ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ ·НЕОФИТ РИЛСКИ·
УЛ. ИВАН МИХАЙЛОВ 66
2700 БЛАГОЕВГРАД
SOUTH-WEST UNIVERSITY ·NEOFIT RILSKI·
66 "IVAN MIHAILOV" STR.
2700 BLAGOEVGRAD

Theoretical article

БИОПСИХОСОЦИОНОЕТИКАТА ПО СВЕТА И У НАС – ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПАРАДИГМА, СТАР ПОДХОД ИЛИ НОВА ПЕРСПЕКТИВА?

BIOPSYCHOSOCIONOETIC AROUND THE WORLD AND HERE – PSYCHOTHERAPEUTIC PARADIGM, AN OLD APPROACH OR NEW PERSPECTIVE?

Kiril Zarlevski, student*
***Department of Psychology, SWU "Neofit Rilski", Blagoevgrad, Bulgaria.**
Email: zrlevskikiril@gmail.com

Резюме
Целта на студията е да се популяризира необходимостта от затвърждаване на теоретичната структура и стойност на биопсихосоционоетиката сред българските учени – специалисти по психично здраве и прилагането й в съвременното им разбиране за човека. В студията са анализирани еволюционните и революционните моменти в историята на психологията, психотерапията, клиничната психология и психиатрията, довели до създаването на биопсихосоционоетиката. Направен е теоретичен анализ на фундаменталните парадигми, върху които почива и се основава тя. Проследява се развитието на идеите и обяснителните модели за човека, идеите за неговото психично развитие и функциониране. Представен е пътят на интеграция на тези модели и възникването на еклектичните направления в психотерапията и психиатрията. Направен е преглед на основните предшестващи влияния, довели до научното обосноваване на биопсихосоционоетиката и се търсят отговори на множество въпроси относно възникването й, същността, развитието и съвременното й състояние и статус.
Ключови думи: Биопсихосоционоетика, парадигма, психотерапия, обяснителен модел, Дж. Енгел

Abstract
The purpose of the study is to popularize the need of consolidating the theoretical structure and value of biopsychosocionoethics among Bulgarian scientists - mental health professionals and its application in their contemporary understanding of the human being. The article analyses the evolutionary and revolutionary moments in the history of psychology, psychotherapy, clinical psychology and psychiatry that led to the creation of biopsychosocionoethics. A theoretical analysis is made of the fundamental paradigms on which it rests and is based. The development of ideas and explanatory models about human being, ideas about his mental development and functioning is traced. The path of integration of these models and the emergence of eclectic trends in psychotherapy and psychiatry are presented. An overview of the main antecedent influences that led to the scientific substantiation of biopsychosocioethics is made and answers to numerous questions regarding its origin, essence, development and its current state and status are sought.
Key words: *Biopsychosocionoethics, paradigm, psychotherapy, explanatory model, George Engel*

1. Увод

В предишна наша студия (Zarlevski, K., 2022) обсъждайки новите перспективи и съвременни тенденции пред които е изправена клиничната психология и психологията като

наука (вж. т. 4. “Модерната клинична психология. Съвременни тенденции и постижения в XXI век.”), много внимателно, но твърде недостатъчно, се докоснахме до въпроса за моделите за описание на личността в клиничната практика през XXI век. Настоящата студия може да се смята за продължение и разширение на този важен въпрос.

Проф. д-р С. Стоянова прави съществено заключение “че в науката – и особено в хуманитарните и обществените науки – няма неоспорвани истини” (Stoynova, S., 2007, p. 5). Считаме, че тази позиция ще бъде най-подходяща за достойно въведение в същността на разглежданата проблематика. Акцентът, който се поставя при анализ на развитието на теориите, концепциите, моделите, подходите и направленията е **истинността им.** Тя е била и все още е обект на ожесточени научни дебати и критики. На по-дълбоко философско ниво обаче, проблема за истинността на теоретичните концепции лежи в основата на адекватността им спрямо “нещо” различно от нашите изменчиви “ментални състояния” (или състояния на съзнанието) (Elchinov, D., 2016).

Също така това развитие се основава и на идеята, че приписването на истинността на твърденията, които приемаме и които до голяма степен определят по-нататъшното ни поведение е относително истинно, тъй като привързвайки се към определена теория и/или подход и яростно защитавайки го, ние вече сме вложили **доза субективизъм**, и отчасти сме отхвърлили някоя друга теория или друг подход, на базата на което излагаме нашите аргументи “срещу” тях. Въпросът който възниква е, дали съществува единна теория, която да е събирателен “чадър” при обяснението на човека, човешката психика и нейното функциониране, както и поведението му в различни ситуации? *Биопсихосоционоетиката последната ли спирка е в стремежа на учените да обяснят сложната човешка природа?*

2. Същност на парадигмите и теориите

Проф. д-р Иванка Асенова дава идеален пример за това как реалният живот и медицинската практика ни показват, че човек не бива да се разглежда като абстрактна съвкупност от строго фиксирани биологични и социално-психологични свойства, тъй като наред с определени общи и устойчиви прояви, характерни за всички хора, всеки човек претижава голямо разнообразие от индивидуални особености и реакции, присъщи само на него (Asenova, I., 2018).

Тя дава пример от медицинската практика за честото съвпадение между патология и болест, както и норма и здраве, но и изключенията от това: например, при човек в алкохолно или наркотично опиянение, а също и в състояние на транс (напр. религиозен – при шаманите), се наблюдават признаци на патология на почти всички психични функции, без обаче човекът да е болен. В тези случаи, това “особено” състояние на съзнанието не се разглежда като психопатологичен синдром. Обратното, при човек без признаци на патология на психичните функции могат да се наблюдават груби поведенчески нарушения, водещи до социална дезадаптация (напр. аморални постъпки, жестокост, емоционална тъпота, асоциални нагласи и др.) (пак там).

Заключението, до което стига проф. д-р И. Асенова е, че особено важно при разглеждането на човека в рамките на дихотомията “здраве-болест” винаги трябва да се отчита проблема за индивидуалността в трите й основни измерения – биологично, психологично и социално, и в основните й фоми на проява, намиращи се в диалектично единство – вродени и придобити, устойчиви и променящи се свойства (пак там, p. 9).

Доц. д.пс.н. С. Мавродиев, посочва, че психологическата мисъл, като част от познанието за човека се оформя още в древността (Mavrodiev, S., 2015). Психологичното познание, казва той,

е толкова древно, колкото и самият човек. Той разглежда логиката на развитието на човешкото познание като такава, че всяко ново поколение използва създаденото преди него за фундамент, от който тръгва напред. Така, стъпка по стъпка се осъществява напредъкът на научната мисъл. Той ясно и конкретно призовава за осъзнаване на факта, че идеите, теориите и постиженията на съвременната психология са базирани на делото, мисълта и постиженията на философите и учените, живели и творили преди нас (пак там).

Човешкото развитие само по себе си представлява област на изследване, посветена на разбирането на постоянството и промяната през жизнения цикъл (Bark, L. E., 2012). **Теорията** е набор от допускания, който ни помага да организираме сложното множество от резултати и насочва учения къде да търси нови факти (Siyman, D. D., Kenrik, D. T., 2002). Някои теории са тесни по обхват и обясняват само конкретни явления, например зрителните илюзии или взаимоотношението между горещината и агресията. Други са по-широки и се опитват да обяснят как си взаимодействат различните психични процеси, свързвайки такива разнообразни явления като социалните взаимоотношения на възрастния, преживяванията при учене през ранното детство и протичащите в момента мисловни процеси (пак там).

Теоретичната психология има по-сложна структура, отколкото приложната (Mavrodiev, S., 2019). Тя обхваща голям брой отделни психологически науки, които се намират в твърде тесни връзки, взаимодействат си и се допълват (пак там). Затова, като **основен предмет** на нашата дискусия избрахме тази сложност на теоретичните обяснителни модели за човешкото развитие и личността, конструирани през вековете и развили се до етап, в който днес имат много по-различен вид – обединени в една или няколко фундаментални теории. Обединяването на група психолози с идейно свързани теоретични концепции формира "психологическа школа" и тези учени имат близки възгледи за същността на психичното и за психологията (Mavrodiev, S., 2015).

С термина **парадигма** (от гр. παράδειγμα (paradeigma), което означава „модел" или „пример" или от παραδείκνυμι (paradeiknumi), означаващо „демонстрирам, показвам, излагам") се означава общоприет модел, образец и конструкт, който в определено време определя основните насоки на интерпретиране и изследване на научни факти. Като пример за парадигма доц. д.пс.н. С. Мавродиев посочва физиката – в течение на около триста години тя се свързва с идеите на Галилей и Нютон. Но парадигмата се променя с теорията на Айнщайн (пак там). Различават се няколко рамкови парадигми, които ще ги разгледаме в студията, и те са: **ненаучна (догматична), органична (биомедицинска), психосоциална, биопсихосоциална** и **биопсихосоционоетична** (Zalevskiy, G. V., 2009). Когато една наука е разделена на различни школи, направления, идеи, може да се каже, че тя се намира в **допарадигматичен етап.** Смяната на една парадигма с друга може да се нарече **"научна революция".** Психологията, заключава доц. д.пс.н. С. Мавродиев, още не е достигнала парадигматичен стадий (Mavrodiev, S., 2019). Впрочем това е и **основната задача** на нашата дискусия, а именно да отговорим на въпроса: "Как се стигна до биопсихосоционоетиката в психотерапията и дали това е научна революция, която ще промени из основи епистемологическите и гносеологическите познания за човека?".

3. Видове парадигми. Еволюция и революция на предшестващите влияния, довели до появата на биопсихосоционоетиката

3.1. Догматична (ненаучна) парадигма

Според Херман Ебингхаус (1850 - 1909) психологията има много дълго минало, но кратка история (Mavrodiev, S., 2019, p. 17). Много преди психологията да придобие статута на автономна и независима наука, посочва автора, са били създавани знания за психичното, които са

съществували в рамките на митологията, теологията, медицината, и най-вече във философията. От хилядолетия хората са наблюдавали и изучавали природните явления и самите себе си, тълкували са сънищата, обучавали са децата, лекували са душата и тялото (пак там). Доц. д.пс.н. С. Мавродиев се позовава на откритията на антрополога сър Джеймс Фрейзър, които открития сочат, че в най-ранната човешка история е имало група индивиди (под формата на древни общества), които са се откроявали по своята дейност (специализация) от останалите – това са **магьосници, шамани** и др (пак там).

Появява се **анимизмът** (от лат. anima – душа, което произхожда от древногръцката ἄνεμος – вятър, дихание, дух). Това е акт на приписването на човешки характеристики на неодушевени предмети или на растения и животни, които в действителност не притежават такива качества. Например камъкът или дървото имат душа, и чувстват, и мислят като човек. Тези души имат особени сили – влияят върху резултатите от лова, плодородието (пак там).

Започнала да се развива и представата за жизнената сила, която можела да приема форма на дъх, пушек, облак, сянка, образ или видение. Първобитните племена от преди около 15 – 30. 000 години я наричали **психея.** Загубата на психея означавало прекратяване на земния живот. Една от най-разпростарнените нейни форми било дишането (дъхът) (пак там).

Няколко хилядолетия преди новата ера на изток се създали велики цивилизации – Египетска, Китайска, Индийска и др. В тях се зародили идеите, детерминиращи научното познание. Макар да са били свързани с религията, мнозинството от тях преминали към рационално обсъждане на основните въпроси на човешкото съществуване и неговото отношение към света (Mavrodiev, S., 2019). Древногръцката философска мисъл също така се отличава със своите догматични и парадигматични обяснителни модели за психичното (пак там).

3.1.1. Древногръцката философска парадигма

Аристотел написва първият систематичен трактат върху психологията "За душата". Разбирането е, че душата и тялото са неразделни. Те могат да се делят само в мисълта с цел да се анализират техните отношения. Първ от античните мислители отделя психолого-гносеологическите проблеми като обект за специално разглеждане (Mavrodiev, S., 2019).

Сокарт обсъждал проблеми от теорията на познанието и поставял акцент върху истинността на познанието. Неговия анализ е свързан с принципа на **детерминизма** – закономерна, необходима и причинна връзка между явленията. Идеята, че **мозъкът е орган на душата** принадлежи на старогръцкия лекар Алкмеон. Школата на Хипократ се състои в учението за **темпераментите.** Хипократ смятал, че мозъкът е голяма жлеза. Гален пък въвежда като главен обяснителен принцип при анализа на нервно-психическата дейност категорията **пневма.** Това е изключително тънко вещество, подобно на нагрят въздух, което се движи по кръвоносните съдове, но се различава от кръвта и изпълнява функциите на носител на психичните актове. Така учението за пневмата е станало **фундаментална догматична концепция за обяснение на психичната дейност през средновековието и просвещението** (Mavrodiev, S., 2019).

3.1.2. Ренесансата или "тъмните векове". Християнски догматизъм.

До началото на Ренесанса, около 12-13 века идавт т.нар. "векове на тъмнина", и може би с основание, пише доц. д.пс.н. С. Мавродиев, тъй като естественото-научно изучаване на човека и природата е спряно от религиозните догми и от феодализма. С възникването на Християнството, натуралистичните възгледи на Аристотел за единство между душа и тяло отстъпват място на **свръхестествените идеи.** Душата не се разглеждала вече като аспект на функционирането на тялото, а започва да се разглежда като отделна цялост – дух, който е независим от законите на природата, ръководещи физическото тяло. След като се запознава с трудовете на Аристотел,

Тома Аквински се опитва да обобщи идеите му, в рамките на **християнската догматика.** Той приема, че християнската душа е нематериална. По този начин издига дуалистичното гледище за разума и тялото. През ренесансът науката е в подем. Публикуват се "За строежа на тялото" на Андреас Везалии и труда на Коперник "За въртенето на небесните тела". Това бил преврат не само в науката, но и в мирогледа (Mavrodiev, S., 2019).

3.2. Научни парадигми. Научна революция.

3.2.1. Емпиризъм, позитивизъм, материализъм, дуализъм.

17-ти век става свидетел на разгръщането на **научната революция** (Mavrodiev, S., 2019). Господсваща научна доктрина в този период става **емпиризма** – това е идеята, че знанието се придобива чрез опита и експеримента. Появява се **позитивизмът,** според който действителни са само тези явления и факти, които се поддават на наблюдение. Възниква и друго философско учение – **материализъм,** което приема, че събития във вселената могат да бъдат обяснени във физически термини, като различни проявления на материята и нейните свойства.

Рене Декарт пък издига тезата, че материята и мисълта фигурират като две самостоятелни субстанции, обединени от третата – божеството. Това е т.нар. Картезианство или **Декартов дуализъм.** Развивали са се концепции за "чистата дъска – tabula rasa" и несъзнателното. Физиологията напредвала със своите експерименти върху рефлекторното поведение, мозъка и нервната система. Всички тези мислители, философи, лекари и т.н. със своите идеи проправили пътя на новата наука – психология (пак там).

3.2.2. Научното знание и допарадигматичния етап на психологията, психотерапията и психиатрията – а сега на къде? Школи, направления, подходи.

Според Т. Кун, който въвежда понятието "парадигма" в наукознанието, научното познание се развива в резултат на натрупването на знания, а движението на научното познание се осъществява посредством смяната на парадигмите (Mavrodiev, S., 2019). Под **парадигма** се разбира общоприето постижение на мисълта, което за известно време дава моделни проблеми и решения за изследователите в дадена наука (Dinev, 1993, пак там).

В науката понятието модел или парадигма (също: научна парадигма) означава предпоставка, върху която се изгражда теория и/или изследователски метод (Zalevskiy, G. V., 2009). За теорията и практиката на клиничната психология например значението на широките (метатеоретични) моделни концепции може да се разкрие в концепциите за (психично) разстройство. Рамковите модели са такива изследователски програми, които демонстрират фундаментални и всеобхватни различия и съответстват, преди всичко, на идеята за "научна парадигма" на Т. Кун (пак там).

3.2.3. Школите и парадигмите в психологията

След 1879 год., когато в Германия Вилхем Вунд (психофизически паралелист и атомист) открива първата експериментална психологическа лаборатория в град Лайпциг, новата академична наука психология придобива по-различен вид. Обосновават се предмета, задачите и методите й. Започват да се създават различните психологически школи.

Първата школа в психологията се нарича **структурализъм.** Развива се в Корнейлския университет, основно от Едуард Титчнър. Според него предмет на психологията се явява изучаването на съзнателния опит. Друга програма в психологията, развила се през втората половина на XIX век е **функционализмът.** Школата се развива от труда на Улиям Джеймс, който се смята за "баща" на тази школа, Чарлс Дарвин, Франсис Галтън, Франц Брентано и зоопсихолозите. Въпросът, на който иска да отговори функционалната психология е: не от какви

елементи и структури е направена психиката, а за какво служи, каква роля изпълнява. Създава се теорията за "поток на съзнанието" (Mavrodiev, S., 2019).

Бурно започва да се развива приложната психология. През 1913 год. на психологическата сцена възниква ново движение – нова школа, наречена **бихейвиоризъм.** За "баща" на класическия бихейвиоризъм се смята Джон Уотсън. Той издига идеята, че психологията трябва да се занимава само с наблюдаемото поведение (Mavrodiev, S., 2015). Този нов подход начертава перспективата, свързана с разкриване на факторите на взаимодействие на цялостния организъм със средата и причините, от които зависи динамиката на това взаимодействие (Mavrodiev, S., 2019). Според **класическия бихейвиоризъм** наблюдаемото поведение се описва с термините "стимул" и "реакция". Отхвърлят се всички менталистки понятия като "представа", "усещане", "съзнание", "ум" и са били считани за недоказуеми. Механистичните възгледи на Декарт сякаш се повтарят през първите десетилетия на XX век, именно в бихейвиористичната парадигма (Mavrodiev, S., 2015). Но тази парадигма не издържа на "духът на времето" (Zeitgeist), тъй като започва да господства идеята, че между стимула и реакцията има пространство, което се заема от психичното, от съзнанието (пак там).

На историческата сцена на психологията, както пише С. Мавродиев, идва **необихейвиоризмът.** Видните негови представители са: Хъл, Едуард Толмън, Торндайк и Б. Скинър. Всички те в период от 30 години (от 1930 – 1960 год.) са успели да "реабилитират" съзнанието и психиката, като основен предмет на психологията. Разширява се формулата "S - R" (стимул-реакция) с междинната променлива "O" (организъм, т.е. това, което става в организма) (Mavrodiev, S., 2015) и формулата "S-O-R" заема централна позиция в обяснителните модели през този период. През 50^{те} и 60^{те} години на 20-ти век обаче се разгръща и третото продължение на бихейвиоризма, наречено **когнитивен бихейвиоризъм** или **социобихейвиоризъм.** Негови представители са Алберт Бандура, който създава теория за социалното научаване и когнитивния бихейвиоризъм на Джулиън Ротър, създал теорията за локуса на контрола (Mavrodiev, S., 2019).

През 1912 г., в период на нови открития във физиката, възниква ново направление наречено **гещалтпсихология.** Представителите на тази школа (Макс Вертхаймер, Курт Кофка и Волфганк Кьолер) заявили, че когато сензорните елементи се обединяват, те образуват нова структура. Възприятието е нещо повече, отколкото виждат нашите очи – това е основната идея на новата парадигма. Курт Левин пък създава теорията за груповата динамика и за разлика от своите колеги-гещалтпсихолози, съсредоточава вниманието си не върху изследването на когнитивните процеси, а върху изучаването на личността (Mavrodiev, S., 2015).

Една от най-популярните школи е **психоанализата,** която възниква през 1895 год., и представлява не само теория за безсъзнателната психика и изтласканото безсъзнателно, но и теория за личността, терапевтичен метод за интервенция в безсъзнателната психика с цел осъзнаване на изтласкан материал (Mavrodiev, S., 2019). Тя е учение за защитните механизми на Аз (пак там). От ортодоксалната фройдистка психоанализа се развиват и **Юнгианската аналитична психология**, с основен представител Карл Густав Юнг и **Адлерианската индивидуална психология,** с основен лидер Алфред Адлер. Създава се и т.нар. **социологична психоанализа** или **радикално-хуманистична психоанализа,** с видния представител Ерих Фром, който поставя силен акцент върху обществената обусловеност ва човешката психика.

Творят и жените. Сабина Шпирлайн е една от първите жени в историята на психологията и психоанализата, които имат най-големи приноси в **анализа на деструктивността** (Mavrodiev, S., 2015). В своя труд "Разрушението като причина за изграждането" (1912), тя излага предположениаята, че:

- психиатри и психолози трябва да имат предвид биологията, когато се опитват да вникнат в това как работи човешкия ум;
- всички ние – сме разкъсани между волята да оцелеем като индивиди и стремежа за създаване на потомство. Това се проявява в нашите смесени чувства по отношение на нашите деца, нашите сексуални партньори, и по отношение на секса; много психични проблеми възникват от осъзнаването на това напрежение в живота ни;
- разбирането на психичните разстройства, и всеки подход към тяхното лечение, трябва да има предвид това напрежение, и отражението, което оказва върху индивида (пак там).

Хелене Дойч, редом с Карен Хорни, става виден представител на аналитичните изследвания по **теория на женскостта** и затова много често е "етикетирана" като специалист по "женска психология". Фрида Фром-Райхман въз основа на богатия си клиничен опит развива свое **дълбиннопсихоаналитично учение за психозите и терапията им.** По това време са създадени **биологичната (органичната, биомедицинската) парадигма** и концепцията за терапия на психозите, но Фрида Райхман сформира екип от психоаналитици, които да изследват болестта дълбинно, съсредоточавайки вниманието върху ранната социализация на личността, изследвайки нагонното и емоционално развитие. Според нея т.нар. "нормални" вероятно са само "другояче откачени", ето защо всяка високомерност на "нормалните" спрямо психично болните е погрешна (пак там).

Карен Хорни развива теориите за **базисната тревожност, невротичните потребности, идеализираният Аз-образ и самоотчуждението.** Лу Андреас-Саломе посвещава своята психоаналитична работа върху **нарцисизма, любовта, секса, аналната и генитална сексуалност и др.** Мари-Луиз фон Франц има свой психотерапевтичен модел, с който обучавала последователите си. Той гласел: "Работете много здраво върху собствения си психичен живот и се надявайте това да се синхронизира с клиентите Ви. По този начин всичко се държи отворено и живо и няма никакви предварително поставени правила" (пак там, p. 218).

Допарадигматичният "оттенък" на психологията не спира до тук. Появява се **генетичната епистемология** на Жан Пиаже, парадигма съчетаваща в себе си психологията, логиката, биологията и кибернетиката, и неговата теория за когнитивното (интелектуалното) развитие. **Когнитивното направление** започва да се развива в средата на 20-ти век. Към края на 60^{те} години на XX век развитието на психобиологията, лингвистиката, антропологията и изкуствения интелект, както и реакциите срещу бихейвиоризма сякаш създават интелектуален климат в западната научна общност, на терена на който се ражда т.нар**. когнитивна наука** (Mavrodiev, S., 2015). По същото време възниква и **хуманистичното движение** в психологията. Подчертава се ролята на съзнателния опит, свободната воля, спонтанността и творческите сили на индивида (Mavrodiev, S., 2019). Негови представители са Ейбрахам Маслоу, Карл Роджърс и Гордън Олпорт. Ключово понятие тук е самоактуализацията.

Позитивната психология е ново направление в съвременната психология. Създателят на позитивната психология е Мартин Селигман. Обръща се внимание на това кое е правилно, добро за хората, техните положителни атрибути, предимства и силни страни. Създава се и **културно-историческата теория** от страна на Лев Симеонович Виготски, според който възникването на човешкото общество и на самия човек е определено от коренното изменение на процеса на приспособяване към средата и е свързано с развитието на трудовата, оръдейна дейност. В неговата концепция за историческото развитие на психичното – поведението на съвременния културен възрастен човек е резултат от два различни процеса на развитието: биологическата

еволюция на животните и на историческото развитие на човечеството, в резултат на което първобитният, примитивен човек се е превърнал в съвременнен културен човек (Mavrodiev, S., 2019).

3.2.4. Интеграция в психотерапията. Еклектизъм.

Психотерапията е толкова стара, колкото и човечеството (Achkova, M., 1996). Историята на медицината свидетелства за това, че още в древността са съществували психотерапевтични ритуали, които са мобилизирали съчувствието към страдащия и надеждата за оздравяване. Във времето на магичните и демонологични вярвания в лечението са използвани съответните „етиопатогенетични" начини за облекчение и подпомагане чрез амулети, талисмани, култови предмети и обреди. Известни са и по-определени лечебни процедури, които са съчетавали вярата, надеждата и упованието на лекувания с авторитета и внушенията на шамана, в съчетание с физиотерапевтичните и билково-минерални методи (пак там).

В съчиненията на Платон (427 - 347 г. пр.н.е.), Хипократ (460 -377 г. пр.н.е.), Сенека (ок. 4. пр.н.е - 65 г. от н.е.), Саранус (98 - 138 г.). Гален (130 - 201 г.), Аурелии Касьодор (490 - 583 г.), Рази (864 - 925 г.), Авицена (980 - 1037 г.), Маимон (1135- 1204 г.) и много други, се предлагат множество рационални процедури за лечение, в основата на които лежи специализираната и неспециализираната психотерапия: пребиваване на болният на тишина и спокойствие, молитви или пък музикотерапия, разходки, игри, терапевтични занимания и др. Тракийският "благочовек-лечител" от IV век Залмоксис казва: „Душата се лекува с припявания и тези припявания са добрите речи" (Achkova, M., 1996).

В древността и по нашите земи, в храмовата медицина и в асклепионите, напр. в Пауталия (днешния Кюстендил), примитивната психотерапия и физиотерапия са били широко прилагани и използвани. В средновековна България някои религиозни ритуали при богомилите, като напр. груповата изповед или организацията на техните еклезии, са до голяма степен предшественици на някои съвременни интегрални групово-психотерапевтични форми на терапия в комуните и т. нар. терапевтични общества (пак там).

Днес, различните психотерапевтични школи също са показателни за разнообразната палитра от теоретични парадигми и модалности, които често влизат в полето на разгорещени дебати в научното пространство. Според нашите наблюдения и след направени дълбоки литературни анализи стигаме до един много интересен парадокс - парадоксът на противоположните конфликти, състоящ се в критицизмът на една школа към друга по отношение на техните теоретични и практико-приложни различия, от една страна, и от друга страна противоборстващите се сили, породени от тяхната интеграция.

Например, погледнато през призмата на техническия еклектизъм, който представлява способността да избираме най-доброто лечение, т.е. работеща психотерапевтична модалност за конкретния проблем, психоаналитиците могат да вярват, че интерпретациите, анализът на съпротивата и разрешаването на преноса са активните механизми на промяна, а бихейвиористите могат да преписват промяната на тренинг за умения, десенситизация и управление на условните връзки. Обратното, интегративните и еклектични терапевти са убедени, че както процесите на повишаване на съзнанието на психоанализита, така и процесите на създаване на действие на бихейвиоризма – плюс много други – са лечебните фактори в психотерапията (Bongar, B., Byutlar, L. E., 2002).

Това означава, че в научното пространство – и особено в хуманитарните и обществените науки – няма неоспорвани истини. За едно и също явление, може да има много различни наименования, тълкувания и научни обяснения. Не съществува психотерапевтичен подход, който

да не критикува някой друг (най-често противоположен по същността си такъв). Колкото и да се "приема" и "прилага" в рамките на един подход идеята, че "човек се разглежда от всички аспекти на съществуването си", най-вероятно е "неосъзната заблуда", която се оптива да разчупи идеалните представи за човека на някой друг "заблуден" подход. Ето това е сърцевината на нашето търсене, в което се стремим да постигнем надмодална и метатеоретична парадигмална идиосинкразия, която да хвърли повече светлина върху тези заблуди.

Съперничеството между теоретичните ориентации, както казват Марвин Р. Голфрид и Джон К. Норкрос (2002), има дълга и безславна история в психотерапията още от времето на Зигмунд Фройд (цит. по Bongar, B., Byutlar, L. E., 2002). В зората на областта терапевтичните системи – подобно на биещи се братя – се конкурират за вниманието и престрастието в една среда на "догмата изяжда догмата" (Larson, 1980, пак там). Клиницистите традиционно са действали от позициите на собствената си теоретична рамка често до степен на слепване с алтернативните концептуализации и потенциално по-добрите интервенции (Golfrid, 1980, пак там). Теоретичният субстрат на всяка система претърпява интензивна преоценка, след като психолозите започнат да признават неадекватността на някоя система и потенциалната стойност на други (Norkros, 1986, пак там).

Интеграцията на психотерапията, както пишат авторите, се характеризира с неудовлетворение от подходите на отделните школи и със съпътстващо желание да се погледне през теоретичните граници, за да се види какво може да се научи от другите начини за провеждане на психотерапия. Въпреки че различни етикети се прилагат към това движение – **еклектизъм, интеграция, сливане** и **сближаване,** - целите са подобни. Крайният резултат от интеграцията и еклектизма, макар и все още не напълно осъзнат, е да се подобрят ефективността, ефикасността и приложимостта на психотерапията (Bongar, B., Byutlar, L. E., 2002).

Един от най-ранните опити психотерапиите да се интегрират принадлежи на Френч, който излиза с обръщение към една среща на Американската психиатрична асоциация през 1932 год. В речта си, както я характеризират Марвин и Норкрос, донякъде еретична за времето си, той се опитва да свърже **психоанализата на Фройд** с **обуславянето на Павлов.** Няколко години по-късно Розенцвайг очертава това, което ще стане първият коментар върху общите елементи на различните теоретични школи на мислене. Той твърди, че ефективността на всички форми на терапия може да се обясни чрез:

1. Способността на терапевтите да вдъхват надежда у пациентите си,
2. Способността да се правят интерпретации независимо от тяхната точност, да се превръща зле разбраната природа на проблема в по-разбираема и
3. Синергичната природа на процеса на промяна, благодарение на която диференциалният фокус върху даден аспект на човешкото функциониране може да има положителни ефекти върху други страни от функционирането на пациента (пак там).

Три десетилетия след речтта на Френч, през 60^{те} години на 20-ти век, психоаналитика Александър през 1963 г. повторно утвърждава идеята, че психодинамичната терапия може най-добре да се разбере от гледна точна на теорията за ученето (Bongar, B., Byutlar, L. E., 2002). Той отбелязва, че "ние сме свидетели на началото на най-обещаващата интеграция на психоаналитичната теория с теорията за ученето, която може да доведе до непредвидим напредък в теорията и практиката на психотерапиите" (пак там, p. 373).

70^{те} години на 20-ти век са свидетел за нарастващия интензитет на интегративните процеси в психотерапията. Книгата на Лазаръс от 1971 г. "Поведенческата терапия и отвъд нея"

осигурява детайлно въвеждане на **неповеденчески методи в поведенческия репертоар.** През 80^{те} години на 20-ти век, след бурното нарастване на статии, книги и учени, подтикващи интегративните процеси, се основава Обществото за изследване на интеграцията на психотерапията (SEPI). То е интердисциплинарно по природа и е станало международно по обхват. Целта му е да осигури общност, в която може да се провежда диалог между ориентациите, а също и между изследователите и клиницистите. SEPI не само отразява, но и осигурява силен тласък за движението към психотерапевтична интеграция.

Интеграцията на различните терапевтични модалности, като например **индивидуалната** и **семейната терапия,** също са обект на внимание (например Allen, 1988; Feldman, 1989; Wachtel & Wachtel, 1986, пак там). В американското списание по психиатрия, както и в специален брой от 1988 г. на "Анали на психиатрията" се публикуват разработки на Бийтман, Голфрид и Норкрос, в които се разглежда въпроса за **психотерапевтична интеграция в психиатрията** (пак там). Г. В. Залевский, (2009) нарича всички психотерапевтични школи, като психоанализата, хуманистичната, поведенческата, когнитивната, интерперсоналната и др., **клинико-психологични модели с ограничен обхват.**

В заключение може би е важно да се каже, че каквато и да е историята на протеклите интегративни процеси в психотерапията, днес не бихме могли да използваме понятието "промяна" в описанието на съвременното състояние на психотерапията, тъй като принципите на промяната, както казват някои автори, са нивото, на което могат да се открият смислени пунктове на сливане между отделните психотерапии (Bongar, B., Byutlar, L. E., 2002). Важно е да се знае, че има различни пътища към интеграция на психотерапиите (**технически еклектизъм** – да избираме най-доброто лечение за човека и проблема, **теоретична интеграция** – синтез на две или повече психотерапии с надеждата, че резултатът ще е по-добър от това, което възниква следствие на отделните съставящи терапии и **общи фактори** – определяне на ядрените съставки, които са общи за различните терапии, с евентуалната цел да разработим по-всестранно и ефикасно лечение, основано на общите неща.), които може би ще бъдат обект на по-задълбочена дискусия в друго наше изложение. В тази студия разглеждаме само въпроса за *теоретичната интеграция.*

3.3. Биомедицинска (органична) парадима в психотерапията и психиатрията

Биомедицинския (органичен, механистичен) модел за здравето и болестта съществува още от 17-ти век (Zalevskiy, G. V., 2012). Този модел се съсредоточава върху изучаването на природните фактори и ги интерпретира като външни причини за заболяванията. В миналото, в продължение на дълги години, абнормното поведение е било възприемано като обсебване от демони или зли духове, предизвикано от извършени грехове или вещерство (Godfrua, 1992; Plante, 2005, цит. по Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G., 2016). Това мислене (или тази догма) в Средновековието се нарича **демонология.** Но въпреки демонологичното схващане за психичната болест, още тогава има примери за търсене на научни обяснения за абнормното – Тома Аквински, който споменахме и по-горе, смятал, че психичните проблеми трябва да имат физическа (биологична) причина или да се дължат на разсъждения или страсти (пак там).

Търсенето на биологически причини за абнормното (психопатологията) има дълга история, която назад във времето достига до Хипократ. Според него абнормното поведение се дължи на мозъчна патология, психичните проблеми имат естествени причини и трябва да се лекуват като всички други болести (Pomerantz, A., 2011, цит. по Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G., 2016). Соматогенната перспектива, обаче, придобива първостепенно значение едва към края на 19-ти век или още по-точно в средата на 20-ти век, когато немския изследовател **Емил**

Крепелин в своята книга от 1883 г., защитава тезата, че физически фактори, като например умората, предизвикват психическите дисфункции. Също така биологическите открития, например това, че телесно заболяване – сифилисът – може да доведе до психични симптоми (парализа и налудности за величие) (Comer, R., 2010, пак там) или това, че недостигът или излишъкът на някои невромедиатори влияе за развитието на психични проблеми (Godfrua, 1992, пак там) допринасят за затвърждаването на биомедицинския модел при описание на човешкото функциониране. Не по-малко важно в утвърждаването на този вид мислене сред клиницистите в този период е и бурното развитие на психофармакологията от 50^{те} години на 20-ти век и установяването на успокояващото или възбуждащото въздействие на лекарствени препарати (пак там).

Във философията, социологията и антропологията на медицината, когато се говори за липса на здраве (nonhealth) се имат предвид три измерения:

(1) disease – болестта в биологичен смисъл, или патологичните изменения в човешкия организъм; тук компетентен за определяне на това състояние е лекарят;

(2) illness – болестта в смисъл на нейното субективно преживяване и усещане; тук компетентен за формулиране и вербализиране на тези преживявания е самия болен;

(3) sickness – болестта като социологическо понятие, т.е. човекът в групата, здравното състояние и болестта като възприемане от и отношение на другите към тях (Kleinman 1988: 5; Uramowska-Żyto 2009: 67, цит. по Ivkov, B., 2014).

Доминиращият биомедицински модел на болестта игнорира до голяма степен второто и третото измерение и приема за свой предмет болестта в смисъла на disease, т.е. онова обективно явление, което лекарите и изследователите могат да измерват с помощта на лабораторни тестове или други белези и симптоми. По думите на Б. Гуд, болестта (заболяването) не е същност, а обяснителен модел (Good 1994: 52-53). Името на болестта е само единица от дадена класификация и осмисляне на това, защо хората боледуват. А лекарите "се занимават само с тези болести, за които има наименование и са готови да лекуват само в случаи, когато са наясно с какво си имат работа..." (Михель, 2012, p. 38, цит. по Ivkov, B., 2014, p. 354). Биомедицинският, механистичен модел на болестта – разглеждан като основна парадигма в медицината, е основна причина за глухотата й към екзистенциалните и по-голямата част от социалните измерения на болестта (разбирана като illness и sickness) (пак там).

Един от съвременните привърженици на биомедицинския модел в психиатрията, британският психиатър С. Гусе, казва: „Не може да има прекалено биологична психиатрия…основните дисциплини за психиатрията са биохимията и молекулярната биология, а не психологията" (Holmogorova, A. B., 2014).

Последното десетилетие на 20-ти век, пише Колпакова Марианна Юрьевна, е белязано от спад на интереса към психологията и намаляване на доверието към психотерапията (Колпакова, М., 2009). Като последица от това явление е разпространението на биомедицинския модел на психотерапия и практикуващите са изпитвали голям натиск да работят в рамките на този модел. В рамките на медицинския модел пациентът е сведен до болест или биохимичен дисбаланс, което от своя страна дехуманизира професията. Органичният подход в психотерапията крие много опасности, пише тя, и неслучайно в чужбина се развива обществено движение срещу медикализацията на психотерапията и психологията.

Широкото използване на психотропни лекарства осигурява значителни ползи, а материалният интерес от разпространението на такива лекарства насърчава формирането на обществени представи за жизненоважната необходимост от широкото им използване. С нарастващата сила на биомедицинския подход, твърди тя, употребата на антидепресанти бързо нараства, например Риталин се предписва на все по-голям брой деца, а 5 милиона ученици приемат стимуланти. Zito и съавт. (2003) обръщат внимание на факта, че от 1987 до 1996 г. преобладава мащабно предписване на психотропни лекарства (Колпакова, М. Ю., 2009).

Биомедицинският модел приема, че психичните разстройства като шизофрения, голямо депресивно разстройство, разстройство с дефицит на вниманието/хиперактивност (ADHD) и разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества, са биологично детерминирани мозъчни заболявания. Основните принципи на този подход са:

- психичните разстройства са причинени от биологични аномалии, разположени основно в мозъка,
- няма значимо разграничение между психични заболявания и физически заболявания и
- биологичното лечение е задължително (Andreasen, 1985, цит. по Deacon, B. J., 2013).

В биомедицинската парадигма основната цел на изследването на природата на психичните разстройства е да се разкрие тяхната биологична причина(и). По подобен начин изследванията за лечение се стремят да разработят соматични терапии, които са насочени към основната биологична дисфункция. Крайната цел е откриването на т.нар. магически куршуми — прецизни терапевтични агенти, които са насочени конкретно към болестния процес, без да увреждат организма, като пеницилина за бактериална инфекция (Moncrieff, 2008, пак там). Т.е. да се открие причината за поведенческия резултат (в тази парадигма – за болестния процес), която интересува хората (в тази парадигма - лекарите) (Станвич, К., 2010, p. 221, цит. по Mavrodiev, S., 2019). Най-отличителният белег на медицинския модел е схващането, че разстройствата се намират вътре в човека, т.е. това е индивидуален процес, причинен от биологични причини и в повечето случаи подлежащ на медикаментозно лечение (Перре, М., Бауманн, У., 2012).

Биомедицинският модел на заболяването се характеризира с четири основни идеи:

1) теория на възбудителя;
2) концепцията за три взаимодействащи същности - организмът, факторите и средата;
3) клетъчна концепция;
4) механистичната концепция, според която човек преди всичко е тялото, а болестта му е повреда на някаква част от него (Zalevskiy, G. V., 2012).

В този модел здравето се дефинира като отсъствие на болест, а всеки болестен симптом се възприема като имащ подлежаща патология, която ще бъде излекувана чрез медицинска интервенция. Подхода, при който основната идея е, че психиката, материята (тялото) и човешкото поведение могат да се редуцират до и да се обяснят на нивото на клетките, нервната или биохимичната активност се нарича **редукционистки подход (механистичен подход).**

Биомедицинския модел е свързан с този подход, тъй като основното становище е, че болестта и симптомите имат подлежащо физиологично обяснение. Допускането е, че отстраняването на патологията ще доведе до възстановяване (Morisan, V., Benet, P., 2013). В този модел основна научна дисциплина е молекулярната биология и в него болестта се дефинира в

границите на телесните параметри, а именно като дължаща се на отклонение от нормата на измерими биологични променливи и за лекаря (в това число и психиатъра) не съществува необходимост да отчита психосоциалните фактори, тъй като те са извън медицинската отговорност (Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G., 2016).

Известно е, че в историята на медицината се различават четири основни концепции за болестта, развити от времето на Луи Пастьор насам: **(1) бактериална** – помага да се овладеят и победят много инфекциозни заболявания; **(2) епидемиологична** – намира приложение преди всичко в борбата с епидемиите; **(3) клетъчна** – оказва влияние върху търсенето на причините за хроничните и дегенеративните заболявания; **(4) механистична (биомедицинска)** или биомедицински, механистичен модел – тук болестта се разглежда като повреждаща някоя част на машината-организъм и се свързва с напредъка на хирургията и медицината като цяло (виж Uramowska-Żyto, 2009, p. 68, цит. по Ivkov, B., 2014). Същността на биомедицинския модел на болестта е основана върху концепцията за тялото като физическа система, която може да бъде разрушена и се нуждае от лечение, за да бъде върната в работно състояние. Този модел задължително предполага търсене на помощ в рамките на конвенционалната медицина, независимо от наличието и на други системи за лечение, които могат да бъдат открити във всяко общество (пак там).

В психиатрията съществуват различни теоретични направления, но водещо остава биологичното направление. Проф. Миглена Ачкова, проф. Алекси Алексиев и др. правят разделение на тези теоретични направления по малко по-неконвенционален начин, като обособяват четири основни течения: биологично, гъблинно-психологично, патофизиологично (теории за заучаването) и теории за системите и комуникацията в психиатрията (Achkova, M., 1996). Историческата роля на биолотното направление, пишат те, започва с това, че именно на него дължим обособяването на психиатрията като медицинска наука. То не само освободи от мистични и демонологични тълкувания представата за психичната болест, но освободи и в най-буквалния смисъл душевно болните от веригите и приютите; обоснова необходимостта да се осигурява и за тях лечение, а не репресивни мерки с цел да се освободи обществото от присъствието им (пак там).

Началото на този продължителен процес бе поставено от Ph. Pinel в края на 18 век, т е. по времето на френската революция, когато обществото е по-зряло, за да приеме хуманистични идеи. Като млад лекар в болницата Бисетер край Париж той освобождава оковавани във вериги с години душевно болни. Прави свои наблюдения и описания на психопатологични синдроми. Неговият блестящ ученик Esquirol, отличен организатор, въвежда в болницата за душевно болни водене на болнична документация, подготвя голям брои ученици, с което основава френската психиатрична школа, най-значимата през 19 век., отличаваща се с голяма точност на клиничните наблюдения и описания.

Пак във Франция бе обособена първата нозологична единица в психиатрията – paralysis progressiva (Bayle - 1822). Описанието на клиничната картина и протичането са направени извънредно прецизно. Проследен е изходът на заболяването и патологоанатомичните мозъчни промени. Едва по-късно се доказва, че прогресивната парализа се предизвиква от бледата спирохета и е форма на късния луес. Този успех даде силен тласък в търсенията на специфични психопатологични картини и при други причинители, които не постигнаха особен резултат. Оставаше винаги една голяма група от болни, при които не можеше да се установи външен причинител. Morel ги отдава на прогресираща наследствена дегенерация, която се проявява в няколко поколения на едно семейство (Achkova, M., 1996).

По същото време в Германия се развиват две направления - школа на психиците и школа на соматиците. Школата на психиците (Heinrot) вижда причината за психичните заболявания в моралния упадък, страстите и греха. Школата на соматиците свързва психичните заболявания със соматични причини. Едва в средата на 19 век W.Grisinger (1845) прави своето революционно заключение, че психичните заболявания са заболявания на мозъка (Achkova, M., 1996).

Колкото и просто, и естествено да ни звучи това сега, за времето си то е било истинско откритие. Нека си припомним за търсенията на мястото на душата, за хуморалните теории и за теорията на Хипократ, че хистерията се дължи на свободно плуващата матка из тялото. След Гризингер започват много активни търсения на патологични изменения в главния мозък при психичните разстройства, които не винаги се увенчават с успех. Особено плодотворни са патологоанатомичните изследвания на Wernicke, Meinert, MonaCoff, Alzheimer и др. За някои заболявания се откриват специфични изменения в мозъка - сенилната деменция, енцефалопатията на Wernicke, откриват се центровете на речта в лявата мозъчна половина от Broca и Wernicke. Едновременно с това продължават и опитите за клинично обособяване на нозологични единици (Achkova, M., 1996).

Най-значимата фигура в биологичната психиатрия в края на 19-ти и началото на 20-ти век остава Е. Крепелин. Той прави забележителния опит да изгради психиатричната наука в цялостна система. Няма да е пресилено да се каже, че обоснованите от него болестни групи, колкото и да спорим дали са нозологични единици, типологични групи или синдроми, остават и до днес като основа на всички класификации (Achkova, M., 1996).

Класическата (официална) психиатрия през целия период на своето съществуване се стреми да придобие статут на наука, чийто обект е човека като обективно съществуваща реалност, като биологичен обект. С такова разбиране на обекта на изследване се свързват всички съвременни области на научното познание в класическата психиатрия, които не разглеждат пациента от гледна точка на уникалността на неговия вътрешен свят, уникалната организация на неговата личност и нейната ценностно-смислова система. Тази ситуация, от една страна, поражда съмнения относно валидността на повечето постулати, свързани с теорията и практиката на психиатрията, чийто предмет всъщност е вътрешният, субективен свят на човека, и от друга страна, показва значително изоставане на класическите форми на психиатричното познание от закономерната историческа динамика на научното познание към неговите некласически и постнекласически форми и холистично-хуманитарни представи за човека (Abramov, V., 2022).

3.3.1. Биосоциален модел

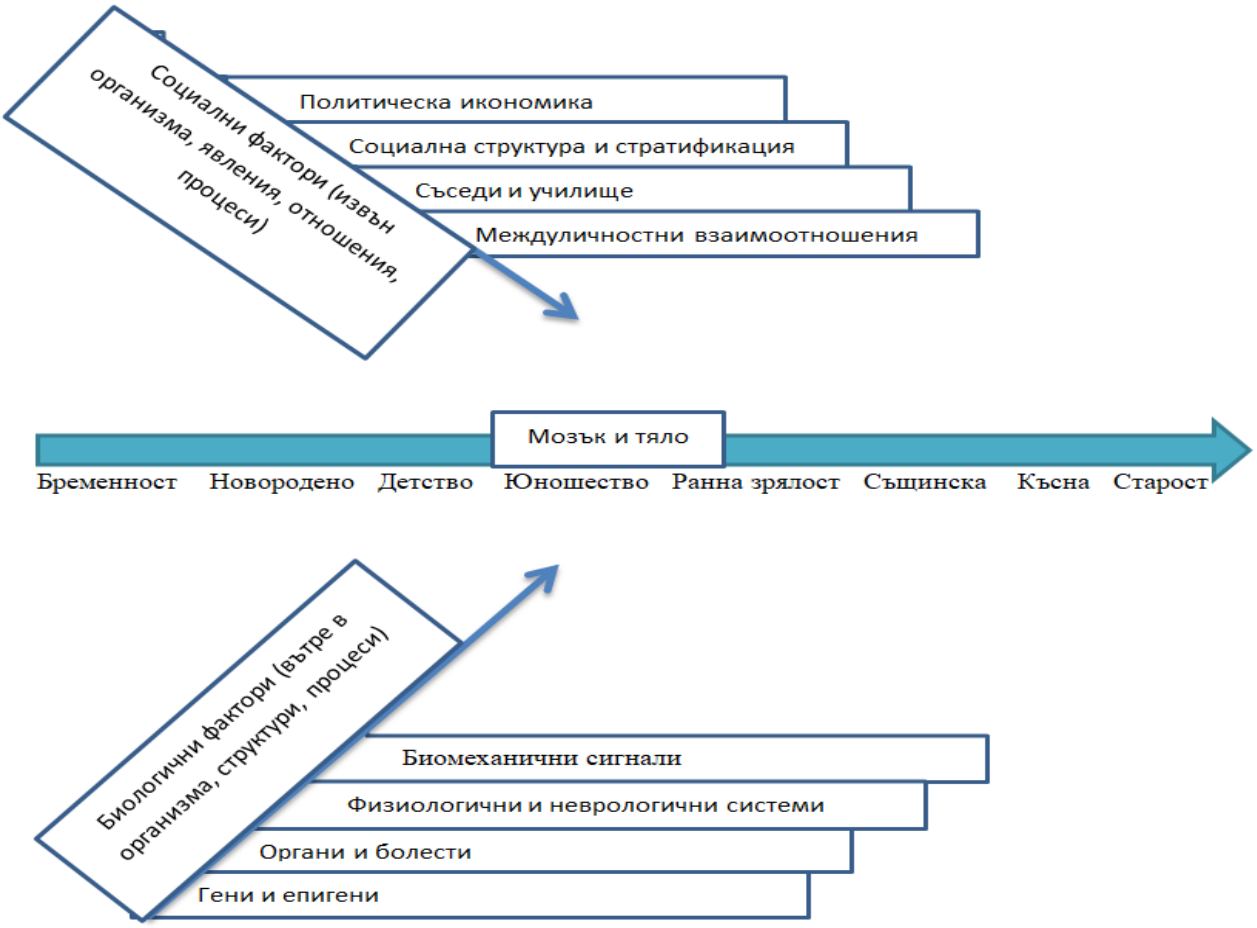
Благодарение на културата, еволюцията на човека отдавна е излязла от контрола на биологичните закони и се подчинява на законите на социо-културното развитие (Damyanova, E., Temelkov, B., & Daskalova, E., 2008). То превишава многократно темповете на генетичната еволюция. Социокултурното развитие позволява да се обясни идеалната същност на човека като система от обществени отношения, неговата двойствена биосоциосоциална природа – като продукт на коеволюция на природата и човешкото общество (Liseev, 1996, 2001, пак там).

Социалните, културните, икономическите и биологичните фактори са широко признати като критични детерминанти за благополучието на човека през целия живот. И все пак интегративното разбиране на многостепенните биосоциални пътища, свързващи обществото, биологията, здравето и социално-икономическите постижения, остава на заден план, пишат Kathleen Mullan Harris и Thomas W. McDade (Harris, K., McDade, T., 2018). Терминът биосоциален, казват те, се използва широко в социалните науки, но рядко се дефинира. Може би смисълът му е очевиден. И въпреки че терминът се е появил в научната литература преди повече

от 50 години, подходите и приложенията в биосоциалните изследвания се промениха качествено през последните 15 години (пак там).

Биосоциалния модел е широко понятие, отнасящо се до динамичните, двупосочни взаимодействия между биологични явления и социални взаимоотношения и контексти, които влияят върху процесите на човешкото развитие през целия живот (пак там). Те нагледно представят сложността на тази парадигма в обобщен модел, който ясно показва връзките между биологичните и социалните явления:

Фиг. 1. Биосоциален модел за човешкото развитие (модифицирано по Harris, K., McDade, T., 2018)



Както става видно от този модел, социалните фактори са “извън” тялото и му влияят както директно, така и индиректно. Биологичните фактори са фактори “вътре” в организма и също имат пряко и косвено влияние. Може да се обобщи, че биосоциалната перспектива се основава на модели и методи от биологичните, медицинските, поведенческите и социалните науки и концептуализира биологичното и социалното като взаимнодопълващи се и размива границите между явленията вътре в тялото и извън тялото. Това означава, че опитите да се разбере едното без другото са непълни. Това е трансдисциплинарен подход за разбиране на човешкото развитие, поведение и здраве, разработен и прилаган от учени, които често имат познания в областта на психологията, социологията, антропологията и др.

И тук без да навлизаме в подробности, можем да направим само едно кратко, но много важно уточнение, че съществува и **<u>социобиологичен подход,</u>** който е по-различен от биосоциалния, а именно заради разбирането, че цялото поведение на животните, включително

хората, е продукт на наследственост, стимули от околната среда и минал опит, а също така и с твърдението, че човешкото поведение е само 10% генетично определено, а останалата част се отнася до влиянието на околната среда, както и че свободната воля е само илюзия. Подходът обикновено се отбелязва, че е създаден от Едуард Осбърн Уилсън през 1975 г. и е свързан с фундаменталната книга „Социобиология“ на този американски етномолог, социобиолог и теоретик. В книгата се откриват нови перспективи за изследване на човека. По думите на създателя на тази перспектива, социобиологията често се нарича еволюционна психология, която през последния четвърт век придоби своята област на изследване, използвайки теорията и данните от биологията и социалните науки (Lukov, V., 2018).

3.3.2. Биопсихологичен модел

Културата става възможна благодарение на психичните изменения извършващи се в процеса на неговата соматична (генетичната) еволюция (Afanasyevich, 2007; Ichas, 1994; Liseev, 2001, цит. по Damyanova, E., Temelkov, B., & Daskalova, E., 2008). Обединението на биологията и психологията, пише проф. д-р Боряна Пирьова, е насочено главно към изучаване на мозъчните функции и натрупаните знания във областта на цитологията, хистологията, анатомията, физиологията, ембриологията, биохимията и др., които са в основата при изграждането на познания за връзката между биологията на човешкия организъм и функцията на неговия мозък (Piryova, B., 2000).

Тя много прецизно обаче прогнозира развитието на съвременните научни търсения относно връзката на когнитивните процеси с биоелектричните явления на невроните или например намирането на “душата в синапсите”. “С преминаването обаче от отделната нервна клетка към невронните мрежи и големи неврони констелации, свързани с интегративните функции на нервната система, ние навлизаме в една област, където теоретичните модели и хипотези ще търсят своето потвърждение в изследванията през идващите години” (пак там, p. 9). Ето това е един блестящ пример, посочен от български учен, а именно проф. д-р Б. Пирьова, която обръща внимание на факта, че в съвременната наука е възможно чрез биохимично повлияване на определени елементи от синаптичното предаване, да влияе върху протичането на психични процеси и това ни показва, че макар и твърде дълъг, пътят между неврона и “мисълта” може частично да бъде изминат (пак там).

Въпреки че някои клинични психолози могат да се придържат по-тясно към определени теоретични перспективи за човешкото поведение, повечето съвременни клинични психолози оценяват интегралната роля на биопсихологичните фактори за здравето и болестта (Plante, T. G., 2005). Такива опити са правени още през 20-ти век в клиничната психотерапия за съвместното прилагане на биологични и психотерапевтични въздействия, подход разработен от руския психотерапевт С. И. Консторум (1890 г. – 1950 г.) (Karvasarski, B., 2019). Резултатите от неговата научна и практическа дейност са изложени в труда „Опит в практическата психотерапия”, който остава незавършен поради смъртта на автора. Книгата излиза на бял свят през 1959 г. Основният психотерапевтичен подход, който С. И. Консторум прилага, се нарича активираща психотерапия (биопсихотерапия), под която се разбира съвкупността от мероприятия, насочени към отстраняване на болестните явления по пътя на засилване на активната дейност на самия болен. Активиращата психотерапия има за своя цел пренастройването на „неадекватно преживяващата и реагираща психика” не само и не толкова чрез словесното обръщане към интелекта и емоциите на болния, т.е. към неговите светоусещане и светоглед, колкото чрез промяна и коригиране на неговото „отношение към света” (пак там).

При биологичната психотерапия на Конторум става дума не просто за едновременно използване на фактори от два реда, а за слятост и за взаимодействие между биологичните и психотерапевтичните методи. Конторум смята за елементарен вид такава терапия наркохипнозата, при който биологичното въздействие е облекчено от прилагането на сугестия. Авторът допуска, че съществуват две възможности за прилагане на биопсихотерапията (пак там).

В първия случай тези опити са чрез непосредствено, т. е. биологично, да се въздейства на нервната система, предизвиквайки известна промяна в нея и в последствие може да бъде използван и психотерапевтичен сеанс. Такъв метод за работа по своето време предлага В. А. Гиляровски за лечението на посткомоционни и постконтузионни разстройства. С тази цел се прилагат венозното въвеждане на алкохол, кратката ефирна наркоза, а по-късно се използват амитал-натрий, пентотал и др. Във втория случай на фона на дезинхибиране на пациента с алкохол, ефир, амитал-натрий с кофеин и др., се провежда психотерапия. Този подход, в частност, се реализира в нарокоанализата. С. И. Конторум предлага използването на други, непсихоаналитични, психотерапевтични методики, преди всичко такива от активиращата психотерапия, след прилагането на посочените средства (пак там).

Биопсихотерапия Конторум е прилагал при лечение на болни от шизофрения, на пациенти с функционални разстройства при поява на по-дългосрочни последици от преживяни вътрешно-черепни травми. С. И. Конторум смята, че в стадия на острия процес при шизофрения е необходима само активна биологична терапия, докато в стадия на ремисия е целесъобразна психотерапията в широк смисъл и, разбира се, активираща психотерапия. Същността на психотерапията при шизофрения той вижда в мобилизирането на онези резервни функции на организма, които често не са нарушени, а само временно потиснати, както и в стимулирането на болните в процеса на трудова терапия и в тяхното трудово реализиране (пак там).

При пациентите с прояви на агорафобия се препоръчва приемането на лекарства преди тренировъчното излизане на улицата (например бром с кофеин). Успехът на тренировката се потенционира психотерапевтично (сугестивно или по друг начин). На болните с церебрално-функционални нервно-психични нарушения след контузии и комоцио се назначава кратка недълбока наркоза с ефир, венозно с пентотал или амиталова наркоза, за да се „постигне биологично превключване, най-вече по отношение на невросоматичната симптоматика". И най-малкият, дори съвсем повърхностен и кратковременен ефект се използва и разработва психотерапевтично (пак там).

Концепцията на С. И. Конторум не се заключава просто в комбинирането на психотерапията с едни или други лекарствени или физиотерапевтични средства – авторът настоява на „единството, на слятостта между физиологичното и психичното въздействие, при което първото се стимулира от второто, а второто – от първото". Психотерапията включва разясняване на преходния, обратим характер на разстройството, на ролята, която в хода на лечението играят целенасочеността, волята за здраве, съчетаването на сугестивната психотерапия и на разясняването. По-нататък психотерапията трябва да се опира на трудовата терапия. В биопсихотерапията обаче С. И. Конторум приписва основната роля на голямата, активираща психотерапия (пак там).

3.4. Психосоциална парадигма - същност и значение

Е. Ериксън изказва становището, че родителите са основен фактор във формирането на първата и изключително важна стъпка от социалното развитие на детето – базисното чувство за доверие. Те трябва да го убедят в смисъла на отношението си спрямо него. Изграждането на базисно доверие „не зависи от абсолютните количества храна или демонстрации на любов, а от

качеството на майчиното отношение (Petrova, T. B., 2019). Срещата на бебето с неговата майка е среща на взаимно доверие и признание, преливащи по-късно в любов и възхищение и именно в тях се ражда най-ранното и най-недиференцирано чувство за идентичност“ (Eriksan, E., 1996, p. 143). Така, както средата влияе върху детето, то също влияе върху нея – процесът е двупосочен (Petrova, T. B., 2019). Детето в своите първи социални взаимодействия отправя предизвикателства към своята среда. Бебето е зависимо и слабо и има нужда от обгрижващия го човек, но с тази си „зависимост и слабост то създава знаци, към които неговата среда е особено чувствителна...Да се каже, че бебетата контролират и възпитават своите семейства, е също така вярно, както и да се каже обратното“ (Eriksan, E., 1996, p. 131–132).

Отхвърлянето на биомедицинския модел за психичните разстройства, и въобще за здравето и болестта, стана благодарение на множеството научни теоретични и емпирични изследвания, в които се откри значението на психичните и социалните условия при определяне, идентификация, възникване и терапия на психичните разстройства и проблеми (Zalevskiy, G. V., 2006). Психосоциалния подход обединява психологически (по-микро и индивидуално ориентиран) подход и социален подход (макро-, по-ориентиран към общността и взаимодействието), например към здравето (Morisan, V., Benet, P., 2013). Пълноценното социално функциониране на лицата с тежки психични разстройства изисква много повече от медикаментозно (биологично, медицинско) или болнично лечение. Дори медицинските специалисти вече са убедени в необходимостта и важността на психосоциалната рехабилитация като единствен основен и най-важен път за реинтеграция на лицето с психично разстройство в обществото (Sapundzhiev, S., 2017).

От личен опит можем да потвърдим, че лицата с психични разстройства (като например шизофрения) и/или забавяне в интелектуалното развитие, имат нужда от по-различен, психосоциален подход, защото психосоциалната им рехабилитация е от ключово значение за успешната им социална интеграция. Времето поминато в “Защитено жилище за хора с психични заболявания - Искра” – гр. Благоевград ни позволи да натрупаме достатъчно опит в провеждането на психосоциална рехабилитация на потребителите на социалната услуга и смеем да твърдим, че ползите от този модел на психосоциална работа в клиничен и психотерапевтичен контекст е задоволително ефективна и ефикасна. „Социалните умения на пациентите са точно отражение на социалното им функциониране и благополучие“ (Liberman, R. et al., 1999, p. 33, цит. по Sapundzhiev, S., 2017). Авторът отговаря изключително ясно на въпроса защо психиатричните пациенти се нуждаят от социална рехабилитация. Това е така, защото на тях им липсват социални умения.

Психичното здраве е свързано с повишаването на компетентността на личността и позволява постигане на поставените от самата нея субективни цели. Не само житейската посока е субективно определена, а и цялостното понятие за психичното здраве включва субективно преживяване на благополучие, субективна преценка за собственото ниво на ефективност, автономност, компетентност, преценка за степента на зависимост между поколенията и усещане на способността за реализиране на собствения интелектуален и емоционален потенциал (Germanov, D., 2006, пак там).

Честотата на отключване на психични разстройства сред населението на държавите в световен мащаб не е идентична, тъй като в редица случаи „е в пряка зависимост от социално-психологическите фактори“, които, разбира се, са различни за всяка страна (Vitanova, N. et al., 2011, p. 82, пак там). Не съществува социална прослойка, която да е напълно предпазена от риска за възникване и развитие на психични разстройства, но статистически рискът е много по-голям за

бедните, бездомните, безработните, хората с ниско образование, жертвите на насилие и инциденти, емигрантите и незаконно пребиваващите, малцинствата, жените, с които е злоупотребявано, неглижираните деца и възрастните. С развитието на разбирането на хората за тези отношения на взаимозависимост започва да става все по-очевидно, че психичното здраве е крайъгълният камък за благополучието на субекта в частност и на обществото като цяло.

Психичните болести имат много аспекти. Биологичният, който се повлиява от медикаменти, е само един от тях. По време на възстановяването и ресоциализирането в общността е необходимо преимуществено да се вземат предвид и останалите – психологичен и социален. Това може да се случи при наличието на екипна работа. А именно мултидисциплинарен екип, състоящ се от клиничен социален работник, психиатър, психолог, трудотерапевт. Заедно с клиента тези специалисти би следвало да изготвят, а впоследствие и осъществят индивидуален план от грижи, съобразен с потребностите и възможностите на съответния клиент (Germanov, 2006, цит. по Sapundzhiev, S., 2017). Подобряването на психичното здраве и психосоциалното благосъстояние са важни компоненти в цялостния процес на повишаване на общия здравен статус на населението.

3.5. Биопсихосоциален модел – история и перспективи. Достатъчен ли е?

Джордж Енгел цитира А. Айнщайн: “Една наука не е нищо повече от усъвършенстване на ежедневното мислене” (Einstein, A., 1950, p. 59, цит. по Engel, G. L., 1997). Дали през 1977 год. е било постигнато истинско усъвършенстване на ежедневното мислене? Нека да проследим този тънък момент.

Р. Масладжиева и З. Костова в своята книга “Клинична психология” пишат, че биопсихосоциалната перспектива е друг влиятелен модел в медицината, клиничната психология и психиатрията, в който има тенденции на еклектизъм (Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G., 2016). Този модел се свърза с името на Джордж Енгел (George Engel), лекар от университета Рочестър, публикувал през 1977 г., статия, в която биопсихосоциалният модел е описан като оптимален подход към заболяванията. Идеята в основата на модела е стара, още от древногръцките мислители.

По-горе видяхме, че историята на психологията, психотерапията и психиатрията помни доминиращи парадигми, мотивирани от стремежа към обективност, доказуемост и научност, които изключват психологичните фактори. В средата на 20-ти век обаче, се случва една от най-големите научни революции в обяснителните модели за човешкото функциониране, значима за медицината и клиничната психология, а именно, когато Джордж Енгел предлага холистичен модел за появата и протичането на психичните разстройства, алтернатива на биомедицинския подход, общоприет по това време. Енгел твърди, че за правилното разбиране на причините за страданието на пациента, избора на лечение и постигането на готовност за следване на препоръките на лекаря (както при психични, така и при соматични заболявания) е необходимо да се вземат предвид биологичните, психичните и социални аспекти на заболяването (Holmogorova, A. B., Raychkova, O. V., 2017).

Преди да разгледаме същността на биопсихосоциалния модел, накратко ще представим биографични данни за създателя на този подход, тъй като считаме това за необходимо при разбирането на смисъла му. Джордж Енгел, д.н.м., е „бащата“ на биопсихосоциалния модел. Той въвежда термина “биопсихосоциален модел” в забележителна статия от 1977 г. в списанието Science. Джордж Енгел е роден и израснал в Ню Йорк. Започва колеж на 16-годишна възраст през 1930 г. със специалност химия в Dartmouth College в Ню Хамфир. През лятото на първата си

година той работи в известната морска биологична лаборатория Woods Hole в Масачузетс, което води до първата му публикувана статия през 1935 г. на 21-годишна възраст (Plante, T., 2005).

След като завършва колеж, той посещава Медицинското училище Джон Хопкинс и се дипломира през 1938 г. Завършва обучението си в болница Mount Sinai в Ню Йорк. След това се премества в Медицинския колеж на Университета в Синсинати през 1942 г. с позиции както в отделите по медицина, така и в психиатрията и след това в Университета на Рочестър през 1946 г. И в Синсинати, и в Рочестър Енгел работи в тясно сътрудничество с д-р Джон Романо. Заедно те публикуват различни статии за биопсихосоциалния модел и въвеждат мултидисциплинарното обучение по медицина, разработвайки прогресивна и уникална учебна програма за медицинско образование. Д-р Джордж Енгел се пенсионира през 1979 г. от университета в Рочестър, но остава активен като почетен професор до смъртта си на 85-годишна възраст през декември 1999 г (пак там).

Въпреки, че традиционно концепцията за биопсихосоциалния модел се приписва на Енгел и нейното разработване се отнася към края на 70-те години на 20-ти век, има автори, които обръщат внимание, че терминът "биопсихосоциален" е предложен още през 50-те години от Рой Гринкер, невролог и психиатър, направил опит да подчертае ролята на биологичното в психиатрията, противопоставяйки го на доминиращата тогава психоанализа. За разлика от Гринкер, Енгел прилага термина в медицината, наблягайки на психосоциалното в здравеопазването (Ghaemi, 2009, цит. по Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G., 2016).

3.4.4. Същност на биопсихосоциалния модел

Биопсихосоциалната перспектива подчертава взаимодействието на биологични, психологични и социални влияния върху поведението и психичното функциониране (Plante, T., 2005). Биопсихосоциалният подход е системна перспектива (G. E. Schwartz, 1982, 1984, пак там), тоест промените в една област на функциониране вероятно ще повлияят на функционирането в други области. Гъвкавият и системен характер на биопсихосоциалния подход подчертава взаимозависимостта на трите системи – биологична, психична и социална. Например, чувството на депресия може да бъде свързано с нарушение в баланса на мозъчните невротрансмитери, междуличностни конфликти, разочарования в живот, стрес у дома и на работното място, нереалистични очаквания, културен контекст и много други взаимодействащи фактори. Някой може да е генетично предразположен към депресивни състояния поради химията на мозъка. Стресиращ живот, събития като развод, болест или загуба на работа може да предизвикат депресивен епизод. Това от своя страна ще доведе до социална изолация, чувство на безнадеждност, ниско самочувствие и др (пак там).

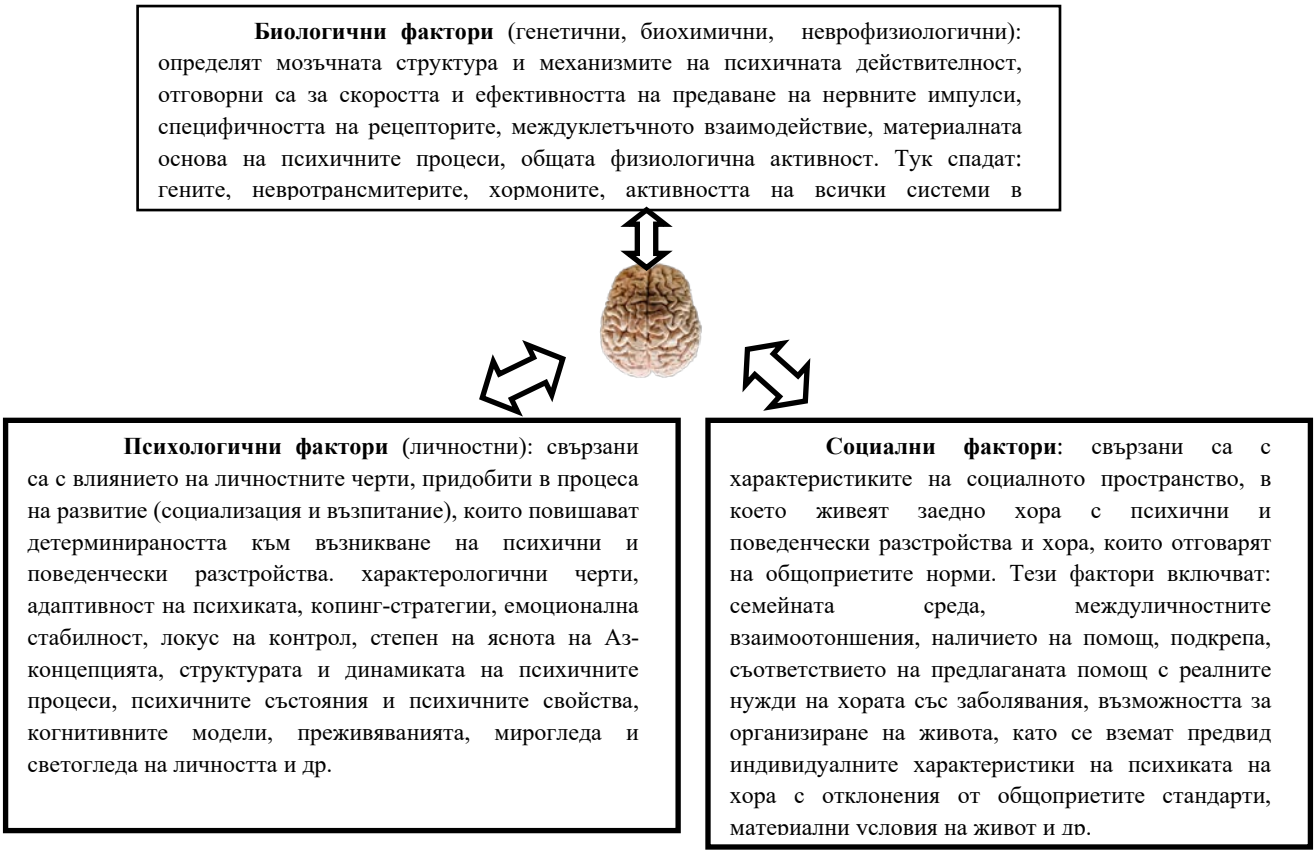
Този пример ни показва, че приложимостта на биопсихосоциалния модел в разглеждането на болестта – в частност на психичните и поведенчески разстройства, е съвсем приемлив, дори необходим, тъй като според този модел повечето психични и поведенчески разстройства са многофакторни по природа. Поради тази причина в съвременната клинична психология е нормално и редно да се обръща внимание на условията за възникване на психичните и поведенческите разстройства, при които може да се комбинира действието на различни фактори: генетични (наследствени), биохимични, неврофизиологични, психофизиологични, личностни, психологически, социални (Frolova, A. V., Minullina, A. F., 2013).

Както пишат D. Freedheim и I. Weiner (2003), до 50-те години на миналия век теориите, базирани на психоаналитичните течения в психологията, също имаха сериозна конкуренция със системните подходи. Guze, Matarazzo и Saslow (1953, пак там) публикуват описание на

биопсихосоциален модел като план за холистична медицина, термин, който е по-предпочитан в някои области от термина психосоматична медицина. Този модел подчертава взаимовръзките и взаимодействащите ефекти на множество биологични, психични и социални процеси. По-късната работа на Джордж Енгел и Leigh и Reiser, която може би е по-широко цитирана, прави сходни опити да се осигури единна рамка за диагностициране и лечение на пълния спектър от здравословни проблеми (Freedheim, D. K., Weiner, I. B., 2003).

Във връзка с този модел е и твърдението на проф. С. Придмор (2016) който заявява, че здравето и болестта днес се концептуализират като резултат от взаимодействие между гените, обкръжението, личностното развитие и стреса.

А. Ф. Минуллина и А. В. Фролова описват действието на различните фактори. За нашата цел е достатъчно да обобщим най-важното и от тази гледна точка си позволихме да ги модифицираме с цел по-ясно и систематизирано да представим този комплекс от фактори, които обединихме в по-обобщени групи - биологични, психологични и социални фактори. В синтезиран вид успяхме да създадем авторски модел, на основата на тяхното разделение, и в следната фигура да представим основните функции на биологичните, психологичните и социалните фактори, както и тяхната структура:



Фиг. 2. Модел на биологичните, психологичните и социалните фактори в биопсихосоциалната парадигма

От този модел става ясно, че биологичните, психичните и социалните фактори, въздействащи върху човека имат комплексен характер и според този модел не е възможно да се изключи един от тях за сметка на друг.

В съвременната психиатрия има тенденция да се измества фокусът от изследването на тясно клинични прояви на психичното заболяване към изследване на личността на пациентите и техния социален статус. С цел практическо приложение на новата психосоциална парадигма в психиатрията, А.М. Карпов предлага да се екстраполира триединството от човешки биопсихосоциални характеристики към „необходимата“ сфера, свързана с емоции, мотивация и поведение. Количествените съотношения на биологичните, социалните и психологичните потребности се вписват в т.нар. “модел на матрьошка”, който ясно и строго определя йерархията на нуждите на човека, семейството и обществото, техния приоритет и съответствието между тях. С натрупването на емпирични данни за качеството на живот на пациенти с различни патологии се разкриват сложности и противоречия, отразяващи първоначалния конфликт между хуманистичната и биомедицинската парадигма (Orudzhev, N. Ya., Tarakanova, YE. A., 2010).

В тази връзка разсъждава и Абрамов В. А., който казва, че развитието на психиатрията като наука, фокусирана върху изучаването на човека като биологичен обект, не може да избегне биомедицински предразсъдъци, които до голяма степен излизат от рамките на холистичните и екзистенциално - феноменологичните подходи, които се доближават до биопсихосоциалния модел в психиатрията. За съжаление, методологическата ориентация на тези изследвания не успя да преодолее линейните, едностранчиви интерпретации с приоритетно разпределяне на биомедицинските аспекти, които не допринесоха за разбирането на същността на този подход, разглеждайки го като „йерархична структура на биологични, психологически и социални системи с прости взаимодействия между тези системи” (Holmogorova, A. B., 2002, цит. по Abramov, V., 2022).

Абрамов В. А. анализира алтернативни подходи към съвременната интерпретация на биопсихосоциалния модел, който заслужено се счита за основно епистемологично направление в психиатрията и използва две съвременни теоретични изследвания, чиито автори демонстрират различно разбиране за същността на биопсихосоциалния модел в психиатрията. В статията „Биопсихосоциалният модел в психиатрията като оптимална парадигма за съвременни биомедицински изследвания“ на психиатрите Н. Г. Незнанов и др. (2020) се предоставят данни, които разширяват биологичните граници на този модел поради човешки генетични характеристики, които са вероятно водещ фактор в етиопатогенезата на психичните разстройства (Abramov, V., 2022). Различна гледна точка имат известните психолози А.В. Холмогорова и О.В. Ричкова, които в научната статия „40 години биопсихосоциален модел: какво ново?“ (2017) обсъждат настоящата ситуация в невронауките и я определят като методологична криза, която е свързана с преобладаването на редукционистки подходи, които игнорират уникалността на човешката психика. Авторите обосновават евристичните положения на културно-историческата теория на Л. С. Виготски, които от тяхна гледна точка са важен противовес на прекомерния ентусиазъм на съвременните технологии за изследване на мозъчния субстрат и неговата приоритетна роля в разбирането на биопсихосоциалната концепция в психиатрията.

Биопсихосоциалният подход е придобил значително влияние в областта на научните изследвания, медицинската практика и образованието и е формирал основата на много международни здравни стратегии (Henninsen, P., 2015, цит. по Abramov, V., 2022). В психиатрията много изследователи го смятат за основен (Stauss, J. et al., 2019, пак там). Въпреки това, както Н. Г. Незнанов и др. (2020) посочват, нито Енгел, нито неговите последователи

предоставят в своите трудове ясни критерии за прилагане на модела в научните изследвания и клиничната практика (пак там). Освен това методологичните и статистически основи за анализ на характеристиките на биопсихосоциалния модел, като двупосочни причинно-следствени връзки между психологически и физиологични променливи, психофизиологични механизми за обратна връзка, както и предизвикани от стрес преходи от нормални към болезнени състояния, не са напълно разработени (Shuber, K., 2010, пак там).

Осъществяването на биопсихосоциален подход към здравето, болестта и боледуващия в съответствие със съвременните европейски стандарти за здравно обслужване изисква добра социалнопсихологична подготовка на медицинските специалисти, както и умения за справяне с конфликти (Gradinarova, N., Spasova, N. R., Radev E., 2022). Психотерапията в общомедицинската практика се провежда и от лекари, което позволява да се реализира биопсихосоциалния подход в медицината. Все по-широкото признаване на биопсихосоциалния модел на болестта в медицината и здравеопазването изостря въпроса за съотношението между биологичните (преди всичко фармакологични), психичните и социалните въздействия в системата на лечението при различни заболявания (Karvasarski, B., 2019).

В най-общ план може да се говори за две предпоставки за широкото и активно прилагане на психотерапията като биопсихосоциален инструмент. На първо място, предпоставка е директното използване на нейния лечебен ефект при обширен кръг заболявания, в етипатогенезата на които психичният фактор има определящ характер (неврози) или много съществена роля (други гранични нервно-психични разстройства, психосоматични нарушения). На второ място, предпоставка също така е лечебно-профилактичното значение на психотерапията с отчитане на психосоциалните реакции на личността на соматичните и психичните болести и на техните последици, на влиянието на специфични соматопсихични разстройства върху психичното функциониране на индивида, върху неговото поведение в социума и пр (пак там).

Социално-икономическият контекст, биологичната и социалната реалност, дори географското разположение и възможният достъп до място за провеждане на психотерапията - всички тези елементи играят важна роля. „Адекватното психотерапевтично време" (на рус. адекватное психотерапевтическое время) се явява резултат от биопсихосоциалната реалност, включително за този, който търси психотерапевтична помощ, както и на психотерапевта, способен ефективно да му осигури такава помощ. При т.нар. "Психотерапия ограничена по време и неограничена по цели" на Кнобел психотерапевтът е длъжен често да преодолява препятствия и предразсъдъци, които са в разрез с неговата собствена вътрешно-личностна, морална структура и му позволява да определи терапевтичното време и пространство, които идеално да отговарят на нуждите на клиента или пациента (Knobely, 1990, цит. по Karvasarski, B., 2019).

Връщайки се отново в началото на тази студия и припомняйки си, че в науката - и особено в хуманитарните и обществените науки, няма неоспорвани истини, уместно е да отбележим, че не липсват критики и по отношение на този модел. Ключова критика е аргументът, че моделът няма философска съгласуваност (Benning, 2015, цит. по Taukeni, S. G., 2020). Друга критика е по отношение на сложните връзки между причините и ефектите на биологични, психични и социални фактори, които влияят върху здравословното състояние и/или появата на заболявания. Тази критика например е адресирана от Karunamuni, Imayama и Goonetilleke (2020), които представиха пътища сред биологичните, психичните и социалните фактори на модела и обясниха как тези пътища могат потенциално да допринесат за субективно благополучие и за обективни резултати за физическо здраве (Taukeni, S. G., 2020).

Други критики включват неговия холистичен характер, който го прави "луксозен", с което много системи на здравеопазването в условия на бедност не могат да си позволят да го използват, моделът отнема време и е скъп за прилагане, моделът не успява предостави ясни насоки за клинично лечение или правила за приоритизиране в клиничната практика, студентите по медицина получават много ограничено по обем на съдържание в областта на психосоциалната сфера на човека, недостатъчност на налични финансови ресурси за подбор на и работа с мултидисциплинарни екипи, състоящи се от психиатри, клинични психолози, медицински сестри по психично здраве и социални работници, за да се даде възможност за пълно разбиране на биологичните, психичните и социални фактори, влияещи върху състоянието на клиентите и пациентите (Babalola, Noel & White, 2017; Gatchel & Oordt, 2012; Lane, 2014; Suls & Rothman, 2004;, пак там).

В заключение в своята статия "Биопсихосоциален подход в превенцията и лечението на психични нарушения, отчитани в общата медицинска практика", българския проф. д.н.м. Павлинка П. Добрилова пише, че този модел предлага комплексен и много вариантен, и в същото време потенциално по-пълен модел, с който да се изследва човешкото преживяване на психичната болест, но и не скрива, че отделните критерии на модела са се разширили в по-голям мащаб. По-специално в социалния аспект, където са включени идеи, като духовност и култура (Dobrilova, P., 2022).

Ние стигаме до няколко фундаментални въпроси, а именно, достатъчен ли е за пълното описание на човешкото функциониране и на човека като цяло? Могат ли напълно достатъчно и задоволително да се опишат психичните явления, както и състояния на здраве и болест с този модел? Само биологичното, психичното и социалното ли са трите стълба на човешката еволюция? Според нас, съществува транстеоретичен, трансхуманнен и надмодален път за всеобхватно разбиране на човешкото съществуване и това е пътят на духовността на човека, надмодалността.

Какво е духовността, може ли да се измери тя и ще ни помогне ли в изграждане на цялостен подход към човека, към страдащия Homo Sapiens Sapiens, прибавяйки я като четвърта димензия в досега съществуващия Енгелсов модел? Съществен въпрос е дали епитетът "страдащ" може да се премахне ако сменим "второто" Sapiens с "Noeticus"? Биопсихосоционоетиката може да се смята за разширен модел на биопсихосоциалния модел. Този модел още се нарича биопсихосоциодуховен модел или разширен биопсихосоциален модел - EBM Model (от анг. **E**xtended **B**iopsychosocial **M**odel).

3.5. Биопсихосоционоетиката – естественото продължение на една история. Как се стигна до тук?

Ноетиката (гр. νοητικά; "nous", рус. *ноэтика* – в буквален превод означава ум в смисъл на висш, "върховен", "Вселенски разум", по думите на древногръцкия философ Платон, за когото ноетичното познание е най-висша форма на познание) е понятие с множество (поне пет) значения:

1. езотерична сърцевина на всички религии в света – източни и западни, древни и съвременни, - която става екзотерична, т.е. общодостъпна;
2. най-обединяващата настояща рамка за фундаменталното морално търсене на съзнанието и личностното знание на човечеството;
3. наука за споделеното "глобално съзнание", за колективния ум, за синхрона на дейността на отделните човешки умове в тон със "съзнанието на Космоса";

4. наука за ноетичния човек (Homo noeticus) – представител на "една по-развита форма на човечество", характеризиращ се с алтруизъм и по-високо равнище на съзнание, излизащо извън рамките на егоцентризма;
5. наука за съзнанието, свързана преди всичко с постиженията на американския изследовател Кен Уилбър (Автор на "Спектър на съзнанието", 1977, 1993), за когото съзнанието, аналогично на излъчването на светлина, с навлизането си в пространството и времето образува множество аспекти и подобно на спектъра може да бъде изследвано на една или повече "дължини на вълните" (Desev, L., 2021).

От изброените дефиниции много лесно може да се направи извода, че някои автори ноетиката я свързват с езотериката и религията, с фундаменталното морално търсене, най-висшия разум, други я считат за наука за съзнанието и т.н. В психологично-клиничен аспект обаче, ноетичния аспект има съвсем различен смисъл. **Ноетичният (духовният) аспект в биопсихосоционоетичния подход предполага отчитане на ролята на най-висшите съществени прояви на човек - неговата ценностна система и смисъла на живота в поддържането на здравето или неговото нарушаване (болест, разстройство)** (Frankl, V., 2008, Zalevskiy, G. V., 2012).

От практическа гледна точка, при предоставянето на психологическа и/или психотерапевтична помощ на вярващите, разчитането на "религиозната им духовност" също е ефективно, както се вижда от православните и други конфесионални психотерапии (Karvasarsky B.D., 1998, пак там). Залевский отбелязва, че този аспект от модела на здравето и болестта, в рамките на идеите за тяхната биопсихосоцианоетична природа, все още е слабо развит, особено в клиничен и психологически контекст (Zalevskiy, G. V., 2005, 2006).

Биопсихосоционоетичния модел (или биопсихосоциодуховния модел) неизбежно измества биопсихосоциалния и в рамките на този модел всяко явление, което е обект на клиничната психология, се разглежда като системно явление със системна детерминация (причинно-следствена и безпричинна), организация на системно структурно ниво (психично-функционална, психологично-душевна и психологично-духовна) в неговата интимна и специфична връзка със физичното (физиологичното, соматичното) (Zarlevski, K., 2022).

Според нас съвременното предоставяне на психологична, психотерапевтична и психиатрична помощ се радва на широка палитра от най-разнообразни възможности и начини за ефективна и ефикасна интервенция, оценка, диагностика и терапия. Но както отбелязва Г. В. Залевский, дори в случаите, когато специалистите по психично здраве разполагат с богат арсенал от възможности, произхождащи от биопсихосоциалния модел, самия духовен аспект не се зачита (Zalevskiy, G. V., 2012). Наистина, пише той, в рамките на екзистенциалния (В. Франкъл и др.) и трансперсоналния (Р. Мей, А. Миндел, С. Гроф и др.) подход духовният аспект е в центъра на вниманието, но парадоксът е, че той всъщност се оказва единственият, т.е. не е вграден в холистичен модел, който да отчита "всички светове" на човек - биологичен, психичен, социален и духовен (Zalevsky G.V., 2006; Zalevsky G.V., Kuzmina Yu.V., 2008; Straub R.O., 2001, цит. по Zalevskiy, G. V., 2012).

Тази тенденция да отпада духовния аспект в професионалната дейност на специалистите по психично здраве, която се наблюдава и днес, по думите на автора, се обяснява с редица обстоятелства от историческо и терминологично естество. Историческите причини включват факта, че с развитието на идеите за предмета на психологията, духовния аспект е отпаднал, а понятията „духовност", „духовен" са придобили изключително сакрален характер и най-често са

се използвали в църковната лексика (религиозна духовност) (Zalevskiy, G. V., 2012). Терминологичните причини ще ги разгледаме в следващите параграфи.

Въпросите за сходствата и различията между понятията "душа-дух" и "душевност-духовност" са вълнували хората, философите и учените още от най-ранни времена. Въпреки това, до ден днешен остава нерешена дилемата какво всъщност означават тези термини и въобще подлежат ли на дефиниция? Затова в следващите параграфи ще представим гледните точки по този важен за специалистите по психично здраве, въпрос.

Защо е необходимо да се дефинират тези четири понятия? Необходимо е защото модела, който разглеждаме, а именно, биопсихосоционоетичния модел, се основава не на триединството, което е фундамента в биопсихосоциалния модел, а на **четириединството – биологично, психично, социално и духовно.** Важно е да се разбере, че понятията душа и дух, съответно душевност и духовност ***не са тъждествени,*** тъй като изразяват различни аспекти от живота на човека. Много често в нашата култура термините душа и дух се разбират като синоними, или като "нещо" вътре в човека или извън него, което има най-често религиозен произход, или като "нещо" свръхестествено и паранормално. Но какво е това "нещо", което всеки човек е усетил поне веднъж в живота си и неведнъж си е задавал въпросите "Какво ме накара да си помисля така?" "Какво ме накара да направя това?" "От къде идва вътрешния ми глас?" "Какво ми помогна да се справя с този проблем?"

Преди да преминем към разглеждане на духовния аспект в психологично-клиничен контекст на модела, ще дадем кратка дефиниция на термините душа, душевност, дух и духовност, за да можем да направим анализ на същността на модела и да го разграничим от религиозния аспект, който аспект е възможно да се взаимозаменя и интерпретира, при това некоректно, с ноетичния, именно поради историческите и терминологичните причини.

Душа. По думите на К. А. Абулханова (1999) душата е състояние и фундаментално свойство на психиката, "неупотребено" за каквото и да било, и преди всичко способност за преживяване и съпреживяване като "велика самоценност" (Desev, L., 2021). Д. Михалчев пък посочва, че душата и съзнанието са тъждествени (Mihalchev, 1906, p. 264; 1914, p. 1, цит. по Nyagolova, M. D., 2012).

През 60^{те} години на деветнадесетото столетие е написан и първият учебник по психология от български автор, а именно, учебникът на Димитър Попов, в който той заявява, че "психологията е наука за природата на човешката душа" (Nyagolova, M. D., 2012). В началото на нашата студия, разглеждайки въпросите на догматичната парадигма, се докоснахме до понятието душа и го разгледахме от исторически аспект, най-вече при възникването на анимизма. Етимологията на думата "душа" показва връзката й с думите "пеперуда", "дишане", "дъх"; "дихание" и съгласно първоначалната, архаична и наивна представа на хората за душата, тя е "птичка-дихание", която свободно си лети и при смърт завинаги излита от човешкото тяло (Desev, L., 2021).

В. М. Розин (2002) пише, че подобни езикови конструкции са първите когнитивни схеми, изпълняващи важни функции в живота: помагат на хората да разберат/осмислят случващото се, да свързват явления по смисъл (преди това несвързвани), да организират дейността си и благоприятстват за изживяване на нова реалност (Desev, L., 2021). Преживяванията, които са "работа на душата", съпътстват съединяването на ценностите с живота и поддържат екзистенциално силата на човешката личност (пак там). Но все пак, твърдят П. Маринов и С. Николкова, разделянето на човешкия индивид на „душа" и „тяло" съществува само в нашето мислене, но не и в реалността. Всяко психично състояние има и своя биологичен корелат.

Психогенните състояния не се развиват откъснато от определени биохимични и неврофизпологнчнн процеси в човешкия мозък – основния интегриращ орган на организма (Marinov, P., Nikolkova, S., 2007).

Душевност. Душевният живот е актуализация и на личностни безсъзнателни сили, незаявяващи за себе си, докато личността функционира благополучно, и на колективно безсъзнателно като колективен архетип, съгласно Карл Густав Юнг (Desev, L., 2021). В тази категория нерядко се правят опити да се дефинира и т.нар. *душевно здраве.* Още във „философия на духа" Хегел привлича вниманието към взаимоотношенията между телесната и духовната сфера на личността и подчинението на телесната организация на духовната (психосоматична зависимост). Не на едно място в това произведение се подчертава, че „душата ще бъде свободна в тялото само тогава, когато личността е в съответствие с телесните закони" (соматопсихична зависимост), т.е. тя се подчинява на обективните закономерности на природата (Achkova, M., 1996).

СЗО прави опит за обиколна стратегия - да дефинира преди всичко какво е душевно здраве. Предложената дефиниция гласи: „Способността на зрялата личност да изгражда хармонични отношения с другите и да участва творчески в изменението на биологичните и социалните условия на заобикалящата среда". Акцентът е поставен както на възможностите за оптимална адаптация, така и на целенасочената активност. Както може да се види, дефиницията за душевно здраве е толкова критикуема, колкото и опитите да се дефинира душевната болест, а и соматичната болест, пише Проф. Миглена Ачкова (Achkova, M., 1996).

При недостатъчните знания за етиологията и патогенезата дори на тези психични разстройства, при които може да се предполага патологичен процес в един медицински смисъл, оценката за болест се прави въз основа на наблюдения върху поведението и изказванията. Те ни дават основание, пише тя, да градим своите предположения за променено възприемане на реалността и на самия себе си от страна на пациента, което води до дезадаптивност на реакциите и поведението. За други, непроцесни психични разстройства всъщност съдим по възможностите за нормално включване в социалната среда и справянето със социалните роли (пак там).

Дух. Духът се дефинира като концентрирано съзнание, съвкупност от всички функции на съзнанието, възникващи като отражение на реалността, но концентрирани в единна индивидуалност, като оръдие за съзнателна ориентация в действителността, въздействие върху нея и за преустройството й (Desev, L., 2021). С този термин се означават още психически образ на покойник и въображаемо свръхестествено същество (Свети Дух). Като философско понятие дух означава невеществено, идеално начало за разлика от материалното, природното начало. Духът възниква като вторично явление по отношение на действителността, но той е и активно действаща сила на човека за преустройство на действителността през практиката, без което е невъзможна човешката история (пак там).

Духовност. Духовността се дефинира като свойство на духа, проявявано в различни сфери на културата и преди всичко в областта на духовното производство, т.е. производството на духовни блага. Любомир Драмалиев (1912) с основание изтъква, пише Л. Десев, че духовността и културата са в известен смисъл "съвпадащи по своята същност понятия" (Desev, L., 2021). Разграничавайки в структурата на духовността статични и динамични страни, той посочва във връзка с общуването при условията на съвременното общество пет организирани блока на духовна динамика: информационно-комуникативен, поведенческо-регулативен, образователно-възпитателен, емоционално-образен и емоционално-игрови (пак там).

Ето защо не бива да се смесват нито терминологично-епистемологично, нито психолого-семантично тези четири понятия, тъй като всяко от тях представлява различни същности на човека. Ние ще си позволим да синтезираме тази информация, като приведем аналогични на тях понятия, в "духа" на съвремеността и нашите разбирания по този въпрос. В едно изречение бихме могли да кажем, че аналог на понятието душа е понятието "психика", на дух е понятието "съзнание", на душевност е понятието "психично", а на духовност са понятията "съзнателност и смисленост".

3.5.1. Духовността като актуален проблем в психологията в контекста на биопсихосоционоетичния модел. Същност и значение.

Актуалността на проблема за духовността в психологическата теория и практика, пише Г. В. Залевский, се доказва от проведена дискусия в руско списание на тема "Психологията – с или без религия". Той цитира няколко активно участващи учени, заявили категорични позиции и мнения по проблема за духовността. Някои автори смятат духовността и нейните аспекти като предмет на научната психология. Например М.Ю. Кондратиев (2007) смята, че „духовността като личностно свойство, като характеристика на личностната ориентация, като основна характеристика на поведенческата дейност беше и е именно психологическо понятие, смислово симбиотично свързано с такива категории като хуманност, съчувствие и в крайна сметка доброта" (Kondratiev, M. Yu., 2007, p. 21–22, цит. по Zalevskiy, G. V., Zalevskiy, V. G., Kuz'mina, Yu. V., 2009). Д. А. Леонтиев в това отношение се позовава „поне на екзистенциалната философия и психология…в тази традиция на мислене, човешката духовност, свобода, смисъл, ценности и т.н. винаги са били приемани като фундаментална реалност, независимо от приемането или отхвърлянето на религиозната вяра, те не са произлезли от нея" (2007, p. 61, цит. по Zalevskiy, G. V., 2012). А. В. Лоргус пък счита, че духовността може да бъде предмет на психологията, ако върви с религията не паралелно, а еднопосочно, слято, като едно цяло (Lorgus, A. V., 2007).

Духовността представлява система от обществени отношения (обучение, възпитание, подражание и др.) Тя се реализира като семантична (не количествена) информация, предавана от поколение на поколение, чрез общуване между хората, т.е. по не генетичен път. Това е така наречената екзосоматична, психосоциална, културна еволюция или коеволюция (КЕ) на човека и неговото общество. Културната еволюция е доминираща у човека. Културата става възможна благодарение на психичните изменения извършващи се в процеса на неговата соматична (генетичната) еволюция (Afanasyevich, 2007; Ichas, 1994; Liseev, 2001, цит. по Damyanova, E., Temelkov, B., & Daskalova, E., 2008). Феноменът "човек", като главен фактор за екологичната криза, е главен проблем на съвременността (Karpinskaya, 1995; SHatalov, 1997; Liseev, 1996, 2001, пак там). В него е ключа за разрешаването на всички останали световни проблеми: природно-ресурсни, демографски, военни и др. Това означава, че човекът, преди всичко, трябва да опознае себе си, да разбере двойствената си, биосоциална природа. Биосоциалния подход, който разгледахме по-горе, има теоретико-познавателно знание. То се изразява в необходимостта от синтез на биологичното и социохуманитарното знание чрез формирането на нова философска концепция за човека – човекознание (пак там).

Обикновено духовността се приема като аспект от човешката същност, изразява се в поведение и мислене, свързани с нематериалния свят, с възвишени идеи и ценности**. Човек може да бъде духовен, без да изповядва определена религия.** От своя страна, религията се свързва с вяра в свръхестественото, вяра в бог или богове, на които хората се покланят. Религиозните личности обикновено спазват конкретни правила и ритуали, предварително определени от

догмите на съответната религия (Asparuhova, P., 2022). Авторката посочва много интересен пример, а именно, че е направен цялостен преглед на здравната литература, която документира 92 дефиниции на духовността (пак там).

Simsen дефинира духовността, като казва, че „Духовността е част от човека, която е свързана с основното (неразгадаемото) значение на нещата и с отношението на човека към това, което е отвъд материалното“. Moberg счита, че е „Съвкупност от вътрешните ресурси на човека, основните значимости, около които са фокусирани всички останали стойности, централната философия на живота, която оказва влияние на цялото индивидуално и социално поведение. Според Oldnall: „Всеки индивид има духовни потребности, независимо дали индивидът е религиозен, или не (пак там).

В тази връзка като пример може да се посочи аскетизмът. Това е начин на живот, при който индивидът доброволно се отказва от материалните удоволствия. Аскетите вярват, че избраният от тях стил на живот е целомъдрен, непорочен. Тяхната основна цел е да постигнат по-високо духовно ниво. Аскетизмът съществува във всички религии, но се практикува и от нерелигиозни индивиди (които твърдят, че чрез него могат да мислят по-ясно и да игнорират деструктивните краткотрайни импулси) (Pridmor, S., 2016).

Няма да скрием пред драгия Читател, че сме съгласни с разграничението на духовността от религиозността от страна на Де Чикко Тереза, изследовател от Трентския Университет, Канада. В своя научна статия от 2007 год. тя заявява, че „духовността се определя като неограничен набор от лични мотивации, норми на поведение, опит, ценности и нагласи, които се основават на търсенето на екзистенциално разбиране, смисъл, цел и трансцендентност. А религиозността се определя като набор от норми на поведение, ценности и нагласи, които се основават на предварително установена религиозна доктрина и институционализирана организация” (De, Ch. T., 2007, p. 47).

Полето на духовното е многоизмерно и включва следните аспекти:

1. Екзистенциални предизвикателства (като въпроси, отнасящи се до идентичността, смисъла, страданието и смъртта, вината и позора, помирението и опрощението, свободата и отговорността, надеждата и безнадеждността, любовта и радостта).

2. Съображения и становища, основани на ценностите (кое е най-важното за всеки човек, като отношението към себе си, семейството, приятелите, работата, природата, изкуството и културата, етиката, морала и живота сам по себе си).

3. Религиозни съображения и основания – вярата, убежденията и практиките, отношенията с Бог или основния принцип (Asparuhova, P., 2022).

Духовността може да се тълкува по различен начин. Някои хора я отъждествяват изцяло с религиозни ценности. Други я възприемат като личностно израстване. Духовността се разбира като измерение на човека, което координира всички други измерения на личността – физическо, умствено, емоционално – определящи цялостното му съществуване (пак там). Ето защо ноетичния аспект е важно разширение на Енгелсовия модел, защото обхваща такива аспекти на личността, които обясняват най-висшата инстанция на “духовността” или “съзнателността” и това е смисълът в живота, който ще разгледаме по-подробно в отделна точка.

А. Г. Ковальов повдига дори въпроса за холистичния духовен образ на личността, неговия произход и структура и го разглежда като въпрос, опиращ до синтез на сложни структури: темперамент (структура на биологични свойства), ориентация (система от потребности, интереси и идеали), способности (система от интелектуални, волеви и емоционални свойства) (Frolova, A. V., Minullina, A. F., 2013).

Г. В. Залевский създава холистично-ценностен (цялостно-ценностен) подход в контекста на позитивната антропологична психология. В рамките на този подход човека (антропос - устремен нагоре) и неговото здраве се разбират като холистични образувания – биопсихосоционоетично / духовно единство със структурно ниво (П. Жанет, М. С. Роговин), най-високото и интегриращо ниво от което е духовното (духовност и духовно здраве, ценности и смисли). Тези нива (на човека и неговото здраве) отразяват нивата на „връзките на човека със света“ (А. Н. Леонтиев), „взаимодействието с реалността“ (А. В. Брушлински), „различни нива на битието“ (Л. Р. Правдина), които могат да се разглеждат като „светове (пространства), където се извършва развитието и саморазвитието на индивида и които могат да бъдат структурирани по следния начин: физичен свят (пространство), психичен свят (функционален и душевен), обществен (социален), духовен (културен) (Zalevskiy, G. V., 2015).

По думите на автора, днес учените са склонни да вярват, че решаващият фактор в тази интегрирана холистична организация е именно ноетичният / духовен компонент, който в крайна сметка определя **„индивидуалната отговорност на човека за неговото здраве“** (пак там). Ето защо включването на четвъртия аспект в цялостното разбиране на човека е необходимо и полезно, тъй като този аспект обхваща и смислово-ценностните ориентации на индивида – съответно клиент и/или пациент. Отговорността за здравето си (в най-широкия смисъл на думата) е елемент на по-високо ниво на грижа за самия себе си и за проява на по-високо самоуважение. Този аспект в обяснителния модел за човека ние го разбираме като необходим в работата ни със Страдащия Homo sapiens noeticus, защото само чрез него можем да достигнем до най-висшата организация на нервната система – притежанието на смисъл в живота. Висшия смисъл в живота и високите морални измерения, до които трудно се достига без страдание, болка, щастие и/или психотерапевтичен процес, представляват “ноетичното” в разширения Енгелсов модел.

Daniel P. Sulmasy (2002) създава т.нар. биопсихосоциодуховен модел за грижа за пациенти и според този модел всеки човек има духовна история. За много хора тази духовна история се разгръща в контекста на религиозна традиция. Но независимо от това как се е развила, тази духовна история помага да се създаде представа за цялостната личност на пациента и да се разбере, че когато има животозастрашаващата болест, тя поразява всеки човек в неговата цялост (Ramsey, 1970, цит. по Sulmasy, D. P., 2002). Основава подхода си на това, което той нарича философска антропология, като предполага, че хората са вътрешно духовни, когато са фундаментално ориентирани към взаимоотношенията (Hefti, R., 2013).

На тази позиция се противопоставя Рене Хефти, който пише, че съвременното научно лечение, според Сулмаси, също се състои във възстановяване на правилните взаимоотношения, но е ограничило обхвата си до възстановяване на хомеостатичните процеси в тялото. Научно лечение означава възстановяване на баланса на кръвната захар във връзка с други биохимични процеси, възстановяване на кръвното налягане до нивото, което е добро за жизненоважни органи и др. Но това, пише той, което наричаме „болест“, смущава повече от тези процеси в човешкото тяло. Разстройва семействата и работните места. То разрушава ефективните копинг-стратегии и повдига въпроси относно връзката на човек с Трансцендентното. Затова, той предлага интегриране на антропологията на В. Франкъл в биопсихосоциалния модел на Джордж Енгел и създава т.нар. „разширен биопсихосоциален модел“ (EBM) или с други думи „биопсихосоциодуховен модел“ (BPSSM) (пак там).

След като разбрахме, че духовното и религиозното са различни аспекти, и че религиозния аспект не е задължителен да присъства в опита да се разбере човешкото функциониране (в

контекста на подходите на специалистите по психично здраве към своите клиенти и/или пациенти) можем да обърнем вниемание на въпроса за смисъла *в* живота и неговата значимост в психотерапията.

3.5.2. Смисълът като ноетичен (духовен) елемент в психотерапията.

Проф. Борис Минчев (2010) прави много задълбочен анализ на психологическия конструкт "смисъл в живота" и на базата на теоретичните и психометричните данни до момента извежда няколко свои авторски позиции по въпроса. Посочените инструментариуми за измерване на смисъла в живота ще ни помогнат да демонстрираме, че измерването на ноетичния компонент в обяснителния модел подлежи на научно верифициране.

Темата за "смисъла на/в живота" е можеби най-комплексния проблем в психологията като цяло, редом с проблематиката "мозък-психика", категориите "съзнание", "дейност", "активност" и др. Що се отнася до терминологичната конструкция на самия термин, проф. Б. Минчев прави важно уточнение, че традиционният термин „смисъл на живота" следва да се замени със „смисъл ***в*** живота" (Minchev, B., 2010). Обяснението на автора е, че "животът няма друг смисъл извън него, освен да се възпроизвежда" (Minchev, B., 2010, p. 20). Живота се притежава от отделния индивид, който на съзнателно равнище може да изпитва смисленост или безсмислие само и единствено на собствения си живот. Ако един клиент/пациент говори за смисъла **на** неговия живот, това означава, че той притежава определено ниво на смисленост или безмисленост (на съзнателно равнище) и преживяването става част от неговия ***вътрешен свят***, следователно той говори за **смисъла *в* живота** му, тъй като този смисъл не съществува извън него.

„Смисъл в живота" (meaning in life, purpose in life) е нов психологически конструкт с дълга история на утвърждаване на психологическата сцена като "съществуващ", "измерващ се", "обективен", "операционализиращ се" феномен. Въведен е през 1964 г. от американските клинични психолози Джеймс Крумбъг и Леонард Махолик заедно с едноименния тест „Цел (смисъл) в живота" (Purpose in Life Test), или съкратено PIL Test (Crumbaugh & Maholick, 1964, цит. по Minchev, B., 2010). Този тест е адаптиран и на български език от Борис Минчев и Валери Тодоров през 2008.

Смисълът в живота все още е феномен с неизяснена етиология. Как възниква, от какво се създава? Къде се създава? Тези въпроси имат нееднозначни отговори. Най-дилемичен остава въпроса за полярността му – дали е субективно преживяване, което се конструира или обективно предопределено и предстои да се намери?

Б. Минчев пише, че като психологическа реалност смисълът в живота за първи път е разглеждан от Карл Густав Юнг и Алфред Адлер. Юнг забелязва, че от 40-годишна възраст нататък се осъществява *духовното развитие* на индивида и тогава той започва да се терзае от въпроса какъв е смисълът (предназначението) на собствения му живот. Адлер в своята знаменита книга „Смисълът на живота" се опитва да надхвърли индивидуалистичните предпоставки на психоаналитичния подход и да съзре едно основание за смислен живот в човешките общности. И двамата психолози извеждат индивидуалния смисъл на живота от човешката природа и по-конкретно от начина, по който те я конституират (Minchev, B., 2010). Ето защо духовността е равнозначна на смислеността или безмислеността в живота на клиента/пациента, който преминавайки през психотерапевтичния процес по модела на биопсихосоционоетиката, би могъл да се развива духовно. Това означава, че работейки както с биологичните, психичните и социалните дадености, така и с неговите актуални смисли и ценности в живота, могат да се постигат задоволителни психотерапевтични резултати, достигайки до придобиване на нови

смисли, ценности и цели, които да допринесат за пълноценно биопсихосоциодуховно равновесие.

Всъщност Адлеровата концепция за смисъла е проправила пътя на най-авторитетната съвременна психологическа теория за смисъла – логотерапията на Виктор Франкъл. Тя възникнала във „време разделно“ – Втората световна война, когато търсенето и намирането на смисъл се оказало ресурс за оцеляване на самия Франкъл в страшната действителност на концентрационните лагери. Франкъл твърди, че потребността от (воля за) смисъл се изостря в погранични за всекидневието и екзистенциални ситуации – загубата на любим човек, тежка болест, неделна скука и пр. **Самият смисъл се преживява като откриване на адекватно отношение към един свят на ценности, свързани с любовта, Бога, страданието, нравствеността и др.** Така смисълът за Франкъл е обективно зададен и на индивида му предстои да го търси и намери. Централният проблем на човешкото битие според В. Франкъл не е какво искаш от живота, а какво можеш ти самият да дадеш на живота в уникалните ситуации, в които попадаш. Франкъл отбелязва, че съвременният човек е склонен да задава на лекаря и на психолога въпроси, които преди време е отправял към свещеника (Minchev, B., 2010).

Дж. Крумбъг и Л. Махолик може би са първите автори – клинични психолози, които правят опит за операционализация на понятието „смисъл (цел) в живота“ (purpose in life). В статия от 1964 г. те изтъкват с гордост, че тестът им е прегледан и одобрен от самия В. Франкъл (Minchev, B., 2010). Всъщност от този момент нататък започва изследването на смисъла в живота посредством емпирични методики и смисълът става приложен психологически проблем (пак там).

Дмитрий А. Леонтиев прави амбициозен опит за „единна общопсихолигическа концепция за смисъла“ (Leontyev, D. A., 2003, p. 6, цит. по Minchev, B., 2010). Той приема, че смислите се конструират от културата, в която е включен субекта и вторично от самия субект (пак там).

Ние считаме, **че измерването на смисъла (и целите) в живота** на клиента/пациента е първата стъпка в измерване на духовността му. Най-често използваните психометрични инструменти (прецитирани по проф. Б. Минчев (2010)) в тази посока са:

1. Purpose in Life (PIL) Test (Crumbaugh & Maholick, 1964; 1969; Hutzell, 1988). Най-широко използваният психометричен инструмент, свързан със смисъла в живота. Тестът се състои от 3 части: първата съдържа 20 айтема, на които се отговоря чрез 7-бална ликертова скала. Втората част съдържа 13 незавършени изречения, които се довършват от изследваните лица. Третата част е незадължителна и приканва индивида да напише случка, в която той преживява интензивен смисъл или безсмислица в своя живот. Използват се версии на редица езици – китайски, фински, руски, немски и др. Вече е в наличност и българска версия, адаптирана от Минчев и Тодоров през 2008 година.

2. The Seeking of Noetic Goals (SONG) Test (Crumbaugh, 1977a; b; Reker & Cousins, 1979). Замислен е като допълнение към PIL теста. Също 20-айтемен тест, на който се отговаря чрез 7-бална скала от ликертов тип. Докато PIL измерва наличието на смисъл в преживяванията, SONG тестът е предназначен да измерва *силата на мотивацията* да се търси смисъл в живота.

3. Sources of Meaning Profile (SOMP) (Prager, 1996; 1998). В теста са зададени 16 източника на смисъл в живота и от изследваните лица се иска да оценят важността им в своя живот по 7-бална ликертова скала.

4. Life Engagement Test (LET) (Scheier, 2006). Тестът съдържа 6 айтеми и изследваните лица оценяват по 5-бална скала доколко дейностите им са ценни и важни за тях самите.

5. Purpose in Life Scale (Ryff, 1989). Това е една от 6-те субскали на Ryff's Well-Being Inventory.

6. Sense of Coherence Scale (SOC) (Antonovsky, 1983, 1985). Оригиналният тест съдържа 28 айтема, оценяващи 3-те измерения. Използват се също и две съкратени версии: Short 9-item Version of the Sense of Coherence Scale (Klepp et al., 2007), и The Brief Assessment of Sense of Coherence (BASOC) (Lundberg & Nystrom Peck, 1995; Schurman et al., 2003). Последната версия с 3 айтема се препоръчва да се включва като част от въпросници за душевно здраве и качество на живота, които обикновено съдържат десетки айтеми.

7. Life Regard Index (LRI) (Battista & Almond, 1973; Debats, 1990; Steger, 2007). Съставен е от 28 айтема, заимствани значително от PIL, SONG и няколко други тестове. Те оценяват живота с определени степени на позитивно приемане, безотносително към конкретни ценности. Оценките се дават по 5-бална скала. Съществува и преработена (revised) версия на теста – LRI-R (Debats, 1998; Mascaro & Rosen, 2006). Изготвени са версии на LRI и LRI-R на няколко езика.

8. Meaning in Life Questionnaire (MLQ) – (Steger et al., 2006). Тестът включва 10 айтема, измерващи присъствието и търсенето на смисъл в живота на индивида посредством 7-бална ликертова скала. Валидизиран е спрямо основните тестове за смисъл в живота, има и японска версия.

9. Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) (Fegg et al., 2008; Krenz et al., 2008, френска версия на теста). Изследваните лица генерират самостоятелно названия на 3 до 7 области в живота, в които преживяват смисъл. След това правят рейтинги чрез 10-бални скали на важност и удовлетвореност, изпитвани във всяка от областите.

10. Meaning in Life Depth (The MILD) – (DeVogler & Ebersole, 1985; Ebersole & DePaola, 1989; Ebersole & Quiring, 1991). Оценяват се есета за смисъла в живота на пишещия есето по серия експлицитни критерии.

11. Life Purpose Questionnaire (LPQ) (Hablas & Hutzell, 1982; Hutzell, 1989). Предназначен да измерва смисъла в живота на възрастни индивиди. Затова са предложени 20 айтема, лесни за разбиране от изследваните лица. Отговорите се дават в двоична скала: „Съгласен съм/Не съм съгласен".

12. Meaning in Life Scale (for cancer patients) (MiLS) (Jim et al., 2006). Тестът съдържа 21 айтема и всеки айтем започва с „В резултат на моята ракова диагноза и лечение ..." и следва твърдение за смисъл, цел и пр. Предназначен е да установява как заболяването повлиява смисъла в живота на пациентите. Отговорите се дават по 6-бална ликертова скала.

13. Meaning in Suffering Test (MIST) (Starck, 1983; 1985; Schulenberg et al., 2006). Тестът е предназначен да установи доколко пациентите са намерили смисъл в преживявания, свързани с болестта им. Тестът се състои от две части: първата съдържа 20 айтема, на които се отговаря чрез 7-бална ликертова скала. Втората съдържа 17 твърдения с множествени отговори и от пациентите се иска да изберат 1 от тях. Втората част не се точкува, а служи директно за терапевтични цели.

14. Assumptive Worlds Scale (нарича се още **The World Assumption Scale, WAS)** (Janoff-Bulman, 1989, 1991; Magwaza, 1999; Harris & Valantiner, 2002, Doron et al., 2007). Състои се от 36 айтема, които тестират 5 допускания за света и 3 за Аза на индивида. Изследва смислеността на света за Аза. Отговорите се дават чрез 6-бална скала от ликертов тип. WAS съществува и във версия за полу-структурирано интервю, което дава по-разнообразни отговори (Magwaza, 1999).

15. Constructed Meaning Scale (Fife, 1989, 1995, 2005; Bevvino & Sharkin, 2003).

16. The Sense of Symbolic Immortality Scale (SSIS) (Drolet, 1990**).** Състои се от 26 айтема, репрезентиращи 5 субскали. Отговорите се дават в 7-бална ликертова скала. С него се изследва

какъв статус отреждат на смъртта изследваните лица и как това се отразява на смисъла в живота им.

17. The Life Attitude Profile (LAP) (Reker & Peacock, 1981; Adams et al., 2000). Съществува и преработена (revised) версия на теста LAP-R (Reker, 1992, Dennis et al., 2005; Muller & Dennis, 2007; Thompson, 2007; Meraviglia, 2004). LAP-R е предназначен да измерва екзистенциален смисъл и цел в живота като мултидименсионално понятие посредством 48 айтема, организирани в 6 субскали с по 8 айтема всяка. За теоретична основа му служи теорията на В. Франкъл. Отговорите се дават по 7-бална ликертова скала. Точките се организират в две субскали – Personal Meaning Index и Existential Transcendence.

18. Personal Meaning Profile (PMP) (Wong, 1998). Състои се от 57 айтема (и 7 измерения), описващи характеристики на идеално осмислен живот. Тестът е предназначен да оценява доколко животът на индивида съвпада с прототипи на смислен живот.

19. Spiritual Meaning Scale (Mascaro et al., 2004; Mascaro & Rosen, 2006). Състои се от 14 айтема, измерващи в каква степен индивидът вярва в съществуването на духовна сила, която дава на живота цел, смисъл и воля и доколко индивидът се чувства съпричастен към нея. Отговорите са във формат ликертова скала. Тестът има добри психометрични показатели според Маскаро и Розен, автори на теста.

20. Personal Meaning Index (Reker, 2005; Jaarmaa et al., 2007). Всъщност този тест е обособена субскала на LAP-R, която се използва като самостоятелен психометричен инструмент. Включва две от 6-те измерения – Purpose и Coherence. Съдържа 16 айтеми (по 8 айтема за всяко от двете измерения). Изследва цели, мисия и чувство за направление в живота (Muller & Dennis, 2007, p. 56).

21. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) – (Leontyev, 1992, 2003, 305–309; Leontyev, Kalashnikov, Kalashnikova, 1993). Руска версия на PIL теста.

По наблюдения на проф. Б. Минчев най-използваните тестове са PIL Test и SOC тестът, заедно с кратките версии. Специално SOC тестът въплъщава един терминологично различен конструкт – „чувство за съгласуваност“ (sense of coherence, съкратено SOC), което Аарон Антоновски схваща като състовено от 3 измерения – **разбираемост** (comprehensibiliy), **управляемост** (manageability) и **смисленост** (meaningfulness), които се тестират с отделни айтеми, но иначе се акцентира, че са неделими аспекти на динамичното чувство за предсказуемост и увереност в подредеността и контрола на стимулните или социалните ситуации. Чувството за съгласуваност работи много добре в моделите на индивида с пълноценно душевно здраве и се нарушава при стрес и неблагоприятни въздействия. В случая е важно, че смислеността се поражда в контекста на разбираемост и контрол на случващото се с индивида. Концепцията на Аарон Антоновски и инструментът за измерването ѝ – SOC тестът – са породили изследователска литература, съизмерима с тази, използваща PIL теста (Antonovsky, 1983, 1985; Klepp et al., 2007; Lundberg & Nystrom Peck, 1995; Schurman et al. 2003). (цит. по Minchev, B., 2010, pp. 23-26).

3.5.3. Структура на биопсихосоционоетичния модел

По-долу (вж. фиг. 3) е представен авторски модел на биопсихосоционоетичния подход, който цели да представи в обобщен, нагледен и рамков вид неговата същинска структура и с това да се популяризира необходимостта от използването му в работата с клиенти/пациенти. Силно се надяваме този модел да бъде един фундамент, върху който могат да стъпят специалистите по психично здраве за обогатяване и разширяване на теоретичните си познания, както и надграждане на методологичните инструменти чрез практическото му приложение.

Модела е основан на триединството “биологично-психично-социално” и е прибавен нов компонент, а именно, “ноетичен-духовен”. В **биологичния аспект** са включени реакциите на организма “бий се”; “бягай” или “замръзни”, генетичната предразположеност и детерминираност, хормоналните процеси, биохимичните процеси, анатомофизиологичното устройство на клетките, тъканните образувания, органите, системите и организма. В **психичния аспект** са включени когнициите, перцепциите, нагласите, чувствата и емоциите, устойчивостта на организма при стресови ситуации, резилиънс, стабилност и адаптивност, уравновесеност, както и характера, интензитета и честотата на преживяване на психотравми през целия жизнен цикъл на човека. В **социалния аспект** са включени взаимоотношенията в различни социални среди (дом (семейството); училище (ученици, учители); работа (колеги); приятели и др.), комуникация и интеракция, културните норми, към които се придържа клиента/пациента, ролите, които заема и др. В **ноетичния аспект** са включени смислите и целите в живота, които има, отношението му към истината и лъжата, вярата, надеждата и любовта, които култивира, трансцедентността, себеактуализацията и нивото на осъзнатост.

Фиг. 3. Авторски модел за биопсихосоционоетичната парадигма в психологията, психотерапията и психиатрията

Ако трябва да сравним този модел с нещо, което е било и все още е стълб на определена наука, то това е “Хипократовата клетва” в медицината. Съчетаването на четирите аспекти в психологичните консултации, психотерапевтичните процеси и психиатричните прегледи могат да послужат като надежден източник на богата и ценна информация за състоянието на клиента/пациента в измерението “тук и сега”, както и да дадат по-подробна информация за неговото минало и/или планове за бъдеще. Този рамков модел може би ще бъде основният стълб, върху който ще се градят бъдещите познания за човешкото функциониране. Днес сякаш е

неизбежно да се обединяват биологичните, психичните, социалните и ноетичните елементи. Това ще даде възможност на специалистите да придобият по-пълна и "по-смислена" представа за своите клиенти/пациенти.

3.5.2. Значението на биопсихосоционоетичния модел в психологичното консултиране и психотерапията

Интеграцията на психотерапията е най-добре да се характеризира чрез опитите да се погледне отвъд и през границите на подходите на отделните школи, за да се види какво може да се научи от другите перспективи и как клиентите могат да се възползват от различни начини на провеждане на терапия (Kori, D., 2015). Една от причините за движението към интегриране на психотерапията, пише автора, е признанието, че никоя отделна теория не е достатъчно всеобхватна, за да обясни сложността на човешкото поведение, особено когато се взема предвид обхватът от типове клиенти и техните конкретни проблеми (пак там).

Ето защо включването на ноетичния аспект в консултирането и психотерапията би ни помогнал да разберем (може би отново в недостатъчна цялост!) сложността на човешкото функциониране. Но при всички положения считаме, че интегрирането на въпросите за духовността в психоконсултативния и психотерапевтичния процес биха били от огромна полза за крайния резултат – ефективно справяне/разрешаване на психотравмата в най-широкия смисъл на думата (от тясно-клиничен до философско-екзистенциален). В тази насока разсъждава и проф. Дж. Кори, който казва, че никоя теория не съдържа цялата истина и защото никой отделен набор от консултативни техники не е винаги ефективен в работата с разнообразни популации от клиенти, интегративните подходи са обещаващи за консултативната практика (Kori, D., 2015). Нашия модел също не претендира разрешаване на загатката за сложността на човешкото функциониране, но дава надежда за по-холистичен, цялостно-ценностен и смислов подход към клиентите/пациентите.

Данните от проучвания на членове на Американската психологическа асоциация и Американската асоциация по консултиране сочат, че духовните и религиозните въпроси са терапевтично релевантни, етично уместни и потенциално значими теми за практиката на консултирането в светска среда (Delaney, Miller & Bisono, 2007; Young, Wiggins-Frame & Cashwell, 2007, цит. по. Kori, D., 2015). Клиентите, които преживяват кризисна ситуация, може да открият източник на утеха, подкрепа и сила в своите духовни ресурси. За някои клиенти духовността включва прегръщане на религия, което може да има множество различни значения. Други клиенти ценят духовността, но нямат никакви връзки с официалната религия (пак там).

Каквото и да е становището на човека за духовнността, заключава проф. Дж. Кори, това е сила, която може да му помогне да открие цел (или цели) в живота (Kori, D., 2015). Ние считаме, че от съществено значение за демонстрация на ноетичните аспекти е да покажем на клиента/пациента, че поставянето на цели на консултирането и/или психотерапията е идентично на поставяне на цели в жвиота и че това е важен аспект от чувството на кохерентност и част от съществуването. Този момент е особено сензитивен в първичния контакт между специалиста и клиента/пациента.

Духовните и религиозните ценности играят основна роля в човешкия живот и борба, което означава, че изследването на тези ценности има много общо с осигуряването на решения за борбите на клиентите. Тъй като духовните и терапевтичните пътища се сливат по някакъв начин, интеграцията е възможна и работата с духовността на клиента често ще подпомага терапевтичния процес (Kori, D., 2015). Затова ние препоръчваме всеки специалист по психично здраве освен да отчита биологичните, психичните и социалните фактори, да обръща внимание и

на духовността на клиента/пациента – неговия смисъл в живота, ценностите които има и целите, които преследва. Също така от критично значиение са и въпросите за отношението му към самия себе си, любовтта, научаването на състрадателно изслушване (защото как ще **с**преживяваме, ако не преживяваме?; Как ще **с**знаваме, ако не знаем?; Как ще **с**страдаваме, ако не страдаме?; И как ще **ос**мисляме, ако не мислим?). Работата по тези въпроси ще позволи на терапевта до определена степен да навлизне до най-дълбоките кътчета на човешката психика, което на свой ред ще се отрази върху способността на самия клиент да достигне до собствения си вътрешен свят.

4. Заключение

Смяната на една парадигма с друга, както казахме по-горе, се нарича "научна революция". Смяната на биопсихосоциалната парадигма с биопсихосоционоетичната е вече твърде фактологизирана и във висока степен верифицирана нова научна революция, която днес заема все по-широко място в подходите (ако не се използва и като единствен подход!) на психоконсултантите, психотерапевтите и психиатрите в областта на оценяването, диагностицирането, терапията, психопрофилактиката и психохигиената.

Уникалното съчетание на биологичното, психичното и социалното наистина е от първична необходимост в тези области, но ако изключваме ноетичното, духовното, то уникалното ще се превърне в недостатъчно разбираемо и скрито зад потенциалната възможност за осъзнаване на индивида и разбиране на собствената си цялостност и смисъла на земното си съществуване. Използвайки този подход ще се отвори пространство за разбиране на светогледа на клиента/пациента и ще се подпомогне в справянето му с въпросите за смисъла, целите и ценностите в живота му, ако те са дисфункционални или липсващи. В комплексността е значимостта. Това е може би най-краткото заключително слово, което събира в себе си всички до тук изложени позиции. Този параграф може да го считаме за заключителен по темата, или все пак за начало на ново търсене на *истинността,* ако тя изобщо съществува като такава!?

References

Abramov, V. (2022). *Psihiatriya budushtego: ot agressivnogo dogmatizma k poisku chelovecheskih smayslov* [Psychiatry of the future: from aggressive dogmatism to the search for human meanings]. Litres.

Achkova, M. (1996). *Psihiatriya* [Psychiatry]. Sofiya: Publishing House "Znanie" OOD

Asenova, I. (2018). *Psihopatologiya* [Psychopathology]. Blagoevgrad: SMILKOV EOOD – Blagoevgrad.

Asparuhova, P. (2022). *Kontseptsii za sadarzhanieto na ponyatieto „duhovnost "i „religiya"* [Concepts on the contents of the notions of spirituality and religion]. Vratsa: V sb. *Savremenni predizvikatelstva pred zdravnite grizhi*, p. 110-112.

Bark, L. E. (2012). *Izsledvane na razvitieto prez zhizneniya tsikal* [Exploring Lifespan Development]. Sofia: Dilok Publisher.

Bauman, U., Perre, M. (2012). *Klinicheskaya psihologiya i psihoterapiya* [Clinical psychology and psychotherapy]. SPb.: Piter.

Bongar, B., Byutlar, L. E. (2002). *Palen narachnik po psihoterapiya* [Comprehensive Textbook of Psychotherapy]. Sofiya: Publishing House "LIK"

Damyanova, E., Temelkov, B., & Daskalova, E. (2008). *Evolyutsiya i ekologiya* [Evolution and ecology]. Plovdiv: V sb. *Yubileyna nauchna konferentsiya po ekologiya,* 464-473.

De, Ch. T. (2007). *Nayti Ya v psihologii, duhovnosti i religii* [Finding your "Self" in psychology, spirituality and religion]. V sp. *Psihologiya*. Zhurnal Vaysshey Shkolay ekonomiki, 4(4), 46-52.

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Clinical psychology review, 33(7), 846-861.

Desev, L. (2021). *Rechnik po psihologiya* [Dictionary Of Psychology]. Sofya: Publishing House: "Sv. Kliment Ohridski"

Dobrilova, P. (2022). *Biopsihosotsialen podhod v preventsiyata i lechenieto na psihichni narusheniya, otchitani v obshtata meditsinska praktika* [Biopsychosocial approach in the prevention and treatment of mental disorders reported in general medical practice]. Vratsa: V sb. *Savremenni predizvikatelstva pred zdravnite grizhi,* 141-143.

Elchinov, D. (2016). *Saznanie i povedenie* [Mind and Behavior]. Sofia: St. "Kliment Ohridski" Press.

Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. Psychosomatics, 38(6), 521-528.

Eriksan, E. (1996). *Identichnost. Mladost i kriza* [Identity. Youth and Crisis]. Sofia: Nauka i izkustvo.

Frolova, A. V., Minullina, A. F. (2013). *Klinicheskaya psikhologiya - uchebnoye posobiye (chast' 1). Kazan'* [Clinical Psychology – Textbook - Part 1]. Kazan': FGAO UVPO

Gradinarova, N., Spasova, N. R., Radev E. (2022). *Etichni konflikti v meditsinskata praktika prouchvane na lekari i profesionalisti po zdravni grizhi* [Ethical conflicts in medical practice – a study of physicians and health care professionals].Vratsa: V sb. *Savremenni predizvikatelstva pred zdravnite grizhi*, 141-143.

Harris, K. M., McDade, T. W. (2018). The biosocial approach to human development, behavior, and health across the life course. RSF: The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences, 4(4), 2-26.

Hefti, R. (2013). The Extended Biopsychosocial Model: A whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. V sb. *Psyche & Geloof*, 24(2), 119-29.

Holmogorova, A. B. (2014). *Obostreniye bor'by paradigm v naukakh o psikhicheskom zdorov'ye: v poiskakh vykhoda* [Clash of paradigms in mental health sciences: in search of a way out]. V sp. Sotsialynaya i klinicheskaya psihiatriya, 24(4), 53-61.

Holmogorova, A. B., Raychkova, O. V. (2017). *40 let biopsihosotsialynoy modeli: chto novogo?* [40 years of Bio-Psycho-Social model: what's new?]. V sp. *Sotsialynaya psihologiya i obshtestvo*, 8(4), 8-31. doi:10.17759/sps.2017080402

Ivkov, B. (2014). *Konflikt na interpretatsiite v otnosheniyata lekar-patsient. Sotsiologicheski i eticheski implikatsii* [Conflict of interpretations in the doctor-patient relationship. Sociological and ethnic implications]. V sb.: E. Marinova, S., Popova, E.

(sast. I red.) Evropeyskite etichni standarti i balgarskata meditsna, p. 354-360, Sofiya: BLS.

Karvasarski, B. (2019). P*sihoteratevtichna entsiklopediya* [Encyclopedia of Psychotherapy]. Primedia eLaunch.

Kolpakova, M. Yu. (2009). *Evolyutsiya psihoterapii* [Evolution of the Psychotherapy]. V sp. Kulyturno-istoricheskaya psihologiya, 5(3), 91-100.

Kori, D. (2015). *Teoriya i praktika na konsultiraneto i psihoterapiyata* [Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy]. Sofiya: Iztok-Zapad.

Lorgus, A. V. (2007). *Psihologiya s religiey ili bez nee?* [Psychology with or without religion?].V sp. Psihologiya. Vaysshey shkolay ekonomiki, 4(2), 58-64.

Lukov, V. (2018). Sotsiobiologiya ili biosotsiologiya: chem oni otlichayutsya primenitelyno k proishodyashtemu v novыh pokoleniyah? [Sociobiology or Biosociology: How Do They Differ with Regard to the Happening in the New Generations?*]. Vestnik Mezhdunarodnoy akademii nauk. Russkaya sektsiya, (1), 109-114.

Marinov, P., Nikolkova, S. (2007). *Psihiatriya, psihologiya i psihoterapiya* [Psychiatry, Psychology and Psychotherapy]. Sofiya: GoreksPres

Masladzhieva, R. I., Kostova, Z. G. (2016). *Klinichna psihologiya - osnoven kurs.* [Clinical psychology - basic course]. Plovdiv: Izd. Martini Investmant

Mavrodiev, S. (2015). *Istoriya na psihologiyata.* [History of psychology]. Blagoevgrad: Publishing House „Neofit Rilski“.

Mavrodiev, S. (2019). *Osnovi na psihologiyata* [Basics of psychology]. Blagoevgrad: Publishing House “Neofit Rilski”.

Minchev, B. (2010). *Smisalat v zhivota–teorii, izsledvaniya, perspektivi* [Meaning in Life – Theories, Investigations, Perspectives]. Sofiya: SU St. „Kliment Ohridski”, 102 (19), 19-34.

Morisan, V., Benet, P. (2013). *Vavedenie v zdravnata psihologiya* [An Introduction to Health Psychology]. Sofia: Iztok-Zapad.

Nyagolova, M. D. (2012). *Prinos kam istoriyata na psihologiyata v Balgariya (ot osvobozhdenieto do 1912 godina)* [A contribution to the history of psychology in Bulgaria (from liberation to 1912).]. V sp. *Psychological Thought*, 5(1), 2–21, doi:10.5964/psyct.v5i1.5

Orudzhev, N. Ya., Tarakanova, YE. A. (2010). *Biopsikhosotsial'naya kontseptsiya, kachestvo zhizni i reabilitatsiya bol'nykh shizofreniyey* [Biopsychosocial concept, quality of life and rehabilitation of patients with schizophrenia]. V sp. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, 91(2), 264-267.

Petrova, T. B. (2019). *Sotsialna obuslovenost na psihichnoto razvitie* [Social Conditions Mental Development]. Velikotarnovo: V sb. *Izsledvaniya i praktika*, 27(1), 144-152.

Piryova, B. (2000). *Biologichna psihologiya* [Biological psychology]. Sofiya: Veda Slovena –ZHG

Plante, T. G. (2005). Contemporary Clinical Psychology. New Jersey: Johyn Wiley & Sons.

Pridmor, S. (2016). *Psihiatriya* [Psychiatry]. Varna: Katedra „Psihiatriya i meditsinska psihologiya“ MU-Varna

Sapundzhiev, S. (2017). *Teoretiko-prakticheski model na klinichna sotsialna rabota pri sotsialna rehabilitatsiya i resotsializatsiya v obshtnostta na litsa s psihichni razstroystva* [Theoretical-Practical Model of Clinical Social Work in Social Rehabilitation and Resocialization in the Community of Persons with Mental Disorders]. V sp. Sotsialna rabota, 2, 102-125.

Siyman, D. D., Kenrik, D. T. (2002). *Psihologiya* [Psychology]. Sofia: NBU

Stoynova, S. (2007). *Osnovi na psihologicheskite izmervaniya – adaptatsiya na test* [Fundamentals of psychological measuements – Test adaptation]. Blagoevgrad: SWU “Neofit Rilski” Press.

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. V sb. *The gerontologist*, 42(3), 24-33.

Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial model of health. V sp. *Psychology and Psychiatry,* 4(1).

Weiner, I. B., & Freedheim, D. K. (2003). Handbook of psychology: Vol. 1 History of psychology. New Jersey: John Wiley & Sons.

Zalevskiy, G.V. (2005). *Psikhologiya zdorov'ya – problemy obrazovaniya i kul'tury* [Health psychology - problems of education and culture]. Tomsk: V sp. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal,* 22, 153–157.

Zalevskiy, G. V. (2006). *K probleme predmeta i ramochnayh modeley sovremennoy klinicheskoy psihologii* [To the problem of subject and framework models of present-day clinical psychology]. Tomsk: V sp. *Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal,* (23), 6-13.

Zalevskiy, G.V. (2006). *Vvedeniye v klinicheskuyu psikhologiyu: elektronnyy resurs* [Introduction to Clinical Psychology: Electronic Resource]. Tomsk : IDO TGU.

Zalevskiy, G. V. (2009). Ot “demonicheskoy” do “biopsikhosotsionoeticheskoy” modeli psikhicheskogo rasstroystva [From the “demonic” to the “biopsychosocionoetic” model of mental cleseases]. Tomsk: V sb. Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal 32 (1), 57-64.

Zalevskiy, G. V., Zalevskiy, V. G., Kuz'mina, Yu. V. (2009). *Antropologicheskaya psikhologiya: biopsikhosotsionoeticheskaya model' razvitiya lichnosti i yeye zdorov'ya* [Anthropological psychology: biopsychosocionoetical model of personality and his health]. Tomsk: V sp. Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal 33 (1), 99-103.

Zalevskiy, G. V. (2012). *Istoriya klinicheskoy psikhologii: uchebnoye posobiye.* [Historyof psychology: textbook]. Tomsk: Tomskiy Gosudarstvenyy universitet

Zalevskiy, G. V. (2015). *Tselostno-tsennostnaya paradigma i biopsikhosotsionoeticheskaya model' prirody cheloveka i yego zdorov'ya v kontekste pozitivnoy antropologicheskoy psikhologii* [Integral-value paradigm and biopsychosocionoetic model of human nature and health in the context of positive anthropological psychology]. V sp. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal,* (58), 100-107.

Zarlevski, K. (2022). *Istoriya na klinichnata psihologiya – klasicheski diskurs i savremenni nauchni tendentsii v razvitieto y* [The history of clinical psychology – classical discourse and modern scientific tendencies in its development]. V sb. "*Prilozhna psihologiya i sotsialna praktika*". Varna: Publishing House VSU „Chernorizets Hrabar".