 4. С. 46–52.

Цветкова Л.С. Лурия Александр Романович // Энциклопедия Московского университета. Факультет психологии. Биографический справочник. М. : МГУ, 2006. С. 112–115.

Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии. СПб., 1998.

Эволюция психотерапии : в 4 т. / сост. Л. Кроль. М. : Класс, 1998.

Юнг К.Г. Синхронистичность. М. : Киев, 1997.

Ясперс К. Смысл и назначение истории. М., 1991.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Barraud H.-J. Freud et Janet. Paris: Bibliotheque de Psychologie clinique. Paris, 1972.

Bastine R. Klinische Psychologie. Bd. 1, 3. Auflage. Stuttgart ; Berlin ; Koeln, 1998.

Bertalanffil L. General systems theory: foundations, development, applications. N.Y. : Braziller, 1968.

Binet A., Simon T. Le development del intelligence chez les enfants // L Anne psychol. 1905. P. 1–94.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 1975.

Boring E.G. A history of experimental psychology. N.Y., 1950.

Cattell McKeen. Progress of psychology // Popular Science Monthly. 1893. № 43.

Engel G.L. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells. Eine Herausforderung der Biomedizin // Keupp H. Normalität und Abweichung. Muenchen, 1979. S. 63–85.

Engel G.L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535–544.

Eysenck H.-Y. Handbook of Abnormal Psychology. London, 1968.

Freud S. Gesammelte Werke: 18 Bände (2.Aufl.) Frankfurt/Main : Fischer, 1964.

Freud S. Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt, 1973.

Healy W. The child guidance clinic: birth and growth of an idea // Orthopsychiatry, 1923–1948. N.Y., 1948. P. 14–49.

Hellpach W. Klinische Psychologie. Stuttgart, 1946.

James W. Principles of psychology. London, 1890.

Janet P. La medicine psychologie. Paris, 1923.

Keupp H. Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: «Medizinisches Modell» und mögliche Alternativen // Kranker C. (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie. Muenchen, 1974.

Kraepelin E. Der psychologische Versuche in der Psychiatrie // Psychol. Arbeiten. 1895. Bd. 1. S. 1–91.

- Kraepelin E.* Psychologische Arbeiten. Leipzig, 1896.
- Kretschmer E.* Krobau und Charakter. Berlin ; New York, (1921, 1977) 1989.
- Kretschmer E.* Medizinische Psychologie. Goettingen, (1922) 1975.
- Kretz H.* (Hrsg.) Lebendige Psychohygiene München. Eberhard, 2002.
- Meng H.* Zur Psychohygiene (Sonderdruck aus Medizinische Klinik, Jg. 50, H. 3). Mchn. / Bln., Urban & Schwarzenberg 1955. 10 S. (Sign. 170/272).
- Mierke K.* Psychohygiene im Alltag. Bern ; Stuttgart, 1967.
- Muensterberg H.* Psychotherapy. N.Y., 1909.
- Pongratz J.L.* Problemgeschichte der Psychologie. Bern ; Muenchen, 1967.
- Pongratz J.L.* Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Gottingen, 1975.
- Pongratz J.L.* Klinische Psychologie. Bd. 8, hbbd. 1. Gottingen : Hogrefe, 1977.
- Reynolds Mc., Lightner W.* Little-known founder of clinical psychology // American Psychologist. 1987. № 42. P. 849–858.
- Rogers K.* Client-centered therapy. Boston ; Houghton, 1951.
- Straub R.O.* Health Psychology. N.Y., 2001.
- Szasz T.S.* Der Mythos von der psychischen Krankheit // H. Keupp (Hrsg.) Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Muenchen, 1972. S. 44–56.
- Schomburg E.* Psychohygiene und Sonderschule // Ehrhardt H.E. (Hrsg.). Aggressivität, Dissozialität, Psychohygiene. Bern ; Stuttgart ; Wien, 1975.
- Watson R.* Brief history of clinical psychology. N.Y., 1953.
- Witmer L.* Clinical Psychology // The psychological clinic. Vol. 1, № 1. March 15. 1907. P. 1–9.
- Yates A.J.* Behavior Therapy. N.Y., 1970.
- Yung C.* Contribution to analytical psychology. N.Y., 1928.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Традиции в истории развития клинической психологии	7
1.1. Институциональная традиция	7
1.2. Психометрическая традиция	16
1.3. Психодинамическая традиция	28
1.4. Психоинтервенционная традиция	50
1.5. Психогигиеническая традиция	64
2. Вклад отечественных ученых в развитие клинической психологии	72
3. Модели психических расстройств в истории клинической психологии и психопатологии	85
3.1. Обобщенные модели психических расстройств	85
3.2. Органическая, или биомедицинская, модель болезни	86
3.3. Психосоциальная рамочная модель	90
3.4. Биопсихосоциальная рамочная модель	93
3.5. Биопсихосоционоэтическая модель	96
Контрольные вопросы	105
Литература	107

Учебное издание

Генрих Владиславович Залевский

**ИСТОРИЯ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Учебное пособие

Редактор А.Н. Миронова
Оригинал-макет А.И. Лелоюр
Дизайн обложки А.В. Бабенко

Подписано к печати 27.12.2012 г. Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 6,7.
Тираж 150 экз. Заказ № 306.

Отпечатано на оборудовании
редакционно-издательского отдела
Томского государственного университета
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Корп. 4. Оф. 011
Тел. 8+(382-2)–52-98-49

ISBN 978-5-9462-1393-6

