

УЧЕБНИК / ДЛ Я ВУЗОВ

# ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Под редакцией  
Г. С. Никифорова

Рекомендовано Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии



[300.piter.com](http://300.piter.com)

Издательская программа

**300 лучших учебников для высшей школы  
в честь 300-летия Санкт-Петербурга**

осуществляется при поддержке Министерства образования РФ

 **ПИТЕР®**

Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж  
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск  
Киев · Харьков · Минск

2006

Федеральная целевая программа «Культура России» Поддержка полиграфии и книгоиздания России

Рецензенты:

Г. М. Яковлев, заведующий кафедрой психофизиологии и медицинской психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии медицинских наук;

В. Н. Машков, заведующий кафедрой социальной антропологии и психологии республиканского гуманитарного института (Санкт-Петербург), доктор психологических наук, профессор.

Н62 Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006.– 607 л: ил. – (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 5-318-00668-X

Первый в России учебник «Психология здоровья» посвящен новому, интенсивно развивающемуся направлению исследований. Обсуждаются основные этапы становления психологии здоровья и ее предметная область. Само понятие здоровья трактуется как системный феномен. В книге рассматриваются слабо разработанные в зарубежной и отечественной психологии здоровья проблемы: критерии психического и социального здоровья, вопросы психологического обеспечения профессионального здоровья и долголетия человека. Учебник предназначен студентам, аспирантам и преподавателям факультетов психологии университетов. Он может быть интересен и полезен философам, педагогам, врачам, социальным работникам – всем, чьи профессиональные интересы так или иначе связаны с темой здоровья.

## Оглавление

Предисловие .....	7
Раздел I. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: НОВОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ.....	8
Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ .....	8
История становления и современное состояние .....	8
Проблемы здоровья и здорового образа жизни в контексте российской культуры .....	13
Определение психологии здоровья и задачи исследования .....	18
Взаимосвязь с другими науками.....	20
Психологические факторы здоровья.....	22
Литература .....	29
Глава 2. ЗДОРОВЬЕ КАК СИСТЕМНОЕ ПОНЯТИЕ .....	30
Значение здоровья и подходы к его определению .....	30
Идея системности в толковании понятия здоровья.....	32
Взаимосвязь уровней рассмотрения здоровья и болезни .....	37
Критерии психического и социального здоровья .....	41
Исследование представлений о критериях здоровья .....	45
Контрольные вопросы .....	48
Литература .....	49
Раздел II. ФИЗИЧЕСКОЕ, ПСИХИЧЕСКОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ .....	50
Глава 3. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ .....	50
Понятие «физическое здоровье» .....	50
Факторы физического здоровья .....	52
Адаптационные резервы организма .....	53
Двигательная активность и физическое здоровье.....	58
Оценка и самооценка физического здоровья.....	59
Контрольные вопросы .....	64
Литература .....	64
Глава 4. ГАРМОНИЯ ЛИЧНОСТИ .....	65
Здоровье и гармония .....	65
Понятие гармонии личности .....	65
Гармония внешнего и внутреннего пространства личности .....	66
Гармония личности как гуманитарная проблема .....	67
Гармония отношений личности .....	70
Гармония развития личности.....	71
Духовное бытие, и смысл жизни личности .....	72
Контрольные вопросы .....	74
Литература .....	74
Глава 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ.....	75
Понятие «психологическая устойчивость» .....	75
Общее представление о психологической устойчивости.....	76
Составляющие психологической устойчивости .....	78
Вера как опора психологической устойчивости .....	81
Вера в магические силы (магическая направленность сознания).....	84
Религиозная ориентация.....	85
Доминанты активности как опоры психологической устойчивости .....	85
Психологическая устойчивость как сопротивляемость .....	87
Психологическая зависимость как следствие снижения устойчивости.....	90
Контрольные вопросы .....	90
Литература .....	91
Глава 6. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .....	92
Общие положения.....	92
Психологические типы как формы психического здоровья.....	93
Акцентуации личности и психическое здоровье .....	98
Контрольные вопросы .....	103
Литература .....	104
Глава 7. СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ .....	105
Здоровье как социальный феномен.....	105
Социальная структура и здоровье .....	111

Здоровье в территориальных общностях .....	119
Здоровье и социальные организации .....	122
Социальные изменения и здоровье общества.....	125
Система здравоохранения как институт социального контроля.....	127
Контрольные вопросы .....	128
Литература .....	129
Глава 8. ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КУЛЬТУРА .....	130
Представления о душевном здоровье в истории европейской философии .....	130
Душевное здоровье и культура в трудах психологов .....	150
Душевное здоровье и его культурная детерминация: динамическая концепция.....	161
Контрольные вопросы .....	171
Литература .....	171
Глава 9. ТЕНДЕР И ЗДОРОВЬЕ .....	172
Тенденции в здоровье мужчин и женщин .....	174
Тендерные предубеждения специалистов .....	176
Контрольные вопросы .....	179
Литература .....	179
Раздел III. ОБРАЗ ЖИЗНИ .....	181
Глава 10. ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ .....	181
Понятие «образ жизни» .....	181
Основы рационального питания.....	183
Личная гигиена и здоровье .....	188
Двигательная активность и здоровье .....	190
Кодекс здоровья.....	194
Контрольные вопросы .....	196
Литература .....	196
Глава 11. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ НОВОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ .....	198
Контрольные вопросы .....	205
Литература .....	205
Глава 12. ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ .....	207
Концепция «психология отношения» .....	208
Отношение к здоровью.....	209
Факторы, оказывающие влияние на отношение к здоровью.....	213
Контрольные вопросы .....	220
Литература .....	220
Глава 13. ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ .....	221
Краткий исторический обзор .....	222
Понятие сексуального здоровья.....	224
Количественные основы сексуальности .....	226
Качественные основы сексуальности .....	228
Мужская и женская сексуальность .....	230
Личностные особенности и сексуальность .....	232
Гармония и дисгармония сексуальных отношений.....	235
Профилактика сексуальных дисгармоний (Консультации по вопросам совершенствования сексуальных отношений) .....	238
Контрольные вопросы: .....	242
Литература .....	242
Глава 14. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА .....	243
Модели поведенческих изменений в свете проблемы ВИЧ/СПИДа .....	243
Сексуальность и СПИД .....	247
Психологические факторы рискованного поведения.....	252
Контрольные вопросы: .....	255
Литература .....	255
Глава 15. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ .....	256
Психологические основы первичной профилактики зависимостей.....	256
Профилактические модели и базовые принципы первичной профилактики зависимостей .....	258
Психологические модели алликативного поведения и пристрастия к наркотикам .....	260
Основные принципы первичной профилактики зависимого поведения («Концепции	

профилактики.».).....	262
Человечество без наркотиков?.....	262
Легальные наркотики.....	263
Табак.....	264
Алкоголь.....	265
Лекарства.....	271
Нелегальные наркотики.....	273
Личность и наркотики.....	274
Молодежь и риск употребления наркотиков.....	277
Факторы риска алкоголизации и наркомании среди подростков.....	277
Факторы защиты.....	278
Спор о легализации.....	279
Политоксикомания.....	279
Созависимость.....	281
Контрольные вопросы.....	281
Литература.....	282
Глава 16. ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ.....	293
Концепции психической саморегуляции.....	293
Виды психической саморегуляции.....	296
Контрольные вопросы.....	309
Литература.....	310
Раздел IV. ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ЗДОРОВЬЕ.....	311
Глава 17. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ.....	311
Перинатальная психология, психопатология и психотерапия.....	311
Влияние особенностей зачатия на развитие человека и его здоровье.....	312
Влияние особенностей течения беременности на развитие человека и его здоровье.....	316
Влияние особенностей течения родов на развитие человека и его здоровье.....	320
Влияние особенностей раннего постнатального периода на развитие человека и его здоровье.....	322
Контрольные вопросы.....	326
Литература.....	326
Глава 18. ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ТРЕХ ЛЕТ.....	327
Ранняя психотерапевтическая помощь.....	327
Социально-педагогическая ранняя помощь.....	329
Программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования.....	330
Контрольные вопросы.....	331
Литература.....	331
Глава 19. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	332
Теоретико-методологические подходы к исследованию внутренней картины здоровья.....	332
Возрастные особенности внутренней картины здоровья ребенка.....	334
Индивидуально-психологические факторы и их роль в формировании внутренней картины здоровья ребенка.....	340
Роль семьи в формировании внутренней картины здоровья.....	344
Психологическая помощь детям и подросткам с искаженной внутренней картиной здоровья.....	348
Контрольные вопросы.....	352
Рекомендуемая литература.....	353
Глава 20. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ.....	354
Факторы, влияющие на психическое здоровье студентов.....	354
Стресс в студенческой среде.....	356
Ранняя профилактика психического здоровья студентов.....	360
Социальная поддержка как фактор психического здоровья студентов.....	361
Контрольные вопросы.....	363
Литература.....	364
Глава 21. ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ.....	365
Проблема профессионального здоровья: исторический аспект.....	365
Психологическое обеспечение профессионального здоровья.....	368
Надежность профессиональной деятельности.....	372
Стресс в профессиональной деятельности.....	375

Безопасность труда .....	381
Контрольные вопросы .....	384
Литература .....	384
Глава 22. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ КАК КРИТЕРИЙ ПРОФЕССИОНААЬНОГО ЗДОРОВЬЯ .....	385
Понятие профессионального здоровья .....	385
Факторы профессиональной работоспособности .....	386
Профессиональная реабилитация .....	388
Контрольные вопросы .....	391
Литература .....	391
Глава 23. ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА .....	392
Общая характеристика и классификация экстремальных условий деятельности.....	392
Общая характеристика чрезвычайных ситуаций .....	394
Общая характеристика поведенческих и психических реакций человека в экстремальных ситуациях .....	398
Общая характеристика психогенных расстройств, возникающих при экстремальных ситуациях .....	404
Общее представление о деятельности в особых и экстремальных условиях .....	407
Особенности психогенных расстройств при деятельности в экстремальных условиях .....	409
Контрольные вопросы .....	413
Литература .....	414
Глава 24. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И РЕСУРСЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ .....	415
Феномен «выгорания» и его причины .....	415
Выгорание, «душевные потери» и здоровье личности.....	422
Ресурсы стрессоустойчивости и преодоления выгорания .....	426
Выгорание и теория «консервации ресурсов» .....	430
Личностные, поведенческие и социальные ресурсы и их взаимодействие с выгоранием .....	431
Контрольные вопросы .....	432
Литература .....	432
Глава 25. ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ.....	434
Основные понятия геронтологии .....	434
Признаки психического старения .....	437
Профилактика старения .....	445
Контрольные вопросы .....	452
Литература .....	452
Алфавитный указатель .....	453

## Предисловие

Здоровье – это необходимое условие активной и нормальной жизнедеятельности человека. Серьезные нарушения в этой сфере влекут за собой изменения в привычном образе жизни, сложившейся практике отношений с окружающим миром, возможную утрату профессиональной дееспособности, а в целом – вынужденную коррекцию планов на будущее.

Здоровье – это весьма сложный, системный по своей сущности феномен. Он имеет свою специфику проявления на физическом, психологическом и социальном уровнях рассмотрения. Проблема здоровья носит выраженный комплексный характер. На ее изучении сосредоточены усилия многих научных дисциплин. Среди них одно из ведущих мест по праву принадлежит *психологии здоровья*. Без преувеличения можно сказать, что психология здоровья сегодня – это перспективная, быстро развивающаяся область знания, которая предполагает специальную подготовку психологов для практической работы в этом направлении.

Данный учебник – первая попытка в отечественной психологии представить теоретические и прикладные вопросы психологии здоровья как нового научного направления. Главный акцент в этой области знания должен делаться не столько на самом факте уже заявившей о себе той или иной психической болезни (что традиционно входит в компетенцию клинической психологии, психиатрии и психопатологии), сколько на изначальном формировании здоровой психики и поддержке ее функционирования. Поэтому на передний план выходит профилактика физического, психического и социального здоровья, *забота о здоровье ради здорового человека*. В стратегическом отношении принципиально большего эффекта следует ожидать, если сосредоточить все необходимое на предотвращении самих причин, порождающих психические заболевания.

В учебнике прослеживается история становления психологии здоровья, раскрывается предметная область ее исследований, рассматривается взаимосвязь с другими науками. Приводится аргументация в пользу того, что наиболее перспективным подходом к определению здоровья является отнесение его к категории системных понятий. Следуя этой отправной точке зрения, анализируется специфика проявления физического, психологического и социального здоровья. Одна из центральных тем психологии здоровья, которой в учебнике уделяется специальное внимание, – это формирование у человека органической потребности в здоровом образе жизни и соответствующих формах его обеспечения. И наконец, *впервые делается попытка показать возможность и необходимость решения главной задачи психологии здоровья как самостоятельной научной дисциплины, а именно: раскрыть, по возможности, психологическое обеспечение здоровья на основных этапах жизненного пути человека*.

В написании учебника приняли участие следующие авторы: доцент Л. И. Августова (гл. 25, совместно с Г. С. Никифоровым); профессор В. А. Ананьев (гл. 1, § 1,3 и 4 совместно с Г. С. Никифоровым, гл. 13,15); доцент Р. А. Березовская (гл. 12, совместно с Г. С. Никифоровым); доцент Н. Е. Водопьянова (гл. 24); профессор И. Н. Гурвич (гл. 7); профессор Д. Н. Давиденко (гл. 3 и 10); профессор О. И. Даниленко (гл. 8); доцент И. В. Добряков (гл. 17); ассистент О. П. Исакова (гл. 14); профессор Л. В. Куликов (гл. 4 и 5); профессор А. Г. Маклаков (гл. 23); доцент И. И. Мамайчук (гл. 19); профессор Р. Ж. Мухамедрахимов (гл. 18); профессор Г. С. Никифоров (гл. 1, § 1,3 и 4 совместно с В. А. Ананьевым; гл. 2; гл. 12 совместно с Р. А. Березовской; гл. 16 совместно с С. М. Шингаевым; гл. 21; гл. 25 совместно с Л. И. Августовой); профессор Б. В. Овчинников (гл. 6); профессор Т. И. Ронгинская (гл. 20); профессор Л. Г. Татарникова (гл. 1, § 2; гл. 11); доцент Н. В. Ходырева (гл. 1, § 5; гл. 9); доцент С. М. Шингаев (гл. 16 совместно с Г. С. Никифоровым); профессор В. И. Шостак (гл. 22).

*Профессор Г. С. Никифоров*

# Раздел I. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: НОВОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

## Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

### *История становления и современное состояние*

Психология здоровья еще только утверждается в отечественной психологии в качестве новой и самостоятельной области научного знания. Однако следует вспомнить, что интерес к одной из центральных ее проблем – проблеме психического здоровья личности – проявился со стороны российских ученых значительно раньше. Огромная заслуга в ее постановке и привлечении к ней внимания широкой общественности принадлежит академику Владимиру Михайловичу Бехтереву (1857-1927), по праву занимающему одно из первых мест в ряду корифеев русской научной мысли. Его авторское наследие поражает воображение не только объемом созданного, но и широтой распределения творческой активности. Его перу принадлежат работы в области медицины, в том числе по морфологии мозга, психиатрии и медицинской психологии, детской психологии, педагогики, общей психологии, а также психологии личности. Значение трудов Бехтерева и созданной им научной школы, как свидетельствуют тенденции развития психологии на рубеже XXI в., обретают все большую притягательную силу.

Тему психического здоровья российского народа Бехтерев формулирует уже в самом начале своей творческой деятельности. В целом ряде выступлений и публикаций он проводит мысль о том, что борьба за свободу личности есть в то же время и борьба за ее здоровое развитие. Все творчество Бехтерева пронизано идеей «цельного» познания человека или, как принято говорить сегодня, целостного (холистического) подхода к его изучению. Личность, по Бехтереву, это человек со своим индивидуальным психическим укладом в единстве умственных и душевных качеств, активным отношением к окружающим его внешним условиям, способный к управлению своим поведением и собственной деятельностью. Главное, что организует личность, – это ее направленность, т. е. то, что придает жизнедеятельности устремленный, нацеленный характер, что руководит мыслями, действиями и поступками.

Программным для последующего развития психологии здоровья стал доклад на тему «Личность и условия ее развития и здоровья», с которым Бехтерев выступил в сентябре 1905 г. в Киеве на 2-м съезде российских психиатров. Вслед за ученым остановимся кратко на основных положениях этого доклада, дополнив их некоторыми суждениями, высказанными им в ряде публикаций в начале XX в.

Первое и важное условие правильного развития личности – природа организма, наследие его отцов или те антропологические особенности, которые составляют почву для развития личности. Биологическая наследственность передает из поколения в поколение внешние формы человеческой личности, те биохимические процессы, которые лежат в основе ее внутренней организации, находя отражение в особенностях темперамента и характера.

Еще один фактор связан с условиями зачатия и развития человеческого организма. Неблагоприятные условия зачатия и развития плода влекут за собой дегенеративные особенности потомства, которые в конце концов сводятся к разложению личности и к ее упадку. Причинами такого исхода могут быть плохая наследственность родителей, их (или одного из них) алкоголизм или физические недостатки, болезнь матери во время зачатия и беременности, а также тяжелые физические и психические моменты в течение беременности. Если физическое развитие организма от природы слабо выражено и ребенок с самого раннего возраста уязвим к целому ряду инфекционных болезней, не обеспечен достаточным и правильным питанием, то процесс полного расцвета личности, ее совершенствования уже будет в той или иной мере задержан.

Экономические условия – одна из главных причин, оказывающих влияние на развитие личности. Неудачная экономическая политика обрекает народ на борьбу за существование, за право на жизнь. Неблагоприятные экономические условия, в том числе недостаточное питание населения, приводят к физическому



ослаблению организма, истощению его болезнями, нарушению правильного, полноценного развития психики и личности в целом, распространению душевных заболеваний.

Алкоголизм – один из злейших факторов, несущий в себе реальную угрозу распада личности. Алкоголь парализует сферу чувств, снижает нравственные, интеллектуальные и волевые качества человека, подрывает в корне основные устои личности и является в то же время одной из важнейших причин, приводящих к развитию душевных болезней, вырождения и преступности. При этом борьба с пьянством в народе, подчеркивает Бехтерев, останется бессильной до тех пор, пока государственный бюджет будет искать свою опору в тех огромных доходах, которые извлекаются из народного обращения в счет потребления им спиртных напитков.

Трудолюбивая, умеренная и долгая жизнь по правилам гигиены есть цель, к которой следует стремиться человеку. Жизнь по правилам гигиены представляет собой одно из средств для осуществления лучших моральных идеалов, ибо она дает возможность непрерывного умственного и морального самоусовершенствования, для которого телесное благополучие – одно из необходимых условий. Без него недостижимо главное: гармония души и тела. Общество должно прежде всего побеспокоиться о создании здоровых условий для жизнедеятельности личности. В обеспечении физического и психического здоровья людей государство обязано взять на себя главную ответственность. Под контролем и при активном участии государства должны проводиться в жизнь не только пропаганда здорового образа жизни, но и необходимые оздоровительные мероприятия. Среди них Бехтерев важнейшее значение придает вопросам психогигиены и профилактики психических заболеваний, охраны здоровья.

Основы будущей личности закладываются еще в дошкольном возрасте и связаны, прежде всего, с правильным и рациональным воспитанием ребенка с первых дней его жизни. Правильно поставленное воспитание играет огромную роль не только в развитии характера, но и в укреплении физического и психического здоровья. Воспитание должно создавать личность самостоятельную, инициативную, разумно критичную к себе и ко всему окружающему. Нравственное воспитание личности предусматривает развитие чувства социальной любви и сострадания, правды и уважения ко всему общественно ценному, долга и ответственности. Не меньшего внимания заслуживает также и верное направление умственного развития. Как для правильного развития тела необходимо правильное питание, так и для умственного развития личности требуется предоставление ей пищи духовной. Неоспоримо значение воспитания в отношении приучения человека к труду, порядку, физическим упражнениям и гигиене. Физическое воспитание способствует не только укреплению тела, но и развитию энергетического потенциала человека, его решительности, стойкости и воли.

Несмотря на благоприятную наследственность и столь же благоприятные дальнейшие жизненные условия, душевное нездоровье может развиваться под влиянием негативных воспитательных условий, в которых проходит раннее детство. Дурные примеры старших способствуют формированию нездоровых привычек у детей, вызывают у них утрату душевного равновесия, развитие навязчивых состояний, различных форм душевного недуга, если они своевременно не устранены. Психическое здоровье нередко подрывается вследствие нарушения основных правил гигиены, слишком изнеженного воспитания, затрудняющего формирование адаптационных возможностей личности к внешним условиям жизни.

Невежество, несовершенство и недостаток образования – главные условия неполноценного развития личности. Безграмотность, говорит Бехтерев, есть умственная слепота, а личность непросвещенного народа мало возвышается над проявлением животной жизни. Он формулирует самые общие и основные условия, на которые должно опираться рациональное обучение. Оно должно быть: всеобщим и бесплатным;

соотнесенным с возрастом, физическим состоянием и развитием организма обучаемого;  
учитывать особенности психического склада обучаемого;  
строго индивидуализированным;  
основано не столько на шаблонном заучивании готовых форм, сколько на развитии личности с критическим складом ума и самостоятельным отношением к окружающей действительности.

Личность – существо социальное. Всегда и везде она является продуктом биосоциальных условий, обязанная своим происхождением, с одной стороны, биологическому наследству, полученному от предков, а с другой – социальным условиям окружающей среды, социальной наследственности, благодаря которой из рода в род передаются все приобретения жизненного опыта предшествующих поколений. Без социальной среды нет и не может быть личности. Человек воспитывается в ней со дня рождения: в кругу семьи, близких родственников и людей, в школьной среде, среди своих товарищей, еще позднее черпает свой жизненный опыт в профессиональном окружении.

Внутренний облик личности определяется в значительной мере обществом, его интересами, обычаями и другими общественными установлениями. Поведение личности подчинено законам общества. Самобытное развитие личности лучше всего обеспечивается полной свободой в ее взглядах и стремлениях, не нарушающих вместе с тем интересы других и особенно интересы общества как целого.

Правильное развитие и социальное здоровье личности – основа государственного благосостояния страны. Неудовлетворительные условия общественной жизни подтачивают душевное здоровье личности. Нет полного развития личности там, где нет общественной деятельности: ее отсутствие порождает праздность, бездеятельность, нравственное и физическое вырождение, умственный и физический упадок; личность останавливается в своем развитии, становится пассивным членом общества.

Правильно организованная общественная деятельность на началах самоуправления есть лучшая школа для полноценного, здорового развития и воспитания личности. Это возможно только в условиях гласной критики и общественного контроля. Свобода совести, слова, печати, союзов, собраний, неприкосновенность прав человека – все это необходимые предпосылки формирования свободной личности. Борьба за свободу личности есть в то же время и борьба за правильное и здоровое ее развитие. Естественно, что личная свобода и местное самоуправление должны быть строго согласованы с интересами общества в целом.

Каждый человек – деятель, творец и созидатель будущего. Совершенствование личности идет то быстрее, то медленнее, но безостановочно, всю жизнь до ее конечного предела. Каждый миг ее жизни есть только ступень для поднятия вверх к высшим формам проявления индивидуальности. В этом состоит основной закон нормального развития человеческой жизни. Надо признать, что границ совершенствования личности не существует. Все наши усилия должны быть направлены на непрерывное совершенствование своей собственной личности в соответствии с интересами человеческой общности.

Приведенные выше основные мысли Бехтерева относительно условий формирования здоровой личности и главенствующей роли социального начала в жизнедеятельности человека существенно опередили во времени довольно близкие по смыслу рассуждения, представленные в последующем в зарубежной психологии, прежде всего в гуманистической.

В целом XX в. был отмечен возрастающей ролью психологии в обеспечении здоровья, в изменении взглядов на соотношение между психикой и телом<sup>1</sup>. В 1930-е гг. многие исследователи обратили внимание на взаимосвязь между эмоциональной жизнью человека и его физиологическими процессами. Исследования в этом направлении

---

<sup>1</sup> E. P. Sarafino. *Health Psychology. Biopsychosocial interaction*. N.Y., 1998; J. Ogden. *Health Psychology*. Buckingham-Philadelphia, 1998.

привели к появлению новой научной области: **психосоматической медицины**. В 1938 г. начинает выходить журнал «Психосоматическая медицина». Через год эта область исследований трансформировалась в общество, которое сегодня называется «Американское психосоматическое общество». В течение первых 25 лет его существования трактовка заболеваний велась преимущественно с психоаналитических позиций. Психосоматическая медицина опирается главным образом на медицинские дисциплины и особенно на психиатрию.

В 1960-е гг. в недрах психосоматической медицины формируются подходы и теории, предполагающие взаимосвязь психологических и социальных факторов, с одной стороны, и физиологических функций – с другой. Соответственно рассматривается влияние этой взаимосвязи на процесс развития и течения заболеваний. В итоге в начале 1970-х гг. появилась научная отрасль, направленная на изучение роли психологии в этиологии заболеваний. Она получила название **поведенческой (бихевиоральной) медицины**. В рамках ее было показано, что взаимосвязь между психикой и телом куда более непосредственная и всеобъемлющая, чем было принято считать прежде.

Поведенческая медицина сосредоточилась не только на лечении, но и на предупреждении болезней. Помимо медицины она опирается на такие науки, как психология, педагогика, социология. В ней используются методы поведенческой терапии, модификации поведения (например, при лечении гипертонии, ожирения, наркомании). В рамках этого направления была разработана и терапевтическая техника «биологическая обратная связь», эффективность которой подтвердилась при лечении гипертонии, головной боли и других заболеваний. В конце 1970-х гг. был учрежден «Журнал бихевиоральной медицины» и соответствующее общество.

Примерно в это же время возникает еще одна область исследований, полностью принадлежащая психологии. Она получила название **психология здоровья**. Отделение «Психология здоровья» было открыто в Американской психологической ассоциации в 1978 г. С 1982 г. выходит журнал «Психология здоровья».

Психосоматическая и поведенческая медицина, психология здоровья при всей специфичности собственных подходов сходятся на том, что здоровье и болезнь есть результаты взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Эта идея получила отражение в «биопсихосоциальной модели», предложенной в 1977 г. Д. Энджелом, которую он сам же дополнил и уточнил в 1980 г. Эта модель тоже характерным образом отвечает на ряд вопросов.

*Что вызывает болезнь?* Человек – сложная система, и болезнь может быть вызвана множеством факторов:

- биологическим (например, вирусы, бактерии, структурные дефекты, генетика);
- психологическими (представления, эмоции, поведение);
- социальными (нормы поведения, семья, референтные группы, работа, принадлежность к социальному классу, принадлежность к этнической группе и др.).

*Кто ответствен за болезнь!* Человек не рассматривается как пассивная жертва. Осознание, например, роли поведения в возникновении болезни означает то, что на людей может быть возложена ответственность за их здоровье и болезни.

*Как лечить болезни?* Лечение должно быть целостным (холистический подход), а не касаться только отдельных биологических изменений, которые имели место при заболевании. Это может найти отражение в изменении поведения, коррекции в сфере представлений, формировании стратегии согласия с медицинскими рекомендациями.

*Кто ответствен за лечение!* Поскольку лечат человека, а не только конкретные заболевания его организма, следовательно, пациент тоже несет часть ответственности за свое излечение, изменение собственных представлений и поведения.

*Какое взаимодействие между здоровьем и болезнью?* Понятия «здоровье» и «болезнь» следует рассматривать как полюсы континуума, в котором их соотношение представлено в разной степени. На полюсе благополучия доминирующим состоянием

является здоровье. На противоположном полюсе преобладает болезнь, в пределе переходящая в летальный исход. Приближение к этому полюсу сопровождается нарастанием деструктивных процессов, которые порождают характерные признаки, симптомы и недомогания. Люди перемещаются по этому континууму от здоровья к болезни и наоборот.

*Какая связь между психикой и телом?* Психика и тело взаимодействуют. Психология здоровья рассматривает психологические факторы не только как возможные последствия болезни, но и как факторы, вносящие вклад в ее этиологию.

Результаты многих исследований последних лет свидетельствуют о нарастающих нагрузках на нервную систему, психику человека. Информационный бум, убыстрение ритма жизни, негативная динамика межлических отношений (замкнутость, снижение уровня социальной поддержки и т. д.) и другие патогенные особенности современной жизни приводят к эмоциональному напряжению, которое становится одним из факторов развития различных заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за XX в. средний показатель распространенности нервно-психических заболеваний в расчете на 1000 человек населения вырос более чем в 4 раза.

Увеличивается не только количество больных в обществе, но и темпы роста этих расстройств. Если раньше в нашей стране, регистрировалось от 5 до 10 больных на 1000 человек, то в последние десятилетия эти цифры достигли 29-33. Тесная связь нервно-психических нарушений с психогенными факторами и усложнившимися социальными условиями современной жизни приводит к значительному росту числа неврозов и расстройств личности (при относительной стабильности психозов), в этиологии которых наибольшее значение имеют факторы эндогенной природы. По данным мировой статистики, в настоящее время расстройства личности составляют 40%, неврозы – 47%, а эндогенные психозы – 13% от общего числа нервно-психических заболеваний. Эти цифры говорят сами за себя.

Эксперты ВОЗ отмечают заметное распространение нервно-психических расстройств у детей и подростков. Невротические и неврозоподобные состояния составляют 63 случая на 1000 детей. В нашей стране стойкие психические расстройства регистрируются примерно у 15% детей. По данным Института социально-политических исследований РАН, число абсолютно здоровых в психическом отношении школьников снижается с 30% в 1-3-х классах до 16% в 9-11-х классах. В общем, за период обучения состояние здоровья учащихся, по свидетельству Минздрава РФ, ухудшается в 4-5 раз, а 85% неуспевающих – это больные дети.

Возрастающее значение психических факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации различных соматических болезней определяет одну из особенностей психологии здоровья – ее «неспецифичность». Сейчас уже не вызывает сомнений, что не менее 30% (а по некоторым данным – не менее 50%) обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, – по существу, практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в определенной коррекции эмоционального состояния.

Статистика свидетельствует, что лиц, не страдающих какими-либо психическими нарушениями, т. е. «абсолютно здоровых», в настоящее время насчитывается в среднем лишь 35%. По данным разных авторов, от 22 до 89% населения – люди с предболезненными состояниями (донозологические формы психической дезадаптации). Однако половина носителей психической симптоматики, согласно мнению экспертов, не нуждается в психиатрической помощи. Они самостоятельно адаптируются к среде и, возможно, нуждаются только в психологическом консультировании.

В современной России психология здоровья как новое и самостоятельное научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления. В связи с этим уместно отметить, что тема психического, в том числе и профессионального, здоровья была поставлена в ряд первоочередных задач, на решении которых сосредоточился коллектив созданной в 1989 г. кафедры психологического обеспечения профессиональной деятельности (заведующий кафедрой профессор Г. С. Никифоров) при факультете

психологии Санкт-Петербургского госуниверситета. В 1991 г. вышла коллективная монография сотрудников кафедры «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности», в которой психологии здоровья была посвящена отдельная глава. Ее содержание касалось вопросов психологического обеспечения здорового образа жизни, психогигиены профессиональной деятельности, профессионального долголетия и др. Тогда же в журнале «Вестник ЛГУ» была опубликована статья доцентов упомянутой выше кафедры Н. Е. Водопьяновой и Н. В. Ходыревой «Психология здоровья». В сущности, это была одна из первых попыток отечественных авторов проанализировать состояние психологии здоровья, сформулировать ее основные задачи исследования. К числу основополагающих вопросов теоретических основ психологии здоровья относятся раскрытие с системных позиций самой сущности понятия здоровья, а также критериев оценки и самооценки физического, психического и социального здоровья. Первые попытки осмысления этих вопросов были представлены в ряде публикаций [7,8, 9].

В последние годы в нашей стране уже издано несколько учебных пособий по психологии здоровья [1, 4, 10]. В 1999 г. появилась весьма обстоятельная монография профессора И. Н. Гурвича «Социальная психология здоровья», в которой автор представил не только результаты собственных исследований, но и систематизировал обширный зарубежный опыт последних десятилетий [6]. В 2000 г. издательство Санкт-Петербургского госуниверситета выпустило в свет первую коллективную монографию «Психология здоровья», авторами которой стали ведущие петербургские специалисты в этой области. В апреле 2000 г. в Санкт-Петербурге прошла первая конференция, посвященная вопросам психического здоровья. Очевидное усиление интереса к проблематике психологии здоровья – и не только со стороны представителей психологической науки – дает все основания полагать, что уже в обозримой перспективе она станет одним из авангардных направлений российской психологии.

В целом за сравнительно короткий период психология здоровья превратилась в обширную область исследований. Об этом свидетельствуют и некоторые цифры. Если в 1975 г. в США было внедрено 200 программ по охране психического здоровья, то в 1990 г. их было уже более 5000. Они приносят значительный экономический эффект. В настоящее время в США каждый десятый психолог занимается той или иной проблемой психологии здоровья, а каждая третья статья в основных англоязычных психологических журналах посвящена различным аспектам этой области. По этому направлению издаются специальные журналы, выпускаются учебники и монографии. Его широкой практической реализации подчинены различные организационные решения. Например, в Великобритании принят документ «Здоровье нации», а в Европе подобная инициатива, нацеленная на улучшение психического и физического здоровья популяции, получила название «Здоровье для всех». Постоянно пополняется перечень уже функционирующих клиник и центров психического здоровья, группы оказания помощи и самопомощи в укреплении собственного здоровья распространяются по всему Западу.

Наряду с основательной общепсихологической подготовкой специалисты в области психологии здоровья должны получать углубленные знания и в вопросах психогигиены, психопрофилактики, а также психосоматического здоровья и психотерапии. Большинство профессиональных психологов здоровья работают в больницах, клиниках, на кафедрах колледжей и университетов, в научных лабораториях, центрах здоровья и психологического консультирования, кабинетах психологической разгрузки, семьи и брака, эстетотерапии, школах самосовершенствования.

### ***Проблемы здоровья и здорового образа жизни в контексте русской культуры***

Интерес к здоровью и здоровому образу жизни закономерен для России. Забота о здоровье берет начало в народной культуре. Как народная песня не потеряла своего значения для современного музыкального творчества, так и самобытные народные подвижные игры, развлечения, пляски, русская закаливающая баня и купание занимали определенное

место в системе физического воспитания. Народная мудрость вошла в такие памятники отечественной медицины и педагогики, как «Поучение» Владимира Мономаха (XI в.), «Домострой» (XV-XVI вв.), «Гражданство обычаев детских» Епифания Славинецкого (XVII в.), «Юности честное зерцало, или Показание к житейскому обхождению» (1717), «Регламент, или Устав духовной коллегии» Феофана Прокоповича (1721). Например, в «Регламенте» указано, что «школы следует размещать не в городе, но в стороне, чтобы в уреченные часы всяк делал что должно», чтобы «на всяк день два часа определить на гуляние... по обеде и по вечери... с играми честными и телодвижными».

Однако лишь с середины XVIII в. из-за высокой детской смертности и заболеваемости вопросы здоровья начинают занимать особое место в отечественной медицине и педагогике.

Впервые на государственное значение вопроса охраны здоровья и здорового образа жизни обратил внимание М. В. Ломоносов. В письме к И. И. Шувалову в 1761 г. он ставит этот вопрос так:

...Начало сего полагаю самым главным делом: сохранением и размножением Российского народа, в чем состоит величество, могущество и богатство всего государства.

А в регламентах московской и академической гимназий мы находим указания М. В. Ломоносова по организации правильного режима питания и его полноценности, распорядку дня и расписанию занятий, о медицинской помощи учащимся.

Вопросами охраны здоровья активно занимались первые русские профессора-энциклопедисты (С. Г. Зыбелин, Н. М. Максимович-Амбодик, С. Ели, А. П. Протасов). В своих работах они заложили основы физического воспитания и закалывания, питания и гигиены детей. В образовательных учреждениях их идеи развивали такие общественные деятели, как И. И. Бецкой, Н. И. Новиков, А. Н. Радищев. И действительно, это было здоровое поколение.

Так, И. И. Бецкой выдвинул идею о закрытых учебных заведениях, где были бы созданы все необходимые условия для развития ребенка. Под его непосредственным руководством были открыты Московский и Петербургский воспитательные дома, Смольный институт благородных девиц и учебные заведения для кадетов. В планах, разработанных И. И. Бецким для этих учреждений, даны советы по организации питания, сна, выбору одежды, содержанию жилища, закалыванию и физическому воспитанию.

Н. И. Новиков в статье «О воспитании и наставлении детей для распространения общепользных знаний и всеобщего благополучия» (1788) ставит вопрос о гармоническом сочетании умственного и физического образования и их объеме в зависимости от возраста ребенка.

А. Н. Радищев в «Путешествии из Петербурга в Москву» обращает внимание не только на просвещение русского народа, но и на охрану здоровья подрастающего поколения. Он дает ценные советы по питанию детей, личной гигиене, физическому воспитанию, закалыванию, физическому труду.

С конца XVIII – начала XIX в. большое значение приобретает практическая деятельность врачей закрытых детских учреждений. Они не только занимались лечением больных учащихся, но и проводили гигиенические мероприятия, следили за режимом дня, питанием, физическим воспитанием детей, условиями обучения и проводили мероприятия по борьбе с заразными болезнями, тем самым прокладывая первые пути здорового образа жизни.

В середине XIX в. отечественная медицина и педагогика продолжают развиваться в том же направлении. Имеющиеся данные свидетельствуют, что в этот период охрана здоровья учащихся включала пропаганду знаний о здоровье и здоровом человеке и практические меры по организации здорового образа жизни в образовательных учреждениях.

Наиболее яркие представители науки и практики второй половины XIX в. – Э. Бок, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, Ш. Отто, С. Ф. Хотовицкий, Н. И. Быстров, К. А. Раухфус, И. М. Сеченов, Н. И. Пирогов, Н. К. Добролюбов, Ф. Шольц. Их деятельность способствовала выдвиганию проблематики здорового образа жизни на первый план, стали более широко рассматриваться понятие «здоровье» и вопросы влияния на организм человека факторов

окружающей среды, стихийных сил природы, Космоса. Так, появились исследования о способах адаптации организма к изменяющимся внешним условиям и космическим воздействиям. Труды ученых привлекли внимание различных слоев российского общества к проблеме здоровья нации, в том числе подрастающего поколения, и обозначили приоритеты в отечественной науке на рубеже веков.

На рубеже XIX-XX вв. выпускается очень много научно-популярной литературы, посвященной пропаганде здорового образа жизни, санитарно-гигиеническим аспектам здорового образа жизни, вопросам гармонии человека с самим собой и миром (Ш. Северин, 1901; Гоппе-Зейлер, 1905; Л. И. Ляховский, 1910; Л. Гданский, 1910; Т. С. Клеустон, 1910; С. Ершов, 1911; П. И. Орлов, 1912; З. Бертух, 1912; П. Зиттлер, 1914; А. Гамалей, 1915; О. Бронштейн, 1918 и др.).

В 1898 г. в России впервые переводится учебное пособие «Первые понятия о том, как живет наше тело, что для него вредно и полезно», которое ориентирует учащихся на изучение собственного организма. Проблемам антиалкогольного воспитания учащейся молодежи были посвящены работы Г. Ф. Маркова (1912), Л. Линдрума (1913) и др. В первой российской Сергиевской школе в тот период проводилась апробация предлагаемых учеными воспитательных приемов, создавались первые педагогические рекомендации по методике обучения трезвости. Создание здоровой атмосферы в учебных заведениях издавна рассматривалось как неотъемлемая и важнейшая предпосылка формирования здорового образа жизни населения. В 1914 г. С. Успенский написал «Школу трезвости. Популярный учебник трезвости для начальных училищ». Это были популярные беседы, конечная цель которых – закрепить в сознании учащихся губительные последствия потребления спиртных напитков и положительные качества трезвости. Введение к элементарному курсу алко-голеведения освещало такие вопросы: для чего человек ест; давались краткие сведения о существовании полезных (вода, молоко) и вредных веществ (алкоголь, спирт, которые изготовители, не стесняясь, «сдабривали ядовитыми маслами и составами, лишь бы достичь желанного вкуса и цвета»).

Приводилось большое количество народных пословиц и поговорок, например «Дружба с хмелем до добра не доводит», «Хмель головой высок, а ногами жидок», «Кто водку любит, тот сам себя губит» и др. Знание, доводимое до сознания ребенка, выполняло двойную роль: формировало, с одной стороны, психологию неприятия губительных «возможностей» алкоголя, а с другой – мир здоровой семьи (через детей). Особый интерес представляет сборник задач противоалкогольного содержания.

Так, в работе В. Бехтерева «Личность и условия ее развития и здоровья» красной нитью проходит мысль о зависимости здоровья детей от условий работы в школе. Ученый делает вывод, что «рациональное воспитание должно развивать в ребенке тот бодрый дух, который столь необходим в борьбе с житейскими невзгодами». Следовательно, уже на рубеже нового века существовала научно обоснованная точка зрения на роль школы и учебных заведений в создании условий для воспитания в ребенке бодрости духа, что немаловажно для формирования здорового образа жизни в целом, ибо, как говорит народная мудрость, здоровый дух присущ именно здоровому телу.

Исследователь В. Фармаковский (1895) особо подчеркивал, что:

...школа должна быть приятно и эстетически обставлена, чтобы влиять на добрые нравы и вкусы детей, а поэтому она должна напоминать не аравийскую пустыню, а библейский эдем.

Иными словами, в школе должны создаваться все условия для душевного комфорта, а также для эстетического развития детей, и занятия следует проводить в атмосфере благожелательности, тем самым прививая детям основы этики взаимоотношений – «добрые нравы». В рекомендациях В. Фармаковского, безусловно, просматриваются попытки побудить учителей к воспитанию неотъемлемых принципов здорового образа жизни – такими средствами, чтобы дети сами стремились к красоте, ко всему нравственному.

Исследователи В. Рахманов (1904), А. А. Соловьева (1910), В. И. Бывальневич (1912) и др. разрабатывали основные вопросы семейного воспитания и его влияния на формирование потребности в здоровом образе жизни у детей.

М. И. Покровской (1901) была предпринята попытка привлечь внимание учителя к необходимости формирования здоровых привычек у школьника, что должно содействовать его воспитанию в духе принципов здоровья, а И. П. Мюллер (1911) разработал естественную систему укрепления здоровья детей и предотвращения их заболеваний.

Особое значение имеют работы П. Ф. Лесгафта. Создавая свою систему физического воспитания, он исходил из положения «о постоянной потребности организма изменять свои формы в определенном направлении в зависимости от упражнений». В «Руководстве по физическому образованию детей школьного возраста» (1904) П. Ф. Лесгафт изложил систему физического воспитания, где предлагал использовать упражнения, которые обеспечивали активное участие всех групп мышц и благотворно влияли на растущий организм. Из этого принципа впоследствии исходили В. В. Гориневский и В. Е. Игнатъев, создавая собственную систему физического воспитания детей.

Новый этап развития науки в обозначенной области приходится на 20-е гг. нашего столетия и на предвоенный период. Увеличивается количество научно-популярных изданий, посвященных влиянию на здоровье различных факторов окружающей среды, изучаются адаптационные механизмы человеческого организма в условиях изменяющейся биосреды: В. Р. Эккодт (1922), Саркизо-Серазини (1925), М. Бронт (1930), И. Л. Баумгольц (1936), П. Г. Мезерницкий (1937). Однако полученные данные не нашли отражения в методической литературе для учебных заведений педагогического профиля.

Тот же период отмечен появлением работ, в которых рассматривается зависимость процесса формирования здорового образа жизни школьников от уровня развитости их сознания, от фактора воли (И. Т. Назаров, 1929; А. Е. Адрианова, 1941 и др.). В этом плане особенно интересны разработки И. Т. Назарова. В своей публикации «Культура воли. Система самовоспитания здоровой личности» (Л.: Трудники печати, 1929) ученый отводит учителю роль ответственного за воспитание в ребенке силы воли, которая, по мнению автора, является необходимым условием как для формирования положительных целевых установок личности в отношении здорового образа жизни, так и для совершенствования адаптационных возможностей организма, помогающих сохранять здоровье в экстремальных условиях, т. е. «приспосабливаться в любой среде обитания». И. Т. Назаровым предложены рекомендации по укреплению нервной системы ребенка, в частности через специально подобранную систему активных гимнастических упражнений, улучшающих координацию, повышающих работоспособность, доводящих почти до автоматизма реакцию нервной системы организма на изменение ситуации. Несомненная ценность этой работы И. Т. Назарова состоит в том, что в ней предлагаются довольно интересные пути и средства воспитания здоровой личности с «идеальной» нервной системой.

Однако в отечественной медицине и педагогике этого периода не ставились вопросы морали и нравственности и их влияния на психосоматику индивида, формирование личности и индивидуальности.

Педагогические идеи Вл. Соловьева о воспитании личности в сопричастности с миром, о помощи человеку в духовной адаптации не только в сфере межлических отношений, но и в сфере взаимоотношений с природой и космосом, о воспитании ответственности за все сферы мировой жизнедеятельности и осознании своего места и роли во вселенной, а также принципы образования (В. В. Розанов определял их как принцип индивидуальности, целостности и единства) стали осмысливаться и претворяться в различных интегрированных курсах (например, валеология) только в современной школе. Но на Западе еще в довоенное время эти идеи нашли отражение в трудах эмигрировавших российских философов и педагогов, таких как С. Л. Франк, В. В. Зеньковский, С. Н. Булгаков, Н. А. Бердяев и др.

В частности, С. Л. Франк говорил о воспитании личности в коллективе, основываясь на ее общественной ценности, уважении к личности независимо от национальной, расовой, религиозной принадлежности; о решении в области образования и воспитания



общечеловеческих проблем, связанных с болью и заботой обо всем человечестве (например, экологический кризис); о построении педагогических отношений, способных противостоять насилию тоталитарной идеологии и направленных на создание «одушевленного общества». Он разрабатывал идеи Вл. Соловьева в области антропологии. «Только Франк договорил до конца, довел до предельной четкости учение о человеке в рамках системы Всеединства, и в этом его громадная заслуга», – писал о нем В. В. Зеньковский (Психология действия. – Екатеринбург: Деловая книга, 1995).

Причины кризисов в рамках взаимоотношений общества с природой русский философ видел в отказе от ответственности за судьбы мира, в забвении нравственного долга человека перед природой, что в современной системе хозяйствования привело к хищническому истреблению среды существования.

С. Н. Булгаков в работе «Основные проблемы теории прогресса» [Соч.: В 2 т. – М.: Наука, 1993] критикует идею достижения всеобщего счастья, «купленного чужим потом и кровью», через удовлетворение материальных потребностей и выдвигает собственную теорию прогресса. Он формулирует основные посылки теории прогресса, разрабатывает проблемы свободного развития личности как идеала общественного развития; нравственной свободы личности как условия автономной нравственной жизни; абсолютной ценности личности и идеальной природы человеческой души, добра как нравственного миропорядка. Психолого-педагогическая значимость работ С. Н. Булгакова в том, что он выделил тему гармонии развития человеческой личности, природы и общества, проблемы взаимоотношения человека с его хозяйственной деятельностью; рассматривал пути развития общества и общественных ценностей, проблемы нравственной свободы и самоограничения личности.

Тема гармоничного развития природы и общества волновала и Н. А. Бердяева. Гармония в природе и обществе – объективная закономерность движения и развития материи как всеобщей субстанции. Однако она постоянно нарушается. В отличие от природы, которая хотя и медленно, но восстанавливает нарушенное общество, индивиды подчас могут играть резко отрицательную роль, поэтому исключительно важная черта духовного развития личности – воспитание чувства гармонии, стремление к ней в решении проблем содержания общечеловеческих ценностей, соотношения нравственности и политики, национального и интернационального.

В наиболее зрелой, поздней работе «Самопознание» (Бердяев Н. Л. Собрание сочинений: В 3 т. Т. 2. – Париж, 1985) автор разрабатывал темы о природе человеческого существования и смысле жизни человека; о гармонии человека и среды, о свободе и ответственности человека перед миром, о путях к достижению личностью целостного образа, о любви как основе духовного смысла жизни.

Во второй половине 1940-х и в начале 1950-х гг. все более прочные позиции в системе отечественных воспитательных и образовательных учреждений завоевывает гигиенический аспект здорового образа жизни, что диктовалось, надо признать, суровой объективной необходимостью того периода. И. И. Мильман, основоположник советской системы гигиенического воспитания учащихся, еще в 1920-е гг. приступил к разработке уроков здоровья, так как считал учителя главной фигурой в процессе обучения всех школьников «технике выполнения гигиенических навыков». Его учениками и последователями была написана серия учебных пособий, разъясняющих роль личной и социальной гигиены, а также практической области ее применения – санитарии – в деле сохранения работоспособности и здоровья человека, предупреждения болезней и увеличения продолжительности жизни. Среди авторов более позднего периода следует отметить И. И. Шувалова (1959), С. А. Аптаева (1964), В. А. Холодову, Т. В. Благодарову (1971), В. Н. Кудинова (1974) и др. Во многих публикациях значительная роль в привитии детям навыков здорового образа жизни отводится воспитанию их в семье, подчеркивается необходимость создания условий для здорового быта, но авторами не разработаны ни концепция, ни конкретный механизм формирования здорового образа жизни школьников.

В многочисленных исследованиях этого периода делается попытка привлечь

внимание работников просвещения к вопросу о необходимости создания оздоравливающей атмосферы в школах и иных воспитательно-образовательных учреждениях (М. А. Антропова, 1958; А. А. Гджанский, 1965; В. К. Шурухина, В. В. Волков, 1964 и др.).

В конце 1980-х и в 1990-е гг. колоссально меняются как количественные, так и качественные параметры исследований, посвященных здоровью и вопросам организации здорового образа жизни детей и учащейся молодежи, детально разрабатывается и широко освещается в печати целый ряд непривычных или, точнее, ранее неприемлемых для нашей научной литературы тем и проблем, которые прежде либо стыдливо замалчивались (вопросы полового воспитания), либо нивелировались, низводились до уровня «отдельных проявлений», совершенно «нетипичных для советского образа жизни». Считалось, что в нашем обществе «нет гносеологических корней» для «язв капитализма»: детской преступности, детской наркомании, алкоголизма и т. п.; что среди наших школьников, которым обеспечено «счастливое детство», нет проблемы таких заболеваний, как туберкулез, астма, онкологические заболевания, как болезнь беспризорных и неустроенных детей – педикулез, свалившаяся «вдруг» на миллионы детских головок в дошкольных учреждениях и школах. Наступившее отрезвление, осознание всей глубины и серьезности громадного количества проблем, ставящих под угрозу будущее наших детей и юношества, заставило ученых во весь голос заговорить о неблагополучии в этой области воспитания и образования, о необходимости не только искать, но и находить пути и средства для выхода из сложившейся ситуации.

Однако без участия самого человека эти проблемы не решить.

Проблемам сохранения психического здоровья учащихся, методам коррекции психофизических отклонений, резервам повышения резистентности организма и устойчивости психики, нервной системы детей, активизации защитных механизмов детского организма, повышению работоспособности школьников, профилактике вредных привычек и другим не менее важным вопросам посвящены труды целого ряда ученых: К. В. Динейки, Г. Г. Демиргогляна, В. Ф. Матвеева, А. А. Гройсана, В. Г. Запорожченко, Г. Г. Мусалова, В. П. Дядичкина, А. А. Козлова, В. Ф. Базарного и др.

Особый интерес представляют работы С. Б. Мельникова (1989), Ю. Е. Дворянина (1991) и В. И. Аверкова (1991), в которых рассматриваются проблемы формирования психофизической защиты организма, индивидуальные программы тренировок, направленных на раскрытие оздоровительных возможностей человека и на саморегуляцию, но, к сожалению, эти работы остаются лишь в поле зрения специалистов.

Также с сожалением приходится констатировать, что при всем многообразии научных разработок и большом количестве проведенных исследований их результаты, выводы и рекомендации фактически не нашли отражения в содержании программ, учебных планов и квалификационных характеристиках педагогических вузов, не послужили толчком к радикальному пересмотру существующей практики подготовки педагогических кадров, не привели к созданию единой и стройной системы «вуз – школа – семья», в рамках которой удалось бы обеспечить преемственность и взаимодействие составляющих в столь важном и общем деле оздоровления нации. Настал момент истины: здоровый образ жизни – это новая психология человека третьего тысячелетия, именно поэтому сущность и функции здорового образа жизни отличаются от традиционных представлений о здоровье индивида. Обеспечить его может только сам человек.

### ***Определение психологии здоровья и задачи исследования***

В прошлом вопросами совершенствования природы человека занималась религия, и в любом ее ответвлении можно обнаружить достаточно проработанную систему психического и духовного роста. К сожалению, в современном мире человеку стало чуждо понятие совершенствования. Утрачено и понимание того, что саморазвитие, рост собственной личности – это помощь не только себе, но и окружающим («Спаси себя – и вокруг тебя спасутся тысячи!»). Поскольку человеческая жизнь – высшая ценность общества, то совокупность свойств, качеств, состояний человека есть ценность не только самого человека, но и общества. Именно это превращает здоровье каждого индивида в

общественное богатство. Еще в древней йоге исходили из положения о том, что человек обязан стремиться к здоровью, ибо здоровье – не эгоистическая цель, а долг перед окружающими.

Человек еще не до конца осознал, что достижения в области материальной культуры неспособны дать ощущение полного счастья («богатство становится бременем, когда оно накоплено»). Эти достижения – лишь фон, на котором строится счастье познания себя, других, расширения и углубления межчеловеческих связей, проникновения в тайны природы и «вечные» тайны бытия. Как остроумно заметил известный специалист в области здорового образа жизни Поль Брэгг, за деньги можно купить кровать, но не сон; еду, но не аппетит; лекарство, но не здоровье; дом, но не домашний очаг; книги, но не ум; украшения, но не красоту; роскошь, но не культуру; развлечения, но не счастье; религию, но не спасение.

В каждом веке был свой идеал человека. Наше время создает суррогаты идеала в виде только преуспевающего, «беспроblemного человека», умеющего хорошо приспособливаться. В противоположность этому психология здоровья предполагает формирование гуманистического идеала. Сегодня наука и религия начинают успешно интегрироваться именно в пространстве самосовершенствования человека в общем стремлении привести человека к идеалу. Более того, это пространство синтезирует как отдельные направления (школы) в психологии, философии, так и сами религии, будь то восточные или западные конфессии. Свидетельство этому – разрастающееся движение трансперсональной психологии, включающей все ценное в области достижения человеком внутренней гармонии и гармонии с окружающим миром.

Общепринятое определение психологии здоровья пока еще не сложилось. Приведем некоторые точки зрения по этому поводу.

Созданное в 1978 г. отделение психологии здоровья при Американской психологической ассоциации возглавил Дж. Матараццо. Сущность психологии здоровья он трактует следующим образом. Психология здоровья – это комплекс специфических образовательных, научных и профессиональных вкладов психологии как научной дисциплины по укреплению и поддержанию здоровья, предотвращению и лечению болезней, идентификации этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций, а также по анализу и улучшению системы здравоохранения и формированию стратегии (политики) здоровья. В зарубежной психологии можно встретить и более лаконичное определение этой науки. Например, под психологией здоровья предлагается понимать всю совокупность базовых знаний по психологии, которые могут найти применение для понимания здоровья и болезни.

Обратимся теперь к отечественным авторам. Психология здоровья включает в себя теорию и практику предупреждения различных психических и психосоматических заболеваний; мероприятия по коррекции индивидуального развития и адаптации к условиям (требованиям) социальной жизни; создание условий для реализации потенциальных возможностей человека, его удовлетворенности жизнью и оказания психологической помощи при завершении жизненного пути. Психология здоровья представляет собой междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний; факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека [5].

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Психология здоровья включает практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти. Ее объектом с известной долей условности является «здоровая», но не «больная» личность [1].

Современная практическая психология вплотную приблизилась к пониманию необходимости и готова решать задачи психологического сопровождения человека на протяжении всего жизненного пути. Одна из таких первостепенных задач – здоровье человека. Поэтому, продолжая уже сказанное, психологию здоровья можно определить как науку о психологическом обеспечении здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути [10].

Проанализировав в основном зарубежные монографические издания последних двух десятилетий в области психологии здоровья, И. Н. Гурвич [6] делает вывод об их поразительном тематическом разнообразии. Поэтому он считает, что в настоящее время очень непросто вычленить собственно предметную область психологии здоровья. И тем не менее автор полагает, что наиболее адекватным современному состоянию психологии здоровья представляется определение ее именно как предметной области, т. е. через раскрытие перечня основных тем, составляющих предмет теоретических и эмпирических исследований. Не претендуя на исчерпывающую полноту охвата, попытаемся ниже перечислить те основные задачи исследований, которые входят в сферу интересов психологии здоровья. К ним следует отнести:

- определение базисных понятий психологии здоровья;
- исследование и систематизацию критериев психического и социального здоровья;
- методы диагностики, оценки и самооценки психического и социального здоровья;
- разработку простых и доступных для самостоятельного применения тестов по определению здоровья и начальных стадий заболеваний;
- факторы здорового образа жизни (формирование, сохранение и укрепление здоровья);
- изучение факторов, влияющих на отношение к здоровью;
- психологические механизмы здорового поведения;
- формирование внутренней картины здоровья;
- коррекцию индивидуального развития;
- профилактику психических и психосоматических заболеваний;
- исследование состояний предболезни личности и их профилактику;
- разработку концепции здоровой личности;
- определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия творческого и духовного потенциала личности;
- психологические механизмы стрессоустойчивости;
- социально-психологические факторы здоровья (семья, организация досуга и отдыха, социальная адаптация, общение и др.);
- тендерные аспекты психического и социального здоровья;
- разработку индивидуально ориентированных оздоровительных программ с учетом состояния здоровья, половых, возрастных и личностных особенностей человека;
- детскую и школьную психологию здоровья;
- психологическое обеспечение профессионального здоровья;
- психологию долголетия, признаки психического старения и их профилактику;
- психологическую помощь при завершении жизненного пути.

### ***Взаимосвязь с другими науками***

Прежде всего, полагает упоминавшийся выше Дж. Матараццо, следует принять во внимание наиболее естественные и плодотворные связи психологии здоровья с другими психологическими дисциплинами. К ним относятся экспериментальная и клиническая психология, психиатрия и педиатрия, социальная психология, психология развития, психофизиология и др. Есть общие точки пересечения с диетологией, фармакологией, биологией и социальной работой. Следующие четыре области, по мнению этого же автора, имеют особое значение в плане информационного насыщения психологии здоровья и определения ее исследовательского контекста.

**Эпидемиология** изучает распространение и частоту возникновения тех или иных заболеваний. Специалисты в этой области определяют возникновение болезни среди населения и оценивают полученные данные по критериям возраста, пола, расовой и культурной принадлежности; кроме того, принимаются во внимание время и территории распространения болезни. Затем они пытаются ответить на основной вопрос: почему то

или иное заболевание распространяется именно так, а не иначе. Описывая полученные данные, эпидемиологи используют ряд основных понятий: смертность, заболеваемость, распространение, охват, эпидемия. Некоторые из этих терминов употребляются в сочетании со словом коэффициент, который придает их значению некоторую численную меру.

Другая дисциплина, имеющая большое значение для психологии здоровья, – **общественное (социальное) здоровье**. Эта область связана с сохранением и укреплением здоровья населения посредством организованных соответствующих мероприятий. Специалисты, работающие в этом направлении, разрабатывают и реализуют программы по иммунизации, санитарии, просвещению в вопросах здоровья. Эта область исследует болезнь и здоровье в контексте сообщества как социальной системы. Успешность реализации этих программ и особенности реагирования на них тех, для кого они предназначены, представляют большой интерес для специалистов по психологии здоровья.

**Медицинская социология** изучает широкий спектр проблем, связанных со здоровьем, в том числе влияние социальных взаимоотношений на распространение болезней, культурные и социальные реакции на них, социоэко-номические факторы обращения за медицинской помощью и особенности организации медицинских служб.

**Медицинская антропология** ориентирована на проведение кросс-культурных исследований по вопросам здоровья и болезни. Ее, например, интересует, как люди, принадлежащие к различным культурам, реагируют на болезнь и какие методы они используют для лечения болезней; как у них устроена система здравоохранения и др. Если бы психологи здоровья не располагали ответами на эти вопросы, их представления о здоровье и болезни были бы существенным образом ограничены.

Несмотря на изначальную преимущество психологии здоровья с психоаналитической и психосоматической традицией, а также ее «генетическую связь» с медициной, она, тем не менее, остается, как подчеркивает И. Н. Гурвич, прежде всего психологической наукой, основанной на общей теории психологии и тесно связанной с рядом ее отраслей. К ним относятся:

- психофизиология;
- детская и возрастная психология;
- медицинская психология;
- социальная психология;
- инженерная и промышленная психология;
- психология спорта;
- авиационная психология;
- дефектология.

Прямой интерес для психологии здоровья, продолжает автор, представляют различные разделы социологии: девиантное поведение, культура, массовая культура, социальная медицина и др.

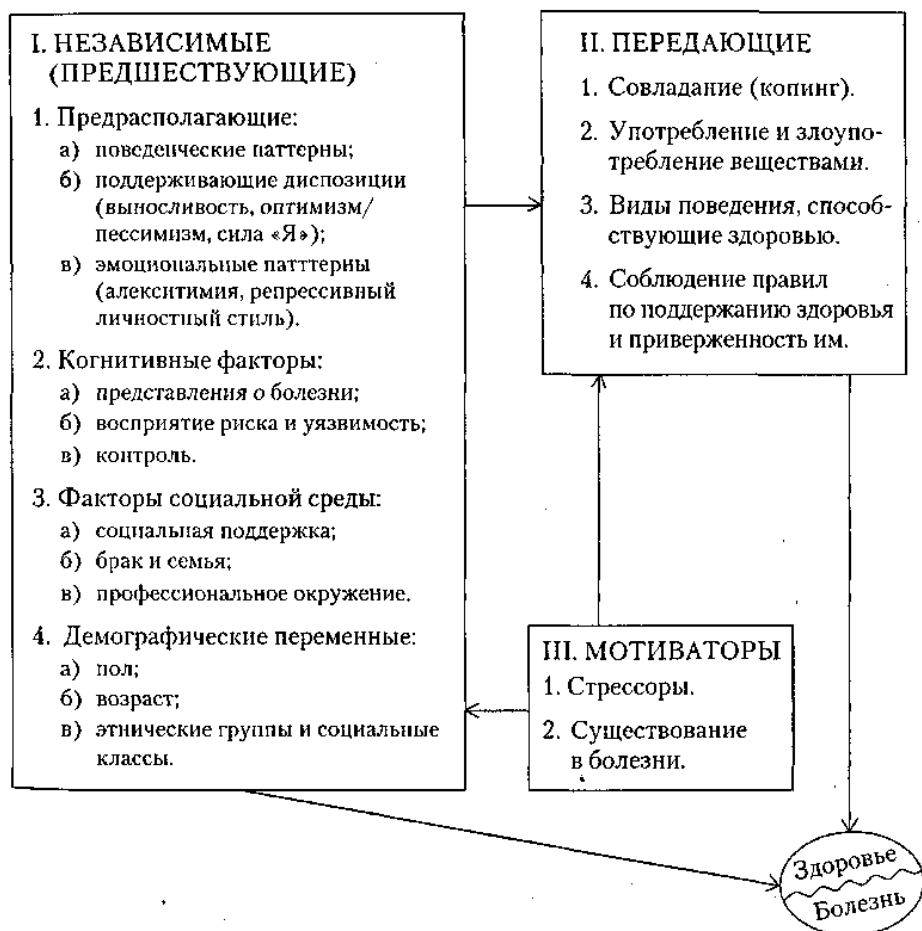
Очевидна близость целей и задач исследования психологии здоровья и психогигиены. Некоторые авторы даже не склонны различать эти понятия, считая их синонимичными. **Психогигиена** определяется ими как наука об обеспечении и сохранении психического здоровья, т. е. наука, включающая в себя систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека. Тесно взаимодействуя с профилактикой и психотерапией, психогигиена представляет собой самостоятельный раздел медицинской науки. Она включает такие разделы: возрастная психогигиена, психогигиена труда и обучения, психогигиена быта, психогигиена семьи и половой жизни, психогигиена больного. И все-таки полное отождествление этих научных направлений нельзя признать оправданным. Понятие «психология здоровья» значительно шире, чем психогигиена или психопрофилактика. Психология здоровья включает теорию и практику предупреждения развития различных заболеваний (нервно-психических, соматических), однако этим не ограничивается. В сферу ее интересов входят вопросы: создания личностных условий индивидуального развития; обеспечения

психологической адаптации личности в обществе, что предусматривает развитие личностных свойств, которые нужны индивидууму для установления гармоничных социальных связей; самореализации и всестороннего совершенствования человека, повышения его качества жизни, в том числе оказания психологической помощи при завершении жизненного пути и ухода из жизни.

Представители валеологии предлагают в качестве синонимов «психологии здоровья» такие понятия, как валеопсихология, валеологическая психология. В соответствии с этой логикой сама психология здоровья трактуется как один из разделов валеологии, нацеленный на совершенствование механизмов психосаморегуляции для повышения психоэмоциональной устойчивости, стрессоустойчивости и упрочения психического компонента здоровья. Несклонность отводить психологии здоровья основополагающую роль в ряду других научных дисциплин валеологического направления объясняется опасением абсолютизации психического компонента здоровья в отрыве от его материальной (соматической) основы. Надо заметить, что такая позиция не является общепринятой в самой валеологии. Уместно напомнить, как подходил к этому вопросу И. И. Брехман, который считается одним из основоположников валеологии. Он особо отмечал важность разработки эффективных методов обучения здоровью. Здесь, по его мнению, большие задачи возникают перед медициной, педагогикой и «главным образом перед психологией». Так, Брехман писал: «Есть основания думать, что в науке о здоровье, которая рождается на стыке ряда наук, психология здоровья должна занять центральное место» [3, с. 78]. И далее заключал: «Мы подчеркиваем крайнюю необходимость осознания нового научного направления – психологии здоровья» [3, с. 78].

### Психологические факторы здоровья

В 1980-х гг., по мере оформления за рубежом психологии здоровья в академическую дисциплину, ее все больше начинали использовать для практических задач – обучения и тренинга в профилактических программах и для предупреждения заболеваний. Кроме того, изучались дальнейшие возможности этого направления психологии для объяснения и взаимосвязи между факторами, ведущими к здоровью или болезни.



Анализируя литературу по психологии здоровья, можно выделить три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью: *независимые, передающие и мотиваторы* (рис. 1.1) [13].

Рис. 1.1. Факторы, влияющие на болезнь и/или здоровье

Рассмотрим более подробно содержание и взаимосвязь этих факторов.

**Содержание факторов.** Независимые, или предшествующие, факторы (блок I) показывают самые сильные корреляции со здоровьем и болезнью. Они включают

личностные характеристики, поведенческие особенности, а также все когнитивные, демографические и социальные ресурсы человека.

Среди независимых факторов выделяют: а) факторы, предрасполагающие к здоровью и/или болезни; б) когнитивные факторы; в) факторы социальной среды; г) демографические факторы.

Охарактеризуем группу независимых факторов.

К **предрасполагающим** факторам относятся: поведенческие паттерны, поддерживающие диспозиции и эмоциональные паттерны.

*Поведенческие паттерны.* Фактор поведения типа А – наиболее исследованный поведенческий паттерн, влияющий на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний (в частности, ишемическую болезнь сердца – ИБС). В современной литературе он определяется как деятельностно-эмоциональный комплекс, включающий следующие характеристики: 1) поведенческие позиции (амбициозность, агрессивность, компетентность, раздражительность); 2) специфическое поведение (мышечное напряжение, быстрый и эмоциональный стиль речи, убыстренный тип деятельности); 3) преобладающие эмоциональные ответы (раздражение, враждебность, гнев).

Поведение типа В противоположно по своим характеристикам поведению типа А.

Некоторые ученые считают, что поведение типа А проявляется только в определенных ситуациях. Последние исследования поведения этого типа как предшествующего ишемической болезни сердца (ИБС) связывают с ним только одну – наиболее прогностичную черту личности, а не весь комплекс характеристик поведения А. Эта черта получила название «потенциал враждебности».

*Поддерживающие диспозиции* – это личностные конструкты, связанные с индивидуальными возможностями реагирования на трудности в оптимистической или пессимистической манере. В настоящее время выделяют следующие личностные диспозиции: оптимизм/пессимизм, сила «Я» и выносливость. Под оптимизмом понимается поведенческая особенность, характеризующаяся позитивными устойчивыми усилиями, направленными на улучшение ситуации. Пессимизм – прямо противоположная особенность. Различия между пессимистами и оптимистами определяются способами индивидуального отбора и использованием стратегий контроля. Силу «Я» многие исследователи представляют как механизм, связывающий психосоциальное влияние со здоровьем. Она может влиять на физиологическую систему, опосредующую здоровое функционирование.

*Эмоциональные паттерны.* В основном изучаются трудности в эмоциональном выражении, которые имеют два аспекта. Первый известен как **«алекситимия»**. Она рассматривается как неспособность использовать язык для описания эмоционального опыта. Подобные трудности связаны со множеством психосоматических расстройств, например с хроническими болями и заболеваниями дыхательной системы, в том числе бронхиальной астмой. Второй аспект трудностей в выражении эмоций – поведенческий тип С, получивший название репрессивного личностного стиля. Он характеризуется избеганием потенциальных повреждающих ситуаций, которые бы могли бы привести к сознательному конфликту или затрудненному опыту, вызывающему сложности. Поведение типа С предлагается характеризовать как невозможность выражать эмоции, особенно негативные, в открытой манере.

К **когнитивным факторам** относятся представления о здоровье и болезни, о норме в психике и соматике; разнообразные модели веры в лечение, в профилактику; воспринимаемый контроль за обстоятельствами жизни, установки, ценности, атрибуции, психотерапевтические мифы, восприятие риска и уязвимости, самооценка здоровья. Влияние когнитивных факторов на состояние здоровья и болезней исследуется прежде всего в связи с подходами к самому здоровью, болезни, норме, патологии. В свою очередь, подходы к вышеназванным понятиям связаны с базисными представлениями о поляризации единства между телесным и психическим, сомой и психикой, биологическим и социальным, индивидуальным и средовым. В зависимости от позиции по базисным познавательным ценностям и концепциям формируются позиции по профилактике,

лечению заболеваний и психотерапевтическим парадигмам. В частности, идет дискуссия о ведущем факторе в этиологии заболеваний («наследственность или среда») и соответственно – об объектах воздействия при лечении и профилактике (сома или психика). Эти дуалистичные подходы нашли отражение в традиционном делении здоровья на психическое и соматическое и далее – в ведомственном делении медицины и специализации ее отраслей. В настоящее время все большее значение приобретает комплексная многофакторная этиология происхождения заболеваний.

Базовые понятия в группе когнитивных факторов – здоровье, здоровый образ жизни, качество жизни, здоровое поведение.

Учитывая, что «главное для индивида – прожить активную жизнь на приемлемо качественном уровне», было предложено определение здоровья как «формы жизнедеятельности, которая обеспечивает необходимое качество жизни и достаточную ее продолжительность» (Гундаров, 1989). Из этого определения вытекает, что есть одно здоровье, но болезней много.

С точки зрения этого определения болезнью можно считать любое явление в организме, которое ухудшает качество жизни и/или сокращает ее продолжительность. Помимо традиционного *поляризационного* подхода к границе между здоровьем и болезнью (болезнь – отсутствие болезни, т. е. здоровье) существует представление о здоровье как о *многоуровневом континууме*. В нем выделяют такие стадии (переходящие друг в друга состояния), как здоровье, условное здоровье, недомогание, страдания от физического состояния, состояние, при котором необходим домашний уход, состояние, при котором необходима госпитализация (Оши-ма, 1991). Причем 2-я и 3-я стадии на континууме объединяются в группу «неопределенных жалоб», а 5-я и 6-я – в группу «заболевания». При таком подходе здоровье рассматривается как сменяющие друг друга состояния.

Существует подход, при котором здоровье определяется через уровень активности индивида. Улучшение здоровья обычно означает увеличение активности, а с ухудшением связывают уменьшение количества энергии. Люди, находящиеся на «нездоровом» полюсе континуума здоровья, могут поддерживать лишь базисный уровень метаболической активности, тогда как «условно здоровые» люди способны к работе, но не могут выполнять действия, требующие большей активности, и уже не могут тратить свою энергию на активный отдых и досуг.

Основные *представления и подходы к норме и патологии* отражены в четырех подходах. Первый связан с традиционным медицинским подходом, который фокусируется на определении патологии, при этом норма понимается как отсутствие патологии. Второй подход, основанный на математической статистике, рассматривает норму, нормальность, как среднее значение. В основном используется в количественной социологии и психологии при определении нормальных распределений данных. При этом средние ранги рассматриваются как норма, а оба экстремума – как отклонения от нормы. Третий подход, связанный с психоаналитическим и гуманистическим направлениями, представляет норму, нормальность, как идеал или недостижимую утопию; при этом норма соответственно есть идеальное функционирование различных «Я» индивида (в психоанализе) или полная самореализация личности (у Роджерса).

Четвертый подход предлагает иное строение континуума – с полюсами «оптимальное здоровье» и «недостаточное здоровье». Здоровье в этой системе координат представляет собой динамичную взаимосвязанную систему, в которой с течением времени развиваются когнитивные навыки, коммуникативные способности и социальная инфраструктура. Для того, чтобы переместиться из области «недостаточного здоровья» в область «оптимального», формируются и используются все эти состояния. Перспективность этого подхода в том, что он наиболее мобилен и предоставляет людям, имеющим в традиционной системе «норма – патология» статус инвалидов или хронических больных, больше возможностей для реабилитации.

Все вышеназванные подходы реализуются в соответствующих системах профилактики и лечения.



*Представления о болезни.* Люди оценивают физиологические расстройства и симптомы (свои и других людей) в зависимости: 1) от общепринятого подхода и представлений медицины о болезни в данном историческом контексте; 2) от формального образца, что, в свою очередь, включает экспектации или примеры этих болезней.

Атрибуции в психологии здоровья касаются приписывания причин болезни или излечения каким-либо факторам. Можно выделить интернальные и экстернальные (внутренние или внешние) причины болезни и ответственности за лечение. Исследования показывают, что атрибуции влияют на результаты болезни посредством множества механизмов. Для определения интернального или экстернального локуса контроля по отношению к здоровью можно использовать методику «Уровень субъективного контроля» (Бажин, Галынкина, Эткинд).

*Восприятие риска и уязвимости.* Люди, как правило, недооценивают свой собственный риск, связанный с заболеваниями или другими негативными жизненными событиями. Индивиды, у которых нет опыта преодоления негативных жизненных событий или болезней, считают себя неуязвимыми.

*Контроль за своей жизнью.* Наличие или отсутствие чувства контроля в значительной степени влияет на эмоциональное, когнитивное, физическое благополучие индивида. С помощью механизмов копинга осуществляется контроль над здоровьем, что способствует снижению стресса, а также посредством прямого физиологического влияния могут воздействовать на иммунную и эндокринную системы.

Из трех **факторов социальной среды** – социальной поддержки, семьи и профессионального окружения – наиболее изучено влияние последнего, а также супругов и других членов семьи, которые могут поддерживать как здоровое, так и нездоровое поведение человека.

*Социальная поддержка (СП)* – процесс, посредством которого социальный контекст влияет на индивида. Помимо прямого влияния СП может оказывать буферный эффект при возникновении разнообразных стрессоров. Связь между СП и здоровьем разнонаправленная. Так, СП может играть роль в стимулировании болезни за счет поддержки малоадаптивного поведения и даже злоупотребления веществами (например, употребление наркотиков в референтной подростковой группе).

Окружение на работе достаточно хорошо изучено в психологии труда и социальной психологии. В психологии здоровья делается акцент на том, как коллеги или руководство организации способствуют поддержке здорового образа жизни, совместный отдых противодействует нездоровому поведению, внедряет программы снижения стресса в результате общей конкуренции, с которой сталкивается любая организация.

Влияние семьи ранее рассматривалось в связи с процессами лучшей реабилитации больных по сравнению с одинокими пациентами. В настоящее время влияние семьи рассматривается с точки зрения качества отношений между партнерами, родителями и детьми.

Среди **демографических факторов** всегда преобладали биологические концепции.

*Фактор пола* и индивидуальные копинг-стратегии в объяснении здоровья мужчин и женщин стали использоваться сравнительно недавно. Концепции биологического детерминизма, которые объясняли различия в здоровье биологическими характеристиками мужчин и женщин, теперь создаются на основе реалистичных многофакторных подходов, связанных с тендерными ролями мужчин и женщин и гендерно-специфическим стрессом.

Если ранее учитывались биологические возрастные изменения, то теперь делается акцент на факторе *восприятия возраста*, в частности на восприятии старения. С возрастом усиливается связь между индивидуальным здоровьем и влиянием переменных социальной среды. С утратой ровесников, партнеров существенно меняется социальная поддержка. Уровень дохода начинает коррелировать со здоровьем после 60 лет. Возрастает контроль за содержанием здорового образа жизни, изменяются представления о болезнях и снижаются аффективные реакции на них. Медицинская

система по-разному относится к больным пожилого и молодого возраста: первым даются более слабые прогнозы и назначаются паллиативные меры вместо радикальных.

*Этнические группы и социальные классы* также рассматривались раньше с биологических позиций, а сейчас – с социальных. Как правило, следствием низкого социально-культурного и материального статуса обычно становится менее стабильное и поддерживающее социальное окружение, что, в свою очередь, изменяет восприятие себя и своей группы и уменьшает способность к психологической адаптации.

Итак, предрасполагающие факторы различным образом влияют на личность и вероятность здоровья или болезни. Так, личность может стать больной из-за своего мотивированного нездорового поведения; личностные факторы могут прямо формировать болезнь через особенности физиологических механизмов; биологические факторы болезни могут быть связаны с личностью; множество разнообразных средовых (фоновых) влияний может быть задействовано между болезнью и личностью. Пока неясно, влияние каких факторов преобладает. Продолжающиеся по этому поводу споры дают богатые возможности для теоретических изысканий в этой области.

Рассмотрим вторую группу факторов (блок II).

**Передающие** факторы представляют собой специфическое поведение, которое возникает в ответ на различные стрессоры. В эту группу входят:

*Совладание* (копинг) с проблемами разного уровня (переживание и регуляция проблем и стрессоров, саморегуляция и т. д.).

1. *Употребление и злоупотребление веществами* (пищевыми продуктами, лекарствами, алкоголем, никотином и т. д.), которые в психологии здоровья рассматриваются как одна из стратегий преодоления и регуляции внешних стрессоров или внутренних проблем, но с отрицательными результатами для здоровья. В этом принципиальное методологическое отличие психологии здоровья от традиционных профилактических медицинских программ и направлений. На этом понимании строится фундамент профилактики алкоголизма и наркомании.

2. *Виды поведения, способствующие здоровью* (физическая активность, выбор экологической среды и самосохранительное поведение в целом).

3. *Соблюдение правил по поддержанию здоровья и приверженность им.*

Эффективный *копинг* играет важную роль в поддержании здоровья, предотвращении болезни, более быстром восстановлении при заболеваниях. Он может оказывать влияние на гормональный уровень, вызывать прямые изменения в соматике, влиять на иммунную систему, снижать вредные воздействия стрессора. Существуют различные классификации копинг-стратегий, например, выделяют категории эмоционально-, когнитивно- и поведенчески-сфокусированных ответов на стрессы. Так, саморегуляцию относят в основном к эмоционально-сфокусированным ответам. Другие классификации используют в качестве основания различия в содержании поведения (например, поиски социальной поддержки, религиозность, конструктивное решение проблем, избегание и т. д.).

Но совладание с проблемами при помощи *употребления и злоупотребления различными веществами* может продуцировать и вредный для здоровья результат. Широко распространенный культурный паттерн такого совладания необходимо заменять таким же доступным, дешевым и простым способом копинга. Иначе профилактические программы против алкоголизма и наркомании будут оставаться малоэффективными. В последние годы внимание традиционных теорий вредных привычек переключилось с химико-биологических объяснений на когнитивно-поведенческие модели. Это связано с обнаружением универсальных поведенческих стратегий при рецидивах у наркоманов, алкоголиков и людей, имеющих проблемы с пищевым поведением. Когнитивно-поведенческие модели сконцентрировались на познавательных способностях и поведении, приводящих к началу, становлению и возобновлению употребления различных веществ. Установлена значительная корреляция между молодым возрастом, тендером и различными вариантами рискогенного поведения (например, употребление наркотиков и курение).

*Виды поведения, способствующие здоровью*, – это часть образа жизни, при котором люди способны предвидеть проблему, мобилизоваться, чтобы встретить ее и активно решить.. В содержание здорового поведения входят: физические упражнения, здоровое питание, навыки по поддержанию здоровой зубной полости, выполнения правил безопасности, экологические знания и т. д. В целом все это составляет самосохранительное поведение. Но чем мотивировано такое поведение – вопрос дискуссионный. Например, только 15 % населения США постоянно посещают фитнес-клубы, несмотря на то, что гораздо больше американцев имеют возможности для активных физических занятий. Для увеличения активности населения предлагается использовать тактики, используемые в коммерческих системах продаж.

*Соблюдение правил* по поддержанию здоровья и *приверженность* им – это добровольные усилия, направленные на планирование и осуществление лечения, на сохранение здоровья при условии выполнения определенных действий. К ним относится регулярное выполнение различных лечебных и профилактических процедур: профилактические самоосмотры, регулярная забота о зубной полости, использование ремней безопасности, посещение групп поддержки, снижение веса и увеличение физических нагрузок, выполнение лечебных процедур. Чем более сильными и опасными воспринимаются заболевания, тем большую приверженность правилам проявляют люди.

Перейдем к третьей группе факторов (блок III).

В группу **мотиваторов** входят стрессоры (общий стресс) и существование в болезни.

Главная особенность *стресса* как мотиватора заключается в том, что он приводит в действие многие другие факторы, и прежде всего передающие, активизируя механизмы копинга.

*Существование в болезни* (личность в состоянии болезни) исследователи описывают как процессы адаптации к острым эпизодам болезни. К этим процессам относятся атрибуционный поиск, потенциальная дисфория, озабоченность своим состоянием. Сюда включают поведение по оценке болезни (в том числе информационный поиск), социальные сравнения, отрицание болезни.

Мы рассмотрели факторы, влияющие на здоровье, с точки зрения содержания. Несколько слов о том, как они взаимодействуют между собой.

**Взаимодействие факторов.** Независимые факторы связаны со здоровьем и болезнью непосредственно или через влияние на вторую группу факторов – передающие. Под влиянием мотиваторов (болезни или стрессоров) запускаются в Действие разнообразные индивидуальные механизмы совладания (копинга), которые, в свою очередь, используют все ресурсы независимых факторов. Разнообразие динамично взаимодействующих факторов приводит к различным результатам: здоровому состоянию, недомоганию, расстройствам и, наконец, разным болезням. Таким образом, независимые факторы – своеобразный базис для формирования передающих факторов.

Группа мотиваторов влияет на здоровье и болезни опосредованно – через иницирующее воздействие на специфическое поведение (передающие факторы). Специфическое поведение включается при реагировании на стрессор, приводит в действие и запускает независимые факторы, такие как оценка ситуации, представления о здоровье и болезнях, устойчивые поведенческие паттерны и т. д.

Стресс как мотиватор приводит в действие предрасполагающие факторы, оценочные механизмы, механизмы копинга, употребление различных веществ и т. п. Во многих случаях стресс может повреждать здоровье через комбинацию различных факторов. Например, поведение типа Л ведет к значительно большей сердечной реактивности под влиянием определенных видов стресса, которые наиболее значимы для индивида с паттерном типа А. Известно, что объективная природа стрессоров менее значима для здоровья, чем личностное восприятие стресса. Реакция на подобный стресс (например, смерть супруга) изменяется вместе со значением этого стрессора для тбо, кто переживает эту ситуацию.

Виды поведения (передающие факторы) в ситуации болезни (восприятие своего

статуса, решения по поиску лечения, вхождение в систему медицинской помощи, реально получаемое лечение и поддержка) связаны с другими факторами: полом, возрастом, социоэкономическим фактором, этническими и культурными установками по отношению к болезни и боли.

Итак, представленная схема психологических факторов риска и антириска, влияющая на здоровье и/или болезнь, открывает перспективы для дальнейшего системного развития и исследования всех взаимосвязанных факторов. Эта схема может использоваться при анализе и создании новых лечебных и профилактических программ по формированию разнообразных моделей здорового образа жизни.

Многие дорогостоящие профилактические программы имеют негативные последствия: повышение смертности, «перекачку смертности» (от одного вида нозологии к другой), ухудшение качества жизни и физиологических показателей, замещение менее опасного фактора риска на более опасный. Последнее происходит по следующим причинам:

- искусственное исключение людей из их привычного исторического и культурного контекста и реальных условий жизни;
- недостаточное внимание науки к изучению индивидуальных механизмов заболеваний и индивидуальных методов профилактики;
- отождествление традиционных факторов риска с собственно причинами болезней;
- абсолютизация мнения, что традиционные факторы риска всегда надо рассматривать только в негативном для здоровья смысле;
- игнорирование разнонаправленных ответных реакций людей на одно и то же воздействие фактора риска;
- игнорирование нижних границ допустимых изменений факторов риска;
- игнорирование социально-психологических факторов здоровья (Гундаров, 1989).

Как видим, к причинам неудач профилактических программ относится абсолютизация точки зрения, согласно которой традиционные факторы риска рассматриваются исключительно в отрицательном для здоровья смысле. Однако накопленный материал не позволяет согласиться с этим. Более того, традиционные факторы риска (например, избыточная масса тела и повышенный холестерин плазмы крови) могут иметь компенсаторное значение. Многочисленные исследования показывают распространенность разнонаправленных реакций на одно и то же воздействие. Обнаруженная универсальность нелинейных, а U-образных связей между факторами риска и смертностью приводит к необходимости нового подхода к формированию здорового образа жизни. Суть этого подхода состоит в том, что рекомендации по здоровому поведению не могут быть одинаковыми для всех; нельзя бесконтрольно снижать уровень факторов риска у различных индивидуумов, так как абсолютное значение нормы может варьировать у разных людей.

Иллюзия практической безопасности профилактических программ по борьбе с традиционными факторами риска была разрушена, так же как и концепция единообразных рекомендаций и одинакового для всех здорового образа жизни [14]. Реакцией, хотя и запоздалой, на негативные последствия профилактических и лечебных процедур и программ стала разработка психологии вмешательства и механизма социального маркетинга как инструментов внедрения разнообразных моделей здорового образа жизни. Механизм социального маркетинга может осуществляться только при равноправных отношениях между создателями профилактических и лечебных программ и их потребителями.

В связи с этим перспективными направлениями психологии здоровья являются изучение механизмов здоровья, развитие диагностики здоровья (определение уровней здоровья) и пограничных состояний, отношение системы здравоохранения и профилактики к здоровым клиентам. Практическая задача – создание простых и доступных для самостоятельного применения тестов по определению здоровья и начальных стадий заболеваний, по формированию разнообразных профилактических

программ.

Контрольные вопросы

Охарактеризуйте основные этапы становления психологии здоровья и ее современное состояние.

Можно ли утверждать, что в России XVII-XX вв. особое внимание уделялось проблеме здоровья в совокупном взаимодействии с окружающей средой?

Приведите известные подходы к определению психологии здоровья как нового научного направления.

Раскройте предметную область исследований в психологии здоровья.

Покажите, в чем заключается взаимосвязь психологии здоровья с другими научными дисциплинами.

Дайте анализ психологических факторов здоровья.

### **Литература**

*Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья: Учебное пособие. – СПб., 1998.

*Бехтерев В. М.* Избранные труды по психологии личности: В 2 т. Т. 2. Личность и условия ее развития и здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова, Л. А. Коросты-левой. - СПб., 1999.

*Брехман И. И.* Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.

*Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека (эталон, представления, установки): Учебное пособие. – М., 2001.

*Водопьянова Н. Е., Ходырева Н. В.* Психология здоровья // Вестник ЛГУ. Сер. 6.-1991. Вып. 4.

*Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. – СПб., 1999.

*Никифоров Г. С.* Надежность профессиональной деятельности. – СПб., 1996.

*Никифоров Г. С.* Психическое здоровье // Психология / Под ред. А. А. Крылова. - СПб., 1998.

*Никифоров Г. С.* Здоровье как системное понятие // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб., 2000.

*Никифоров Г. С.* Психология здоровья: Учебное пособие. – СПб., 2002.

Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб., 1991.

Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2000.

*Ходырева Н. В.* Психологические факторы здоровья // Актуальные проблемы практической психологии. – СПб., 1992.

*Ходырева Н. В.* Психологический аспект формирования здорового образа жизни // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 1991.

## Глава 2. ЗДОРОВЬЕ КАК СИСТЕМНОЕ ПОНЯТИЕ

### *Значение здоровья и подходы к его определению*

«Здоровью цены нет», «Болезнь человека не красит» – гласит народная мудрость. Пожалуй, особенно точно оценил роль здоровья в жизни человека известный русский врач и писатель В. Вересаев:

... С ним ничего не страшно, никакие испытания, его потерять – значит потерять все; без него нет свободы, нет независимости, человек становится рабом окружающих людей и обстановки; оно – высшее и необходимое благо, а между тем удержать его так трудно! (Записки врача. – М., 1936. – С. 31).

В ряду приоритетных ценностей человека здоровью безоговорочно отводится первостепенное значение. И жертвовать своим здоровьем ради чего бы то ни было (богатства, карьеры, науки, славы, преходящих наслаждений) есть величайшее безумие, как заметил А. Шопенгауэр<sup>2</sup>. Напротив, говорит философ, всем другим следует поступиться ради здоровья.

В целом проблема здоровья человека ставится сегодня в ряд с такими фундаментальными науками, как физика, химия, биология. По своей практической значимости и актуальности она считается одной из сложнейших проблем современной науки, не уступающей таким направлениям, как проблема охраны природы, окружающей среды.

Обобщая мнения специалистов относительно феномена здоровья, можно сформулировать ряд аксиоматических по своей сущности положений:

В абсолютном смысле здоровья не существует. Абсолютное здоровье – идеал.

Каждый человек здоров условно. Ни один человек не бывает на протяжении всей жизни вполне здоровым.

Каждый человек может быть здоров в определенных условиях (климат, пища, труд). Есть подходящие (нормальные) и неподходящие (вредные) жизненные условия для конкретного человека. Условия, нормальные для одного, могут быть ненормальными для другого.

При всей важности понятия здоровья не так просто дать ему исчерпывающее определение. Количество попыток справиться с этой задачей увеличивается, но устроившее бы всех решение пока не найдено. Вопросом самостоятельной научной значимости стала возможная классификация и анализ уже предложенных определений. В связи с этим привлекает к себе внимание работа П. И. Калью [4]. Автор рассматривает 79 определений здоровья человека, сформулированные представителями различных научных дисциплин в разное время в различных странах мира. Приведенный перечень далеко не полный, но даже он, пишет автор, уже поражает как многообразием трактовок, так и разнородностью признаков, используемых при дефиниции этого понятия. Несомненное теоретическое и практическое значение имеет выделение наиболее типичных, чаще всего встречающихся признаков – сущностных элементов определения здоровья. Опираясь на выводы, сделанные Калью, посмотрим, какие же в этом плане доминируют подходы.

**Нормальная функция организма на всех уровнях его организации:** организма; органов; гистологических, клеточных и генетических структур; нормальное течение физиологических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству.

При данном подходе нормальное функционирование организма в целом – один из основных элементов понятия «здоровье». Для всех характеристик человеческого организма (анатомических, физиологических, биохимических) вычисляются среднестатистические показатели нормы. Организм здоров, если показатели его функций не отклоняются от известного среднего (нормального) их состояния. Колебания в пределах верхней и нижней границы нормы расцениваются как допустимые. Соответственно отклонение от нормы, нарушающее структуру органа или ослабляющее

---

<sup>2</sup> Шопенгауэр А. Афоризмы о житейской мудрости. – СПб., 1901.

его функционирование, можно рассматривать как развитие болезни. Однако не всякое отклонение от нормы есть обязательно болезнь. Граница между нормой и ненормой (болезнью) не носит жесткого, разделительного характера. Она расплывчата и достаточно индивидуальна. То, что для одного является нормой, для другого уже болезнь. Поэтому вводится понятие «предболезнь» – состояние, переходное от здоровья к болезни. Состояние «предболезни» имеет уже какие-то патологические признаки, но, тем не менее, еще не нарушает здоровья, а только несет в себе объективные предпосылки для этого. Сами же представления о норме постоянно уточняются в связи с новейшими достижениями медицины, биологии. Индивидуальная норма не может быть постоянной, жестко фиксированной в течение длительного времени. На разных этапах онтогенеза ее значение не является неизменным и должно уточняться соответственно возрасту.

#### **Динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой.**

Надо заметить, что признак равновесия в определении здоровья встречается довольно часто, начиная с давних времен. Например, Пифагор, древнегреческий философ, математик и врач, определял здоровье как гармонию, равновесие, а болезнь как их нарушение. Причем одни авторы обращают внимание на поддержание внутреннего равновесия в организме, а другие делают акцент на его равновесии с окружающей средой. Так, по мнению Гиппократов, здоровым можно считать того человека, у которого имеется равновесное соотношение между всеми органами тела. А Г. Спенсер определяет здоровье как результат установившегося равновесия внутренних отношений к внешним.

Способность к полноценному выполнению основных социальных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде. Этот признак встречается во многих определениях здоровья. Авторы, использующие его, хотят тем самым подчеркнуть, что социально здоровым человеком следует считать того, кто содействует развитию общества.

**Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде,** способность поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность и сохранение живого начала в организме.

Это тоже очень распространенный признак в дефинициях здоровья. В данном случае делается акцент на адаптацию как одно из самых главных и универсальных качеств биосистем, их ведущий признак здоровья.

**Отсутствие болезни, болезненных состояний, болезненных изменений,** т. е. оптимальное функционирование организма при отсутствии признаков заболевания или какого-либо нарушения.

Обращение к этому признаку в силу его очевидности наиболее традиционно. В основе его лежит простая логика: здоровыми могут считаться те люди, которые не нуждаются в медицинской помощи.

**Полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие,** гармоническое развитие физических и духовных сил, принцип единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов.

Этот признак созвучен с тем определением здоровья, которое было приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения в 1948 г. В нем говорится, что здоровье – это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. С тех пор прошло немало времени, но эту формулировку, как правило, не обходит стороной ни один из специалистов, занимающийся проблемой здоровья человека. При этом чаще всего она подвергается критике, в том числе за ее слабую практическую направленность, однако взамен ничего более универсального и общепринятого на сей счет пока так и не появилось.

Завершая анализ сущностных признаков здоровья, используемых разными авторами, П. И. Калью говорит, что все их многообразие может быть распределено в

соответствии с рядом концептуальных моделей определения понятия здоровья.

*Медицинская модель здоровья.* Она предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. Здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов.

*Биомедицинская модель здоровья.* Здоровье рассматривается как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Внимание акцентируется на природно-биологической сущности человека, подчеркивается доминирующее значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека и в его здоровье.

*Биосоциальная модель здоровья.* В понятие здоровья включаются биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но при этом социальным признакам придается приоритетное значение.

*Ценностно-социальная модель здоровья.* Здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

П. И. Калью обращает внимание на одно принципиальное обстоятельство. Он пишет, что в определении понятия здоровья одни авторы трактуют его как состояние, другие как динамический процесс, а третьи вообще обходят этот вопрос стороной. Автор отмечает, что здоровье рассматривается как состояние в более ранних определениях этого понятия. В последние десятилетия отечественные и зарубежные ученые все чаще склоняются к тому, что здоровье есть динамический процесс. Поэтому уместно сделать следующие пояснения, связанные с психологией.

Все психические явления процессуальны по своей сути. Нет психического вне процесса. Психология, как говорил еще И. М. Сеченов, должна вывести все стороны психической деятельности из понятия о процессе. Категория состояния, как известно, была введена в психологию Н. Д. Левитовым (О психических состояниях человека. – М., 1964). Ей, по мысли автора, предназначена роль «заполнения разрыва» между психическими процессами и свойствами личности. Автор понимает под состоянием целостную характеристику психической деятельности за определенный период времени, в которой отражается все своеобразие протекания психических процессов. Вне психических процессов, правильно подчеркивает Левитов, нет и не может быть никаких психических состояний. В отличие от психических процессов состояния характеризуются большей целостностью и устойчивостью.

Возвращаясь к феномену здоровья, мы полагаем, что более правильную позицию занимают те авторы, которые не пытаются, интерпретируя его, абсолютизировать причастность к нему либо только категории состояния, либо процесса. Так, например, поступает академик В. П. Казначеев, согласно которому здоровье индивида есть динамическое состояние, процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни (Очерки теории и практики экологии человека. – М., 1983).

### ***Идея системности в толковании понятия здоровья***

К началу XX в. в недрах философии, естественно-научных и гуманитарных дисциплин уже сложились необходимые предпосылки для формирования системного мировоззрения. Системы существуют вовсе не в природе, а только в уме людей, как заметил известный французский физиолог К. Бернар (Введение к изучению опытной медицины. – СПб., 1866). И тем не менее именно системное мышление стало одной из характерных черт научного познания в нынешнем столетии. Фундаментальные положения системной методологии были описаны А. А. Богдановым в его трехтомном труде «Всеобщая организационная наука (тектология)», который начал издаваться в 1913 г. Его концепция справедливо считается исторически первым вариантом общей теории систем.



Принципиальный вклад в разработку системных представлений внесла психология. Эта тема заслуживает отдельного разговора, поэтому здесь только подчеркнем, что сильнейшее влияние на становление системной теории оказало научное наследие академика В. М. Бехтерева и его последователей: А. Ф. Лазурского, М. Я. Басова, В. Н. Мясищева, Б. Г. Ананьева и др. Ни в какой другой психологической школе идея целостного, комплексного рассмотрения человека не была столь ярко и убедительно реализована в методологическом и экспериментальном планах. Заслуга обращения к системности на современном этапе отечественной психологии принадлежит Б. Ф. Ломову. Он не просто «вернул» интерес специалистов к этому вопросу, но и внес в него собственное творческое начало. Первой попыткой в этом плане можно считать его статью «О системном подходе в психологии» (Вопросы психологии. 1975. № 2), в которой автор достаточно подробно раскрыл теоретические предпосылки становления системного подхода и сформулировал основные его принципы применительно к психологии. Системный подход, отмечает Ломов, – та единственная методологическая основа, на которой только и может быть рассмотрена природа психического в том множестве внутренних и внешних отношений, в которых она существует как целостная система. Взгляды автора по этому коренному вопросу методологии современной психологии получили дальнейшее развитие в его монографии [5]. Надо сказать, что идея системности сейчас довольно живо обсуждается в психологии. В этом смысле позиция Ломова выгодно отличается своей конструктивностью от целого ряда авторских точек зрения. На наш взгляд, одной из самых сильных сторон концепции системного подхода, предложенной Ломовым, является попытка автора выделить и раскрыть смысл тех обязательных принципов, которых следует придерживаться специалисту-психологу, если он не на словах, а на деле хочет подойти к изучению психического как целостной системы. Один из наиболее важных среди них – принцип иерархичности. В соответствии с ним человек предстает как сложная живая система, жизнедеятельность которой обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования. В самом общем приближении можно выделить три достаточно специфичных уровня рассмотрения: биологический, психологический и социальный. Именно так еще в 1916 г. В. Н. Мясищев определил свою исследовательскую позицию в изучении личности, трактуя ее как био-психо-социальное единство<sup>3</sup>. Впоследствии в этом же смысле достаточно определенно высказался А. Н. Леонтьев:

Мы без труда выделяем, – пишет он, – разные уровни изучения человека: уровень биологический, на котором он открывается в качестве телесного, природного существа, уровень психологический, на котором он выступает как субъект одушевленной деятельности, и, наконец, уровень социальный, на котором он проявляет себя как реализующий объективные общественные отношения, общественно-исторический процесс (Деятельность, сознание, личность. – М., 1975. – С. 231).

И на каждом из названных уровней здоровье человека имеет особенности своего проявления.

Кратко, но достаточно точно основную сущность здоровья на *биологическом (организационном) уровне* определяет индийский врач, специалист в области йоги

Ашок Тхакер<sup>4</sup>, понимая под ним динамическое равновесие всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Соответственно нарушение равновесия, неадекватная реакция организма на факторы окружающей среды представляют собой не что иное, как болезнь.

Понятно, что особый интерес ученых сосредоточен на выявлении тех механизмов, которые обеспечивают нормальную жизнедеятельность организма. Жизнь каждого организма, заметил Г. Спенсер, есть непрерывное приспособление его внутренних сил к внешним воздействиям (Основания психологии. – СПб., 1876). В ходе эволюции адаптационные возможности организма человека постоянно совершенствовались, и этот процесс сопровождался формированием целой системы защитных механизмов,

<sup>3</sup> Левченко Е. В. История психологии отношений: Дис.... докт. психол наук. – СПб., 1995.

<sup>4</sup> Тхакер А. Йога // Индия. - 1973. - 1(34).

назначение которых состоит в сохранении относительной устойчивости всех жизненно важных функций. В 1857 г. Клод Бернар сформулировал фундаментальную мысль о постоянстве внутренней среды, т. е. о способности организма человека поддерживать в определенных пределах свои жизненно важные функции в ответ на возмущающие воздействия внешней среды. С помощью внутренних, присущих ему «защитительных систем» организм до известной степени сохраняет независимость от внешней, «космической» среды, оберегая свое функционирование от «изменений и возмущений», обусловленных внешними влияниями (указ. соч.). Бернар считал, что на сохранение внутренней среды, ее биологических констант направлена деятельность всех витальных механизмов, но он не раскрывал содержание этих механизмов. Содержание их было описано в работах Уолтера Кэннона, одного из последовательных учеников Бернара, автора учения о «гомеостазе». Этот термин был предложен им в 1929 г. Кэннон подчеркивал, что механизмы гомеостаза выполняют защитную функцию организма, они не даны ему изначально, а сформированы в процессе развития живого и имеют филогенетический аспект рассмотрения. Крупнейший русский ученый, врач и хирург XIX в. Н. И. Пирогов, опираясь на собственный богатейший опыт научной и практической деятельности, тоже подошел к пониманию роли защитных механизмов, отмечая, что в живом организме все химические реакции, все отправления, все функции (в конечном счете – весь процесс развития), – все целесообразно и все подчинено сохранению, поддержанию бытия и противодействует разрушениям (Сочинения Н. И. Пирогова. – СПб., 1887).

Сущность гомеостатического механизма, как ее понимал Кэннон, заключается в противодействии организма какому-либо воздействию, нарушающему нормальное протекание жизненных процессов. Иначе говоря, этот механизм приводится в действие с тем, чтобы вернуть систему в равновесное состояние. Таким образом, как мы сказали бы сегодня, в основе работы гомеостатического механизма заложен принцип саморегуляции. Заметим, что учение о гомеостазе получило дальнейшее развитие на современном этапе. Речь уже идет о создании обобщающей науки «гомеостатики», опирающейся на опыт системных исследований биологии, медицины, психологии, философии, социологии и др. Гомеостатика нацелена на изучение общих механизмов управления гомеостатического типа применительно к сложным системам различной природы – от клетки живого организма до социальных образований<sup>5</sup>.

Очевидна близость понятий «здоровье» и «надежность». В том и другом случае предполагается отсутствие каких-либо значимых нарушений в функционировании организма и составляющих его частей. Немало общего и в способах восстановления утраченной нормы. Так, согласно концепции «надежности биологической системы», предложенной А. А. Маркосяном<sup>6</sup>, под надежностью физиологической системы понимается такой уровень регулирования и такое соотношение элементов самого процесса, когда обеспечивается его оптимальный ход с резервными возможностями, взаимозаменяемостью звеньев, быстрым возвратом к исходному состоянию, достаточной лабильностью или пластичностью, гарантирующей быстрое приспособление и перестройку. По мнению, Маркосяна, надежность – общебиологический закон живого, лежащий в основе конструкции всего организма. Наряду со сказанным выше надежность биосистемы обеспечивается также ее способностью к адаптации и компенсации на этой основе нарушенных функций, совершенства и быстроты использования обратных связей, динамичности взаимодействия входящих в нее звеньев саморегулирующихся подсистем<sup>7</sup>. Биологическая надежность формируется в процессе филогенетического и онтогенетического развития организма человека. В последнем случае она проходит этапы становления, относительной стабильности и нарушения, которые в значительной

<sup>5</sup> Степанов А. М. Основы медицинской гомеостатики. – Воронеж, 1994.

<sup>6</sup> Маркосян А. А. Надежность физиологической системы и онтогенез // Молекулярные и функциональные основы онтогенеза / Под ред. В. П. Махинько. – М, 1970.

<sup>7</sup> Корольков А. А., Петлепко В. П. Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине. – М., 1977.

мере обусловлены возрастными этапами онтогенеза. Для зрелого возраста характерно наличие четко выраженной надежности физиологической системы. Однако в дальнейшем возникают нарушения в функционировании физиологической системы, обусловленные появлением инертности регуляторных механизмов, нарушением биосинтетических процессов, а также процессов утилизации. Отмеченные нарушения, в свою очередь, вызывают приспособительные явления, которые имеют весьма важное значение для нормального функционирования организма в пожилом возрасте.

Организм человека, его здоровье неизбежно подвергаются воздействию процессов старения. Все большее число исследователей приходит к выводу о том, что в основе старения лежит нарушение процессов саморегуляции на разных уровнях жизнедеятельности организма. Но наряду с необратимыми процессами старения в организме человека возникают и приспособительные механизмы, благодаря которым гомеостатический уровень регуляции ряда жизненно важных параметров организма<sup>8</sup> может поддерживаться до глубокой старости. Это явление можно рассматривать в целом как диалектику надежности организма, выражающуюся в противоречивости двух тенденций: с одной стороны – в снижении надежности из-за патологических процессов в организме, наличия вредных мутаций и др., а с другой – в повышении надежности, в тенденции к сбалансированию дефектов и восстановлению нарушенного равновесия<sup>9</sup>.

Если вопросы профилактики здоровья, укрепления защитных сил организма и лечение болезней, можно сказать, с давних пор находятся в поле внимания традиционной медицины, то наши современные представления о сущности и путях обеспечения здоровья, связанного с *психологическим уровнем*, пока еще далеки от желаемой ясности и в целом не могут быть признаны удовлетворительными. Вопросы здоровья, относящиеся к этому уровню, так или иначе связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Ответы, верно найденные на них, в конце концов помогут нам понять главное: что такое здоровая личность, как формируется личность человека в раннем детстве, какие определенные стадии проходит в своем развитии. Наибольшую устойчивость, надежность черты сформировавшейся личности приобретают в период зрелости. Затем, в старости, структура личности подвергается ряду изменений в нисходящем направлении. В целом же личность на всем протяжении жизни может подвергаться временным или стойким изменениям различного рода при заболеваниях, в том числе и психических. Чем более гармонично, писал С. С. Корсаков, соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее цельность (Корсаков С. С. Курс психиатрии. – М., 1901).

Учебники по медицинской психологии и психиатрии дают достаточное представление о разнообразии известных на сегодня видов психического нездоровья. Они связаны с теми или иными нарушениями в психическом статусе личности. В общем случае это может выразиться в ненормальном течении познавательных процессов и, как следствие, в неадекватном отражении действительности. Например, утрата критичности мышления, известная в психопатологии как одна из форм нарушения мыслительной деятельности, проявляется уже не только в отсутствии у больных самоконтроля за собственными действиями при выполнении конкретного задания, но и в их не критичности к себе как личности, в нарушении «подконтрольности» своего поведения в целом. Расстройства в эмоциональной сфере, утрата равновесия в этой сфере, навыков самообладания существенно изменяют и сам стиль поведения человека, подчас делая его непредсказуемым. Известно, что длительные и интенсивно выраженные аффективные переживания могут стать причиной патологического развития личности, ее дезинтеграции. Благополучие в психическом здоровье личности может быть нарушено доминированием определенных и негативных по своей сути черт характера, дефектами в нравственной сфере, неправильным выбором ценностных ориентации.

---

<sup>8</sup> Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни. – Л., 1988.

<sup>9</sup> Астафьев А. К. Философские и биологические аспекты проблемы надежности живых систем // Вестник ЛГУ. - 1967. - № 5.

Вместе с тем, как и в случае организма (высший уровень), на психологическом уровне тоже функционируют механизмы, нацеленные на обеспечение надежности личности, поддержания ее здоровья [6]. Проиллюстрируем сказанное на примере механизмов компенсации и психологической защиты.

Понятие компенсации, принятое в психологии, сохраняет преемственность с уже сложившейся трактовкой функционального назначения этого механизма в физиологии. Под компенсацией психических функций имеется в виду возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. Одна из закономерностей психического развития человека в онтогенезе связана с развитием его компенсаторных возможностей. Это находит отражение в усиленном развитии других функций вместо ослабленного или дефектного развития какой-либо психической функции. Типичный пример компенсации в сфере психических процессов относится к работе памяти. Компенсация слабой механической памяти может быть осуществлена за счет ассоциативной, что в итоге не приводит к нарушению памяти в целом. Слабое развитие или нарушение памяти можно компенсировать путем записывания или более четкой организацией деятельности. Недостаточное распределение внимания можно компенсировать за счет его переключения. Определенные дефекты зрения могут частично компенсироваться усилением развития слуха. При отсутствии зрения и слуха, но при сохранности мозговых функций человек может компенсировать и развить свои речевые способности. В самом же процессе речевого управления компенсация дефектного механизма может осуществляться заменой одних сенсорных и двигательных элементов другими. О возможностях компенсации в личностной сфере говорил А. Ф. Лазурский (Классификация личностей. – Л., 1925). «Компенсирующие» склонности, по выражению автора, гарантируют общественное здоровье личности и удержание ее в границах социальных норм. Позже эта мысль нашла подтверждение и у других авторов. Личность, отмечает Л. Л. Рохлин, обладает большими потенциальными возможностями к сохранению собственной устойчивости и сопротивлению вредным влияниям, связанным с психическими заболеваниями. В основе их лежит способность к замещению одних качеств другими. В свою очередь, способность к компенсации и замещению, поясняет автор, определяется прежде всего высокой пластичностью мозга. Эффект компенсации проявляется и в формировании характера, когда при ослаблении какой-то одной черты характера развивается другая, как бы возмещающая этот дефект (Рохлин Л. Л. Проблема личности в психиатрическом аспекте // Проблемы личности. – М., 1970). Роль «закона компенсации» в сфере нравственного воспитания подчеркивает Б. Перэ (Дитя от трех до семи лет. – М., 1913). Например, всякий успех, говорит он, в развитии благожелательных чувств достигается в ущерб зависти. А практика трудовой деятельности показывает, что снижение нервно-мышечных функций в результате старения может успешно возмещаться более эффективным и рационально организованным планированием деятельности.

Что же касается психологической защиты, то осознанно или интуитивно, но человек постоянно прибегал к ее помощи на всем пути своего исторического развития. Описание разнообразных форм ее проявления приводилось сначала в философских трактатах, художественной литературе, а позднее и в психологических исследованиях. Пожалуй, только в психоанализе эта тема стала предметом специального рассмотрения, правда, с позиций, достаточно односторонних. Идея личностной защиты, разрабатываемая в психоаналитическом варианте, не свободна от ложных интерпретационных установок в отношении личности<sup>10</sup>. Справедливо также замечание, что психологическая защита – вполне нормальный и повседневно применяемый психологический механизм, рассмотрение которого, как это делается в психоанализе, не может ограничиваться рамками дезорганизации психической деятельности только в условиях конфликта сознания и бессознательного<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Зейгарник Б. В., Николаева В. В. Психологические проблемы в медицине // Вестник МГУ. – 1977. - № 3.

<sup>11</sup> Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Психическая травма // Руководство по психиатрии / Под

В принципе, психологическая защита выступает как определенная характеристика надежности личности, ее способности противостоять собственному распаду, дезинтеграции, различным нарушениям в функционировании психики.

Переход от психологического к *социальному уровню* достаточно условен. Психологические свойства личности, отмечает Б. Ф. Ломов [5], просто не существуют вне системы общественных отношений, в которую эта личность включена. Иначе говоря, человек предстает на этом уровне прежде всего как существо общественное и, соответственно, здесь на передний план выходят вопросы влияния социума на здоровье личности. Известно, что на психическое здоровье воздействуют различные социальные связи, в том числе семьи, общения с друзьями и родственниками, работы, досуга, принадлежности к религиозным и другим организациям и др. Причем последствия этих воздействий могут носить как благотворный, так и негативный характер. Только люди со здоровой психикой обычно чувствуют себя активными участниками в социальной системе, а само душевное здоровье принято определять как вовлеченность в общение, в социальное взаимодействие. Запущенность воспитания и неблагоприятные условия окружающей среды становятся причиной различных форм неадекватного поведения человека в обществе, криминального развития личности, иными словами, причиной снижения ее социального здоровья и надежности.

### ***Взаимосвязь уровней рассмотрения здоровья и болезни***

Выявление состава и понимание природы воздействия тех или иных факторов на состояние здоровья и болезни на биологическом, психологическом и социальном уровнях рассмотрения представляет собой самостоятельную и достаточно непростую задачу. Но еще большая трудность, по мнению специалистов, связана с раскрытием взаимосвязи этих уровней.

Идея гармонии души и тела как основы здоровья человека пришла к нам из глубин истории. В свое время Д. Локк удачно воспользовался ею, предложив краткую формулировку счастья, «доступного в здешнем мире»: здоровый дух в здоровом теле (Мысли о воспитании. – М., 1913). Однако, к сожалению, эта формула не безупречна: первое отнюдь не следует само по себе из наличия второго. В «Учении живой этики» (Владыка и здоровье. – М., 1999) об этом так и сказано: здоровье не есть признак духовности, т. е. физическое здоровье не есть еще признак силы духа. Можно быть физически крепким, здоровым и вместе с тем психически ущербным человеком. Известно, что физическое здоровье может сохраняться до глубокой старости у людей, страдающих серьезными психическими нарушениями. Не редкость и случаи пребывания в психиатрической клинике людей с прекрасным телесным здоровьем.

Как жизненная цель чрезмерное увлечение «строительством тела» лишь ради самоутверждения и жажды побед на конкурсах культуристов вызывает сомнения. Иногда культ тела, упорное овладение техникой боевых искусств подчинены вовсе не благородной перспективе, а наоборот: применение развитых силовых возможностей планируется для достижения криминальных целей. Это пример подавления значения духа: в сущности, здоровым телом управляет нездоровая, дефектная психика. И здоровое тело, и здоровый дух требуют специального внимания, терпеливой и регулярной работы над собой, чтобы они могли составить гармоничное сочетание.

Человеческий организм – пример наисложнейшей живой системы, состоящей из огромного числа компонентов и форм взаимосвязи! между ними. В таких условиях вполне реальна вероятность отклонения от нормы в функционировании присущих организму механизмов различной природы, например: легкие формы простуды, аллергии, несущественное повышение температуры тела и т. д. Эти отклонения могут носить или преходящий характер, или протекать не столь интенсивно, чтобы можно было говорить о выраженном и опасном развитии болезнетворного процесса. Патологические изменения не достигают критического значения за счет внутренних ресурсов, адаптационных и

компенсаторных возможностей организма и в конечном счете не сказываются на самочувствии человека, не отражаются на его работоспособности. В такой ситуации врачи говорят, что мы имеем дело с «практически здоровым человеком». С другой стороны, отсутствие объективных признаков нарушения здоровья, установленное с помощью современных средств диагностики, в силу их определенного несовершенства еще не позволяет с абсолютной уверенностью говорить об отсутствии какого-либо болезненного начала в состоянии организма.

Факт очевидного, тем более тяжелого недуга не остается без последствий для уровней психического и социального здоровья, на которых болезнь организма находит свое негативное продолжение. В этих случаях принято говорить о сома-топсихических заболеваниях. Различные виды серьезных органических нарушений влекут за собой изменения в психике, личностном статусе человека и его социальном поведении. Это могут быть нарушения когнитивных процессов (ослабление памяти, внимания, рассеянность мышления и др.); изменения в эмоциональной сфере (переживания тревоги, депрессии, беспомощности, озлобленности, раздражительности и др.); утрата ценностных ориентации, интереса к жизни, к близким. Чем тяжелее заболевание организма, тем сильнее его влияние на состояние психического и социального здоровья.

Перейдем теперь к психологическому уровню рассмотрения здоровья. Отвечая на вопрос корреспондентов «Какое здоровье надо оберегать в первую очередь – духовное или физическое?», министр здравоохранения России, генерал-полковник Ю. Л. Шевченко ответил: «Я считаю – духовное. Наблюдения показывают, что если человек живет в страхе, тревоге, он саморазрушается...» (Аргументы и факты. –2000. – № 33. – С. 3). Такого же мнения придерживаются многие ведущие специалисты в области медицины. Современная официальная медицина относит к числу психосоматических, т. е. берущих начало в психической дисгармонии, примерно 80% всех заболеваний. Древневосточная (прежде всего индийская и китайская) медицина, чей уникальный опыт в настоящее время все чаще переносится в практику врачевания специалистов западных стран, исходит в своем учении из следующего кардинального тезиса: духовное здоровье есть главная основа здорового тела; в основе здоровой психики лежит равновесие духа, которое в сочетании со здоровьем тела надо ценить и охранять превыше всего. Активное содействие человеку в достижении гармонии психического и телесного здоровья как раз и является одной из главных задач, которую ставит перед собой сегодня психология здоровья.

На заболевание организма психика человека реагирует по-разному. Наихудший вариант, особенно в случае серьезного заболевания, – это психологическая капитуляция перед ним. Такая позиция только усугубляет течение болезни, содействует ее разрастанию. Вместе с тем хорошо известно, что здоровая психика способна благотворно влиять на функции заболевшего организма. Психическая стойкость человека, сила его духа, самовнушения и воли могут стать надежной опорой в борьбе с развившимся недугом и преодолении болезни тела.

По оценке большинства исследователей, как отмечает С. Б. Семичев [7], число людей, совершенно свободных от каких-либо психических нарушений, т. е. абсолютно здоровых, не превышает 35% населения. Однако не все нарушения, связанных с психологическим уровнем, могут быть квалифицированы как наступление болезни. Среди лиц, психически здоровых, согласно Семичеву, надо различать те или иные предболезненные состояния, которые проявляются в форме дезадаптации. В этом состоянии вероятность заболевания значительно увеличивается. Автор предлагает квалифицировать их как переходные от нормы к болезни. И хотя они уже не относятся, строго говоря, к норме, тем не менее их можно рассматривать как сохраняющие статус здоровья. Итак, предболезнь – это не более чем вероятность возникновения заболевания, это одна из степеней здоровья и поэтому прямое отождествление ее с болезнью недопустимо.

Как уже упоминалось выше, очень многие заболевания в сфере организма берут свое начало на психологическом уровне. Из глубокой древности известно, например, что нередко болезни тела проистекают от мыслей, их содержания, что, иначе говоря, состояние тела и мысли взаимосвязаны. Мысль, утверждающая здоровье, оздоравливающе действует

на весь организм, и наоборот. Мысли негативные, разбросанные, неуверенные, наполненные злобой и ненавистью оказывают разрушающее воздействие на состояние органов физического тела.

Результаты многих проведенных исследований показали, что свойства личности – важнейший фактор, влияющий на здоровье. Обобщая данные разных авторов, В. И. Гарбузов [2] группирует черты личности, предопределяющие различные психосоматические заболевания. Итак, болезнь угрожает:

решительным, активным, но при этом чрезвычайно честолюбивым, склонным брать на себя слишком много; чрезмерно и напряженно работающим; отличающимся повышенным чувством ответственности, долга, высокотребовательным к себе; добросовестным до педантичности, прямолинейным, бескомпромиссным, болезненно реагирующим на оценку себя со стороны окружающих; предрасположенным к сосредоточению на отрицательных эмоциях, к стремлению во всем обвинять себя; сдержанным до скрытности, жестко контролирующим свои эмоции вплоть до их подавления; лицам, которые с трудом приспосабливаются к быстро изменяющимся условиям жизни; нестойким в отношении неприятностей, неудач, агрессии со стороны других, крайне ранимым, тревожным и мнительным, склонным во всем уступать другим; лицам, неспособным выразить в словах свои эмоции, желания, претензии; не обладающим способностью глубоко осмыслить свое положение.

Гарбузов выделил также «психосоматический профиль», т. е. те личностные характеристики, которые присущи людям, идущим по пути к психосоматической патологии. Это:

ущемленное чувство достоинства;  
эгоцентричность (эгоизм);  
сужение интересов (однобокость устремлений, переживаний);  
тенденция к фанатизму;  
чрезмерно высокий уровень притязаний;  
несоответствие притязаний возможностям;  
агрессивность;  
постоянная демонстрация сверхмужественности, «суперменства», особенно если в действительности человек этим не обладает;  
истероидность, когда все – на надрыде, с перехлестом и ожесточением.

Определились и некоторые типы личности, предрасположенные к заболеваниям определенного вида. В этом плане хорошо известен так называемый тип *Л*, подверженный сердечно-сосудистым заболеваниям (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, повышенное артериальное давление, стенокардия). Люди такого типа (среди них преобладают мужчины) отличаются высокой экстраверсией, но при этом обычно плохо контактируют с другими людьми; склонны к конфликтности; эгоцентричны; им присущ жесткий, агрессивный стиль поведения; они крайне озабочены собственной самооценкой, причем она далеко не всегда адекватная. Такие люди обычно быстро говорят и нетерпеливо слушают, много и резко двигаются; их отличает гипертревожность, огромное честолюбие и взрывной темперамент. Стояние в очередях, выполнение неинтересной работы, чтение объемных книг – для них настоящая мука. У них неверные установки на профессию и работу. Это находит выражение в постоянной нацеленности на успех, на соревновательность и конкурентную борьбу; в стремлении все делать в ускоренном темпе (по принципу «время не ждет», но при этом они нередко испытывают Дефицит времени, распыляя силы и берясь сразу за решение нескольких задач); в острой, бурной, агрессивной реакции на неудачи. Они практически не видят возможности собственной самореализации вне профессиональных рамок. В целом они ведут стрессовый образ жизни

К типу *В* относят людей, противоположных по своему складу личности типу *А*. У них

в 6 раз меньше вероятность сердечных заболеваний, в том числе высок иммунитет к развитию ишемической болезни сердца. Это неагрессивные, не ощущающие бега времени люди, не склонные к соревнованию, спокойные, неспешные и умеющие расслабиться. Они взвешенно смотрят на то, когда им следует включаться в работу и насколько погружаться в нее.

Тип С – еще один тип личности. Люди, относящиеся к этому типу, особо подвержены раковым заболеваниям. Как правило, такие люди не предрасположены к внешнему проявлению раздражения и гнева. Испытывая сильные чувства, они редко показывают их, загоняют переживания внутрь себя, поддаваясь при этом ощущениям страха, беспомощности, безнадежности. Они высоко чувствительны к стрессу, но при этом мало способны к разрядке негативных эмоций, снятию напряжения. Этим людей отличают уступчивость, подчиняемость, неуверенность в себе и терпеливость. Их могут вывести из равновесия такие межличностные проблемы, как зависть и конкуренция; они легко теряют надежду, становятся беспомощными, впадают в депрессию.

Уровень социального здоровья, как и два предыдущих, имеет свою специфику рассмотрения. Здесь основной акцент делается на полноценном выполнении человеком своих социальных функций. Соответственно социальное здоровье определяется как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества. Среди факторов, оказывающих особенно заметное влияние на состояние социального здоровья, ведущая роль отводится профессиональной деятельности и семейным отношениям. На первом из них мы остановимся специально в одной из следующих глав, где речь пойдет о психологии профессионального здоровья. Относительно второго фактора заметим, что характер отношений родителей, определяющий в целом психологическую атмосферу в семье, – его центральный момент. Исследования показали, например, что развод родителей на несколько лет укорачивает жизнь детей. Семейные люди живут дольше одиноких, особенно если их брак стабилен. С одной стороны, основанные на чувстве разделенной любви, взаимном уважении и доверии отношения супругов благотворно воздействуют на их здоровье. С другой, как установили ученые из Бостонского университета, – смерть любимого человека в 14 раз повышает вероятность развития инфаркта у овдовевшего супруга. Выявлены определенные типы родительских семей, предрасполагающие к развитию психосоматических заболеваний детей. Так, Абрамова и Юдчиц выделяют следующие типы:

«Связывание» – это семья, в которой сложились жесткие стереотипы коммуникаций; при этом дети становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: «Делай, как я тебе сказал».

«Отказ» («отвержение») – ребенок как бы «отказывается» от себя, от своей личности. У него развивается аутизм и тенденция к автономности.

«Делегирование» – родители потеряли реалистичное восприятие достижений своих детей; они воспринимают их как продолжение себя, возлагая надежды на осуществление своих несбывшихся планов на детей [1].

Данные разных авторов позволяют говорить, что семейное неблагополучие само по себе может стать причиной развития целого ряда психосоматических заболеваний (таких, например, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.).

Среди других факторов социального уровня, оказывающих влияние на здоровье человека, следует отметить умение оберегать и поддерживать контакты с друзьями, не замыкаясь на себе, и умение налаживать в целом социальные связи, хорошие взаимоотношения с другими людьми. Наконец, это вдумчиво организованный, разносторонний, познавательный и эмоционально насыщенный досуг с разумной оздоровительной практикой.

Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств (конфликтности, эгоцентризма и др.). Вредное влияние на здоровье оказывает и такая черта характера, как «коммуникационное доминирование». Люди, которым она свойственна, всеми силами пытаются доминировать в компании, перебивают в разговоре собеседника, стремятся навязать свою точку зрения. Именно о таких людях говорят: «тяжелый человек». Исследование, проведенное учеными



из медицинского центра Университета Дьюка, показало, что люди с такой чертой характера имеют на 60% больше шансов умереть в раннем возрасте, чем те, кто, напротив, склонен к спокойному общению и компромиссам, умению договариваться.

Асоциальная личность с присущими ей соответствующими чертами и стилем поведения не может считаться здоровым человеком. Криминальная ориентация, приверженность алкоголизму и наркомании, религиозный фанатизм (сектантство), политический экстремизм влекут за собой разрушительные последствия в сфере психического и физического здоровья. Это находит проявление в агрессивности, неприятии инакомыслия, сужении сферы жизненных интересов, догматическом мышлении, эмоциональной экспрессии или тупости, а также имеет продолжение в функциональных расстройствах (заболеваниях нервной системы), органических поражениях (язвы, инфаркты, инсульты, онкологические заболевания и др.).

### **Критерии психического и социального здоровья**

Выявление состава и раскрытие содержания критериев психического и социального здоровья – один из тех ключевых вопросов, от степени разработанности которого будет во многом зависеть мера практической востребованности психологии здоровья как научного направления. Если оценка выраженности здоровья на Уровне организма находит в современной медицине достаточно удовлетворительное решение, то в отношении психического и особенно социального здоровья об этом говорить преждевременно. Предлагаемые в этом плане решения нередко оказываются уязвимыми для критики. Понятно, что такое положение дел обусловлено прежде всего необычайно сложной организацией психического мира человека. В понимании связанных с ним закономерностей функционирования мы все еще далеки от желаемых ответов. Ясно одно: каким-то одним критерием не исчерпать всей сути вопроса. Скорее всего, решение будет найдено при комплексном подходе к оценке психического и социального здоровья. Вместе с тем в литературе немало примеров, когда для характеристики их выраженности, причем главным образом психического здоровья, предлагаются какие-то отдельные признаки. Приведем некоторые из примеров.

В способности познавать истину Декарт видел здоровье души. Другой известный философ, Гельвеций, считал, что отличительный признак здорового ума заключается в его способности правильно осуществлять сравнение сходств и различий, соответствий и несоответствий между различными предметами. Если в здоровом человеке между его двумя «Я» – субъективным и объективным – существует правильное, нормальное отношение, то в больном эта связь нарушена<sup>12</sup>. Одним из определяющих критериев психического здоровья, довольно часто применяемых в современных психотерапевтических методиках разной направленности, служит сопоставление образов реального и идеального «Я» (представление о том, каким человек хотел бы быть). Высокую степень совпадения реального «Я» с идеальным принято считать хорошим показателем психического здоровья. Для психически здорового человека неприемлемы идеи заброшенности, одиночества, пессимистические настроения. Он обладает достаточным запасом жизненных сил, позволяющих ему поддерживать духовную бодрость и придерживаться оптимистических идеалов<sup>13</sup>. «Смех – здоровье души», – учит армянская пословица. Человек здоровой психики – это прежде всего человек воспитанный, социально хорошо адаптированный, не совершающий действий, противоречащих принятым в обществе нормам поведения. Современные западные психологи считают, что самоуважение и степень выраженности тревожности относятся к самым информативным показателям психического здоровья. Позитивно настроенные люди, которые имеют ясные цели в жизни и, соответственно, не склонны мучить себя вечными сомнениями, неуверенностью, дурными предчувствиями и пессимизмом, имеют

<sup>12</sup> *Страхов Н.* Об основных понятиях психологии и физиологии. – СПб., 1894.

<sup>13</sup> *Кобляков В. П.* Этическое сознание. – Л., 1979.

хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного здоровья<sup>14</sup>.

Если задаться вопросом, а можно ли все-таки попытаться выделить среди уже известных критериев психического здоровья наиболее важный, то мы бы отдали предпочтение психическому равновесию. С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. В общем смысле под гармонией понимается согласованность, стройность в сочетании чего-нибудь. Известный немецкий ученый и врач Р. Вирхов сделал следующее пояснение по этому поводу: мы можем вместо «гармония» сказать «равновесие», а вместо «дисгармония» – «нарушение равновесия» (О целительных силах организма. – СПб., 1896). Здоровый человек – это человек гармоничный. Соответственно аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т. е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с социумом. От степени выраженности психического равновесия зависит мера уравновешенности человека и объективных условий, его приспособленность, адаптированность к ним. Однако сама по себе уравновешенность, как подчеркивал В. Н. Мясищев, это не какое-то мертвое, застывшее в своем проявлении равновесие, а динамический процесс, поступательное движение жизненно важных биологических и психических процессов. При этом уравновешенность человека и адекватность его реакций на внешние воздействия имеют большое значение в плане разграничения нормы и патологии. У неуравновешенного, неустойчивого человека фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса<sup>15</sup>. И наоборот, только у психически здорового, т. е. уравновешенного, человека мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения и адекватности его внешним условиям.

По понятным причинам особый интерес представляют те работы, авторы которых предпринимают попытку как бы «собрать» вместе наиболее значимые, по их мнению, критерии, представить их совокупность; иными словами, с той или иной степенью успеха реализовать идею комплексного подхода к оценке психического и социального здоровья.

Например, О. Н. Кузнецов и В. И. Лебедев, анализируя представления Ф. М. Достоевского о психическом здоровье и болезни человека, называют некоторые признаки, которые могут, на их взгляд, рассматриваться в качестве критериев психического здоровья. К их числу авторы относят способность адекватного восприятия окружающей среды и осознанного совершения поступков, целеустремленность, работоспособность, активность, полноценность семейной жизни (Достоевский о тайнах психического здоровья. – М., 1994).

Но, пожалуй, наиболее полно перечень критериев психического здоровья представлен в работе Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова. В первую очередь авторы относят к ним:

- причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответствующую возрасту человека зрелость чувств, постоянства места обитания;
- максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду);

<sup>14</sup> Линдемман Х. Аутогенная тренировка. – М., 1980.

<sup>15</sup> Корсаков С. С. Курс психиатрии. – М., 1901.

чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;  
чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;  
способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;

самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;  
способность планировать и осуществлять свой жизненный путь<sup>16</sup>.

Рассмотрим теперь взгляды некоторых зарубежных специалистов на оценку психического здоровья. Так, в рамках гуманистического направления предлагались, согласно И. Н. Гурвичу [3], следующие критерии позитивного психического здоровья:

аттитюды к «Я»;

рост, развитие и самоактуализация личности;

интеграция личности; автономия;

адекватность восприятия реальности; мастерство и компетентность в отношении окружения.

Правда, замечает автор, с одной стороны, приведенные критерии недостаточно полно охватывали само понятие психического здоровья, а с другой – вызывали определенные затруднения их использования в исследовательской практике.

Один из представителей гуманистического направления, американский психолог А. Маслоу полагает, что здоровый человек – это прежде всего человек счастливый, живущий в гармонии с самим собой, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но не нападающий первым ни на кого и пр. Им же сформулированы и основные потребности здорового человека, к которым Маслоу относит:

физиологические потребности;

потребность в безопасности;

потребность в привязанности и любви;

потребность в уважении;

потребность в самоактуализации, т. е. в выражении присущих личности способностей.

Еще один пример попытки очертить совокупность критериев психического и социального здоровья принадлежит американскому психологу А. Эллису<sup>17</sup>. Он выделяет:

интерес к самому себе;

общественный интерес;

самоуправление (самоконтроль);

высокую фрустрационную устойчивость;

гибкость;

принятие неопределенности;

ориентацию на творческие планы;

научное мышление;

принятие самого себя;

риск;

длительный гедонизм;

нон-утопизм;

ответственность за свои эмоциональные нарушения.

Полагаем, что уже приведенных примеров достаточно, чтобы сделать некоторые выводы.

Во-первых, наряду с очевидным разбросом мнений просматривается и определенная повторяемость в выборе ряда критериев психического и социального здоровья. Это можно воспринимать как свидетельство их особой значимости, неслучайности.

Во-вторых, трактовать приведенные перечни критериев следует не более как их некоторые совокупности, ибо в них не обнаруживается какого-либо классифицирующего признака, который позволил бы придать им возможную внутреннюю организацию, например:

<sup>16</sup> *Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К.* Учебное пособие по медицинской психологии. - Л., 1976.

<sup>17</sup> *Гулина М. А.* Внутренняя гармония и психическое здоровье // Практическая психология: Учеб. пособие // Под ред. М. К. Тулушкиной. - СПб., 1993.

распределение критериев психического и социального здоровья по структурным составляющим личности ли каким-то иным основаниям.

Перечислим некоторые из наиболее часто называемых в литературе критериев здоровья, попробовав распределить их в соответствии с видами проявления психического (процессы, состояния, свойства).

Из психических процессов чаще упоминаются:

максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения);  
адекватное восприятие самого себя;  
способность концентрации внимания на предмете;  
удержание информации в памяти;  
способность к логической обработке информации;  
критичность мышления;  
креативность (способность к творчеству, умение пользоваться интеллектом);  
дисциплина ума (управление мыслительным потоком).

В сфере *психических состояний* в их число обычно включают:

эмоциональную устойчивость (самообладание);  
зрелость чувств соответственно возрасту;  
совладание с негативными эмоциями (самые разрушительные из них – страх, гнев, жадность, зависть);  
свободное, естественное проявление чувств и эмоций;  
способность радоваться;  
сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Среди свойств личности – это:

- оптимизм;
- сосредоточенность (отсутствие суетливости);
- уравновешенность;
- нравственность (честность, совесть и др.);
- адекватный уровень притязаний;
- чувство долга;
- уверенность в себе;
- необидчивость (умение освобождаться от затаенных обид);
- неленость;
- независимость;
- непосредственность (естественность);
- чувство юмора;
- доброжелательность;
- самоуважение;
- адекватная самооценка;
- самоконтроль;
- воля;
- энергичность, активность;
- целеустремленность (обретение смысла жизни).

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированности, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (доброта, справедливость и др.); ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

*Социальное здоровье* находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности; интерес к окружающему миру; адаптация (равновесие) к физической и общественной среде; направленность на общественно полезное дело; культура потребления; альтруизм; эмпатия; ответственность перед другими; бескорыстие; демократизм в поведении.

Уже внутри выделенных нами критериев психического и социального здоровья заметна смысловая близость некоторых из них, их определенная синонимия. Из этого

можно сделать по крайней мере один вывод: дальнейшее направление работы по изучению и систематизации критериев здоровья должно предусматривать и определенные усилия по их возможной внутренней интеграции – выделению критериев все более высокой степени общности. Как уже говорилось выше, свести все дело в оценке как психического, так и социального здоровья к какому-то одному, универсальному критерию представляется маловероятным. Однако оправданно сузить исходную критериальную базу, выделив в ней наиболее валидные показатели здоровья, было бы в практическом отношении вполне оправданной постановкой вопроса.

В заключение остановимся на характерных, наиболее типичных признаках психического нездоровья, неблагополучия. Их тоже можно попытаться упорядочить в соответствии с приведенной выше логикой рассуждения.

В сфере *психических процессов* чаще упоминаются: неадекватное восприятие самого себя, своего «Я»; нелогичность; снижение когнитивной активности; хаотичность (неорганизованность) мышления; категоричность (стереотипность) мышления; повышенная внушаемость; некритичность мышления.

К *психическим состояниям* обычно относят аффективную тупость; беспричинную злость; враждебность; ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств; повышенную тревожность.

Среди *свойств личности* можно отметить: зависимость от вредных привычек; уход от ответственности за себя; утрата веры в себя, свои возможности; пассивность («духовное нездоровье»). В целом нездоровая личность достаточно дезинтегрирована; ей присущи утрата интереса, любви по отношению к близким; пассивная жизненная позиция. В плане<sup>4</sup>самоуправления она отмечается неадекватностью самооценки; ослабленным (вплоть до утраты) или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем; ослаблением воли. Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии (отражении) окружающего мира; дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме (выливающимся в жесткость и бессердечность); стремлении к власти (как самоцель); вещизме и др.

### ***Исследование представлений о критериях здоровья***

Интересные перспективы в разработке проблемы критериев здоровья связаны с выявлением субъективных представлений и соответствующих предпочтений по этому поводу. Можно предположить, что на особенности их формирования будут оказывать влияние такие факторы, как возраст, пол, профессиональная принадлежность. Понимание связанных с этим процессом тенденций, закономерностей позволит более целенаправленно и своевременно осуществлять профилактику здорового поведения личности, коррекцию нежелательных отклонений в ее развитии. Эти же знания откроют дополнительные возможности в поиске наиболее эффективных путей по формированию должного отношения к здоровому образу жизни и потребность в нем, осознанному пониманию роли гармоничной представленности биографического, психологического и социального в обеспечении здоровья человека. По данной теме под нашим руководством на специальном факультете психологии Санкт-Петербургского госуниверситета было выполнено четыре дипломных исследования. Остановимся на полученных результатах.

В дипломной работе Э. А. Федичкиной (1995) изучалось представление школьников о том, с помощью каких признаков можно охарактеризовать психическое здоровье человека, т. е. вопрос был сформулирован в открытой форме. Исследование проводилось на базе трех средних школ Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 20 шестиклассников (10 мальчиков, 10 девочек), 28 девятиклассников (11 мальчиков, 17 девочек) и 27 учащихся 11-го класса (И мальчиков, 16 девочек). Основные результаты проведенного исследования сводятся к следующему.

Анализ полученных от школьников ответов позволил выделить 8 основных критериев психического здоровья, которым они отдают предпочтение:

- 1) благоприятные эмоциональные черты характера;
- 2) благоприятные эмоциональные состояния;

- 3) способность к волевым усилиям;
- 4) способность к установлению душевного контакта с окружающими;
- 5) интеллектуальные черты характера;
- 6) способность к регуляции своего поведения;
- 7) принятие себя;
- 8) адекватность восприятия.

Значение этих критериев неодинаково и меняется с возрастом. Например, школьники младших классов (и мальчики, и девочки) особую роль в обеспечении психического здоровья отводят благополучию в эмоциональной сфере. С другой стороны, учащиеся 11-го класса в 6 раз чаще по сравнению с 6-м называют способность регулировать свое поведение в качестве критерия психического здоровья.

Затем эксперимент был продолжен в иной форме. Ученикам давали список из 95 личностных свойств и просили выбрать из него те, которые, по их мнению, соответствуют психически здоровому человеку. В 6-м классе было названо 38 таких свойств, в 9-м их оказалось уже 68, а в 11-м – 80. Ученики 11-го, выбравшие наиболее широкий спектр черт характера, вместе с тем по ряду свойств не оказали ни одного предпочтения. Тем самым они как бы очертили набор признаков психического нездоровья, на свой взгляд. В него вошли: агрессивность, частое обращение за помощью, стыдливость, недостаток настойчивости в преодолении трудностей, шаблонность, отсутствие цели, невозможность владеть своими действиями, неумение подчинять свои действия правилам общежития, трусость, малодушие.

В дипломной работе О. А. Фурсовой (1996) в исследовании приняли участие ученики двух 11-х классов средней школы г. Кировска (15 мальчиков и 28 девочек). Учащимся предлагалось (без ограничения) назвать те признаки, которые, на их взгляд, характеризуют психическое здоровье человека. Всего было названо 179 признаков. Они распределились таким образом (данные представлены в табл. 2.1):

Таблица 2.7

Критерии психического здоровья	Количество выборов
Эмоциональная уравновешенность	39
Адекватное восприятие и реагирование на окружающее	23
Общительность, контактность	23
Воспитанность, тактичность, культура	8
Умение контролировать свое поведение	8
Умение отвечать за свои поступки	6
Поведение в пределах допустимого	5
Спокойная речь	5
Умение трезво смотреть на жизнь, на ситуацию	5
Умение здраво мыслить	4
Умение отдыхать	3
Невозможность совершить физическое насилие	3
Проявление нормальных потребностей	3
Наличие моральных принципов	3
Умение вести себя в коллективе	3
Правильная сексуальная ориентация	2
Умение сочувствовать чужому горю	2
Способность к деятельности	2
Общее развитие, кругозор, широта интересов	2
Нормальная внешность	2
Рассудительность	2
Ясный взгляд	2
Спокойный сон	2
Еще 22 признака, в том числе: умение мыслить логично, иметь свою точку зрения, быть рациональным, быть самокритичным, представлять свое предназначение на Земле, умение слушать, отсутствие комплексов, умение концентрировать внимание, хорошая память	По одному выбору

Характерно, что девочки значительно больше отдавали предпочтение признакам, отражающим состояние эмоциональной сферы. Так, признак «эмоциональная уравновешенность» назвали все принявшие в эксперименте девочки (28 человек), а среди

мальчиков его отметили 11 человек. Такие признаки, как воспитанность, тактичность, наличие моральных принципов, называли только девочки. В этом же исследовании приняли участие 9 преподавателей психологии (доктор медицинских наук и 8 кандидатов психологических наук, которые по роду своей деятельности и сфере профессиональных интересов имели непосредственное отношение к проблеме психического здоровья). Им тоже было предложено в свободной форме выразить свое представление о критериях психического здоровья. Как и следовало ожидать, полученные ответы характерным образом отличались от того, что показала «школьная» выборка. Всего преподаватели назвали 45 критериев, а в содержательном плане они распределились так (табл. 2.2):

Таблица 2.2

Критерии психического здоровья	Количество выборов
Адаптивность	9
Гармония души и тела	4
Адекватное восприятие мира и отношение к нему	4
Самореализация, самоактуализация	3
Следование христианским заповедям	3
Адекватная самооценка	2
Адекватная реакция на ситуацию	2
Контроль над эмоциями	2
Чувство удовлетворенности, надежды и счастья	2
Общительность; целостность восприятия мира; гармоничность отношений с окружающей средой; оптимистичность; адекватная возрасту эмоционально-волевая, познавательная зрелость; способность самоуправления поведением; хорошая ориентация во времени и др.	По одному выбору

В исследовании И. В. Дворко (2000) испытуемыми были учащиеся 6-х (55 человек, из них 30 мальчиков и 25 девочек) и 11-х классов (52 человека, из них 15 мальчиков и 37 девочек) двух общеобразовательных школ Санкт-Петербурга. Методика эксперимента была изменена. Школьников просили написать шесть признаков (критериев) здоровья, которые, по их мнению, являются самыми важными. Когда это задание было выполнено, их просили проранжировать уже названные признаки здоровья: присвоить № 1 самому важному из шести, № 2 – самому важному из пяти оставшихся и т. д. Были получены следующие результаты.

Всего шестиклассники назвали 330 признаков здоровья. На первое место они поставили физическое здоровье (67,9%), затем – психическое здоровье (18,5%), на третьем месте – социальное здоровье (13,6%). Сравнение представлений о здоровье у мальчиков и девочек показало, что девочки отдают физическому здоровью значительно меньшее предпочтение, уделяя больше внимания критериям психического и социального здоровья. Процедура ранжирования в целом только подтвердила выявленную тенденцию. Содержательный анализ показал, что в плане психического здоровья мальчики отдают предпочтение интеллектуальным критериям, а девочки – эмоциональным. В социальном здоровье мальчики на первый план выводят здоровый образ жизни, здоровые семейные отношения, а девочки – внешний вид.

Учащиеся 11-го класса назвали 312 признаков здоровья. Их внутреннее распределение принципиально не изменилось по сравнению с тем, что было выявлено у шестиклассников. На первом месте опять оказались критерии физического здоровья (65,7%), на втором - психического (18,6%) и на третьем – социального (15,7%). Как и в предыдущем случае, девочки значительно чаще по сравнению с мальчиками называли критерии психического и социального здоровья. Причем эта тенденция выражена у них еще более заметно, чем у девочек 6-го класса. В выборе критериев психического здоровья у девочек по-прежнему доминирует эмоциональная сфера, а у мальчиков – интеллектуальная.

Итак, исследование И. В. Дворко показало, что представление школьников о критериях здоровья носит несбалансированный, негармоничный характер. В нем явно смещен акцент в сторону физического здоровья, т. е. имеет место «соматизация» понятия здоровья. Вместе с тем на этом общем фоне девочки обнаруживают большее понимание

роли психических и социальных признаков в оценке здоровья человека.

Выборку испытуемых в исследовании О. П. Марголиной (2000) составили 30 врачей-нейрохирургов со стажем работы по специальности более 5 лет и 30 клинических ординаторов-нейрохирургов первого года работы. Исследование проводилось в Российском научно-исследовательском нейрохирургическом институте им. проф. А. Л. Поленова. Группа врачей состояла из 6 женщин и 24 мужчин; группа клинических ординаторов – из 11 женщин и 19 мужчин. Применялась та же методика исследования, что и в предыдущей дипломной работе.

Названные врачами признаки здоровья распределились следующим образом: 53% пришлось на физическое здоровье, 39% – на психическое и 7% – на социальное. Наибольшее число выборов среди критериев психического и социального здоровья принадлежит женщинам-врачам. Естественно, что профессиональная принадлежность испытуемых отразилась и на самом характере предпочитаемых ими критериев здоровья. Данные представлены в табл. 2.3.

Таблица 2.3

Критерии психического здоровья	Количество выборов	
	Мужчины	Женщины
Хорошее самочувствие	14	5
Хорошее функционирование пищеварительной системы	12	2
Хорошие физические и физиологические показатели	11	1
Здоровый сон	10	2
Физическая активность	12	-
Сексуальная активность	11	-
Здоровая кожа	6	2
Устойчивость к физическим нагрузкам	3	-
Иммунитет	2	-
Толерантность к алкоголю	2	-
Здоровые зубы	1	-

Обратите внимание, что ведущая роль отдана критерию «хорошее самочувствие». Среди психологических критериев здоровья предпочтение отдавалось хорошему настроению, интеллектуальной активности (примечательно, что его называли только представители мужского пола), гармонии с собой, желанию работать (в подавляющем большинстве его назвали женщины-врачи), стрессоустойчивости, психологической адаптации, позитивному отношению к окружающим. К социальным критериям здоровья были отнесены: социальная адаптация, адекватное поведение, интерес к окружающему миру, моральный комфорт.

В отличие от врачей клинические ординаторы показали достаточно сбалансированный выбор критериев физического (45%) и психического (48%) здоровья. Что же касается социального здоровья, то отношение к нему, в сущности, не изменилось (те же 7% выбора относящихся к нему признаков). Можно предположить, что проявленное ими понимание роли равновесия физического и психического в обеспечении здоровья человека обусловлено пока еще их общей теоретической осведомленностью по этому вопросу и не обременено накопленным опытом практической работы. В остальном ситуация сохранилась. Это выразилось и в том, что женщины-ординаторы по сравнению со своими коллегами мужчинами сделали больше выборов не только психологических, но и социальных критериев здоровья. Не изменился принципиально и сам состав выбираемых критериев здоровья применительно к физическому, психическому и социальному уровням рассмотрения.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте анализ известных подходов к определению здоровья.
2. Раскройте понятие «здоровье» как системное.
3. Покажите взаимосвязь уровней рассмотрения здоровья и болезни.
4. Назовите критерии психического и социального здоровья и дайте их содержательную характеристику.



## **Литература**

1. *Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А.* Психология в медицине: Учебное пособие. – М., 1998.
2. *Гарбузов В. И.* Человек, жизнь, здоровье. (Древние и новые каноны медицины). - СПб., 1995.
3. *Гурвич И. Н.* Социологическое исследование общего и нервно-психического здоровья молодежи // Социология молодежи. Кн. III. – М., 1995.
4. *Калью П. И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М., 1988.
5. *Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. – М., 1984.
6. *Никифоров Г. С.* Надежность профессиональной деятельности. – СПб., 1996.
7. *Семичев С. Б.* Предболезненные психические расстройства. – М., 1987.

## Раздел II. ФИЗИЧЕСКОЕ, ПСИХИЧЕСКОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

### Глава 3. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

#### **Понятие «физическое здоровье»**

**Физическое здоровье** – важнейший компонент в сложной структуре состояния здоровья человека. Он обусловлен свойствами организма как сложной биологической системы. Как биологическая система организм обладает интегральными качествами, которыми не обладают ее отдельные составляющие элементы (клетки, ткани, органы и системы органов). Эти элементы вне связи между собой не могут поддерживать индивидуальное существование.

Кроме того, организм обладает способностью сохранять индивидуальное существование за счет **самоорганизации**. К проявлениям самоорганизации относятся способность к самообновлению, саморегулированию и самовосстановлению.

*Самообновление* связано с постоянным взаимным обменом организма с внешней средой веществом, энергией и информацией. Организм человека – это система открытого типа. В процессе самообновления организм поддерживает свою упорядоченность и препятствует своему разрушению.

Физическое здоровье обуславливается способностью организма к саморегулированию. Совершенная координация всех функций – следствие того, что живой организм представляет собой саморегулирующуюся систему. *Саморегуляция* составляет сущность биологической формы развития, т. е. жизни. Это общее свойство биологических систем позволяет устанавливать и поддерживать на определенном, относительно постоянном уровне те или иные физиолого-биохимические или другие биологические показатели (константы), например постоянство температуры тела, уровень артериального давления, содержания глюкозы в крови и т. д. Поддержание степени упорядоченности проявляется в относительном динамическом постоянстве внутренней среды организма – гомеостазисе (*homeostasis*; греч. *homoios* – подобный, сходный + *stasis* – стояние, неподвижность).

Более 100 лет тому назад выдающийся французский ученый Клод Бернар впервые поставил вопрос о значении гомеостазиса (хотя сам термин был введен позднее В. Кэнноном). В своих первых работах по гомеостазису В. Кеннон отметил, что живые существа представляют собой открытую систему, имеющую множество связей с окружающей средой. Эти связи осуществляются через посредство дыхательного и пищеварительного трактов, поверхностных кожных рецепторов, нервно-мышечных органов и костных рычагов. Изменения в окружающей среде прямо или опосредованно воздействуют на указанные системы, вызывая в них соответствующие изменения. Однако эти воздействия обычно не сопровождаются большими отклонениями от нормы и не вызывают серьезных нарушений в физиологических процессах благодаря тому, что автоматическая саморегуляция ограничивает возникающие в организме колебания в сравнительно узких пределах. Для обозначения этого относительного постоянства можно было бы применять термин «равновесие», или «уравновешивание». Этот термин вполне пригоден для относительно простых физических или физико-химических процессов. Однако в сложно устроенном живом организме, кроме процессов уравновешивания, обычно включается и интегративная кооперация ряда органов и систем. Так, например, когда создаются условия, меняющие состав крови и вызывающие нарушение дыхательных функций, быстро реагируют мозг и нервы, сердце, легкие, почки, селезенка и т. д. Для обозначения таких явлений, по мнению Кеннона, термин «уравновешивание» недостаточен, так как координация физиологических реакций – сложный и весьма специфический процесс. Именно для этих состояний и процессов, обеспечивающих устойчивость организма, Кеннон и предложил термин *homeostasis* – «гомеостазис».

В толковании этого термина В. Кеннон подчеркивал, что слово *stasis* подразумевает не только устойчивое, иммобильное, или застойное, состояние, но и условие, очевидно, ведущее к этим явлениям. Слово *homeo* указывает не на тождественность (*same*), т. е. не на какое-то постоянно фиксированное или ригидное состояние, а на сходство и подобие

явлений (*like or similar*). В. Кеннон указывал, что в механике принят термин *statics*, характеризующий устойчивое состояние, возникающее под влиянием определенных сил. Однако он умышленно отказывался от слова «статика», считая его неподходящим, поскольку в явлениях гомеостаза физиологические механизмы так специфичны и так многообразны, что не имеют ничего сходного с применяемым в технике термином «статика».

Таким образом, термин «гомеостазис» не обозначает простого постоянства химических или физико-химических свойств организма. Этим термином В. Кеннон прежде всего обозначал физиологические механизмы, обеспечивающие устойчивость живых существ. Эта особая устойчивость характеризуется нестабильностью процессов – они постоянно меняются, однако в условиях «нормы» колебания физиологических показателей ограничены сравнительно узкими пределами. Явления гомеостаза могут служить хорошим биологическим примером диалектического единства противоположностей: постоянства и изменчивости.

Давая характеристику исторической основы учения о гомеостазисе, следует сказать, что явление гомеостаза, по существу, представляет собой эволюционно выработавшееся, наследственно закрепленное адаптационное свойство приспособления организма к обычным условиям окружающей среды. Однако эти условия могут кратковременно, а иногда и относительно длительно выходить за пределы «нормы». В таких случаях явления адаптации характеризуются не только восстановлением обычных свойств внутренней среды, но и кратковременным изменением функциональной активности (например, учащением ритма сердечной Деятельности и увеличением частоты дыхательных движения при усиленной мышечной деятельности). При длительных или повторных воздействиях могут возникать более стойкие и даже структурные изменения, например в виде гипертрофии миокарда при повышенной рабочей нагрузке сердца. При повреждении каких-либо органов включаются механизмы компенсации или возникают викарные функции с участием других систем организма (например, усиление функции потовых желез при снижении функции почек). Подобные процессы также представляют собой адаптацию к необычным или чрезвычайным условиям внешней или внутренней среды организма. Таким образом, можно различать явления кратковременной и долговременной адаптации.

Биологическая характеристика гомеостаза определяется не только длительностью адаптационных процессов, но и их значимостью. Реакции, обеспечивающие гомеостазис, могут быть направлены на поддержание известных уровней стационарного состояния, на координацию комплексных процессов для устранения или ограничения действия вредных факторов, на выработку или сохранение оптимальных форм взаимодействия организма и среды в изменившихся условиях его существования. Все эти процессы и определяют адаптацию.

Мы уже отметили, что самоорганизация биологической системы проявляется и в способности к *самовосстановлению*. Это качество обусловлено, прежде всего, регенерацией, а также наличием множественных параллельных регуляторных влияний в организме на всех уровнях его организации. Компенсация недостаточных функций за счет этих параллелей позволяет выжить организму в условиях повреждения, мера компенсации при этом отражает уровень жизнеспособности – его физическое здоровье.

Физическое здоровье – текущее состояние структурных элементов целостного организма (клеток, тканей, органов и систем органов человеческого тела), характер их взаимодействия и взаимосодействия между собой. Материальную основу формирования физического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития организма человека. Она опосредована базовыми потребностями, доминирующими у человека на различных этапах индивидуального развития организма (онтогенеза). Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом биологического развития человека (формирование его физического здоровья), а с другой – обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

В самом общем виде физическое здоровье – это состояние организма человека,

характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

### **Факторы физического здоровья**

К основным факторам физического здоровья человека относятся:

- 1) уровень физического развития,
- 2) уровень физической подготовленности,
- 3) уровень функциональной подготовленности организма к выполнению физических нагрузок,
- 4) уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов среды обитания.

Вполне очевидно, что физическое здоровье обуславливает жизнеспособность организма индивида.

**Физическое развитие** – это биологический процесс становления и изменения естественных морфологических (от греч. *morphe* – форма) и функциональных (от лат. *functio* – исполнение, совершение, осуществление) свойств организма человека в течение его жизни (рост, масса тела, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких, максимальное потребление кислорода, сила, быстрота, выносливость, гибкость, ловкость и др.).

Физическое развитие управляемо. С помощью подобранных и организованных соответствующим образом мероприятий с использованием физических упражнений, различных видов спорта, рационального питания, режима труда и отдыха и т. д. можно в широком диапазоне изменять в необходимом направлении приведенные выше показатели физического развития. В основе управления физическим развитием лежит биологический *закон упражняемости* и *закон единства форм и функций* организма. Однако следует иметь в виду следующее.

Физическое развитие в известной мере обуславливается *законами наследственности*, которые должны учитываться как факторы, благоприятствующие или, наоборот, препятствующие физическому совершенствованию человека.

Процесс физического развития подчиняется также *закону возрастной ступенчатости*. Вмешиваться в этот процесс с целью управления возможно только на основе учета особенностей и возможностей человеческого организма в различные возрастные периоды: становления и роста, наивысшего развития форм и функций организма, старения.

Процесс физического развития подчиняется *закону единства организма и среды* и, следовательно, существенным образом зависит от условий жизни человека. Известное влияние на физическое развитие оказывает и географическая среда.

Эти законы определяют выбор средств и методов физического воспитания.

Физическое развитие, как уже указывалось выше, тесно связано со *здоровьем* человека. Здоровье выступает как ведущий фактор, который определяет не только гармоничное развитие молодого человека, но и успешность освоения профессии, плодотворность его будущей профессиональной деятельности, что составляет общее жизненное благополучие.

**Физическая подготовленность** – внешнее проявление уровня физической активности: уровня развития *физических качеств* (*силы, быстроты, выносливости, гибкости, ловкости*) и степени владения *двигательными умениями и навыками*, необходимыми для успешного осуществления определенного рода деятельности человека (профессиональный труд, воинская служба, спорт и т. д.).

Тот или иной уровень физической подготовленности достигается в результате физической тренировки, называемой *физической подготовкой*.

Физическая подготовка и ее результат – физическая подготовленность – могут носить как общий характер (общая физическая подготовка или подготовленность – ОФП), так и направленный на определенный вид деятельности (специальная физическая подготовка

или подготовленность).

Общая физическая подготовка направлена на достижение определенного уровня развития основных физических качеств, на овладение жизненно необходимыми умениями и навыками и является одной из основных составляющих процесса физического воспитания.

На основе общей физической подготовленности строится специальная физическая подготовка, в частности спортивная и профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП), – не менее важные составляющие процесса физического воспитания.

*Спортивная физическая подготовка* направлена на целенаправленное развитие тех физических качеств и совершенствование тех двигательных умений и навыков, которые обеспечивают успех в определенном виде спорта.

*Профессионально-прикладная физическая подготовка* обеспечивает развитие и совершенствование профессионально важных физических и психофизиологических качеств, а также повышение общей и неспецифической устойчивости организма к условиям неблагоприятной среды. В арсенале физкультурной и спортивной деятельности накоплено достаточно эффективных средств, развивающих физические и психические качества и свойства личности, необходимые для высокопрофессионального труда. Опыт освоения разнообразных умений и навыков и укрепления здоровья в процессе физического воспитания ускоряет овладение трудовыми двигательными навыками, повышает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам профессиональной деятельности. Не менее важным в процессе ППФП является и овладение рекреационными (физкультурные паузы, активный отдых, подвижные игры, психорегуляция) и реабилитационными (лечебная физкультура, использование естественных сил природы) средствами физической культуры, позволяющими восстанавливать работоспособность и бороться с профессиональными заболеваниями.

Физическая неподготовленность не только снижает эффективность труда, но может привести и к потере здоровья, без которого даже прекрасная профессиональная подготовленность оказывается невостребованной. Поэтому ППФП – важная составляющая общей готовности специалиста к высокопроизводительному труду, и в масштабах общества может дать большой экономический эффект.

**Функциональная подготовленность** организма к физической нагрузке. Внешние проявления физической подготовленности человека обеспечиваются деятельностью (функционированием) костно-мышечной, дыхательной, сердечнососудистой, нервной и других систем организма. При этом организм в целом выполняет определенную работу, расходуя ту или иную энергию, и испытывает соответствующую физическую нагрузку. Состояние систем организма, их реакция, на испытываемую физическую нагрузку определяют функциональную подготовленность (приспособляемость) организма к физической нагрузке.

Функциональную подготовленность отдельной системы организма оценивают с помощью так называемых *функциональных проб*, основная задача которых заключается в проверке функций (деятельности) системы с учетом ее реакции на воздействия определенной, дозируемой физической нагрузки на организм.

В процессе рациональной физической тренировки, с одной стороны, повышается уровень функциональных резервов организма, а с другой – экономизация их использования. Оценка функциональных резервов может быть осуществлена при предельных и дозированных нагрузках.

### ***Адаптационные резервы организма***

Человеческий организм, представляя собой сложную биосоциальную систему, обладает большими возможностями приспособления к окружающей среде. Человек может адаптироваться к значительным физическим нагрузкам, к условиям измененной газовой среды, к высокой и низкой температуре, повышенной влажности, пониженной и повышенной освещенности и т. д. Хорошо известно, что адаптированный организм легче, чем неадаптированный, переносит воздействия различных неблагоприятных факторов

внешней среды, а под влиянием чрезвычайного усилия, эмоционального напряжения или при высокой мотивации деятельности организм человека способен продемонстрировать функциональную активность, недоступную для него в спокойном состоянии. Все это говорит о том, что организм человека обладает скрытыми возможностями (*резервами*) и что адаптированный человек обладает большими резервами и умеет их лучше использовать в процессе адаптации.

**Адаптационные резервы** в общем виде представляют собой возможности клеток, тканей, органов, систем органов и целостного организма противостоять воздействию различного вида нагрузок, адаптироваться к этим нагрузкам, минимизируя их воздействие на организм и обеспечивая должный уровень эффективности деятельности человека. Адаптационные резервы организма – это, по существу, критерий физического здоровья.

Следует выделять структурные (морфологические) и функциональные резервы.

**Структурные резервы** – особенности строения отдельных элементов организма (клеток, тканей, органов и систем органов), проявляющиеся в развитии и прочности мышечной и костной ткани, в особенностях строения миофибрилл и мышечных волокон, в прочности связочного и подвижности суставного аппарата, в характере васкуляризации скелетных и сердечной мышц, в развитии межнейронных связей и т. д., которые, в свою очередь, оказывают существенное влияние на функциональные возможности организма.

В качестве структурных резервов организма выступает парность ряда органов, обеспечивающая vikарное замещение функций (почки, легкие, уши, глаза, некоторые железы внутренней секреции и т. п.). Каждый из этих органов при выходе из строя своего «напарника» может обеспечить нормальное функционирование организма в обычных условиях, а в ряде случаев и при выраженных нагрузках. Для эндокринной системы эти возможности особенно выражены: даже небольшая часть одной из парных желез внутренней секреции может полностью обеспечить нормальное состояние организма. К глубоким и мощным структурным резервам организма относится резистентность его клеток и тканей к различным внутренним изменениям условий их функционирования.

**Функциональные резервы** представляют собой возможности изменения функциональной активности структурных элементов организма, возможности взаимодействия их, используемые организмом для достижения результата деятельности человека, для адаптации к физическим, психоэмоциональным нагрузкам и воздействию на организм различных факторов внешней среды. Эти возможности проявляются в изменении интенсивности и объема протекания энергетических и пластических процессов обмена на клеточном и тканевом уровнях, в изменении интенсивности протекания физиологических процессов на уровне органов, систем органов и организма в целом, в повышении физических (сила, быстрота, выносливость) и улучшении психических (осознание цели, готовность бороться за ее достижение и т. д.) качеств, в способности к выработке новых и совершенствованию уже имеющихся двигательных и тактических навыков и т. д. Функциональные резервы организма включают три относительно самостоятельных вида резервов: биохимические, физиологические и психические, интегрирующиеся в систему резервов адаптации организма.

**Биохимические резервы** – это возможности увеличения скорости протекания и объема биохимических процессов, связанных с экономичностью и интенсивностью энергетического и пластического обмена и их регуляцией. Биохимические резервы определяются мощностью энергетических систем организма: анаэробной фосфагенной (алактатной) и лактаcidной (гликолитической) и аэробной (кислородной, окислительной), а также биохимическими процессами, направленными на восполнение энергетических ресурсов организма и воспроизводство разрушенных при адаптации и вновь синтезируемых клеточных структур. Индуцирование наиболее нагруженных структурных и ферментных белков, увеличение общей метаболизующей массы тканей и возникновение специфических структурных перестроек приводит к увеличению морфологических (структурных) резервов организма. В результате мобилизации и использования биохимических резервов при адаптации поддерживается динамическое постоянство внутренней среды организма. Если в организме накапливаются продукты

обмена веществ, включаются гуморальные механизмы сохранения гомеостаза. Таким образом, биохимические резервы обеспечивают не только энергетический и пластический обмен, но и гомеостаз организма и связаны в основном с клеточным и тканевым уровнями.

*Физиологические резервы* представляют собой возможности органов и систем органов изменять свою функциональную активность и взаимодействовать между собой с целью достижения оптимального функционирования организма в конкретных условиях. Материальными носителями физиологических резервов являются органы и системы органов, а также механизмы, обеспечивающие поддержание гомеостаза, переработку информации и координацию вегетативных функций и двигательных актов. Это обычные механизмы регуляции физиологических функций, которые используются организмом в качестве резервов адаптации в процессе приспособления его к изменяющимся условиям внешней среды, а также для нивелирования сдвигов во внутренней среде.

*Психические резервы* могут быть представлены как возможности психики, связанные с проявлением таких качеств, как память, внимание, мышление и т. д., с волей и мотивацией деятельности человека и определяющие тактику его поведения, особенности психологической и социальной адаптации. Психические резервы можно рассматривать как переходное звено функциональных возможностей человека, которое соединяет его организм с окружающей средой. Это дает основание рассматривать психические резервы человека как фактор, определяющий надежность деятельности, под которой понимается интегральное качество эффективно и стабильно выполнять поставленные задачи в экстремальных условиях.

Функциональные резервы организма могут быть представлены в виде сложной системы резервов, фундамент которой – биохимические, а вершина – психические резервы. Физиологические резервы за счет механизмов нейрогуморальной регуляции объединяют в единое целое систему функциональных резервов. Системообразующим фактором выступает результат деятельности или результат адаптации. Отсутствие результата, как и систематически недостаточный результат, могут не только стимулировать формирование системы функциональных резервов, но и разрушать ее, прекращать ее функционирование в зависимости от воли, установок, системы ценностей и т. д.

Согласно теории функциональных систем, отдельное проявление скрытых возможностей организма человека не может быть оценено как резерв. Только отношение данного функционального проявления к результату целостной деятельности позволяет говорить о собственно резервах адаптации. Из этого следует, что под резервами адаптации организма понимаются такие изменения функциональной активности органов и систем органов, которые вносят вклад в достижение приспособительного результата. Результат адаптации не может быть сведен к результатам функционирования отдельных органов, а выступает как интегративное образование, определяющее и формирующее ту своеобразную организацию физиолого-биохимических процессов, которая необходима для его достижения.

В процессе адаптации (например, к мышечной деятельности) в организме формируется и совершенствуется система функциональных резервов (рис. 3.1), специфические черты которой определяются уровнем и характером адаптированности организма, его половыми, возрастными и конституциональными особенностями.

Отдельные части формирующейся сложной системы функциональных резервов взаимодействуют между собой. Некоторые из них обуславливают взаимные (двусторонние) положительные и отрицательные, т. е. стимулирующие и угнетающие, воздействия, а некоторые оказывают односторонние влияния (только положительные или только отрицательные). Так, сенсорные системы могут активировать или угнетать деятельность системы организации движений, в то время как на систему поддержания гомеостаза они могут оказывать только активирующее влияние. Мышечная система, активируя систему поддержания гомеостаза, может оказывать (как и система поддержания гомеостаза) угнетающее воздействие на систему организации движений и т. д.

Адаптация организма должна рассматриваться как двуединый процесс. С одной стороны, организм приспосабливается к удержанию жизненно важных констант внутренней среды, а с другой – к выполнению специализированной деятельности или к воздействию факторам внешней среды в условиях измененного гомеостаза путем вовлечения резервов различного уровня организации, поскольку предотвратить сдвиги гомеостаза все равно часто не удается. В процессе адаптации происходит расширение диапазона резервных возможностей организма и повышается способность к их мобилизации и использованию.

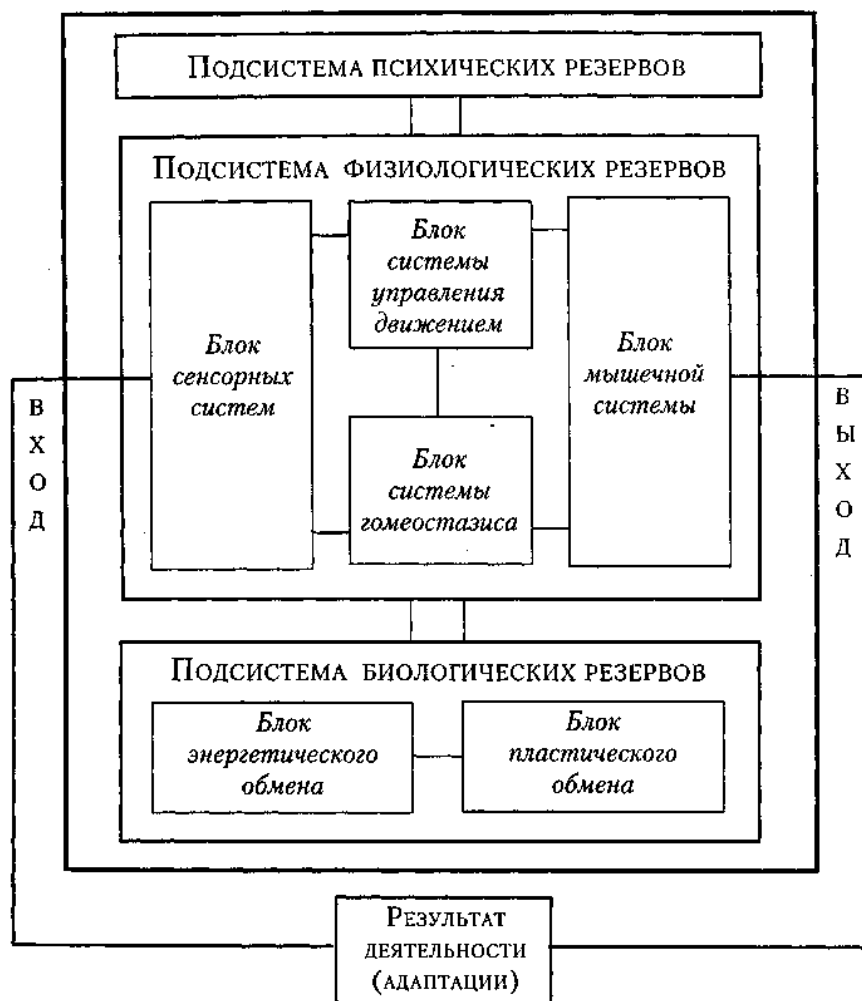


Рис. 3.1. Схема формирующейся системы функциональных резервов адаптации организма к мышечной деятельности

Физиологические резервы можно классифицировать по разным признакам (классификаторам).

1. По соответствующим уровням организма могут быть выделены клеточные, тканевые, органные, системные, межсистемные резервы и резервы целостного организма, т. е. можно говорить о физиологических резервах клеток (мышечных, нервных и т. д.), тканей (нервной, мышечной, железистой и т. д.), органов (сердца, легких, почек и т. д.), систем органов (сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и т. д.) и о приспособительных (адаптивных) резервах целостного организма.

2. По физическим качествам:

- 1) физиологические *резервы силы* – это включение дополнительных двигательных единиц в мышце, синхронизация возбуждения двигательных единиц в мышце, своевременное вытормаживание мышц-антагонистов, координация (синхронизация) сокращения мышц-агонистов, повышение энергетических ресурсов мышечных волокон, переход от одиночных сокращений мышечных волокон к тетаническим, переход в сокращение их положения оптимального растяжения мышечных волокон;
- 2) физиологические *резервы быстроты* (скорости) – это время проведения возбуждения через синапсы, синхронизация возбуждения двигательных единиц, скорость перехода возбуждения в сокращение, скорость укорочения мышечных фибрилл, скорость переработки информации в соответствующей ситуации;
- 3) физиологические *резервы выносливости* – это мощность и устойчивость механизмов, обеспечивающих поддержание постоянства внутренней среды (гомеостаза), резервы энергетических веществ в организме и возможность их использования, процессы биоэнергетики (анаэробные и аэробные возможности организма), координация работы анимальных (соматических) и вегетативных



систем.

3. По характеру (мощности, длительности) выполняемой мышечной работы:

- 1) физиологические *резервы работы максимальной мощности*: клеточные резервы, резервы поддержания гомеостаза и энергетики, а также резервы скорости перехода возбуждения с нервной клетки на нервную или мышечную клетку (активность холинэстеразы, скорость деполяризации и реполяризации мембран);
- 2) физиологические *резервы работы субмаксимальной мощности*: тканевые резервы поддержания гомеостаза (буферные системы и резервная щелочность крови) и энергетики (гликолиз);
- 3) физиологические *резервы работы большой мощности*: органнне и системные резервы поддержания гомеостаза (предельное усиление работы прежде всего кардиореспираторной системы) и энергетики (аэробные и анаэробные процессы, резерв глюкозы);
- 4) физиологические *резервы работы умеренной мощности*: резервы целостного организма поддержания гомеостаза (терморегуляция, водно-солевой обмен) и энергетики (переключение на преимущественное использование жиров, глюконеогенез).

4. По очередности мобилизации физиологические резервы могут быть под разделены на три эшелона. Первый эшелон резервов мобилизуется сразу же при переходе от состояния покоя к привычной деятельности до появления чувства усталости. Второй эшелон – в экстремальной ситуации, а третий – в борьбе за жизнь, в агональном состоянии.

5. По степени специфичности физиологические резервы можно разделить на общие (неспецифические) и специальные. Первые реализуются через общие для всех видов деятельности качества и являются определяющими для физического здоровья, вторые – через навыки в специфической деятельности.

В процессе адаптации происходит расширение диапазона резервных возможностей организма и повышается способность к их мобилизации. Некоторые сдвиги в функциях органов, рассматриваемые как возможный уровень мобилизации физиологических резервов организма, могут быть продемонстрированы на примере мышечной деятельности (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Предельные сдвиги физиологических функций в организме

Показатели	Уровень покоя	Максимальный уровень	Изменение (во сколько раз)
Обмен скелетных мышц	0,3 ккал/мин	30 ккал/мин	100
Кровоток в мышцах на 100 г ткани	4 мл/мин	150 мл/мин	35
Общий кровоток в скелетной мускулатуре	1,2 л/мин	34 л/мин	30
Число действующих капилляров на 1 мм <sup>3</sup> скелетной мышцы	35-85	2500-3000	40-70
Общая поверхность капилляров на 1 см <sup>3</sup> мышечной ткани	3-8 см	350-370 см	50-100
Минутный объем кровообращения	5,0 л/мин	40 л/мин	8
Систолический объем крови	50-70 мл	200 мл	3-4
Частота сердечных сокращений	60 уд./ мин	240 уд./ мин	4
Артериальное давление систолическое	110 мм рт. ст.	200 мм рт. ст.	2
Артериальное давление диастолическое	80 мм рт. ст.	40 мм рт. ст.	2
Артериальное давление пульсовое	30 мм рт. ст.	160 мм рт. ст.	5
Минутный объем дыхания	6-10 л/мин	200 л/мин	20-30
Частота дыхания	10-14/мин	120/мин	12-14
Дыхательный объем	0,4-0,7 л	3,5 л	5
Потребление кислорода	0,25 л/мин	5,0 л/мин	20
Время кругооборота крови	20-25 с	8-9 с	3
Уровень молочной кислоты в крови	90-120 мг/л	2500 мг/л	25
Количество лейкоцитов в 1 мм <sup>3</sup>	7000-8000	50 000	7

## **Двигательная активность и физическое здоровье**

Общеизвестна роль физической культуры в здоровом развитии человека, и чем раньше мы начнем формировать у детей привычку начинать день с физзарядки, тем прочнее будет здоровье. Пример родителей ничем не заменим. К сожалению, лишь 6% семей в России начинают день с гигиенической зарядки. Для сравнения: в США - 78%, в Японии - 75%, в ФРГ - 68%.

Каждый человек должен знать одну неоспоримую истину: физкультура, утренняя гигиеническая зарядка должны «умыть» кровью 639 мышц, имеющихся у человека (скелетных мышц). Врачи Древнего Востока говорили, что у сердца – «царственной мышцы» – есть 639 помощников (каждая – «малое сердце»). Правило «639 + 1» человек должен знать с детства: помощи своему сердцу (1) работой всех скелетных мышц (639) – и ты проживешь долго.

Гиподинамия перекладывает все нагрузки на сердце, которое в этих условиях быстрее изнашивается, стареет, срывается. Физическая зарядка – это утверждение долголетия и профилактика сердечно-сосудистой патологии.

Здоровье человека определяется множеством факторов, однако решающее значение среди них принадлежит двигательной активности, которая зависит от человека и может быть преобразована нашей волей и настойчивостью. Этот фактор в наиболее «очищенной» и концентрированной форме – основное средство, используемое в физической культуре и спорте.

Работа мышц – не только механические действия, помогающие организму преодолевать силу тяжести. В каждом мельчайшем действии, в любом сокращении волокон, из которых состоят скелетные мышцы, в каждом натяжении связок и сухожилий – источник нервных импульсов, направляющихся по нервам в центральную нервную систему, а оттуда распространяющихся по всем без исключения внутренним органам. Работа мышц, таким образом, – источник информации, которую воспринимает каждый орган и каждая ткань нашего организма. В результате этих импульсов улучшается состояние организма. Рефлекторные влияния от сокращающихся мышц и других звеньев двигательного аппарата – их называют моторно-висцеральными рефлексамии – оказывают трофическое, т. е. стимулирующее, повышающее жизнеспособность (от греч. *trophe* – питание) влияние на ткани и органы. В этом их исключительно важное значение для организма.

Итак, мышца и, более того, весь двигательный аппарат представляют собой самый крупный орган чувств – ведь только мышцы составляют почти половину (около 2/5) массы всего тела, а если учесть еще и кости, связки и сухожилия, то эта величина превысит 50%. Неверно думать, что моторно-висцеральные рефлексии не несут содержательной информации и смысл присущ только тем сигналам, которые имеют определенное выражение, – словесное, образное или музыкальное. Информация, поступающая от мышц, связок и сухожилий, имеет смысл, однако это смысл биологический, его «прочитывают» клетки, ткани и органы. «Язык», на котором при выполнении физических упражнений мышцы обмениваются информацией с внутренними органами, на редкость насыщенный, причем это, вне всякого сомнения, самый древний из всех видов информации, это язык внутреннего общения органов и тканей между собой. Сигналы, поступающие от мышц – моторно-висцеральных рефлексии, – стимулируют обмен веществ и энергии, повышают экономичность жизнедеятельности тканей, их работоспособность и, в конечном счете, улучшают состояние здоровья. Вот поэтому информация, возникающая в процессе мышечной деятельности, имеет жизненно важное значение.

Мышцы не только вырабатывают исключительно ценную в биологическом отношении информацию, но и преобразуют энергию. Известно, что всякая механическая работа (а мышцы, как известно, – такие органы, которые производят такую работу) требует расходования энергии, поступающей в организм с пищей. Энергия питательных веществ, освобождаясь в организме, позволяет нам выполнять работу. Такая схема абсолютно верна, однако она отражает лишь одну, причем не самую главную, сторону дела. Гораздо важнее другое: потребляя, расходуя энергию, работающие мышцы накапливают ее в мышечных волокнах и во всем организме.

Мышцы – это мощный генератор энергии, организующий ее накопление во всех органах и тканях организма. Моторно-висцеральные рефлексy играют роль своеобразных «приводов», через которые тканям передаются стимулы, активирующие энергетические процессы во всех тканях организма. Работая, утомляясь и восстанавливаясь, органы и ткани поднимаются на более высокий энергетический уровень. «Освоенная» нагрузка (т. е. воспринятая без ущерба для организма, когда величина мышечной-работы не превышает его возможностей) приводит к повышению функционального состояния организма. Движущая сила этого повышения – приток энергии.

Двигательная активность влияет на самые основы жизненных процессов.

«В основе жизни лежит сочетание трех потоков: потоков вещества, потока энергии и потока информации, – отмечал биохимик, академик В. А. Энгельгардт (1986). – Они качественно глубоко различны, но сливаются в некоторое единство высшего порядка, которое можно было бы охарактеризовать как "биотическое триединство", составляющее динамическую основу жизни.»

Все три составляющих жизнь потока подчиняются влияниям средств физической культуры. Двигательная активность способствует полноценному использованию веществ, поступающих в организм с пищей; физические упражнения обеспечивают использование этих веществ для повышения энергетического уровня, на котором реализуется жизнедеятельность организма; и наконец, упражнения вместе с закаливающими факторами приносят тканям организма ценнейшую в биологическом отношении информацию, стимулирующую жизнедеятельность всех органов и тканей.

Таким образом, все три основных компонента биотического триединства находятся под контролем и управлением физкультурной активности. Это, однако, не значит, что любое из средств физической культуры в равной мере стимулирует каждый из потоков энергии; напротив, каждая из групп и подгрупп этих средств, а также каждый определенный способ их воздействия на организм существенно отличаются результатами своего влияния. Так, воздействия из группы физических упражнений обеспечивают энергетические и пластические приобретения – в результате возрастает энергетический уровень организма (его способность противостоять разрушающим влияниям), укрепляются клеточные структуры тканей и органов. Упражнения оказываются также своеобразными «катализаторами» накопления ценных и устранения опасных веществ в организме. Закаливающие и другие физические факторы представляют собой мощные потоки информации, которые повышают организованность, т.е. упорядоченность, качество взаимодействия между отдельными органами и системами организма.

Все известное нам о влиянии средств физической культуры и спорта на организм свидетельствует о том, что увеличение негэнтропии организма, его жизнеспособности, сопротивляемости любым неблагоприятным воздействиям – следствие всех этих влияний.

## ***Оценка и самооценка физического здоровья***

На необходимость количественной оценки физического здоровья впервые обратил внимание известный хирург, академик Н. М. Амосов. Он считает, что «уровень здоровья» – это интенсивность проявлений жизни в нормальных условиях среды, которая определяется тренированностью структурных элементов организма, а «количество здоровья» – это пределы изменений внешних условий, в которых еще продолжается жизнь. Непосредственно «количество здоровья» можно выразить в понятии «резервные мощности». По Н. М. Амосову, здоровье – это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций [2].

Очевидно, уровень жизнеспособности организма, его физическое здоровье должны определяться количественно. *Количественная характеристика индивидуального физического здоровья* – составная часть науки об индивидуальном здоровье человека.

Энергетическая концепция профилактики соматических заболеваний, предложенная Г. Л. Апанасенко, – один из подходов, позволяющих осуществить это [4]. Эта концепция позволяет перейти от планирования мероприятий по предупреждению факторов риска к

планированию систем укрепления здоровья. В качестве первого направления работы эта система предусматривает диагностический этап – скрининг уровня здоровья людей. В основе этой концепции лежит биологическая закономерность, заключающаяся в том, что существует некий обусловленный эволюцией порог энергopotенциала биосистемы (резерв организма), выше которого у людей практически не регистрируются ни эндогенные факторы риска, ни хронические соматические заболевания. Ниже этого порога (если исчерпаны резервные возможности) развиваются сначала эндогенные факторы риска, а затем и хронические соматические заболевания. Этот порог охарактеризован количественно по показателям максимальной аэробной способности, что позволяет при соответствующих мероприятиях исключить сам риск возникновения заболеваний.

Помимо непосредственной количественной характеристики физического здоровья о нем можно судить и по физическому развитию (его характеристике), и по оценке физического состояния и физической работоспособности организма. Безусловно, эти показатели несут информацию о состоянии физического здоровья. Все методические приемы оценки физического состояния раскрывают границы приспособительных реакций организма, но именно диапазон этих реакций характеризует здоровье. Поэтому для объективной оценки физического здоровья наиболее соответствуют методики балльной и процентной оценки состояния здоровья, в которые включены как морфологические, так и функциональные показатели и результаты нагрузочных тестов.

Очевидно, количественная оценка функциональных резервов организма весьма затруднительна. Предложены два пути исследования резервных возможностей организма: один связан с определением диапазона функций органа, системы органов и целостного организма при воздействии на организм тестирующих нагрузок, а второй – с исследованиями способности организма человека совершать работу в условиях нарушения гомеостаза (определение допустимых степеней гетеростаза). Учитывая, что при любом функциональном тестировании организма мобилизуется лишь часть физиологических резервов, прямое определение потенциально имеющихся физиологических резервов невозможно. Однако поскольку изменения функций физиологических систем взаимосвязаны механизмами нейрогуморальной регуляции, для оценки функциональных резервов адаптации организма используются косвенные методы в виде дозированных и предельных физических нагрузок с регистрацией различных показателей функционального состояния организма (частота сердечных сокращений, Потребление кислорода, секреция гормонов, биопотенциалы головного мозга и т. д.). Такой подход позволяет количественно оценить реальный вклад тех или иных физиологических резервов в формирование физического состояния организма, а поскольку подсистема физиологических резервов является центральной в системе резервов адаптации и от ее функции зависит работа других подсистем, это позволяет приблизиться к оценке возможности мобилизации системы функциональных резервов адаптации организма в целом.

К методам оценки функциональных резервов организма, составляющих основу физического здоровья, относят различные функциональные пробы. По мнению исследователей, для выявления диапазона функциональных резервов организма человека должны применяться интенсивные, кратковременные, строго дозированные физические и умственные нагрузки.

Для оценки физического здоровья, в частности, рекомендуются функциональные пробы, представленные в табл. 3.2.

При нагрузочном тестировании применяются главным образом «послерабочие» тесты, где в качестве нагрузок используются бег на месте или приседание. Основным недостатком этих нагрузок заключается в неточности при дозировании упражнения. При повторном исследовании или сравнении полученных результатов это приводит к значительным погрешностям в количественной оценке данных.

Таблица 3.2

## Функциональные пробы, используемые для оценки физического здоровья

Наименование пробы	Характеристика пробы
Задержка дыхания на вдохе (проба Штанге)	Обследуемый в положении сидя делает глубокий вдох и выдох, затем снова вдох (в объеме приблизительно 80% от максимального), закрывает рот и одновременно зажимает пальцами нос, задерживая дыхание. Измеряется максимальное время, в течение которого обследуемый может не дышать.
Задержка дыхания на выдохе (проба Генча)	Обследуемый в положении сидя делает глубокий выдох, закрывает рот и одновременно зажимает пальцами нос, задерживая дыхание. Измеряется максимальное время, в течение которого обследуемый может не дышать.
Измерение жизненной емкости легких (ЖЕЛ)	Измерение ЖЕЛ проводится с помощью специального прибора – спирометра или спирографа. Обследуемый предварительно делает глубокий вдох, а затем выдох. Еще раз, глубоко вздохнув, берет наконечник спирометра в рот и медленно выдыхает в трубку до отказа.
Ортостатическая проба (по Морхаузу)	Проба проводится при переходе из положения сидя в положение стоя. В ходе пробы измеряется частота сердечных сокращений (ЧСС) в положении сидя на стуле (ЧСС <sub>сд</sub> ), затем обследуемый встает и ЧСС измеряется в конце первой минуты после подъема (ЧСС <sub>ст</sub> ). Рассчитывается величина разности ЧСС <sub>ст</sub> – ЧСС <sub>сд</sub> .
Оценка аэробной выносливости (сит-тест)	Аэробная выносливость оценивается по данным ЧСС с помощью сит-теста, представляющего собой циклическое движение «сесть-встать», в течение 3 минут в темпе, задаваемом метрономом. Высота сиденья стула подбирается в соответствии с ростом испытуемого таким образом, чтобы угол между бедрами и голенью в положении сидя составлял 90°. Уровень аэробной (кардиореспираторной) выносливости оценивается по величине индекса (в условных единицах).
Проба Мартинета	Проба позволяет оценивать способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению после физической нагрузки. В качестве нагрузки, в зависимости от контингента обследуемых, могут применяться 20 приседаний за 30 с и приседания в том же темпе в течение 2 мин. В первом случае период восстановления длится 3 мин, во втором – 5. Перед нагрузкой и спустя 3 (или 5) мин после ее окончания у испытуемого измеряется ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление (АД). Оценка пробы проводится по величине разности исследуемых показателей до и после нагрузки.
Стоваттная проба	Проба выявляет скрытые формы сердечной недостаточности. Методика проведения: после 4-минутного отдыха человек в положении лежа на протяжении 6 мин выполняет велоэргометрическую нагрузку в 100 Вт при скорости вращения 50 об/мин. До, во время и после нагрузки у обследуемого измеряются величины АД и ЧСС. Во время работы измерение показателей проводится в конце 2-й, 4-й, 6-й минут. Оценка переносимости стоваттной нагрузки проводится по изменениям ЧСС и АД во время нагрузки.
Гарвардский степ-тест	С помощью степ-теста количественно оценивается физическая работоспособность. При степ-тесте физическая нагрузка задается в виде восхождений на ступеньку высотой 50 см (для взрослых мужчин). Обследуемому предлагается на протяжении 5 мин совершать восхождение на ступеньку с частотой 30 раз в минуту. Каждое восхождение и спуск слагаются из 4 двигательных компонентов: 1 – подъем одной ноги на ступеньку, 2 – испытуемый встает на ступеньку двумя ногами, принимая строго вертикальное положение, 3 – опускает на пол ногу, с которой начал восхождение, 4 – опускает другую ногу на пол. Для строгого дозирования частоты восхождений на ступеньку и спуска с нее используется метроном (частота ударов – 120 уд./мин). В этом случае каждое движение будет соответствовать одному удару метронома. Физическая работоспособность обследуемого оценивается путем подсчета ЧСС. Сразу после окончания восхождения на ступеньку испытуемый садится. Регистрация частоты пульса ведется на 2,3 и 4-й минуте восстановительного периода. При этом подсчитывается сумма пульсовых ударов за первые 30 с каждой минуты. Результаты тестирования выражаются в виде индекса Гарвардского степ-теста.
Проба PWC <sub>170</sub>	Проба PWC <sub>170</sub> позволяет оценить физическую работоспособность, которая выражается в величинах той мощности физической нагрузки, при которой ЧСС достигает 170 уд./мин. Выбор именно этой частоты основан на следующих двух положениях. Первое заключается в том, что зона адекватного функционирования кардиореспираторной системы с физиологической точки зрения ограничивается диапазоном частот от 100-110 до 170-180 уд./мин. Следовательно, с помощью этой пробы можно установить ту интенсивность физической нагрузки, которая «выводит» деятельность сердечно-сосудистой системы, а вместе с ней и всей кардиореспираторной системы в область оптимального функционирования. Второе положение базируется на том, что взаимосвязь между ЧСС и мощностью выполняемой физической нагрузки имеет линейный характер у большинства здоровых людей, пока пульс не превысил 170 уд./мин. При более высокой частоте пульса линейный характер зависимости между ЧСС и мощностью физической нагрузки нарушается.

Следует отметить, что нагрузки, применяемые в двигательном тестировании, должны отвечать следующим требованиям:

1. Нагрузка должна быть такой, чтобы можно было не только измерить проделанную работу, но и в дальнейшем точно ее повторить.

2. Должна существовать возможность изменения интенсивности нагрузки (темпа упражнения) в нужных пределах.

3. В работу должна вовлекаться по возможности большая масса мышц. Таким образом обеспечивается необходимая интенсификация системы транспорта кислорода и снижается нежелательное влияние локального мышечного утомления.

4. Тестовая нагрузка должна быть достаточно простой и доступной, не требующей особых навыков или высокой координации движений. Сложная и незнакомая задача вызывает ненужную нервозность, мешает равномерному ритму выполнения упражнения и искажает результаты обследования

5. Преимущество следует отдать таким видам нагрузки, при которых регистрация показателей возможна непосредственно во время выполнения физической работы.

В нагрузочном тестировании обычно используется велоэргометр, ступеньки, тредбан (бегущая дорожка) или ручной эргометр.

**Велоэргометр.** Важное преимущество велоэргометрии по сравнению с другими способами дозированной нагрузки – относительная неподвижность головы и рук при педалировании. Это позволяет легко изучать разные физиологические показатели. Кроме того, при работе на велоэргометре мощность нагрузки может быть строго дозирована. Особенно удобны в применении электромеханические велоэргометры. Преимущество их заключается в том, что в процессе работы не нужно строго следить за темпом педалирования, так как изменение последнего в определенных пределах не влияет на мощность нагрузки. Недостаток велоэргометрии – локальное утомление мышц и боли в мышцах нижних конечностей, лимитирующие работу при тяжелых или длительных нагрузках.

**Ступеньки.** Степэргометрия – простой способ дозирования нагрузки. В основу его положено модифицированное восхождение по лестнице, позволяющее выполнять нагрузку в лабораторных условиях при минимальном перемещении обследуемого – он в определенном темпе ритмически поднимается и опускается по маленькой лестнице.

Разные авторы предлагают одно-, двух-, трехступенчатые и более высокие лестницы, отличающиеся и высотой отдельных ступенек. Мощность работы регулируется изменением высоты ступенек или темпом восхождения. Темп восхождения задается метрономом, ритмичным звуковым или световым сигналом. Недостатком степэргометрии – невысокая точность в дозировании нагрузки, особенно при расчете мощности нагрузки, приходящейся на работу, связанную со спуском со ступени.

**Тредбан (бегущая дорожка).** Прибор позволяет моделировать локомоции – ходьбу, бег в лабораторных условиях. Обследуемый только незначительно перемещается по вертикали, что позволяет проводить прямую регистрацию физиологических показателей. Мощность нагрузки дозируется путем изменения скорости и наклона скользящей ленты. Однако следует иметь в виду, что при работе с субмаксимальной скоростью возможно падение обследуемого. Тестирование на тредбане требует предварительной подготовки исследуемых. Недостаток тредбана – невозможность точно измерить работу.

Анализ различных видов дозированных физических нагрузок убедительно показывает, что велоэргометрия – наиболее удобный и точный метод тестирования.

Наиболее распространены следующие виды нагрузок, используемые при нагрузочном тестировании:

1. Непрерывная нагрузка равномерной интенсивности. Мощность работы может быть одинаковой для всех обследуемых или устанавливаться в зависимости от пола, возраста и физической подготовленности.

2. Ступенеобразно повышающаяся нагрузка с интервалами отдыха после каждой «ступени».

3. Непрерывная работа при равномерно (или почти равномерно) повышающейся мощности с быстрой сменой последующих ступеней без интервалов отдыха.

4. Непрерывная ступенеобразно повышающаяся нагрузка без интервалов отдыха, при которых кардиореспираторные показатели достигают устойчивого состояния на каждой ступени.

Интегральная количественная оценка физического здоровья может осуществляться

путем регистрации ряда физиологических, антропометрических показателей и показателей физической подготовленности с последующим приведением к обобщенной балльной оценке. По этому принципу Г. Л. Апанасенко (1993) разработан метод оценки физического здоровья, в основе которого лежит характеристика энергopotенциала индивида на основании следующих первичных данных: рост, вес, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), пульс в покое (ЧСС), сила кисти, уровень систолического давления (АДс) и время восстановления пульса после пробы (20 приседаний за 30 с). Уровень здоровья человека оценивается в баллах независимо от того, в каком промежутке альтернативы «здоров – болен» он находится. При этом оценка уровня здоровья осуществляется по так называемой шкале здоровья (табл. 3.3 и 3.4), имеющей следующие градации: 1) низкий, 2) ниже среднего, 3) средний, 4) выше среднего, 5) высокий. Широкая апробация шкалы здоровья показала ее высокую эффективность.

Таблица 3.3

Шкала физического здоровья для мужчин

Показатели	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
Масса тела/ рост, г / см	>501 (-2)	451-500(-1)	< 450(0)	-(-)	-(-)
ЖЕЛ/масса тела, мл/кг	<50(-1)	51-55(0)	56-60(1)	61-65(2)	>66 (3)
Сила кисти/ масса тела, %	<60(-1)	61-65(0)	66-70(1)	71-80(2)	>80 (3)
ЧССхАДс/ 100, отн. ед.	>111(-2)	95-110 (-1)	85-94(0)	70-84(3)	<69 (5)
Время восст. ЧСС, мин	>3(-2)	2-3(1)	1,5-2,0(3)	1,0-1,5(5)	<1(7)
Общая оценка, баллы	<3	4-6	7-11	12-15	16-18

Таблица 3.4

Шкала физического здоровья для женщин

Показатели	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
Масса тела / рост, г / см	451(-2)	351-450(-1)	<350 (0)	-(-)	-(-)
ЖЕЛ / масса тела, мл/кг	<40(-1)	41-45(0)	46-50(1)	51-56(2)	>56(3)
Сила кисти / масса тела, %	<40(-1)	41-50(0)	51-55(1)	56-60(2)	>61 (3)
ЧСС х АДс/ 100, отн. ед.	>111(-2)	95-110(-1)	85-94(0)	70-84 (3)	<69 (5)
Время восст. ЧСС, мин	>3(-2)	2-3(1)	1,5-2,0 (3)	1,0-1,5(5)	<1(7)
Общая оценка, баллы	<3	4-6	7-11	12-15	16-18

Для самооценки состояния здоровья применяется специальная анкета (табл. 3.5), состоящая из 28 вопросов; на 27 вопросов предусмотрены ответы «да – нет», на последний вопрос – выбор ответа из четырех предложенных.

Таблица 3.5

Анкета самооценки состояния здоровья (по В. П. Войтенко)

Обозначьте свой ответ в соответствующей колонке бланка

№п/п	Вопросы	Да	Нет
1	Беспокоит ли Вас головная боль?		
2	Можно ли сказать, что Вы легко просыпаетесь от любого звука?		
3	Беспокоят ли Вас боли в области сердца?		
4	Считаете ли Вы, что у Вас ухудшилось зрение?		
5	Считаете ли Вы, что у Вас ухудшился слух?		
6	Стараетесь ли Вы пить только кипяченую воду?		
7	Беспокоят ли Вас боли в суставах?		
8	Влияет ли на Ваше самочувствие перемена погоды?		
9	Бывают ли у Вас периоды, когда из-за волнения Вы теряете сон?		
10	Беспокоят ли Вас запоры?		
11	Беспокоит ли Вас боль в области правого подреберья?		
12	Бывают ли у Вас головокружения?		
13	Стало ли Вам труднее сосредоточиваться, чем в прошлые годы?		
14	Беспокоят ли Вас ослабление памяти, забывчивость?		
15	Ощущаете ли Вы в различных областях жжение, покалывание, «ползание мурашек»?		
16	Беспокоит ли Вас шум или звон в ушах?		
17	Держите ли Вы для себя в домашней аптечке валидол, нитроглицерин, сердечные капли?		
18	Бывают ли у Вас отеки на ногах?		
19	Пришлось ли вам отказаться от некоторых блюд?		

20	Бывает ли у Вас одышка при быстрой ходьбе?		
21	Беспокоит ли Вас боль в области поясницы?		
22	Приходится ли Вам использовать в лечебных целях минеральную воду?		
23	Можно ли сказать, что Вы стали легко плакать?		
24	Бываете ли вы на пляже?		
25	Считаете ли Вы, что Вы сейчас так же работоспособны, как прежде?		
26	Бывают ли у Вас такие периоды, когда вы чувствуете себя радостно возбужденным, счастливым?		
27	Много ли Вы курите?		
28	Как Вы оцениваете свое состояние здоровья: хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое?		

Подсчитывается число неблагоприятных для анкетированного ответов на 27 вопросов, в дальнейшем прибавляется 1, если на последний вопрос дан ответ «плохое», «очень плохое». Итоговая оценка дает количественную самооценку здоровья, равную 0 при «идеальном» и 28 – при «очень плохом» самочувствии.

### **Контрольные вопросы**

1. Каковы основные черты организма человека как сложной биологической системы?
2. В чем сущность понятия «физическое здоровье»?
3. Каковы основные факторы физического здоровья?
4. В чем сущность понятия «физическое развитие»?
5. Какие законы определяют уровень физического развития?
6. В чем сущность понятия «физическая подготовленность»?
7. В чем сущность понятия «функциональная подготовленность»?
8. Что представляют собой адаптационные резервы организма?
9. Какова структура системы функциональных резервов адаптации организма?
10. Какое значение имеет двигательная активность для формирования состояния физического здоровья?
11. Каковы методические подходы к объективной оценке уровня физического здоровья?
12. В чем суть метода самооценки физического здоровья?

### **Литература**

1. Агаджанян Н. А., Ананьев В. А., Андреев Ю. А. и др. Основы валеологии. Кн. 2. – Киев: Олимпийская литература, 1999.
2. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. - М.: ФиС, 1987.
3. Ананьев В. А., Давиденко Д. Н., Петленко В. П., Хомутов Г. А. Этюды валеологии / Под общ. ред. Д. Н. Давиденко. - СПб.: СПбГТУ, БПА, 2001.
4. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб.: Петрополис, 1992.
5. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология. – Киев.: Здоров'я, 1998.
6. Билич Г. П., Назарова Л. В. Основы валеологии. – СПб.: Водолей, 1996.
7. Валеология человека. Здоровье – любовь – красота: В 5 т. Т. 3. Физическое и психическое здоровье. – СПб.: Петроградский и К°; Минск: Оракул, 1996.
8. Войтечко В. П. Здоровье здоровых. – Киев: Здоров'я, 1991.
9. Волков В. Ю., Ланев Ю. С., Петленко В. П. и др. Научные основы физической культуры и здорового образа жизни / Под общ. ред. Д. Н. Давиденко. – СПб.: СПбГТУ, БПА, 2001.
10. Давиденко Д. Н., Зорин В. Е., Борилкевич В. Е. и др. Социальные и биологические основы физической культуры / Отв. ред. Д. Н. Давиденко. – СПб.: СПбГУ, 2001.



## Глава 4. ГАРМОНИЯ ЛИЧНОСТИ

### *Здоровье и гармония*

И весь мир, и мир человека построены на равновесии движущих сил, на взаимодействии противоположностей. Большинство явлений могут быть определены по тем или иным характеристикам, имеющим противоположные полюса. В сопоставлении с противоположащим изучаемое явление может открыться с новых сторон. Это относится и к здоровью – оно часто анализируется в сравнении с расстройствами и болезнями. Связанные со здоровьем понятия (и стоящие за ними явления) – адаптация, психологическая устойчивость, гармония – имеют антонимы: дезадаптация, психологическая неустойчивость, дисгармония. В этой диалектике отражена не одна лишь стройность и строгость понятийного аппарата, но и наиболее частое состояние конкретного человека: единство признаков здоровья и нездоровья, устойчивости и неустойчивости, гармонии и дисгармонии одновременно, некоторое их сочетание с перевесом в ту или другую сторону.

Здоровье связывали с равновесием и гармонией уже в античные времена. Алкмеон трактовал здоровье как *гармонию или равновесие противоположно направленных сил* (различных состояний, теплого и холодного, активного и неподвижного и т. п.). Болезнь наступает как следствие единовластия одного из таких элементов над остальными. Гиппократ утверждал, что здоровье возможно при соразмерном смещении основных первоэлементов тела (крови, флегмы, желтой и черной желчи) [1].

Согласно Платону, здоровье, как и красота, определяется соразмерностью, требует «согласия противоположностей» и выражается в *соразмерном соотношении душевного и телесного*.

О дисгармонии личности психологи и психотерапевты пишут чаще, чем о гармонии. Возможно, это от того, что состояние гармонии единственное, а дисгармоний много. Это аналогично тому, что состояние здоровья также одно, а расстройств много.

Изучение гармонии личности актуально по меньшей мере по двум причинам. Во-первых, многие расстройства психики начинаются с различной глубины дисгармонии личности. Поскольку исходным и желанным (для возврата) состоянием является гармония, то необходимы по возможности наиболее точные знания о ней. Не имея ясных представлений о цели, очень легко пройти мимо нее. Во-вторых, поскольку сравнение – основной прием научного анализа, природу дисгармонии личности познать глубоко можно лишь в сопоставлении с гармонией.

### **Понятие гармонии личности**

В обсуждаемой области широко используются разные понятия: общенаучные (равновесие, целостность, интегрированность и т. д.), естественнонаучные (например, адаптация, здоровье), гуманитарные (благополучие, социальная зрелость, личностная зрелость, душевное равновесие и т. д.). В большинстве случаев понятие гармонии раскрывается через понятия согласованности и стройности. «Согласованный» означает достигший единства, «стройный» – имеющий правильное соотношение между своими частями.

**Гармония** – более высокий уровень интегрированности личности по сравнению с устойчивостью личности, а устойчивость – более высокий уровень интегрированности личности по сравнению с адаптированностью. **Интегрированность личности** – это ее целостность (в соответствии с этимологией термина «интеграция»). Понятия гармонии и интегрированности довольно тесно связаны, но не эквивалентны. Личность может быть интегрированной и негармоничной, но не может быть гармоничной и неинтегрированной.

В плане психологической устойчивости личности гармонию можно рассматривать как равновесие между отдельными опорами устойчивости, согласованность между ними, равновесие их значимости. Акцент на одной опоре может давать устойчивость, но это несовершенная устойчивость, хотя она может быть крепкой и длительной. Душевное равновесие следует понимать и как равновесие веры в себя, в свои силы и в силы окружения. В частности, это равновесие между силой воздействующей причины и силой отклика.

Гармония личности – это также правильное соотношение между основными сторонами бытия личности: пространством личности, временем и энергией (потенциальной и реализуемой), точнее, между объемом пространства личности, скоростью времени и уровнем энергии. Кроме того, это соотношенность внешнего и внутреннего пространства личности по объему, их достаточно тесная связанность; соотношенность внешнего (событийного) и внутреннего времени личности; соотношенность потенциальной и реализуемой энергии; соразмерность энергических и информационных ресурсов. Гармония – это и равновесие между ощущением самодостаточности и чувством общности, например, в адлеровском смысле.

К личности применимы общенаучные понятия. Пространство, время и энергию личности следует рассматривать в трех планах ее бытия: биологическом, психологическом, социологическом. Так как здоровый взрослый человек – одновременно индивид, субъект психической активности и член общества, то структура личности может быть описана в понятиях биологического, психологического и социального пространства, времени и энергии. В биологическом плане человек – живой организм и субъект поведения, в психологическом – носитель психики, субъект целесообразного поведения и деятельности, в социальном – член микро-и макросоциума, включенный во множество социальных связей, образующих социальное пространство. Поскольку личность является высшим интегратором в человеке, то одна из сторон личностной гармонии – согласованность трех планов ее бытия: биологического, психического, социального.

Таким образом, понятие гармонии как понятие высокого уровня обобщенности необходимо рассматривать в разных аспектах. К основным мы относим: соразмерное существование внешнего и внутреннего бытия личности; телесного, психического и духовного бытия; существования в разных средах – природной, предметной, социальной.

### ***Гармония внешнего и внутреннего пространства личности***

Анализировать гармонию можно и нужно в разных плоскостях, поскольку бытие человека многомерно, как мы уже говорили. Человек существует одновременно в разных средах, мирах – мире вещей и предметов (как физическое тело), мире живой природы (как живое существо), мире людей (как член определенного общества, как единица определенной общности). Существование в этих трех мирах находит свое отражение в личности каждого человека, в протекающих в личности процессах.

Те события внешнего мира, в которые включена личность, и те отношения, которые у нее устанавливаются с объектами внешнего мира, образуют **внешнее пространство личности**. Оно не может быть только лишь географическим, поскольку наполнено событиями и политическими, и экономическими, и культурными.

Пространство личности имеет сложную структуру и множество измерений. В биологическом аспекте внешнее и внутреннее пространство человека разделены достаточно отчетливо: внутреннее пространство – это пространство тела, а все, что лежит за кожными покровами тела, является внешним пространством. Но поскольку человек – живое существо особого рода, одним биологическим планом его существование не ограничивается.

Человек наделен способностью к рефлексии, в ходе развития и усложнения у личности возникает самосознание. Представления о мире и о себе, переживания различных событий, самоотношение и саморегуляция, жизненные цели и планы – все это составляет **внутреннее пространство личности** (внутренний, субъективный мир личности). Социальное пространство, в которое включена личность, представлено в ее внутреннем мире. С другой стороны, во внешней активности личности, в деятельности, в общении так или иначе отражается внутренняя жизнь личности.

Таким образом, внешнее и внутреннее пространство личности – это не разделенные, а пересекающиеся пространства. Именно по этой причине точнее говорить не только о различных частях личностного пространства, но и о множестве его измерений.

Присущая человеку активность может быть разделена на два потока –

**экстраактивность** и **интроактивность**. Когда активность, направленная вовне, встречает какие-либо преграды, она не реализуется полностью. Неудовлетворенность результатами проявления внешней активности приводит к накоплению отрицательных оценок собственных достижений. Это постепенно снижает мотивацию к самореализации себя в делах, в социальном взаимодействии и влиянии. Происходит перераспределение энергии в сторону большей внутренней активности, что проявляется в усилении стремления к самоизменению и самосовершенствованию, в повышенном внимании к своему внутреннему миру. Происходящие в нем события приобретают большее значение. В этой сфере личность автономна от окружающей социальной среды и поэтому потенциально имеет широкие возможности для проявления активности.

Закономерности телесной и психической жизни индивида, связи между ними часто выступали и выступают предметом исследований. Этого не скажешь о духовной жизни как предмете психологического исследования. Разумеется, духовное бытие, духовность человека – предмет междисциплинарного исследования, а не одного лишь психологического. Однако усвоенная личностью духовная культура, принятые ею гуманистические ценности, каноны духовной жизни, способность переживать духовное единство с другим человеком, определенной общностью людей или всем человечеством – все это факторы, обуславливающие жизненно важные выборы личности. В связи с этим рассмотрение основ личности будет явно неполным, если не коснуться вопросов ее духовного бытия.

Пространство духовного бытия – особое. Если можно определить хотя бы некоторые параметры внешнего пространства и отношений личности (социальных, экономических, правовых и т. д.), которые его составляют, в координатах физического или географического пространства, то пространство духовного бытия таких координат не имеет. Найти сколько-нибудь отчетливые пространственные границы гуманистических ценностей или духовных традиций невозможно. И смысл бытия человечества, и смысл жизни каждого отдельного человека не имеет эквивалентов в физических пространственных измерениях. Это явления, одновременно принадлежащие и внутреннему пространству личности, и ее внешнему пространству и пространству социума. Духовность как явление общечеловеческого масштаба не могла бы существовать, если бы у отдельной личности не было ее внутреннего мира и ее собственного смысла жизни или желания обрести таковой.

### ***Гармония личности как гуманитарная проблема***

Актуальность тезиса «Человек есть мера всей вещей» достаточно хорошо осознана во многих цивилизованных странах. Но реализация этого принципа явно идет с трудом. Рассмотрим подробнее конфликт между тремя мирами: природным, предметным (рукотворным, техногенным) и социальным.

Гармонию личности невозможно обсуждать, обращаясь к личности как к чему-то, что может существовать вне среды, вне связей с миром. Стремясь определить суть происходящего в современном мире, следует выбрать в качестве исходной точки анализа основные составляющие, основные измерения человеческого мира. Таковыми, на наш взгляд, являются: мир природный (и неживая и живая природа), мир социальный (мир людей, наций, этносов, обществ, групп разного масштаба) и мир предметный (рукотворный, инструментальный, техногенный). Заметим, что все они составляют как бытие отдельного конкретного человека, так и человечества в целом.

Существенно важно то, что настоящий период развития человечества характеризуется конфликтом между тремя названными мирами. Под конфликтом здесь понимается выраженная рассогласованность этих трех миров, трех сторон человеческого бытия, человеческой деятельности – рассогласованность, наносящая вполне ощутимый ущерб каждому из трех миров.

Становление предметного мира шло параллельно развитию социального мира. Не касаясь всех аспектов взаимосвязей между этими мирами, отметим, что предметный мир недостаточно управляем, в нем нет необходимой подчиненности миру социальному.

Например, современные СМИ, прежде всего электронные, превратились в монстра, практически не контролируемого социумом. Немногие, обладающие властью над СМИ, к сожалению, не отражают и не представляют всех потребностей общества в этой сфере. С особенной силой это проявляется в России, свободной не только от многих необходимых контролирующих механизмов, но и регулирующих. В шквал плохо структурированной или вовсе не структурированной информации, обрушивающейся на человека и явно превышающей возможности его отражающей системы, вклинивается огромный поток рекламной информации.

В России не учитывается характер воздействия СМИ на настроения, эмоциональные состояния зрителей и слушателей. Для поддержания гармоничного настроения имеет значение общий тон информации о разных сторонах жизни в той стране, в которой человек проживает, важно соотношение позитивной и негативной информации, а также оценка социально-экономической ситуации, интерпретация действий центральных и местных властей, сообщения об успехах или неудачах в различных сферах жизни страны.

В настоящее время в нашей стране многие политики и политологи, каналы СМИ состязаются в том, чтобы нарисовать самую мрачную картину завтрашнего дня, победить конкурентов в этом дурном соревновании по запугиванию населения. Результат этого – разнообразные негативные последствия, в том числе и в аспекте душевного здоровья.

Человеку нужны не только верные представления о жизни, но еще и вера в то, что жизнь может быть иной. Вера в будущее, гордость за свою страну, чувство единства – это тот настрой, без которого невозможно наладить эффективное производство, строить ровные дороги, теплые и красивые дома и т. д. Именно эти черты общественного сознания помогли в свое время преодолеть США Великую депрессию, ФРГ – восстановить после войны экономику и жилищную сферу.

Еще один момент контроля за СМИ: демонстрация сцен насилия, фильмов ужаса (монстров, чудовищ) и подобных сюжетов без предварительной информации о характере фильма или телепередачи.

Негативно воздействует на личность и реклама. Дело не только в том, что усиленная громкость рекламных роликов на телевидении и радио просто мешает смотреть передачу или фильм, а также заставляет часто регулировать громкость. Более значимо разрушительное воздействие рекламы на сознание. Рекламные клипы делают красочными, броскими, динамичными. Независимо от характера рекламируемого товара или услуги они в большинстве случаев вызывают эротические ассоциации, тем самым глубже уходят в эмоциональную память. Отдельные клипы по вполне понятным причинам никак логически не связаны друг с другом. Их появление в фильме или других программах, имеющих собственную сюжетную логику и продуманную создателем временную композицию, нарушает гештальт-переживания у зрителя, снижает его включенность и эмпатию. По этим и некоторым другим причинам произведение искусства не вызывает эффекта катарсиса (очищения). Затруднена и когнитивная переработка воспринятого, трудно удерживать целостный образ просмотренного фильма, спектакля или спортивного поединка.

Перечисленные характеристики рекламных интервенций приводят к диссоциации сознания (разъединению, разделению). Яркость рекламных клипов не позволяет образной и эмоциональной памяти легко освободиться от них. Поскольку они содержательно не связаны с текущей жизненной ситуацией субъекта, то не поддаются связыванию, структурированию или какой-либо другой форме переработки. Частое цитирование текстов рекламных роликов в речи людей (нередко в слабой связи с основным контекстом разговора) представляет собой попытку ассимилировать эти чужеродные для сознания включения. Навязанные множественными повторами фразы не могут выполнять тех функций, которые выполняют поговорки в языковой ткани сознания. Ситуация неблагоприятна еще и тем, что в личности отсутствуют необходимые защитные механизмы, ограждающие от этого явления.

Мы не утверждаем изначальной, корневой враждебности предметного мира. Разумеется, этого нет. Предметный, инструментальный мир помогал человеку не только

пользоваться богатствами природного мира, но и противостоять ему в тех случаях, когда это было необходимо (природа и на стихийные бедствия богата). Именно благодаря возможности использовать инструменты, благодаря оснащенности и защищенности предметами человеческий вид достиг столь большой численности. С другой стороны, с помощью инструментального мира человек покорял (а часто просто уничтожал) природу.

С этим связан еще один конфликт. Природа человека двойственна: биологическая и социальная. Число человеческих особей стало настолько огромным, что специалисты разных наук все чаще говорят о перегруженности планеты биомассой, о неизбежном сокращении ресурсов, которые дают пищу, позволяют удовлетворять витальные потребности. Может ли инструментальный мир ликвидировать этот конфликт – вопрос открытый. Другой аспект хорошо известен, но и его надо упомянуть: вредоносное воздействие промышленности, транспорта и многих других областей практической деятельности человека на природу (загрязнение, техногенные катастрофы, парниковый эффект и т. п.).

К настоящему времени предметный мир достиг значительного развития и достаточно сложен. Он все больше вторгается и перестраивает не только образ жизни, но и многие душевные и телесные процессы. К последствиям такой «перестройки» мы относим:

- ускорение ритма жизни;
- гигантское увеличение производства и потребления психоактивных лекарств (снотворных, седативных, тонизирующих, стимулирующих и т. п.);
- увеличение производства и потребления психоактивных наркотизирующих веществ (алкоголя, наркотиков, токсикантов).

Ускорение ритма жизни привело к существенному повышению стрессовой нагрузки. Наиболее печальные последствия этого: значительное увеличение психических расстройств, суицидов, психогенных заболеваний. Увеличение продолжительности жизни в ряде развитых стран достигнуто, скорее всего, не за счет укрепления психического здоровья и переживания благополучия (измерения социального мира), а за счет новых лекарств, медицинских приборов (измерения инструментального мира).

Порой инструментальный мир начинает дублировать, замещать или заслонять мир природный. Кроме того, инструментальный мир чрезвычайно богат возможностями построения иллюзий. Так, возникла виртуальная компьютерная реальность и новые виды психологической зависимости (поглощенность компьютерными играми, Интернет-зависимость).

Таким образом, все противоречия разных миров человеческого бытия так или иначе негативно отражаются на психическом здоровье, на благополучии человека. Добавим к этим проблемам невротическое стремление человека все переделать в природном мире, причем как можно скорее.

Что позволяет человеку сохранять душевное равновесие, обретать душевный покой, умирять страсти или вдохновляться будущими подвигами? Это дает психологическая устойчивость личности [2]. В число основных опор устойчивости входят доминанты активности: доминанта познания и самопознания, доминанта деятельности, доминанта интеракции.

Итак, психическое здоровье, внутренняя гармония и гармония с окружающим миром редко даны человеку от природы сполна, чаще для этого требуются старания и соответствующая работа. К этому невозможно прийти без активного творческого отношения к собственной жизни. Отсутствие мотивации к самопознанию, саморегулированию и саморазвитию создает основу для ослабления психологической устойчивости, а затем и к болезням как следствию образа жизни, как расплате за свое невежество. Отсутствие соответствующей психологической компетентности может быть причиной того, что человек не осознает связи между эмоциональным дискомфортом, углубляющейся дисгармонией личности и соматическим расстройством. Люди западной культуры сильнее, чем восточной, склонны драматизировать свои личные и семейные проблемы, что в некоторой степени создает более благоприятную почву для психосоматических расстройств.

Высокий уровень социальной напряженности, характерный для нашей страны, может быть снижен на основе комплексного подхода. Это требует использования разнообразных средств и методов. Большую роль должно сыграть развитие и распространение психологической культуры и психогигиены среди всех слоев населения.

Гармония личности не может быть типовой, но только – уникальной. Социализация, считает А. А. Реан, протекает в единстве с другим процессом – индивидуализацией [3]. Он подчеркивает, что социализация не есть антипод индивидуализации, якобы ведущий к нивелированию личности, индивидуальности человека. Скорее наоборот: в процессе социализации и социальной адаптации человек обретает свою индивидуальность, но чаще всего *сложным и противоречивым образом*. Распространенная в психологии личности (и в науках о личности в целом) парадигма «от социального к индивидуальному», несомненно, имеет серьезные основания и глубокий смысл. Однако ее прямолинейное понимание и соответствующее развитие лишают человека субъектного начала или же рассматривают его как незначимое.

### **Гармония отношений личности**

Личность – феномен одновременно и индивидного, и социального бытия. Внутренняя гармония невозможна без гармоничных связей с социальным окружением, без удовлетворяющего личность социального бытия. В свою очередь, гармония межличностных отношений предполагает согласие индивида с самим собой, настроенность (а не расстроенность) внутреннего мира личности.

В перечне чувств мы выделяем такой их вид, как интеракционные (диспозиционные) чувства, регулирующие межличностное взаимодействие субъекта, и два их подвида – сближающие и удаляющие. Самые важные в этом перечне – девять пар противоположных друг другу чувств, выделенных на основе принятия другого человека и стремления сблизиться (уменьшить межличностную дистанцию) либо, наоборот, непринятия и стремления удалиться от него (табл. 4.1).

Таблица 4.7

Интеракционные чувства личности

	Сближающие чувства	Удаляющие чувства
1	Единство (общность) с человеком (людьми)	Одиночество
2	Дружелюбие	Отвращение (или неприязнь)
3	Добросердечие	Злоба, злость
4	Уверенность в собственной правоте	Вина (или раскаяние)
5	Собственная достаточная значимость	Зависть
6	Гордость (за себя)	Стыд (или смущение)
7	Признательность (какому-либо человеку или людям)	Обида
8	Уважение (по отношению к какому-либо человеку или людям)	Презрение (по отношению к какому-либо человеку или людям)
9	Любовь	Ненависть (по отношению к этому человеку)

Гармония возможна при достаточно выраженных сближающих чувствах, превышающих по силе удаляющие чувства. Вероятно, чем больше сближающих чувств, тем полнее, совершеннее гармония личности. Но даже одно сильное удаляющее чувство может разрушить гармонию при выраженных сближающих чувствах.

Сила сближающих чувств должна быть соразмерной, а не чрезмерной. Безмерное заострение отдельных сближающих чувств может нарушать гармонию. Единство приводит к потере собственной индивидуальности, дружелюбие – к неразборчивости в межличностных отношениях и в оценках людей, добросердечие – ко всепрощенчеству (беспринципности), уверенность – к неадекватной самоуверенности или уверенности в собственной непогрешимости, собственная значимость – к собственной сверхценности; гордость переходит в гордыню, признательность – в утрированную благодарность и неадекватное восхваление, уважение – в культовое преклонение и идолопоклонство, любовь – в любовную слепоту (неспособность видеть и воспринимать что-либо иное, кроме объекта любви, фиксированность с обеднением всей гаммы чувств).

Уважение, перешедшее в культовое преклонение, порождает сильные удаляющие

чувства по отношению ко многим окружающим, инициирует ряд удаляющих чувств: презрение, отвращение, ненависть. Преклонение при фиксированности на одном объекте может перейти в фанатизм. Он особенно опасен, поскольку лишает личность способности к эмпатии, сопереживанию из-за предельной центрированности на чем-то, из-за иррационального принятия кого-либо, преданности чему-то (делу, идее). В последнем случае он позволяет обрести в кругу подобных чувство принадлежности. Если снизить значимость остальной части социума (родителей, учителей, правительства), то для полного принятия себя и самоуважения может хватить включенности в группу фанов того или иного эстрадного певца, футбольной команды, толкиенистов и т. д. Остальные, не входящие в круг своих, при этом начинают восприниматься и оцениваться как недалекие (ограниченные, неспособные проникнуться...)

В любой страсти есть свое очарование, притягивающие людей. Истовость, ревностность, рьяность имеет красоту силы. Это то природное явление, на которое в человеке отзываются глубинные струны. Вероятно, немалая часть этого объясняется достаточно просто – феноменом индукции (психической заразительности), идущей от человека с повышенной силой внушения. У истероидной личности энергия появляется благодаря обратным токам, идущим от окружающих. Этой энергией лидер с горящими глазами и подпитывается.

### ***Гармония развития личности***

Еще один аспект гармонии личности – согласованность развития и функционирования основных сфер личности. Начиная со средних веков в западной цивилизации (к которой в большей степени принадлежит Россия) доминируют ценности развития когнитивной сферы личности. Однако обилие знаний автоматически не делает человека ни более гармоничным, ни более благополучным, ни более счастливым. Такое одностороннее развитие привело в XX в. к научно-технической революции без адекватных, соразмерных продвижений в гуманитарном развитии. Именно в этом кроется причина разрушения экологии планеты и «топтания» в духовной сфере. Во многих обществах и у большинства индивидов усилилась тенденция не тратить время на чувства, эмоции, должное внимание к витальным потребностям. Это не способствует духовному и физическому здоровью человека: накопившиеся чувства и желания, вырываясь на волю, вносят разрушительный элемент в устоявшуюся жизнь, приводят к дефицитарному развитию эмоционально-чувственной сферы, к невротизации общества и снижению жизненного тонуса людей во многих, в том числе и высокоразвитых (технологически), странах. На контроль и сдерживание эмоций тратится много энергии.

Будучи живым существом, человек теряет в себе живое. О какой гармонии отношений может идти речь, если ценности конкуренции доминируют и во многих обществах, и в человеческом сообществе в целом? Открытость миру, сближающие чувства прорываются часто лишь в моменты трагедий.

Сейчас нередко обсуждается доминирование в российских этносах ценностей индивидуализма – коллективизма, рассматриваемых в качестве полюсов одной шкалы. Две эти ценности, скорее всего, можно рассматривать как противоположные. В российских этносах заметно определенное продвижение в сторону индивидуалистичности. Учитывая опасность и повышенную неустойчивость крайностей, можно относиться к перемещению от полюса коллективизма как к положительному явлению. Однако здесь надо выделить два существенных момента. Во-первых, нежелательна другая крайность. Во-вторых, более конструктивным и в личностном и в социальном масштабе было бы продвижение не к индивидуалистичности, а к полноценной индивидуальности каждого члена социума. К этому может вести прежде всего ориентация на ценности самопринятия, более полного принятия своей индивидуальности и принятие индивидуальности других. В личностном плане это связано с усилением ощущения самодостаточности, а в социальном – продолжении личностного – это проявится в таких остро необходимых аспектах отношения к другому человеку, другому этносу, другому обществу, другой религии, как терпимость, толерантность. Индивидуализм без индивидуальности – вариант дисгармонии и на уровне

личности, и на уровне межличностных отношений. Можно полагать, что отход от коллективистских ценностей способствовал бы сокращению «базы» для возникновения чувства ненависти между отдельными социальными группами, в частности привел бы к уменьшению числа сектантских общин.

К сожалению, действительность не вселяет пока большого оптимизма относительно продвижения человечества по этому пути. Вместо продвижения к индивидуальности, не отрицающей многие ценности коллективизма (участие в жизни других, готовность прийти на помощь и надежда на помощь, ощущение общей судьбы, чувство общности в адлеровском смысле), мы наблюдаем скорее обратное – стандартизацию. Возьмем, к примеру, пандемию похудания, поразившую огромное количество девушек и молодых женщин от 13 до 30 лет на Западе (заметим, что она обошла стороной женскую часть государств третьего мира). Эта навязчивая идея все чаще принимает форму психического расстройства (искажение образа собственного тела, страх перед лишними килограммами), приводящего к отказу от еды и серьезной – иногда необратимой – потере веса. Среди причин этого недуга называют погоню за идеалом (стандартным), которым в современной западной культуре является стройная и даже худая фотомоделль, а также моду на «мальчиковую» одежду, обувь и оформление внешности. Того же плана и новые веяния у представительниц юго-восточных этносов, например, японок: менять посредством косметических операций разрез глаз с восточного на европейский.

### ***Духовное бытие, и смысл жизни личности***

Выше мы уже говорили, что бытие личности многопланово, три его стороны выделяют как основные: физическое (телесное), психическое (душевное) и духовное бытие. Потребность находить, понимать или переживать смысл своего бытия занимает, возможно, центральное место в духовном пространстве личности.

Отечественный психолог и философ С. Л. Франк утверждал, что вопрос о смысле жизни волнует и мучает в глубине души каждого человека:

Человек может на время, и даже на очень долгое время, совсем забыть о нем, погрузиться с головой или в будничные интересы сегодняшнего дня, в материальные заботы о сохранении жизни, о богатстве, довольстве и земных успехах или в какие-либо сверхлические страсти и «дела» – в политику, борьбу партий и т. п., – но жизнь уже так устроена, что совсем и навсегда отмахнуться от него не может и самый тупой, заплывший жиром или духовно спящий человек: неустрашимый факт приближения смерти и неизбежных ее предвестников – старения и болезней, факт отмирания, скоропреходящего исчезновения, погружения в невозвратное прошлое всей пашей жизни со всей иллюзорной значительностью ее интересов – этот факт есть для всякого человека грозное и неотвязное напоминание нерешенного, отложенного в сторону вопроса о смысле жизни (Смысл жизни // Вопросы философии. – 1990. – № 6).

Вопросы духовности длительные годы не считались проблемами научной психологии. Основная причина этого заключается в том идеологическом контроле, которому была подчинена отечественная психологическая наука в советское время. Для официальной пропаганды смысл жизни для всех граждан страны был определен в «Моральном кодексе строителя коммунизма». Все другие толкования данной темы «любителей пофилософствовать», «гурманов гуманитарной мысли» вытеснялись из общественного сознания. Слабая разработанность этих вопросов в гуманитарных науках имеет свои негативные последствия до сих пор.

В настоящее время в понятии духовности не усматривают какого-либо мистического контекста, оно не воспринимается как образное выражение. К нему относят освоенные личностью богатства духовной культуры человечества, основные ценности общества, нравственные принципы и правила, понимание и переживание смысла жизни.

Смысл жизни и духовность личности многие века были предметом размышлений отечественных ученых, писателей, религиозных деятелей. Ученые прошлого и современности находили и находят решение узловых проблем духовности в христианском учении. Многие века нравственные принципы людей самых разных слоев населения опирались именно на религиозные



нормы. Лучшие умы России принимали это не только умом, но и сердцем. Вспомним Ф. Тютчева:

Растрепанье душ и пустота, Что гложет ум и в сердце ноет, – Кто их излечит, кто прикроет? Ты, риза чистая Христа...

Духовное бытие можно рассматривать не только как одну из сторон бытия, но и как высшую форму личного существования, характеризующуюся освобождением от давления обыденной жизни, от соблазна влечений и пристрастий собственной самости, а также признанием приоритета духовных ценностей над остальными.

Духовное бытие – это процесс постоянного духовного развития, процесс формирования духовных потребностей и процесс их удовлетворения, ненасыщаемого удовлетворения. В ходе этого развития человек обнаруживает наиболее близкие ему ценности общества (добро, красота, истина) и приобретает представления о нравственных принципах и правилах. Духовные потребности присущи каждому человеку – не только тому, кого принято называть духовной личностью. Любой человек имеет собственные представления о добре и зле, нравственном и безнравственном, красоте и уродстве, истине и заблуждении, любви и ненависти, о главных ценностях со-бытия – совместного бытия в обществе. Разумеется, острота этих потребностей весьма различна, человеческая индивидуальность проявляется и в этой сфере.

У большинства людей сильна потребность в самореализации (самоактуализации, самоутверждении) – освоении социального пространства. В этом освоении человек непременно опирается на те или иные духовные ценности, учитывает эту важную сторону общественной жизни.

И духовное развитие, и личностное развитие в целом, и формирование индивидуальности возможны в спонтанном, свободном поведении, в деятельности, позволяющей проявлять творческие наклонности. Свобода без ответственности за себя, за свои решения и поступки превращается в иллюзию свободы. Ответственность без свободы выбора превращается в рабство. Положение раба исключает возможность самореализации личности, саморазвития, духовного и социального роста.

Людей, имеющих «скромные» духовные потребности, – меньшинство. Большинство же ощущает их достаточно сильно и ищет способы их удовлетворения. Человеческая индивидуальность в этом аспекте проявляется в том, что далеко не все ищущие имеют достаточный ресурс терпения и выносливости на этом нелегком пути. Не все ищущие понимают, что вопрос о смысле жизни не имеет простых, общих или универсальных решений. Смысл жизни, конечно, в той или иной мере может быть сходным у разных людей. Но в любом случае путь обретения смысла человек должен пройти самостоятельно. Возвращаясь к значению индивидуальности, необходимо подчеркнуть, что и по этой характеристике – ощущению духовного голода – люди весьма различаются. Одни понимают или, точнее, чувствуют, что некоторая неудовлетворенность решением будет сопровождать всю жизнь, что известная неопределенность нормальна и неизбежна. Ведь иначе трудно представить себе источник энергии для саморазвития. Другие же ждут простых, однозначных, быстрых решений. И находятся люди, предлагающие эти быстрые решения, которые нередко преподносят деструктивные культы. Последние наносят огромный вред духовному и душевному здоровью. В культовых сетях часто оказываются молодые люди.

Для молодых людей с обостренной потребностью в самореализации деструктивные культы имеют дополнительные привлекательные стороны, поскольку в них возвращается идея избранности, высокого предназначения каждого последователя, что дает возможность ощутить свой резко возросший статус. Привлекательность этого столь высока, что мешает рассмотреть обман. Предназначение «спасти человечество» в деструктивных культах часто странным образом уживается с нетерпимостью и агрессивностью в отношении к непосвященным: «Кто не с нами, тот против нас». Если бы деструктивные культы действительно способствовали развитию личности и духовному совершенству, то у адептов рядом с верой в то, что они могут служить образцом для подражания, жила бы терпимость, доброе отношение «к младшим братьям» – отстающим в своем духовном росте. Верный признак духовного совершенства – терпимость. Но ее-то и нет в

деструктивных культурах.

Добавим аргумент, подтверждающий иллюзорное удовлетворение духовных потребностей в деструктивных культурах. Разуверившиеся в православии или католицизме, конфуцианстве или буддизме молчаливо оставляют церковь, отходят от одной веры и начинают искать другую. Кто-то ищет новую религиозную веру, кто-то нечто иное, вселяющее надежду и укрепляющее душевные силы. Однако многие покинувшие секты становятся активными разоблачителями их деятельности. Почему это так? Потому что им становится ясно, что они были обмануты, они хотят уберечь от обмана других людей.

К распространению деструктивных культов в значительной мере привело разрушение общинного образа жизни в России и других странах (по ряду причин неизбежное), ограничение возможности полноценно переживать чувство социальной принадлежности. Эти культы производят разрушающее воздействие на личность, семью и общество. В деструктивных культурах отсутствует свобода личности. В них намеренно и направленно принижают значение интеллекта, препятствуют попыткам адептов самостоятельно и рационально осмыслить то воздействие, которое на них обрушивается. Любому существу для роста необходимо жизненное пространство, свобода, причем свобода в разных смыслах и аспектах: свобода выбора образа жизни и рода занятий, свобода в мыслях и в общении...

Свобода личности и действительное удовлетворение духовных потребностей возможны, если человек ответствен за свои действия и поступки, решения, если он сохраняет критичность мышления и осуществляет все личностно значимые выборы самостоятельно, если у него сохраняется ясность сознания.

В традиционных религиях человека нацеливают на постоянную внутреннюю работу и духовное развитие. Этого нельзя сказать о деструктивных культурах. Они весьма разнообразны и по идейной, мировоззренческой направленности, и по форме. Объединяет их то, что все они обращаются к духовным потребностям человека – потребностям ощущать смысл жизни, понимать свое место в обществе, стремиться к совершенству, надеяться на бессмертие души. К сожалению, для современной России характерен идейный вакуум, отсутствие ясных и привлекательных духовных ценностей и ориентиров. Эти составляющие общественного сознания вызревают вместе с формированием гражданского общества благодаря активно функционирующим общественным институтам, профиль которых позволяет включаться в поиск таких ориентиров.

### ***Контрольные вопросы***

1. Назовите подходы к трактовке понятия гармония в истории гуманитарной мысли.
2. Перечислите и охарактеризуйте различные аспекты гармонии личности.
3. Перечислите сближающие и удаляющие чувства.
4. Охарактеризуйте значение духовного бытия для личности.

### ***Литература***

1. Васильева О. С, Филатов Ф.Р, Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие. – М.: Академия, 2001.
2. Куликов Л. В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы: Учеб. пособие. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
3. Реан А. А. Социальная педагогическая психология. – СПб., 1999.

## Глава 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ

Человек постоянно преодолевает какие-либо трудности, однако далеко не все они оказывают разрушительное воздействие на психику. Не каждая личностная проблема, внутриличностный или межличностный конфликт, ощущение кризиса неизбежно приводят к стрессу. Сохранять ровное настроение и внутреннюю гармонию позволяет психологическая устойчивость личности.

Определение здоровья во многом опирается на понятие «благополучие». Благополучие, как и «позитивное здоровье», предполагает реализацию физических и духовных потенций человека [11]. Без сохранения психологической устойчивости реализация физических и духовных потенций невозможна. Следовательно, невозможно и удовлетворение от процесса самореализации, невозможно ощущение умственного и социального благополучия. В принятой видными специалистами медицинской науки концепции здоровья подчеркивается важность субъективно оцениваемого здоровья. Если допустить, что достаточно осознать отсутствие болезней или физических дефектов, чтобы чувствовать себя благополучным, то тогда мы возвратимся к пройденному этапу – к попытке определить здоровье посредством исключения негативного начала, уходя от конструктивного, затушевывая ключевые понятия.

Вопросы психологической устойчивости личности имеют огромное практическое значение, поскольку устойчивость охраняет личность от дезинтеграции и личностных расстройств, создает основу внутренней гармонии, полноценного психического здоровья, высокой работоспособности. Дезинтеграцию личности понимают как потерю организующей роли высшего уровня психики в регуляции поведения и деятельности, распад иерархии жизненных смыслов, ценностей, мотивов, целей. Психологическая устойчивость индивидуума непосредственно определяет его жизнеспособность, психическое и соматическое здоровье.

### **Понятие «психологическая устойчивость»**

Слово «устойчивый» во многих языках мира означает «стабильный, стойкий, твердый, прочный, крепкий». В «Словаре синонимов русского языка» дается два синонима этого слова: «стабильность, равновесие» [18].

Термин *stability* переводится как: 1) устойчивость, стабильность, состояние равновесия; 2) постоянство, твердость; а *mental stability* – психическая стабильность (устойчивость) [15].

В словаре А. Ребера [17] «устойчивый» понимается как характеристика индивида, поведение которого относительно надежно и последовательно. Его антоним – термин «неустойчивый», имеющий в психологии несколько смыслов. Два основных таковы:

- 1) индивид, демонстрирующий беспорядочные и непредсказуемые модели поведения и настроения;
- 2) индивид, склонный демонстрировать невротические, психотические или просто опасные для других модели поведения.

Во втором значении этот термин используется как своего рода неформальный психиатрический диагноз.

«Стабильный» в этом словаре объясняется как черта (в теориях личности), характеризующаяся отсутствием чрезмерных эмоциональных изменений. В этом случае часто используется уточняющее слово «эмоциональная» (стабильность). В английском, немецком, французском и испанском языках слово «устойчивость» – синоним слова «стабильность».

Возможны различные подходы к трактовке психологической устойчивости. Она может быть понята как соразмерность постоянства и изменчивости личности. Речь идет о постоянстве главных жизненных принципов и целей, доминирующих мотивов, способах поведения, реагирования в типичных ситуациях. Изменчивость проявляется в динамике мотивов, появлении новых способов поведения, поиске новых способов деятельности, выработке новых форм реагирования на ситуации. При таком рассмотрении

подчеркивается, что в основе психологической устойчивости личности лежит взаимодополняющее сочетание, гармоническое единство постоянства личности и динамичности. На фундаменте постоянства выстраивается жизненный путь личности, без него невозможно достижение целей жизни. Оно поддерживает и укрепляет самооценку, способствует принятию себя как личности и индивидуальности. Динамичность и приспособляемость личности теснейшим образом связаны с самим развитием и существованием личности. Развитие невозможно без изменений, которые происходят в отдельных сферах личности и в личности в целом, они обусловлены как внутренней динамикой, так и средовыми воздействиями. По сути, развитие личности и представляет собой совокупность ее изменений.

В психологической устойчивости важен еще один аспект – соразмерность приятных и неприятных чувств, сливающихся в чувственном тоне, соразмерность между ощущениями благополучия и переживаниями радости, счастья, с одной стороны, и ощущениями неудовлетворенности жизнью и своими делами, собой, чувствами грусти и печали, страданиями – с другой. Без тех и других вряд ли возможно чувство полноты жизни, ее содержательной наполненности.

Для психологической устойчивости личности необходима способность к саморазвитию, формированию собственной индивидуальности. У Л. Н. Толстого есть такие слова:

Нам кажется, что настоящая работа – это работа над чем-нибудь внешним – производить, собирать что-нибудь: имущество, дом, скот, плоды, а работать над своей душой – это так, фантазия, а между тем всякая другая, кроме как работа над своей душой, усвоение привычек добра, всякая другая работа – пустяки (Дневник. 1899, 28 июня).

Устойчивость не следует понимать как фиксированность психических качеств, застылость психических механизмов. Это совокупность адаптационных процессов, интегрированность личности в смысле сохранения согласованности основных функций личности, стабильности их выполнения. Стабильность выполнения не обязательно предусматривает стабильность структуры функции, но скорее предполагает ее достаточную гибкость.

Психологическую устойчивость личности можно рассматривать как сложное качество личности, синтез отдельных качеств и способностей. К составляющим психологической устойчивости необходимо отнести:

- способность к личностному росту со своевременным и адекватным разрешением внутриличностных конфликтов (ценностных, мотивационных, ролевых);
- относительную (не абсолютную) стабильность эмоционального тона и благоприятного настроения;
- развитую волевую регуляцию.

Сущность воли заключается в сознательном преодолении человеком трудностей (препятствий) на пути к поставленной цели. Особенности волевой сферы человека проявляются в процессах психического самоуправления, саморегулирования, самоконтроля. При таком взгляде психологическая устойчивость объединяет целый комплекс способностей, широкий круг разноуровневых явлений.

Мы не будем касаться вопросов надежности функционирования деятельности. Они достаточно глубоко исследованы и описаны Г. С. Никифоровым [12-14]. Заметим лишь, что уровень психологической устойчивости личности так или иначе проявляется и в ее трудовой деятельности, в надежности работника, профессионала. С другой стороны, успешная профессиональная деятельность для многих является базисом полноценного переживания самореализации, что влияет на удовлетворенность жизнью в целом, на настроение и психологическую устойчивость.

### ***Общее представление о психологической устойчивости***

Итак, психологическая устойчивость предстает как сложное качество личности, в котором объединены:

- уравновешенность (равновесие), соразмерность;
- стойкость, стабильность (постоянство);

➤ сопротивляемость (резистентность).

Уравновешенность – это способность удерживать уровень напряжения, не выходя за границы приемлемого (не доводя до разрушительного стресса). Под стойкостью подразумевается способность противостоять трудностям, сохранять веру в ситуациях фрустрации, а под стабильностью – постоянный уровень настроения. Сопротивляемость – это способность сохранять свободу поведения и выбора образа жизни, это самодостаточность как свобода от зависимости (химической, интеракционной или поведенческой, понимаемой как полная поглощенность некоторым видом активности).

В этом наборе составляющих представлены все уровни организации человека, уровни его бытия: биологическое, психологическое и социальное. Это уровни движения живой материи, на которых одновременно протекает бытие человека.

Регуляция напряжения, уравновешенность (согласованность) интенсивности мотивации и организмических ресурсов, удержание напряжения в пределах границ оптимума или хотя бы приемлемости – одна из важнейших сторон биологического бытия человека.

Стойкость в преодолении трудностей, сохранение веры в себя, уверенности в себе, своих возможностях, совершенство психической саморегуляции, постоянный, достаточно высокий, уровень настроения – неотъемлемая часть психической жизни. Или, говоря старинным языком, жизни души. Способность сохранять постоянный уровень настроения без обращения к психоактивным веществам и быть отзывчивым, чувствительным к разным аспектам жизни, иметь разносторонние интересы, избегать одной-единственной мотивационной доминанты – также важная составляющая психологической устойчивости (на этом, собственно психологическом, уровне).

Наконец, нельзя не отметить постоянное межличностное взаимодействие, включенность во множество социальных связей, открытость воздействию, с одной стороны, а с другой – сопротивляемость излишне сильному взаимодействию. Последнее может нарушить необходимую личностную автономность, независимость в выборе формы поведения, целей и стиля деятельности, образа жизни, мешает слышать свое Я, следовать своим направлением, выстраивая свой жизненный путь. Говоря другими словами, в психологическую устойчивость входит способность находить баланс между конформностью и автономностью и удерживать это равновесие.

Таким образом, психологическая устойчивость – это качество личности, отдельными аспектами которого являются уравновешенность, стабильность и сопротивляемость. Оно позволяет личности противостоять жизненным трудностям, неблагоприятному давлению обстоятельств, сохранять здоровье и работоспособность в различных испытаниях.

Философское (иногда, ироничное) отношение к трудным ситуациям может быть предметом обстоятельного обсуждения, но вряд ли оно здесь уместно. Сошлемся на авторитет Г. Олпорта, заявлявшего:

...Я убежден в том, что психическое здоровье включает в себе парадоксальную связь серьезности жизненной ориентации и юмора. Многие запутанные обстоятельства жизни совершенно безнадежны, и у нас нет против них никакого оружия, кроме смеха. Рискну заявить, что человека нельзя считать психически здоровым, если он не способен посмеяться над самим собой, отмечая, где он просчитался, где его претензии были слишком раздуты или неправомерны. Он должен замечать, где он обманывался, где был слишком самоуверен, недальновиден и, прежде всего, где был тщеславен. Лучшее лекарство от тщеславия, как говорил Бергсон, это смех, и вообще, тщеславие – смехотворная слабость [16, с. 111].

Далее в этой главе будут рассмотрены опоры (основания) психологической устойчивости личности. К ним мы относим доминанты веры и активности личности. Говоря о доминантах, мы имеем в виду доминанты сознания и активности личности. Направленность сознания на ту или иную сторону жизни в значительной степени определяет его содержание, делает доминантными одни мысли, образы и переживания и устранивает или уводит в тень другие. Основными доминантами в аспекте психологической

устойчивости личности являются вера и один или несколько видов активности (познавательной, деятельностной, коммуникативной).

### **Составляющие психологической устойчивости**

Психологическую устойчивость поддерживают *внутренние* (личностные) ресурсы и *внешние* (межличностная, социальная поддержка). Ранее нами [9] были рассмотрены ресурсы личности, поддерживающие ее психологическую устойчивость и адаптированность и тем самым способствующие возникновению и сохранению гармоничного настроения. Это довольно большой перечень факторов, относящихся к личностным особенностям и социальной среде. **Факторы социальной среды:**

- поддерживающие самооценку;
- способствующие самореализации;
- поддерживающие адаптивные потенциалы и энергетические ресурсы организма;
- психологическая поддержка социального окружения (эмоциональная поддержка близких, друзей, сотрудников, их конкретная помощь в делах и т. п.).

#### *Личность*

##### *Сознание личности:*

- вера в разных ее формах и проявлениях (вера в достижимость поставленных целей, религиозная вера, вера в общие цели);
- понимание, ощущение смысла жизни, осмысленность деятельности и поведения;
- установка на то, что можешь распоряжаться своей жизнью;
- достаточно определенное осознание социальной принадлежности к определенной группе.

##### *Отношения личности (в том числе к себе):*

- оптимистическое, активное отношение к жизненной ситуации в целом;
- философское (иногда ироничное) отношение к трудным ситуациям;
- согласованность Я-воспринимаемого и Я-желаемого;
- достаточно высокая самооценка;
- уверенность, независимость в отношениях с другими людьми, отсутствие враждебности, доверие другим.

##### *Когнитивная сфера:*

- понимание жизненной ситуации и возможность ее прогнозирования;
- рациональные суждения в интерпретации жизненной ситуации (отсутствие иррациональных суждений);
- адекватная оценка величины нагрузки и своих ресурсов;
- структурированный опыт преодоления трудных ситуаций. *Эмоциональная сфера:*
- доминирование степничих позитивных эмоций;
- переживание успешности самореализации;
- желаемое эмоционально насыщение от межличностного взаимодействия, переживание чувства сплоченности, единства.

##### *Поведенческая (и деятельностная) сфера:*

- поведенческая активность;
- эффективная волевая регуляция;
- использование эффективных способов преодоления трудностей.

##### *Коммуникативная сфера:*

- открытое общение, принятие других такими, какие они есть (терпимость);
- устойчивые, удовлетворяющие индивида межличностные роли;
- удовлетворяющий статус в группе и социуме;
- выраженное чувство общности (в адлеровском смысле).

В этом списке перечислены положительные полюсы качеств и факторов. При благоприятном влиянии факторов (положительных полюсах качеств) доминирующее психическое состояние – резистентное, а доминирующее настроение – гармоничное (устойчивое, повышенное, оптимистичное). При неблагоприятном влиянии

доминирующее состояние – состояние дезадаптации, стрессовое или депрессивное (апатия, уныние или высокое напряжение, тревога и т. д.) и дисгармоничное настроение (неустойчивое, сниженное, тревожное).

Например, если факторы социальной среды поддерживают самооценку, адаптивные потенциалы и энергетические ресурсы организма, способствуют самореализации, получению психологической поддержки, то все это в целом способствует возникновению гармоничного настроения и поддержанию состояния адаптированности. Если же факторы социальной среды снижают самооценку, адаптивные потенциалы и энергетические ресурсы организма, ограничивают самореализацию, лишают человека эмоциональной поддержки, то все это способствует возникновению дисгармоничного настроения и появлению состояния дезадаптированности.

Мы считаем, что непродуктивно рассматривать настроение как один из видов состояния. Настроение – относительно устойчивый компонент психических состояний, основное звено взаимосвязи структур личности с различными компонентами психических состояний (чувствами и эмоциями, переживаниями событий, происходящих в духовной, социальной и физической жизни личности, психическим и физическим тонусом индивида) [9].

Выше были перечислены основные составляющие психологической устойчивости личности. Однако они не охватывают весь базис психологической устойчивости. В ее поддержании так или иначе участвуют все сферы личности. На уровне темперамента особенностью, предрасполагающей к возникновению неустойчивости, является повышенная эмоциональность. В эмоциональной сфере важны, кроме перечисленных, тревожность, склонность к агрессии, гневливость, гипотимность. Существенное влияние оказывает выраженность волевых качеств: настойчивости, энергичности, умения управлять собой.

Важная составляющая психологической устойчивости – позитивный образ Я, в котором, в свою очередь, существенную роль играет позитивная групповая идентичность личности. Значение этого фактора нетрудно увидеть, если обратить внимание на стремительный рост числа разных групп и общин в период исчезновения жесткого идеологического контроля со стороны государства в СССР, а затем в России (кришнаиты и хиппи, «Белое братство» и рокеры, группы духовной практики и восточных оздоровительных систем и т. п.). Предпринимаются попытки возродить уничтоженные за годы советской власти общности: Действуют общества потомков дворян и купцов, казачество... Партии исчисляются сотнями. Эти • группы с разной степенью успешности выполняют ценностно-ориентационную и защитную функции для большинства граждан России [19]. Часто эти объединения оказываются лишь «инсценировками групп», как называет их социолог Л. Г. Ионин [1]. Он отмечает, что в подобных группах преобладают внешние знаки идентификации: их члены осваивают символику одежды (сари, кожаные куртки, казачью форму), специфический жаргон, стиль движений и приветствий.

Для многих объединений такого рода характерна своя субкультура. В период резких социально-экономических изменений значимость опор психологической устойчивости возрастает, в частности, это проявляется в том, что обостряется потребность в групповой принадлежности. Как и в других странах, переживающих (или переживавших) эпоху выраженной социальной нестабильности, в России удовлетворить эту потребность в наибольшей степени способны межпоколенные общности – семья и этнос.

Семья играет особую роль в жизни каждого человека. Семейные отношения имеют огромное значение для развития личности, достижения социальной зрелости. Семейное воспитание в значительной степени определяет образ жизни детей на всю их будущую жизнь, стиль отношений в их собственных семьях. Оно закладывает внимательное или пренебрежительное отношение к вопросам психической саморегуляции, навыкам здорового образа жизни, умениям налаживать конструктивные, благоприятные межличностные отношения. Семья может оказывать целительное воздействие на каждого своего члена, давать эмоциональную поддержку, не заменимую ничем. Но атмосфера семьи может

оказывать и негативное воздействие на душевное равновесие личности, снижать эмоциональный комфорт, усугублять внутриличностные конфликты, порождать дисгармонию личности, ослаблять ее психологическую устойчивость.

Можно выделить *индивидуальные особенности*, предрасполагающие к снижению устойчивости:

- повышенная тревожность;
- гневливость, враждебность (особенно подавляемые), агрессия, направленная на себя;
- эмоциональная возбудимость, нестабильность;
- пессимистическое отношение к жизненной ситуации;
- замкнутость, закрытость.

Психологическую устойчивость снижают также затруднения самореализации, восприятие себя неудачником; внутриличностные конфликты; телесные расстройства. Существенным фактором в снижении устойчивости является тип поведения А. Врачи-исследователи Р. Г. Розенман и Г. Фридман и их последователи описали два типа поведения, различающиеся степенью риска возникновения сердечнососудистых расстройств. Личностные особенности и стиль поведения, повышающие риск, были названы типом *Л*, или **коронарным типом**, снижающие – типом *Б* [по 20].

Коронарному типу свойственны:

- честолюбие;
- потребность в одобрении;
- импульсивность;
- нетерпеливость;
- неспособность понизить активность;
- стремление все успеть;
- эмоциональность;
- раздражительность;
- враждебность;
- гневливость.

К числу их личностных особенностей относятся высокая мотивация достижения, стремление соревноваться, дух борьбы, высокая активность даже в ситуациях с низкими требованиями. Люди такого типа не всегда способны принять игровой аспект в подвижных играх и занятиях. Они легко находят в них новый источник стресса. Мотив соревнования позволяет им найти оценку достижений в двигательных упражнениях и устремиться к повышению показателей.

Р. Г. Розенман и Г. Фридман, помимо личностных особенностей, отметили у лиц, склонных к ишемической болезни сердца, быстрый, усиленный, слышный вдох воздуха, эксплозивные интонации голоса, подчеркивание определенных слов в предложениях, напряжение мускулатуры лица и тела, частое сжимание кулаков во время обычного разговора, постоянное стремление ускорить ход обычной беседы, обрывая высказывания собеседника или подбадривая его говорить быстрее.

Поведение типа *Л* примерно в два раза увеличивает вероятность развития сердечно-сосудистых расстройств.

По данным американских психологов, этот тип весьма распространен, к нему может быть отнесена половина населения США.

Тип *Б* характеризуют более позитивные представления о себе, спокойствие, удовлетворенность жизнью, неторопливость. Они чередуют работу и отдых, им свойственна меньшая эмоциональная напряженность и другие качества, противоположные тем, который есть у типа *А*.

Тип поведения не имеет однозначной связи с жизнеспособностью. У людей, принадлежащих к типу *Л*, больше шансов выжить после второго инфаркта, чем у принадлежащих к типу *Б*. Высказывается предположение, что люди типа *Л* лучше перестраивают поведение после первого инфаркта.

Потребность получения поддержки, прежде всего со стороны близких, вполне



естественна для человека. Больные коронарного типа, перенесшие инфаркт миокарда, испытывают чувство отчуждения от социальной среды, не могут наладить контакты с людьми, которые могли бы оказать им помощь. Для людей с типом поведения *Б* такой контакт обычен и не зависит от состояния их здоровья.

### ***Вера как опора психологической устойчивости***

Вера – предмет изучения не одной лишь психологической науки. Что касается психологии, то необходимо заметить, что в ней феномен веры мало исследован. Одна из главных причин этого в том, что веру часто отождествляют исключительно с религиозной верой. Нельзя не заметить несколько настороженного отношения к вере как к предмету психологического исследования и того, что близкие вере феномены давно и прочно заняли свое место во многих концепциях, разработанных в разных областях психологии. Например, широко используются понятия доверия и недоверия (другому человеку, организации, партии, подходу и т. д.) или понятие уверенности в себе (убежденности в своей правоте, уверенности в своей адекватности, точности, силе). Понятие верования обозначает разного рода когнитивные конструкты, не обязательно связанные с религиозной верой. Не будем углубляться в поиск причин такого состояния вопроса, заметим лишь, что все перечисленные однокоренные слова имеют отнюдь не одно лингвистическое родство. И в уверенности, и в доверии, и в верованиях основой является именно вера.

Третьего декабря 2001 г. в новостях радио промелькнуло сообщение об увольнении учительницы одной из австралийских школ. Вряд ли этот факт мог привлечь внимание ряда СМИ мира, если бы не причина увольнения. Учительница сказала детям младших классов о том, что Санта-Клаус – выдумка, что на самом деле он не существует. Дети вернулись домой в слезах. Администрация школы на жалобы родителей отреагировала весьма решительно. Вышестоящие инстанции рекомендовали школьным педагогам уклоняться от обсуждения подобных вопросов, пусть дети о Санта-Клаусе и рождественском кролике говорят с родителями.

Этот случай говорит о том, что покушение на веру человек готов принять как оскорбление, потому как в любом возрасте у него есть нечто особо ценное, греющее душу. Реальность того, что свято, не требует доказательств, потому что святое выше реальности и ничем в ней имеющимся не может быть доказано. Более того, нередко и само предложение представить доказательства воспринимается как кощунство.

Г. Оллпорт писал:

Нужно осознать еще один важный момент: продуктивные рассуждения о проблемах психического здоровья требуют владения двумя языками. Необходима как поэтическая и пророческая метафоричность религии, так и грамматическая точность науки [16, с. 116].

Трудно найти что-либо в природе человека, сопоставимое по своему значению и сложностью с верой. Это короткое слово объединяет широкий круг разнообразных феноменов. Вера может выполнять функции мотива, установки и ориентира в человеческой деятельности. Вера часто сопровождается чувством уверенности и рядом других чувств. В истории философии и психологии различают три подхода к пониманию веры:

1. вера преимущественно как эмоциональный, чувственный феномен (Юм, Джемс и др.);
2. вера как феномен интеллекта (Дж. Ст. Милль, Brentano, Гегель и др.);
3. вера как феномен воли, как атрибут воли (Декарт, Фихте и др.).

Вера – необходимый элемент индивидуального и общественного сознания, важный момент деятельности людей. Объекты веры – факты, явления, тенденции развития природной и социальной действительности – не даны субъекту чувственно и выступают лишь в виде возможности. При этом объект веры представляется существующим в действительности, образно, причем представление сопровождается достаточно сильными переживаниями. [21].

Слово «вера» многозначно. Два значения выступают как основные: *поклонение*

кому-либо, чему-либо и *стойкость* – спокойная уверенность в своем выборе, не требующая опоры на мнение окружающих, самодостаточная уверенность, независимая от точек зрения других. Если взглянуть на поклонение иначе, то у него причины внутренние, а не внешние. У человека религиозной веры Бог живет прежде всего в сердце, и в этом его сила. У слова «стойкость» не случайно один корень со словами «стоять, выстоять». Имея опору, больше шансов выстоять при различных испытаниях. Стойкость, устойчивость – это также способность не терять равновесие, поддавшись той или иной страсти, тому или иному увлечению, способность сохранять спокойствие среди искушений мира.

Веру и ее производные (уверенность, оптимистический настрой, доверие – чувства, составляющие позитивную установку) мы понимаем как важную часть нерациональной сферы личности. Человек живет в ситуации постоянной неопределенности, осознание которой – сильный стрессор. Давление этого стрессора подкрепляет двойственность личности: ее рациональность и нерациональность – внелогическое принятие реальности. Уточним: «внелогическое» не значит противоречащее или противопоставленное логике. Нерациональная часть личности функционирует вне законов логики, но это не означает, что у нее нет своих законов и закономерностей. Заметим также, что «нерациональная» не должна быть оценена как «нецелесообразная». Она действует как защитный механизм личности (не в психоаналитическом, а в широком смысле) и потому выполняет важную роль: снижение тревоги, избавление от ряда страхов, переключение внимания с оценки значимости ситуации на переработку релевантной информации, обдумывание и принятие решения. То есть прерывает фиксированность на возможных неблагоприятных последствиях развития ситуации и возвращает внимание (и фокус сознания) в рациональную плоскость – мышление по правилам, алгоритмам и т. п.

Э. Фромм утверждает, что необходимо разграничивать *иррациональную и рациональную* веру. Иррациональная вера берет начало не в собственном опыте мышления и чувств человека, она основана на эмоциональном подчинении иррациональному авторитету (Богу, вождю, лидеру секты, авторитету в науке, искусстве, политике). Иррациональна вера в Абсолют. Под верой в Абсолют понимают веру в Бога, мировой разум, в абсолютную нравственность, интуицию и т. д. Абсолют – то, что вечно, бесконечно, безусловно, совершенно, самодостаточно, не зависит ни от чего другого. Абсолют сам по себе содержит все существующее и творит его.

Если иррациональная вера признает нечто истинным, потому что так велит авторитет или большинство, то рациональная вера коренится в независимом убеждении, основанном на собственном плодотворном наблюдении и размышлении человека. Рациональная вера вырастает из плодотворной деятельности и опыта, свидетельствующего, что каждый из нас – активный обладатель дара деятельной жизни. К рациональной вере Фромм относит веру в себя, в другого человека, в человечество.

Фромм упоминает, что термин «вера», как он употреблен в Ветхом Завете – «эмуна» – означает «устойчивость» и, таким образом, в большей степени обозначает определенное качество, черту характера, чем полноту веры во что-то. Фромм признает веру главной установкой личности. Первостепенное значение имеет она сама, а не ее предмет. Человек не может жить без веры.

В теории психосоциального развития Э. Эриксона позитивное развитие личности на первой психосоциальной стадии формирует у человека способность к надежде. Эриксон замечал, что «религия веками служила возрождению через регулярные интервалы времени чувства доверия в форме веры, в то же время придавая ощутимую форму чувству зла, которое она обещает предать анафеме». Таким образом, религия и религиозная вера поддерживает развитие эго, свойственное первой стадии психосоциального развития, и укрепляет «базальное доверие», позволяя избавляться от «базального недоверия». Религию могут заменить другие формы социального и культурного бытия общества, они также могут поддерживать эту силу эго (базальное доверие). К источникам веры некоторых людей Эриксон причислил «товарищество, продуктивную работу, социальные акции, научный поиск и художественное творчество»

[цит. по: 2].

Религиозная вера имеет еще один рычаг поддержания душевного равновесия. Вера в Бога и любовь к Богу «настраивают» на нужную высоту чувство гордости. Для многих излишним может быть напоминание о том, что сколь ни велика твоя власть и сила, она – ничто в сравнении с могуществом Бога. Для чувства гордости может быть необходим «потолок», но может быть необходима и опора. Вспомним замечание Ф. М. Достоевского о том, что человек иногда верит в Бога из гордости. Он не соглашается поклоняться обществу, людям и поклоняется Богу как единственному источнику своей независимости и свободы от власти мира. Гордость проявляется в нежелании поклоняться никому и ничему, кроме Бога.

Поскольку социальная среда (макросреда и микросреда) – основная среда существования личности, то принципиально важной является психологическая устойчивость в межличностном взаимодействии. В плане межличностного взаимодействия на передний план выходит уверенность (ассертивность), способность к уверенному (самоутверждающему) поведению. Уверенность проявляется в умении выражать свои мысли и чувства в социально приемлемой форме, т. е. не унижая при этом достоинства других; в готовности принимать на себя ответственность за свои действия; в конструктивном подходе к решению проблем; в стремлении не ущемлять чужие интересы [3]. Цель уверенного поведения – самоактуализация. Уверенный человек может высказывать свои пожелания или просьбы к другому человеку изменить что-либо, он способен говорить об этом прямо и выслушивать несогласие или возражения, не теряясь.

Дефицит уверенности проявляется в агрессивности или неуверенном поведении. Для агрессивного поведения характерна тенденция выражать свои мысли, чувства и желания в форме требований и приказов, обвинений и оскорблений; стремление перекладывать ответственность за свои действия на других, подавлять иные мнения и утверждать свою точку зрения как определяющую при решении проблем, делать выбор за других. Цель агрессивного поведения – принуждение и наказание. Неуверенное поведение чаще всего реализуется в форме пассивно-агрессивного поведения, которому свойственны:

- неумение или нежелание прямо выразить свои мысли и чувства;
- непризнание ответственности за свои действия путем избегания выбора, предоставления этого права другим;
- жертвование своими интересами при решении проблем;
- боязнь задеть чужие интересы из-за внутренней, часто неосознаваемой убежденности во враждебности окружающего мира.

Кроме того, целью неуверенного поведения во многих случаях становится манипулирование, т. е. попытки скрыто управлять мыслями и чувствами окружающих и подчинять их своим интересам. Пассивно-агрессивное поведение в межличностных отношениях часто направлено на то, чтобы наказать другого человека косвенным способом, вызывая у него чувство вины. Скажем, человек не говорит прямо о своем желании, но делает это косвенно, намеками, с некоторыми опасениями и тревогой либо вообще не делает попыток добиться желаемого, например молчит. Преобладание такого паттерна поведения обычно приводит человека к неудовлетворенности своими взаимоотношениями с другими людьми, он все больше копит в себе невысказанные обиды. Окружающие, в свою очередь, начинают избегать контактов с ним, устав от чувства вины, – постоянного спутника взаимоотношений с этим человеком.

Неуверенность и агрессивность не противоположные качества – это две разные формы проявления дефицита уверенности в себе. Эмпирические исследования показали, что пассивность и неуместная агрессивность связаны с тревогой и враждебной установкой по отношению к окружающим людям. Оба этих поведенческих паттерна негативно сказываются на психическом и физическом здоровье индивида, на благополучии и здоровье его семьи и другого близкого окружения [3].

Уверенный человек в определенной мере независим от окружения. Психологически устойчивый человек способен удерживать баланс между силой собственного влияния и

чувствительностью к влиянию со стороны. Нарушение этого баланса, а тем более крайности снижают эффективность межличностных контактов, устраняют возможность позитивного эмоционального насыщения от общения и тем самым снижают переживания социального благополучия. Под социальным благополучием мы понимаем удовлетворенность своим социальным статусом и состоянием общества, к которому принадлежит индивид, удовлетворенность межличностными связями и статусом в микросоциальном окружении. Социальное благополучие – неотъемлемая составляющая субъективного благополучия, от которого напрямую зависит здоровье индивида.

### ***Вера в магические силы (магическая направленность сознания)***

Рациональная вера и вера в Бога, не сопровождающаяся убеждением в собственном бессилии, поддерживают такие ценности, как терпение, упорство, ориентируют на длительные усилия и собственную активность, на принятие всей ответственности за себя или хотя бы ее разделение. Вера в магические силы означает полное непринятие ответственности за себя, ожидание волшебных преобразований и помощи магических сил в решении жизненных задач.

Маг или мистик принимает иррациональную веру, но не в абсолют, а в самого себя. Он сам для себя абсолют. Фромм замечает, что для иррациональной веры психологически вполне верно высказывание «Верую, ибо абсурдно». Если кто-то делает заявление, звучащее разумно, он делает то, что, в принципе, может сделать каждый. Но если он осмеливается сделать заявление, абсурдное с разумной точки зрения, то самим этим фактом он демонстрирует, что вышел за пределы здравого смысла и, значит, обладает магической силой, ставящей его над человеком среднего уровня.

Вера в магические силы освобождает от ответственности, устраняет тревогу, вызываемую возможной ошибкой при принятии решений, поскольку решения не принимаются. Жизненно важные решения предопределены судьбой. Через гадалку, ясновидца, астролога слышен голос судьбы, ему необходимо повиноваться.

Вера в Бога для многих мало приемлема, поскольку абстрактна, настраивает людей на длительную работу над собой, смирение, на борьбу со страстями, с грехом. Все это возможно, если личность направляема дальними мотивами, если есть способность двигаться к дальним целям, путь к которым долог. Люди с такими личностными особенностями составляют меньшинство.

Вера в магические силы возникает при малоразвитых, фрагментарных религиозных представлениях, но с выраженной потребностью переживать религиозные чувства. Религиозные чувства, как и любые другие, должны иметь какой-либо энергетический источник. Религиозная практика той или иной традиционной конфессии не дает энергии для этих чувств. В ней мало новизны, щекочущей нервы неопределенности, остроты переживаний. Многие из этого человек находит в секте. Секта изолирована, поэтому более сплочена, в ней интенсивнее общение, выше требовательность к членам. Жизнь секты порождает впечатление большей наполненности особым смыслом, особыми трудностями.

Вера в магию связана и с ожиданием, страстным желанием чуда. Под влиянием самовнушения и внушения магов разного рода человек начинает чаще находить маленькие или большие чудеса.

Магическое мышление уходит корнями в язычество. В религиозном чувстве языческой веры доминирует страх перед неизведанным. В ней мало надежды. Вера в Абсолют избавила от этого и поселила в душе человека надежду. Избавила его от принижения и уменьшила страх, но оставила страх перед Богом. Этот страх не принижающий. Он не то же самое, что совесть, но идет с ней рядом.

Выбор ориентира веры обусловлен личностными особенностями, социальным окружением, характером текущей жизненной ситуации и рядом других факторов.

## **Религиозная ориентация**

Г. Оллпорт настаивал на необходимости различать две формы религиозной ориентации: внешнюю и внутреннюю. При **внешней религиозной ориентации** религия для многих людей – привычка или же родовое изобретение, используемое для церемоний, для удобства в семье, для личностного комфорта:

Это нечто, нужное для того, чтобы его *использовать*, а не для того, чтобы ради него *жить*. Оно может быть способом повышения статуса, поддержания уверенности в себе. Оно может быть использовано как защита от реальности, как божественное одобрение образа жизни. Подобное чувство дает мне уверенность в том, что Бог видит вещи такими же, какими их вижу я. Человек с внешней религиозной ориентацией обращен к Богу, но не отстранен от себя. Этот тип религиозности по сути своей – щит для центрированности на себе [16, с. 109].

Подобный тип религиозности коррелирует с наличием у человека большого количества предрассудков.

**Внутренняя религиозная ориентация** не является ни способом для борьбы со страхом, ни формой социальности или конформности, ни средством реализации желаний. Все эти мотивы вторичны.

Этнические отношения, частная жизнь, личные проблемы, чувство вины, онтологическая тревога – все это регулируется всеобъемлющим обязательством, до некоторой степени интеллектуальным, но более всего фундаментально мотивационным. Это обязательство целостно, оно покрывает весь опыт личности, как научный, так и эмоциональный. Такая религия существует не для того, чтобы служить человеку удобным инструментом, скорее человек обязан служить ей [15, с. 109].

Оллпорт был уверен, что сохранению психического здоровья человека способствует внутренняя, а не внешняя религиозная ориентация. Он обращал внимание на то, что в соответствии с этой гипотезой внутренняя религиозная ориентация не может существовать для того, чтобы исполнять терапевтическую или профилактическую роль. Она не предназначена для использования. Страдалец может стремиться только к религии, а не к лечению самому по себе. Если его религиозная ориентация глубоко интериоризирована, ей будут сопутствовать и нормальная психика, и спокойствие в отношениях с окружающими [16, с. 109].

## **Доминанты активности как опоры психологической устойчивости**

Доминантами активности в аспекте психологической устойчивости личности могут быть все виды активности: познавательная, деятельностная, коммуникативная. Каждая доминанта существует одновременно и как определенная направленность сознания. Более привычным понятием, объясняющим механизм той или иной направленности сознания, является установка как готовность, предрасположенность к определенному отношению, реагированию, интерпретации, поведению, деятельности [Куликов, 2000.].

Можно выделить следующие виды направленности.

1. Направленность на познание и самопознание. Поглощенность самопознанием, познанием природы человека, саморазвитием. Она проявляется в готовности повышать свою психологическую компетентность, находить средства для самосовершенствования, обучаться приемам саморегуляции и т. п.

2. Направленность на деятельность: трудовую, общественную, спортивную, поглощенность своим хобби. Достижения в различных видах деятельности – убедительное свидетельство успешности самореализации, они повышают самооценку и самоуважение. Кроме того, поглощенность деятельностью способствует частым и длительным состояниям вдохновения, т. е. делает это состояние устойчивым. Состояние вдохновения производит саногенное влияние на многие сферы психики.

3. Интеракционная направленность – это направленность на межличностное взаимодействие или усиление социальных связей, социального влияния.

Интеракционная доминанта имеет два подвида: а) просоциальный; б) асоциальный. Первый подвид – любовь, альтруизм, жертвенность, служение другим людям. Этот вариант конструктивен для развития самой личности и благоприятных межличностных отношений. Второй подвид – эгоизм, изживенчество, манипуляция другим человеком или многими людьми, властвование без ответственности за судьбу других и стремления привести их к благу. Этот вариант интеракционной доминанты деструктивен для развития самой личности и межличностных отношений, которые у нее формируются с социальным окружением. Для первого подвида характерно принятие самостоятельной ценности межличностного взаимодействия, поиск радости *со-бытия*, сопереживания, сотворчества вне связи с величиной достигнутых результатов. Второй представляет собой манипулирование людьми, использование их для доказательства самому себе и окружающим собственной значимости. Для человека, избравшего подобный способ поддержания собственной устойчивости, манипулирование самоценно. На этом пути психологическая устойчивость может быть разрушена необузданной страстью к власти или богатству – убедительному доказательству своего влияния. Такая страсть может и не возникнуть: манипулятор удовлетворится тем, что управляет немногими или одним человеком. И этого может быть достаточно, чтобы отвлечь себя от ненужного или тревожащего диалога с самим собой.

Человеку всегда необходимо ощущать себя частью «мы», и этнос – не единственная группа, в осознании принадлежности к которой человек ищет опору в жизни. Среди таких групп можно назвать партии, церковные организации, профессиональные объединения, неформальные объединения молодежи. Многие люди целиком «погружаются» в одну из подобных групп, но членство в них не всегда приводит к удовлетворению потребности в психологической стабильности. Опора оказывается не слишком устойчивой, ведь состав групп постоянно обновляется, сроки их существования ограничены во времени, самого человека могут за какую-то провинность из группы исключить. Всех этих недостатков лишена этническая общность. Это межпоколенная группа, она устойчива во времени, для нее характерна стабильность состава, а каждый человек обладает устойчивым этническим статусом, его невозможно «исключить» из этноса. Благодаря этим качествам этнос становится для человека надежной группой поддержки [19].

Рассмотренные виды направленности (установки) различаются по степени ответственности, которую личность принимает на себя, – ответственность за свои поступки и свою жизнь в целом, за свою судьбу, за собственную индивидуальность, неповторимость, уникальность.

Принимать на себя ответственность означает воспринимать себя как активную, сознательно действующую силу своей собственной жизни, способную принимать решения и отвечать за их последствия. Ответственность тесно связана с внутренней независимостью – следованию своим убеждениям и своей иерархии ценностей без пренебрежения мнением и убеждениями других и без их простого принятия [23].

Рассмотренные доминанты активности не являются альтернативными, взаимоисключающими. Это опоры устойчивости личности, которые вполне могут сочетаться друг с другом. Чаще одна из них занимает в сознании центральное место. Акцент на одной опоре может давать устойчивость, но это несовершенная устойчивость: она может быть крепкой и длительной, но может быть и чревата возможностью возникновения личностной дисгармонии.

Три перечисленные доминанты активности конструктивны как опоры психологической устойчивости, поскольку поддерживают готовность принимать на себя ответственность за собственную активность. Неконструктивной следует признать магическую направленность сознания. Сочетание конструктивных видов направленности способствует гармонизации личности и тем самым укрепляет ее устойчивость.

Все названные доминанты перестают быть опорой устойчивости, если акцент на них становится излишне сильным. Вера в себя становится самоуверенностью, отгораживает человека от других и неизбежно порождает внутриличностный конфликт.

Фанатическая религиозная вера переводит всю активность в русло борьбы за чистоту веры, толкает к нетерпимости, ненависти к иноверцам (неверным), агрессивному поведению. Саморазвитие становится сверхценностью, человек начинает игнорировать другие стороны самореализации, забывает о том, что развитые личные качества должны быть для чего-то использованы, должны служить Достижению значимых целей. Увлеченность деятельностью перерастает в трудо-голизм. Альтруистическая интеракционная установка приводит к растворению в другом человеке и потере своего Я, манипулятивная интеракционная установка переходит в патологическое влечение к власти и также деструктивно влияет на личность. Заострение магической направленности сознания вызывает страх перед потусторонним, парализует волю, блокирует любое проявление самостоятельности.

### ***Психологическая устойчивость как сопротивляемость***

Г. Оллпорт писал:

Быть человеком значит не только переживать моменты наслаждения и вспышки счастья, но и противостоять тяжелым испытаниям страданиями, неопределенностью целей, частыми поражениями собственных начинаний и болезненными победами над самим собой. Психически больной человек – это тот, кто, по крайней мере па время, проиграл это сражение. Он сожалеет о своем прошлом, ненавидит свое настоящее и страшится своего будущего... В целом нам известно, что значит быть психически здоровым. Это значит нарастить мускулы, залечив прежние раны. Или, говоря словами восьмидесят четвертого псалма, блажен тот, «кто, проходя сквозь юдоль печали, использует ее во благо» [16, с. 116].

Достижение жизненных целей обычно связано с преодолением трудностей. Чем более крупные (социально значимые) цели ставит личность, тем больше она встречает трудностей. Здесь есть и положительный момент: преодоление сопровождается интенсивными переживаниями самореализации. На пути преодоления всегда встречаются ошибки и неудачи, разочарования и обиды, сопротивление других людей, интересы которых затрагиваются или ограничиваются в связи с активностью субъекта. Чем меньше у личности ресурсов сохранения и восстановления душевного равновесия, оздоровления, поддержания устойчивости, тем более ограничены возможности достижения жизненных целей.

При возникновении трудной жизненной ситуации, вызывающей необходимость адаптивных перестроек, комплекс происходящих в организме и личности изменений в наибольшей степени зависит от уровня личностной мобилизации. В систематизированном виде картину изменений в организме и психике при столкновении с трудностями представим в виде таблицы (табл. 5.1).

При столкновении с трудностями обычно наблюдаются два основных варианта реагирования: гиперстения, связанная с активной деятельностью (порой нецелесообразной, саморазрушающей), и гипостения. В большинстве случаев проявляется тенденция к динамике от гиперстенических состояний к гипостеническим. При недостаточной мобилизации наступление фазы истощения может быть ускорено, потому что предыдущие фазы либо очень быстротечны и недостаточно развернуты, либо протекают в идеальном плане без соответствующего деятельностного, поведенческого выражения.

В отношении к ситуации и в доминирующем мотиве центральная роль принадлежит согласованности и соразмерности когнитивного и эмоционального компонентов отношения. Близость механизмов стрессовых изменений в психике и невротических, предневротических расстройств достаточно известна. Так, Н. А. Курганский [10] сравнивал особенности целеполагания и его мотивационные детерминанты у здоровых лиц и больных неврозами. Оказалось, что более высокий уровень общей мотивации у больных неврозами образуется за счет эмоционального компонента. Автор пришел к предположению, что несоразмерность когнитивного и эмоционального компонентов становится одной из причин того, что мотивация избегания неудачи – ведущая при неврозах – не приводит к реальному избеганию конфликта, связанного с неудачей, как это обычно происходит у здоровых лиц. Кроме того, и мотивация достижения успеха при неврозах не способствует

тому, чтобы была выбрана цель, соответствующая возможностям, так как эмоциональный компонент поддерживает прежний завышенный уровень цели (несмотря на неудачи).

Таблица 5.1

Состояния в ситуациях преодоления трудностей

Характеристики	Мобилизация (уровень активности)		
	Недостаточная	Адекватная	Избыточная
Отношение к ситуации, доминирующий мотив	Эмоциональное неприятие цели без адекватной когнитивной оценки	Согласованность эмоциональной и когнитивной оценки; стремление найти путь к цели	Эмоциональный компонент отношения доминирует над когнитивным; принятие цели до адекватной когнитивной оценки; стремление достичь цели немедленно
Состояние, его главная характеристика	Вялость; пониженная активация	Деятельное состояние; адекватная текущей ситуации активация	Азарт; высокая активация и высокое напряжение
Настроение	Сниженное настроение, уныние	Ровное настроение, бодрость	Нервное настроение, беспокойство
Энергетическая характеристика физиологических процессов	Сниженное расходование энергии или трата ее на торможение	Адекватное, устойчивое расходование энергии	Избыточное расходование энергии
Преобладающая фаза стресса	Фаза истощения	Фаза резистентности	Фаза мобилизации (фаза тревоги)
Поведение	Пассивное (капитуляция)	Активное организованное	Активное дезорганизованное
Вероятный исход	Апатия; депрессивное состояние, если жизненные обстоятельства не изменяются в лучшую сторону	Сохранение или повышение психологической устойчивости, удовлетворенность самореализацией	Переутомление, астеническое состояние, если жизненные обстоятельства не изменяются в лучшую сторону

Большое значение имеет акцент на внешней активности (экстраактивности) или адаптивности. Довольно часто приходится сталкиваться с точкой зрения (не всегда высказываемой явно), в которой за средой признается большая активность, чем за субъектом. При таком взгляде человек в трудных ситуациях «отвечает на воздействия», «приспосабливается», «выдерживает обрушившуюся нагрузку» и т. п. Экстраактивность и адаптацию не следует рассматривать как противоположные полюсы одной шкалы. Речь идет не об отрицании одного процесса другим. Они оба необходимы личности для существования и развития. Направление всей энергии на экстраактивность делает человека уязвимым для воздействий среды, неизбежно ослабляет адаптивные механизмы.

Чрезмерный акцент на адаптации также неблагоприятен, поскольку делает человека излишне зависимым от среды. В том и другом случае психологическая устойчивость снижена. Поддержание устойчивости предполагает сбалансированное сочетание экстраактивности и адаптации. При отказе от активности, направленной на предметную или социальную среду, уменьшается независимость человека от нее. Добавим, что адаптация необходима для психологической устойчивости, но и сама успешная адаптация невозможна без достаточной психологической устойчивости.

Важную роль во всей совокупности явлений преодоления играет тревога. Приспособительное значение тревоги заключается в том, что она сигнализирует о неопознанной опасности, побуждая к ее поиску и конкретизации. Поскольку отвлечение внимания влияет на осуществляемую деятельность, то активно-побуждающая функция тревоги может лежать в основе «беспорядочного поведения» или дезорганизующего влияния тревоги на деятельность.

Вероятный исход преодоления трудной ситуации, затрагивающей жизненные цели индивида, определен сложными взаимосвязями между ситуативным поведением и всем ходом самореализации личности. Один процесс находится под влиянием другого.

В том случае, если субъект не находит способов разрешения трудной ситуации, а жизненные обстоятельства не изменяются в лучшую для него сторону, состояние становится настолько неблагоприятным, что наступают те или иные расстройства



психики. Особой распространенностью отличаются депрессивные и астенические состояния.

## **Психологическая зависимость как следствие снижения устойчивости**

Мы уже касались вопроса негативных последствий дефицита психологической устойчивости. Заметим, что снижение психологической устойчивости увеличивает риск возникновения зависимости. Мы выделяем три основные группы психологических зависимостей: **химическая, акцентуированная активность, интерак-ционная зависимость**. Рассмотрим кратко причины установления того или иного вида **зависимости**.

**Химическая зависимость** возникает при выходе эмоциогенных событий за границы оптимума – их дефиците или пресыщении. Понятно, что особо значимы положительные эмоции в плане их желательности и необходимости. Чем уже у данного человека границы оптимума (как индивидуальная характеристика), тем меньше психологическая устойчивость. Психоактивный препарат (алкоголь, токсикант, наркотик) оглушает и тем самым снижает значимость событий при их пресыщении, Переключаясь на эйфорические переживания, отвлекаясь от актуальных событий, индивид субъективно отдаляет их от себя, уменьшая число значимых событий. Психоактивное вещество может и порождать события, причем не только в крайней форме, т. е. в виде галлюцинаций. Например, раскрепощение и расслабление в состоянии алкогольного опьянения интенсифицирует общение, облегчает совершение поступков, находившихся под гнетом самоконтроля и т. п.

Алкоголь производит релаксационный эффект. Понижая уровень возбуждения в коре головного мозга, он ослабляет интенсивность переживания тревоги (эмоцию тревоги). Еще один эффект его действия: ослабление негативных (тревоги, страха, неудовлетворенности собой) или удаляющих чувств (вины, зависти, стыда, обиды), включенных в психическую регуляцию межличностного взаимодействия, снижает эмоциональный дискомфорт.

**Акцентуированная активность** (поглощенность играми, сексом, трудоголизм) одной из причин имеет личностную дисгармонию, а именно редуцированное личностное развитие и функционирование в сфере духовного бытия, в направлении познания и самопознания, межличностного взаимодействия. Эта зависимость возникает как некоторый вариант компенсации преувеличения ценности событий, порождаемых в акцентуированной активности (труде, игре, сексе), как попытка заслонить значение иных ценностей, не связанных с акцентуированной активностью.

Поглощенность активностью означает увлеченность, страстность. Если поглощает работа, то хобби – иного увлечения – не надо. Хобби и работа сливаются. Еще раз заметим, что большая загруженность работой (по времени и затрачиваемым силам) может быть связана с разной мотивацией. Например, с желанием заработать побольше денег, укрепить или поднять социальный статус. При нетворческом характере работы или слабой увлеченности ею поглощения не будет, не будет страстного увлечения и соответственно данная деятельность не станет опорой устойчивости. Более того, она будет порождать эмоциональное пресыщение, излишнее напряжение и желание снизить дискомфорт.

Снижение самодостаточности, аутентичности при дефиците самоидентификации, ослаблении чувства социальной принадлежности к определенной, достаточно отчетливо очерченной группе – все это условия, предрасполагающие к **интерак-ционной зависимости** (например, от деструктивного культа; «роковая» влюбленность). Фрустрированная потребность принятия другими, недостаточный авторитет в значимом кругу, пониженное уважение и самоуважение подталкивают индивида к более глубокому погружению в интеракцию [8].

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое психологическая устойчивость личности?
2. Что повышает и что снижает психологическую устойчивость личности?
3. Как связаны вера и психологическая устойчивость личности?

4. Каково значение религиозной веры в аспекте психологической устойчивости?
5. Охарактеризуйте доминанты активности, выступающие как опоры психологической устойчивости личности.
6. Охарактеризуйте группы психологических зависимостей, которые могут возникнуть при сниженной психологической устойчивости личности.

### **Литература**

1. *Ионин Л. Г.* Социология культуры. – М., 1996.
2. *Клонингер С.* Теории личности: познание человека. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2003.
3. *Крукович Е. И.* Тренинг уверенности: основы профессионального мастерства: Учеб.-метод. пособие. – Минск: Изд-во БГУ, 2001.
4. *Куликов Л. В.* Проблема описания психических состояний (вступительная статья) // Психические состояния / Сост. и общая ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер. 2000. С. 11-42.
5. *Куликов Л. В.* Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы: Учеб. пособие. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
6. *Куликов Л. В.* Осознание здоровья как ценности // Психология здоровья / Ред. Г. С. Никифоров. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. - С. 240-284.
7. *Куликов Л. В.* Здоровье и субъективное благополучие личности // Психология здоровья / Ред. Г. С. Никифоров. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405-442.
8. *Куликов Л. В.* Психологические механизмы манипулирования сознанием в деструктивных культах // Анти-Саентология. Критика доктринальных основ и технологий хаббардизма/ Ред.-сост. А. А. Скородумов, А. Н. Швечи-ков. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 1999. - С. 8-21.
9. *Куликов Л. В.* Психология настроения. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1997.
10. *Курганский Н. А.* Целеполагание и его мотивационные детерминанты при неврозах // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10, № 6.
11. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья. – СПб., 2002.
12. *Никифоров Г. С.* Надежность профессиональной деятельности // Психология: Учебник / Ред. А. А. Крылов. - М., 1998. - С. 484-494.
13. *Никифоров Г. С.* Надежность профессиональной деятельности. – СПб., 1996.
14. *Никифоров Г. С.* Самоконтроль человека. – Л., 1989.
15. *Никошкова Е. В.* Англо-русский словарь по психологии. – М., 1998.
16. *Оллпорт Г.* Личность в психологии. – М.; СПб., 1998.
17. *Ребер А.* Большой толковый психологический словарь. – М., 2000.
18. Словарь синонимов русского языка / Ред. Л. А. Чешко. – М., 1986.
19. *Стефаненко Т. Г.* Этнопсихология. – М., 1999.
20. *Урванцев Л. П.* Психология в соматической клинике: Учеб. пособие. – Ярославль, 1998.
21. Философский словарь / Ред. И. Т. Фролов. – М., 1991.
22. *Фромм Э.* Человек для себя. – Минск, 1992.
23. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993.

## Глава 6. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

### *Общие положения*

Индивидуально-типологический подход представляет собой особое направление как экспериментальной, так и теоретической психологии. Его бесспорная значимость признается большинством специалистов, однако его практическое применение пока весьма ограничено. Психология здоровья, рассматривающая механизмы целостности и самовосстановления личности, имеет отчетливый индивидуально-типологический аспект, обусловленный различием взглядов и установок людей по отношению к собственному здоровью, разной оценкой его значимых элементов (например, внешний облик, эмоциональные проявления, сохранность отдельных когнитивных функций и т. д.) и, наконец, разными способами его сохранения и укрепления (т. е. равноправными формами здорового образа жизни). Применяя индивидуально-типологический подход, мы не хотим тем самым умалить значимость универсальных общечеловеческих закономерностей, обеспечивающих психическое и физическое здоровье личности. Напротив, мы стремимся их конкретизировать, детализировать, довести до сознания каждого отдельного человека.

Известно, что индивидуальные различия бывают врожденными и приобретенными. Первые обусловлены наследственностью, вторые – жизненным опытом человека. Согласно современным представлениям, большинство приобретенных качеств формируются на наследственной основе и в определенной степени ею ограничены. Например, каждый человек имеет свою телесную конституцию (в частности, рост, вес, мышечную массу, уровень обмена веществ, общую выносливость и устойчивость). Эти и прочие конституциональные признаки поддаются тренировке, но только до некоторых пределов. Тип физической конституции определяет предрасположенность к одним заболеваниям и повышенную устойчивость – к другим. Вместе с физической человек обладает и психической конституцией, связанной с анатомией и физиологией нервной и эндокринной систем. Совокупность наиболее устойчивых (нетрансформируемых) психических качеств можно рассматривать с двух сторон – как психологический тип личности и как акцентуацию личности.

Психологический тип отображает разновидность конституциональной нормы. Подобно делению людей на малорослых пикников («плотных») и грацильных («изящных»), высокорослых атлетов и худощавых астеников, можно воспользоваться делением на основе ведущих психических качеств, одни из которых сильнее выражены у одной группы людей, вторые – у другой и т. д.

Акцентуации являются дополнительной характеристикой по отношению к типу. Они отображают крайние формы нормальных психических функций, которые у одних людей приближены к нижней (минимальной), у других – к верхней (максимальной) границе нормы. Продолжая прежнюю аналогию, можно сказать, что одни атлеты отличаются большой быстротой, другие – замедленностью движений, и в этом состоят их «физические акцентуации». Ясно, что такие же особенности могут быть присущи людям с иным складом физической конституции.

Таким образом, психологический тип, с одной стороны, а акцентуации – с другой, позволяют построить достаточно целый и полный психологический портрет данного человека, содержащий как функциональные (тип), так и дисфункциональные (акцентуации) стороны его личности. Данный портрет содержит первоначальные установочные данные для оценки возможностей человека к адаптации и самореализации, указывает конкретные пути и способы сохранения и укрепления психического здоровья. Следует отметить, что сведения о типе и акцентуированных радикалах личности далеко не исчерпывают всю полноту и многообразие индивидуальности человека. Например, такие важные характеристики, как альтруизм или эгоизм, доброта или враждебность, степень самоуважения, вежливость или невежливость, уровень общего интеллекта и др., требуют специальных методов диагностики и оценки. Только с учетом полной и всесторонней информации о личности могут быть сформулированы индивидуальные психогигиенические и психопрофилактические рекомендации.

## **Психологические типы как формы психического здоровья**

Существуют различные подходы к классификации людей по психологическим качествам. Они представлены, например, в хрестоматии «Психологическая типология» [6]. Согласно общему определению, типы представляют собой группы людей, различающиеся по одному или нескольким психологическим качествам, свойствам. Возникает вопрос: каким же из этих свойств отдать предпочтение? Мы уже говорили о различии приобретенных и врожденных (конституциональных) свойств. Очевидно, что приобретенные свойства дадут нам бесконечное разнообразие типов, отображающих общие признаки «менталитета» социальных групп – возрастных, тендерных, профессиональных, политических, религиозных и т. д. Подобные социально-психологические типы, являясь результатами более-менее длительного научения и адаптации, представляют «поверхностный слой» психики и поэтому не могут служить надежной основой дифференцированной психокоррекции и психотерапии. Гораздо перспективнее те типологии, которые хотя бы частично учитывают врожденные психические свойства, помогают человеку сформировать долговременный и устойчивый образ собственного психического здоровья.

К сожалению, современное состояние психофизиологии и психогенетики пока не позволяет построить «глубинную» типологию, обусловленную структурно-функциональными особенностями центральной нервной системы. Современные типологии основаны на данных наблюдения и эксперимента. Их можно подразделить на частные, описывающие отдельные сферы психики (например, темперамент, характер, интеллект), и общие, дающие интегральные описания личности в целом.

Очевидно, что нас в первую очередь интересуют *интегральные типы*. Известно, что эту проблему наиболее подробно анализировал К. Г. Юнг в своем обширном труде «Психологические типы» [7]. Автор выделил два интегральных типа – экстравертов и интровертов.

Последующие психогенетические исследования, в частности Г. Ю. Айзенка (1951), подтвердили наследственную обусловленность этих характеристик. Их интегральность, отнесенность ко всем психическим сферам тоже не вызывает сомнений. Однако, учитывая накопленный за 80 лет экспериментальный и психотерапевтический опыт, можно признать, что выделенные К. Г. Юнгом функциональные типы описывают более глубокие и существенные индивидуальные различия, нежели экстра- и интроверсия. К доминирующим психическим функциям Юнг относил сенсорику и интуицию, мышление и чувство, рациональность и иррациональность. Американский психолог Д. Кейрси в 1950-е гг. развил и дополнил концепцию Юнга с учетом последних достижений как когнитивно-бихевио-ральной, так и экзистенциально-гуманистической психологии. В результате Кейрси создал представление о четырех интегральных психологических типах, различающихся по наиболее существенным психологическим характеристикам – от ценностно-мотивационной структуры до наблюдаемого стиля поведения.

К пониманию теории Д. Кейрси проще всего подойти, отталкиваясь от хорошо известного представления великого физиолога И. П. Павлова о мыслительном и художественном типах людей. *Мыслительный* тип отличается, «технологическим менталитетом», стремится логически осмыслить и понять явления жизни, придать им рациональный оттенок. *Художественный* тип, напротив, уклоняясь от «голой» рациональности, воспринимает жизнь эстетически, чувственно, пристрастно. Если разделить каждый из этих типов на две разновидности, мы получим психологические описания, весьма близкие к тем, которые дал Кейрси.

Д. Кейрси выделяет четыре психологических типа:

1. «Прометей» (интуитивно-логический);
2. «Эпиметей» (сенсорно-планирующий);
3. «Аполлон» (интуитивно-чувственный);
4. «Дионис» (сенсорно-импульсивный).

Первые два представляют собой разновидности мыслительного типа И. П. Павлова, третий и четвертый – разновидности художественного типа.

Итак, люди первого, интуитивно-логического типа – это мыслители-теоретики,

стремящиеся к новому знанию ради знания, их «научная жилка» подталкивает к построению более-менее правдоподобных концепций не только относительно мировых проблем, но и прозаических, будничных жизненных ситуаций. К планируемым намерениям и совершаемым поступкам люди этого типа относятся как к своего рода экспериментам по проверке собственных гипотез. Отсюда проистекает склонность к нестандартному, рискованному в морально-этическом смысле поведению. Люди интуитивно-логического типа мало ориентированы на внешние критерии, зачастую скрытны и холодны в общении, обладают высокой, но неустойчивой самооценкой, весьма уверены в себе, нередко характеризуются незрелой эмоциональностью, их академические способности, как правило, высокие. Они составляют всего 10 % в общей популяции.

Представители второго, **сенсорно-планирующего** типа – это мыслители-практики, их ум избегает всего неясного, они всегда думают о деле, стремясь внести в него порядок, организованность и логическую последовательность. Склонны придерживаться социальных норм и стереотипов, особенно с их внешней, ритуальной стороны. Им свойственно серьезное и ответственное отношение к различным видам деятельности и общения, которые осознаются ими как выполнение определенных обязанностей, причем рационально обоснованных. Их можно назвать разумными конформистами. Сенсорно-планирующие лица серьезны, рассудительны, надежны, лишены особых причуд и эстетических притязаний, нередко проявляют тенденцию к периодическим снижениям настроения, практичны, отчасти чопорны и пессимистичны, их академические способности, как правило, средние. Они составляют 40 % в общей популяции.

Люди третьего, интуитивно-чувственного типа – это художественные натуры, высокочувствительные к эстетическим и этическим сторонам жизни, обладающие прирожденной эмпатией и высоким интересом к другому человеку. Они придают большое значение духовным исканиям, которые могут привести к глубокой и искренней религиозности. В неформальном и профессиональном общении находят наибольшее удовлетворение. Их конформизм носит аффективно-обусловленный характер, основанный на наличных симпатиях и антипатиях. Интуитивно-чувственные лица весьма лабильны, эмоциональны, эстетически ориентированны, приятны в общении, легко выходят из рамок формального поведения, мечтательны, оптимистичны, чувствительны и чувственны, порой капризны, легко заражаются чужими эмоциями. Их академические способности, как правило, средние. Они, как и второй тип, составляют 40 % в общей популяции.

Наконец, люди четвертого, **сенсорно-импульсивного** типа – это тоже художники, однако с большей долей прагматизма, чем у интуитивно-чувственных, не склонные, в отличие от них, к сентиментальности и романтизму. Их художественное начало проявляется в мастерстве спонтанных и скоротечных коммуникаций и психомоторной одаренности. Они любят вносить в жизнь игровые и непредсказуемые элементы. Это практические неконформисты, которых трудно вовлечь во все рутинное, заранее известное, скучное. Сенсорно-импульсивные лица весьма мало предсказуемы, склонны к риску, практичны и трезво реалистичны, стабильно оптимистичны, бесхитростны, весьма активны, не склонны к абстрактным рассуждениям, решительны. Их академические способности, как правило, невысоки. Их доля составляет 10 % в общей популяции.

Д. Кейрси разработал личностный опросник, который позволяет надежно диагностировать указанные психологические типы у психически нормальных людей.

Аналогичные результаты можно получить, используя различные версии «Типологического индикатора» (опросника) Майерс-Бриггс.

Углубленное изучение типологических групп как в обычных, так и в ряде экстремальных жизненных ситуаций показало, что существуют многочисленные и устойчивые различия между типами. В обычных условиях существования типологические группы отличались прежде всего своими мотивационно-ценностными структурами.

Приведем данные известной методики М. Рокича, в которой ценности разделяются на два класса: ценности-цели и ценности-средства (для достижения этих целей).

Люди интуитивно-логического типа на первые места в списке ценностей-целей

(после здоровья) ставят «творчество» и «жизненную мудрость». На последних местах в списке оказались «развлечения», «красота природы и искусства» и «семья». Они отдали приоритет и соответствующим ценностям-средствам. Первые места во втором списке у них занимают «образованность», «широта взглядов», «смелость в отстаивании своих взглядов», «твердая воля», последние – «жизнерадостность», «воспитанность» и «аккуратность».

У лиц сенсорно-планирующего типа после здоровья на первых местах оказались «активная деятельная жизнь», «интересная работа», затем «друзья». Наименьшую ценность для них представляют такие, видимо, чересчур «высокие» понятия, как «творчество», «счастье других людей», «любовь». Среди ценностей-средств сенсорно-планирующие, в отличие от остальных, отдали предпочтение «честности» и «воспитанности» и полностью отвергли «высокие запросы». Это действительно «органически порядочные» люди, которые умеют организовать и свою, и чужую жизнь. Именно они знают и соблюдают меру во всем. Представители других типов могут на них положиться.

Интуитивно-чувственные лица после здоровья на второе место поставили «друзей». Лица этого типа испытывают наибольшую потребность в других людях. Отвергаются ценности «творчества», «развлечений», «счастья других людей». Интуитивно-чувственные романтики высоко ценят «воспитанность», «широту взглядов» и пренебрегают «исполнительностью», поставив ее на последнее место в списке ценностей-средств.

Представители четвертого, сенсорно-импульсивного типа в списке из восемнадцати ценностей поставили здоровье на тринадцатое место. На первом месте у них оказалась «любовь», на втором – «материально обеспеченная жизнь», на третьем – «друзья». На последние места в списке они поставили «познание», «творчество» и «счастье других людей». Такую ценность, как «семья», они ставят на пятое место – гораздо выше других типов. Среди ценностей-средств для сенсорно-импульсивных важнее всего «жизнерадостность», «аккуратность» и «независимость», а наименьшее значение имеют такие качества, как «чуткость», «ответственность», «исполнительность» и, увы, «честность». Что же, за жизнерадостность приходится платить!

Таким образом, мы приходим к выводу, что каждый психологический тип имеет свои ценностные приоритеты, свои представления о счастье и жизненном успехе. «Надтипологической» ценностью можно признать только здоровье, а также индивидуализм (малая степень заботы о счастье других людей).

Различие ценностных структур и мировоззрения приводят людей различных типов к специфическим психологическим проблемам. Остановимся коротко на важнейших из них, выявленных в результате группового анкетирования и подтвержденных в ходе многочисленных индивидуальных психологических консультаций.

Для интуитивно-логических лиц характерна неустойчивая самооценка с резкими перепадами в сторону повышения и снижения (в 80 % случаев). Весьма часто они отмечают неумение и нежелание подчиняться, а также затруднения в неформальном общении (в том числе с противоположным полом). Сенсорно-планирующий тип отличают затруднения в неформальном общении, в целом же эти люди самоуверенны и хорошо адаптируются в любом социальном контексте. Интуитивно-чувственный тип избыточно чувствителен к эмоциональному климату в группе; эти лица весьма часто отмечают недостаточные навыки психической саморегуляции и жалуются на свои ограниченные организаторские способности. Для сенсорно-импульсивных в первую очередь характерно неумение и нежелание подчиняться.

Таким образом, индивидуально-типологический подход предоставляет возможность экономным и удобным способом выявлять психологические проблемы клиента и намечать пути их оптимального решения.

Наряду с обычными жизненными ситуациями выявляются также существенные типологические различия в кратковременных и длительных стрессовых ситуациях. В качестве примера кратковременного стресса приведем данные обследования группы

студентов-медиков в процессе сдачи важного курсового экзамена. Использовались психологические, физиологические и эндокринологические методы для оценки форм и выраженности стресса. Заметим, что экзаменационный стресс мало поддается тренировке, человек реагирует на него в соответствии со своими природными качествами. Как и ожидалось, психологические типы реагировали в экспериментальной ситуации по-разному. Наиболее чувствительными к стрессу оказались лица интуитивно-чувственного типа. Они дали острую, но кратковременную реакцию в форме чувства тревоги, выраженного напряжения функции сердца, большого выброса в кровь гормонов надпочечников и щитовидной железы. Сходную по силе реакцию давали студенты сенсорно-планирующего типа, однако эта реакция оказалась продолжительной, приобретала инертный и даже застойный характер. Лица сенсорно-импульсивного типа реагировали на стресс относительно слабо и кратковременно. В отличие от других типов их самочувствие на экзамене заметно повысилось. Можно сказать, что для них экзамен оказался хоть и небольшим, но праздником. Повышения уровня тревоги они не испытывали. Их средний балл на данном экзамене – «удовлетворительно», в то время как у остальных – «хорошо». Студенты интуитивно-логического типа в Данной выборке практически отсутствовали, что обусловлено их малой склонностью к врачебной профессии. Этому типу более свойственны профессии группы «человек-знак».

Можно сделать вывод, что экзаменационная ситуация имела разную значимость для студентов трех исследованных типов. Наименьшей ценностью экзамен обладал в глазах людей сенсорно-импульсивного типа. Это наблюдение полностью укладывается в картину ценностных приоритетов, описанную выше. Поэтому они обошлись минимальными физиологическими затратами. Наибольшую значимость экзамен имел для лиц сенсорно-планирующего типа. Судя по конечному результату, эти студенты добросовестно готовились к испытанию своих знаний, всерьез переживали и получили заслуженные оценки, однако большой физиологической ценой. Этот факт тоже соответствует их психологическому «портрету». Что касается интуитивно-чувственных, то они реагировали весьма бурно, но быстро разгружались от стрессорных переживаний. По-видимому, это одно из проявлений их общей адаптивной стратегии.

Выявлены типологические различия и в ситуациях длительного стресса. В частности, наблюдалась группа молодых людей, направленных на службу из средних широт на Крайний Север. Им приходилось приспосабливаться к суровейшему климату, жестким социальным условиям совместного проживания, новым профессиональным обязанностям. Указанные лица выступали в качестве специалистов преимущественно физического профиля деятельности. В исследовании был задействован обширный комплекс психологических, физиологических и медицинских методик. Установлено в основном следующее.

Высокие широты для вновь прибывших туда лиц – экстремальная среда, требующая значительного напряжения адаптационных механизмов. Один из важных факторов, влияющих на процесс адаптации в условиях высоких широт, – это типологические особенности личности. При оценке общего состояния здоровья установлена изначально лучшая, исходя из индекса общей адаптации, приспособленность к условиям Крайнего Севера представителей сенсорно-планирующего типа, обладающих, кроме того, наибольшими резервами адаптации. Интуитивно-чувственные заняли второе место, сенсорно-импульсивные – третье, причем они обладали наименьшими возможностями для дальнейшей адаптации. Наконец, интуитивно-логический тип оказался менее всего приспособленным к условиям высоких широт. Анализ успешности профессиональной деятельности и нормативности поведения обследованных показал следующее. Наилучшими по этим двум показателям были опять же сенсорно-планирующие. На втором месте находились интуитивно-логические. Их высокий интеллектуальный потенциал оказался не востребуемым ввиду преимущественно физического профиля профессиональной деятельности. Интуитивно-чувственные достаточно успешно справлялись со служебными обязанностями. В то же время нормативность их поведения была ниже среднего. Успешность профессиональной



деятельности сенсорно-импульсивных была ниже среднего уровня, а нормативность поведения – ниже всех, значительно ниже среднего уровня. Лица этого типа дали большую часть грубых дисциплинарных проступков за исследуемый промежуток времени. Таким образом, психологический тип может способствовать или препятствовать как биологической, так и социальной адаптации человека в длительно действующих экстремальных условиях.

На основании изложенных фактов можно сделать вывод о существовании четырех типологически обусловленных форм психического здоровья. Для каждого из четырех типов оптимальной жизненной стратегией является всемерное самораскрытие своих типологических особенностей (в выборе профессиональной и других видов деятельности и отдыха, в выборе сексуальных и брачных партнеров, друзей и знакомых и т. д.) при одновременном неуклонном развитии и тренировке приобретенных качеств, которые приближают их к представителям остальных трех типов. Нахождение оптимального баланса между указанными двумя тенденциями – поиском «истинно своего», природно предназначенного, и овладением «чужими», но необходимыми для успешной адаптации навыками – одно из важнейших условий сохранения психического здоровья.

С учетом всего вышеизложенного сформулируем краткие рекомендации по психокоррекции и психологической самопомощи для представителей четырех описанных типов.

**Интуитивно-логический тип.** Вероятные области формирования признаков невротизации: дефицит самореализации в сфере интимного общения, сложности эмоционального отреагирования в межличностных взаимоотношениях. В случае формирования патологии этот психологический тип следует расценивать как «маркер» резистентной к терапии симптоматики (в частности, с астено-адинамическими, астено-депрессивными, гипобулическими, обсессивными и ипохондрическими явлениями). Коррекционная работа с клиентами – представителями интуитивно-логического типа имеет следующую специфику. Ведущие психологические проблемы лиц этого типа относятся к коммуникации «близкого круга» (ближайшие друзья, сексуальные партнеры), а также связаны с нестабильностью самооценки. Это обычно проявляется в чувстве одиночества, порывистых и непродуманных попытках его преодоления, чередовании недовольства собой с самопереоценкой, заносчивостью, высокомерием. Отсюда представляется оправданным считать основными направлениями психокоррекции лиц указанного типа стабилизацию самооценки с опорой на наиболее существенные индивидуальные качества, а также развитие навыков невербальной коммуникации, экспрессивности и открытости в процессе общения. Предпочитаемый стиль взаимодействия психолога с лицами этого типа – недирективный, дискуссионный, рационально-конструктивный, акцентированно безобвинительный и безоценочный. Из психотерапевтических методик предпочтительны индивидуальные психодинамические техники в их краткосрочных вариантах в сочетании с техниками экзистенциально-гуманистической терапии.

**Сенсорно-планирующий тип.** Учитывая высокую эмоциональную стабильность этого типа, следует иметь в виду повышенную вероятность соматизированных невротических расстройств и психосоматозов. Это проявляется в форме обостренной, но скрытой чувствительности к резким переменам, недостаточной гибкости поведения, трудностей в адекватной демонстрации и передаче своих чувств. Отсюда вытекает основная цель психологической коррекции – повышение коммуникативной компетентности, развитие навыков саморегуляции в процессе общения – как делового, так и неформального. Предпочитаемый стиль проведения психологической консультации – директивный, рационально-строгий (деловой) с выдачей четких и определенных рекомендаций. Из психотерапевтических методик в первую очередь приемлемы бихевиоральные, включая прямую суггестию и эриксоновский гипноз. В качестве дополнительных эффективны также терапевтические техники в рамках гуманистического направления, способствующие росту самосознания и личностному росту, в частности экзистенциальная психотерапия.

**Интуитивно-чувственный тип.** Данный тип способствует глубокому вовлечению личности в картину пограничного расстройства (истерические, тревожные, аффективно-

шоковые, эксплозивные реакции, панические атаки) с преимущественными нарушениями в аффективной и мотивационной сферах. Это проявляется в повышенной ранимости, незащищенности от отрицательных эмоций, «застревании» на травмирующих ситуациях, вспыльчивости, излишней мечтательности в ущерб практическим делам. Основные цели психологической коррекции: формирование устойчивых навыков саморегуляции состояний, развитие волевых качеств и организаторских способностей.

Предпочитаемый стиль взаимодействия психолога с клиентом – поддерживающий, недирективный, основанный на принципах гуманистического направления психотерапии (эмпатия, аутентичность, «отзеркаливание», встречная исповедь и др.). Из психотерапевтических методик предпочтительны «аффект-центрированные» техники, обеспечивающие эмоциональное отреагирование (имагинативно-кататимная терапия, клиент-центрированная терапия, гештальт-терапия, арт-терапия и др.).

**Сенсорно-импульсивный тип.** В случаях невротизации данный тип способствует ярким проявлениям патологии и возможным переходам ее в глубокие формы. Возможные области формирования невротических расстройств: конфликты и напряженность в профессиональной сфере, всевозможные ограничения свобод, внешняя регламентация различных сторон жизни. Дезадаптация проявляется в форме перевозбуждения, экзальтации, непоследовательности, хаотичности социальных связей, увлечений и интересов. Отсюда вытекает основная цель психологической коррекции – развитие и укрепление волевых качеств, повышение внутренней организованности и самодисциплины, углубление самопонимания. Предпочитаемый стиль проведения психокоррекции – игровой, спонтанный, с элементами психодрамы и эмоциональной экспрессии, общение с клиентом на короткой дистанции и в «приземленной» форме. Из психотерапевтических методик наиболее приемлемы малоструктурированные когнитивно-бихевиоральные техники с неожиданной сменой ролей, переменами «мизансцен», оживленными дискуссиями, интенсивным контактом между психотерапевтом и пациентом. Учитывая способность лиц данного типа к непровольному подражанию, возможно применение внушения через пример, а также иных форм внушения. В качестве дополнительных вполне приемлемы бихевиоральные техники модификации поведения.

Можно сделать заключение, что понимание и учет человеком собственных типологических особенностей способствуют повышению адаптационного потенциала личности и сохранению психического и физического здоровья.

### ***Акцентуации личности и психическое здоровье***

Конституционально обусловленные дисгармонии личности, влияющие на формирование многообразных психологических проблем и психических нарушений, в настоящее время особенно актуальны как для пограничной психиатрии, так и для клинической психологии. Вместе с тем эта проблема представляется недостаточно разработанной. Считается, что понятие «акцентуированная личность» было впервые введено в научный лексикон немецким психиатром К. Леонгардом в 1964 г. Автор отталкивался от представлений П. Б. Ганнушкина (1931) о латентных, или компенсированных, психопатиях. Здесь прослеживается несомненная преемственность между нозоцентризмом в оценке поведения здорового человека (латентные психопатии) и попыткой трансформировать психиатрические категории в психологические (акцентуации личности, характера, темперамента и др.). Основоположником этого весьма продуктивного подхода был Э. Кречмер, выдвинувший в 1921 г. предположение о наличии 2 типов здоровых людей – шизотимиков и циклотимиков, которые по своему поведению напоминают психопатов – шизоидов и циклоидов. Учитывая, что Э. Кречмер подразделял как шизоидов, так и циклоидов на 6-7 разновидностей, его следует считать предшественником концепции акцентуированных личностей, получившей развитие во второй половине XX в. К. Леонгард дал развернутые описания 4 типов акцентуаций характера (демонстративный, педантический, застревающий, возбудимый) и 6 типов акцентуаций темперамента (гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный). На основе этих описаний Шмишек в 1970 г. разработал личностный опросник,

предназначенный для диагностики 10 акцентуаций у взрослых людей. Попытку творческого развития концепции К. Леонгарда предпринял отечественный психиатр А. Е. Личко, выделивший 11 типов акцентуаций характера у подростков и предложивший их оригинальные психологические описания. Эти описания были проанализированы автором на основе теории отношений В. Н. Мясищева, в результате чего появился новый тест для оценки акцентуаций – *патохарактерологический диагностический опросник* (ПД О). Следует заметить, что сходство между концепциями А. Е. Личко и К. Леонгарда чисто внешнее, например, эпилептоидный тип первого автора напоминает возбудимый второго, истероидный сходен с демонстративным и т. д. Однако анализ психологических характеристик в обеих схемах приводит к выводу об их глубоком различии и несопоставимости. Таким образом, проблема акцентуированных личностей, как в теоретическом, так и в методическом плане остается в значительной мере открытой.

Согласно одному из последних развернутых определений (Реан А. А., Лукин С. Е., 1993), акцентуация – это дисгармоничность развития характера, гипертрофированная выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет ее адаптацию в некоторых специфических ситуациях. Причем это может сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями к социальной адаптации в Других ситуациях, не референтных данной акцентуации. При этом особенно следует подчеркнуть, что акцентуации никоим образом не связаны с одноименными психическими болезнями (шизофренией, паранойей и т. д.).

Если принять понимание акцентуаций как особенностей характера, следует отнести их, согласно традиции отечественной психологии, к трансформируемым качествам личности, формируемым исключительно внешними социальными воздействиями. Представляется, что такое одностороннее понимание уводит от сути проблемы и игнорирует давно подмеченную связь между психопатиями и акцентуациями. По всей видимости, оба этих понятия целесообразно рассматривать как различную степень личностных изменений: в первом случае тотальных и интегральных, во втором – частных, парциальных, затрагивающих те или иные подструктуры личности. Разумеется, мы при этом не исключаем возможность формирования временных акцентуированных черт, что в свое время было убедительно показано А. Е. Личко и затем подтверждено рядом других авторов.

Целесообразно кратко рассмотреть методические аспекты диагностики акцентуаций с тем, чтобы формулировать теоретические предположения, основываясь на экспериментальных примерах. Обследование группы здоровых студентов первого курса педагогического вуза с помощью опросника Шмишека показало, что 83,3 % из них проявляют признаки циклотимической акцентуации, 75 % – эмотивной, 69,4 % – гипертимной и экзальтированной. Возникает вопрос: не отражают ли столь высокие цифры высокий уровень эмоциональной активации у практически здоровых и гармоничных юношей и девушек?

Сопоставление этих результатов с аналогичными данными курсантов первых курсов военного вуза технического профиля выявило существенные различия между ними. У курсантов наиболее выражена психастеническая акцентуация, что можно расценивать как адаптивную реакцию, связанную с жестким регламентом военной службы. К третьему курсу психастенический компонент отходит на второй план, а его место занимает гипертимная акцентуация. По данным различных авторов, от 18 до 88,6 % студентов отечественных вузов имеют акцентуации. Столь большой разброс данных указывает на несовершенство как методов, так и критериев диагностики. Известно, что А. Е. Личко при повторном обследовании подростков в юношеском возрасте находил признаки акцентуаций лишь у 10% испытуемых. К. Леонгард полагал, что акцентуантами являются до 50 % взрослых людей. Очевидно, необходимы методы, позволяющие дифференцировать относительно длительные адаптационные реакции личности (они могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет) от истинных акцентуаций. Решение этой проблемы необходимо начинать с уточнения ее теоретических аспектов.

Анализируя различные классификации психопатий (П. Б. Ганнушкина, О. В. Кербикова, Б. В. Шостаковича и В. Ф. Матвеева и др.), мы сформировали представление о 8 исходных, ключевых формах личностных дисгармоний, представленных в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Основные формы акцентуаций личности

Отношение к сферам личности	Гипергические формы	Гиперергические формы
Когнитивная сфера	Шизоидная	Паранойяльная
Волевая сфера	Психастеническая	Эксплозивная
Аффективная сфера	Депрессивная	Гипертимная
Сенсомоторная сфера	Астеническая	Истероидная

Предлагаемая классификация охватывает те формы акцентуаций, существование которых подтверждается как клинической, так и психологической практикой. Классификация является своеобразным «переселением» наиболее широко распространенных систем и их дальнейшим развитием. Акцентуации редко бывают изолированными. Наиболее часто у одного и того же субъекта сочетаются две-три формы, а иногда и больше. Таких субъектов называют акцентуантами, или акцентуированными личностями. Поскольку акцентуация (в отличие от психологического типа) не накладывает отпечаток на всю личность, не трансформирует ее, правильнее говорить не о формах, а об акцентуированных радикалах – отдельных группах черт личности. С каждым из таких радикалов правомерно сопоставить характерный для него дезадаптивный паттерн поведения, вероятные проблемные зоны, стрессогенные ситуации и пути их преодоления.

Шизоидная акцентуация проявляется аутическими тенденциями, уходом от реальности в мистику, оккультизм, эзотерические религии и т. д. Поведение человека характеризуется как странное, необычное, чуждающее. Его умственная продукция отличается оригинальностью, нестандартными и неочевидными обобщениями и аналогиями. Его умозаключения и выводы представляются окружающим неожиданными, парадоксальными, что позволяет говорить об их некоторой «заумности». Со стороны аффективной сферы могут иметь место недостаток эмпатии, проявления сухости, черствости, безучастия, ошибочные оценки эмоциональных реакций у окружающих. Это нередко сочетается с повышенной чувствительностью и даже ранимостью. Для сохранения психического здоровья носителям шизоидного радикала предпочтительны узкий и стабильный круг общения, необходима возможность длительного и спокойного одиночества. Психологические проблемы и стрессовые ситуации возникают в случаях неожиданных и бесцеремонных вторжений в их тщательно оберегаемый внутренний мир, «силового» принуждения к общению (особенно в широком круге), занятиям общественной деятельностью, а также в случае насмешек над их необычными увлечениями. Подобные попытки «раскрытия» и «приземления» шизоида ведут лишь к большей его отчужденности, уходу в себя, защитным реакциям высокомерия и даже проявлениям презрения к окружающим людям. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков социальной перцепции, сосредоточение внимания на эмоциях окружающих, активный поиск подходящих партнеров общения. Интенсивная психотравма может повлечь шизоидные (в том числе шизотипические) психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (когнитивных, бихевиоральных, психоаналитических и др.).

**Паранойяльная** акцентуация отличается избыточной фокусировкой и ригидностью мышления, что способствует формированию сверхценных образований (отношений, установок, идей и др.). Это проявляется в так называемом безальтернативном, «черно-белом» мышлении и некотором фанатизме. Его обратная сторона – недоверчивость, подозрительность, злопамятность, связанные с общей недооценкой других людей. Возможны сутяжные тенденции, уход в борьбу, сверх-Ценные фиксации на травмирующих объектах с идеями мести. Таким образом, ригидность мышления приводит к ригидности аффектов. Очевидно, что это может стать источником серьезных психологических проблем. Стрессовые реакции при наличии паранойяльного радикала

возникают чаще всего во фрустрирующих ситуациях, требующих быстрой смены психического стереотипа и ускоренной адаптации к новой ситуации. Психологическая помощь в таких случаях должна быть направлена на формирование безобвинительных объективных отношений к окружающему, многомерных и «многоцветных» оценок различных явлений, активизацию рефлексии, детализацию и уточнение самооценки, усиление доверия к людям. Интенсивная психотравма может повлечь паранойяльные и параноидные психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (когнитивных, суггестивных и др.).

**Психастенический** акцентуированный радикал связан с ритуализацией жизни, введением ее в искусственные рамки, педантизмом, перфекционизмом, в основе которых лежит недостаточность иницирующих волевых механизмов. Это влечет также нерешительность, избыточную рефлексия, склонность к затяжным колебаниям и сомнениям, откладыванию исполнения и необоснованной отмене принятых решений. Факторы угрозы обычно переоцениваются, что проявляется в свехосторожности и свехпредусмотрительности. Недоверие к себе влечет многочисленные проверки и перепроверки результатов совершенных действий. Основными психологическими проблемами обычно являются избыток ответственности, перегруженность заботами, недостаточное противодействие психологическому давлению и манипулированию. Стрессовые ситуации возникают в результате сочетания внешнего давления и избытка ответственности, появления неожиданной и внезапной, ранее незнакомой угрозы, а также при необходимости самостоятельно действовать в «свободном поле», импульсивно принимать и исполнять решения. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков спонтанного поведения, быстрых переключений разнородных видов деятельности, тренировку волевых качеств, умения заблаговременно принимать окончательные решения и противостоять внешнему психологическому давлению. Интенсивная психотравма может повлечь обсессивно-компульсивные невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

**Эксплозивный** акцентуированный радикал проявляется прежде всего в агрессивном стиле преодоления препятствий и общения с окружающими. Волевой напор и сниженный самоконтроль способствуют быстрому переходу вербальной агрессии в физическую. Для таких лиц характерен поиск разрядки напряжения в экстремальных видах спорта и профессиональной деятельности. Отношения с другими, людьми строятся по конкурентной схеме, а сотрудничество дается им с трудом. Они, как правило, напряженно-энергичны, обидчивы и жестоки, а также проявляют упрямство и негативизм. Для них характерны быстрота и безапелляционность в принятии решений, незамедлительное приведение их в исполнение, вплоть до безрассудной смелости. Отсутствует чувство раскаяния в случае ошибки, в связи с чем они легко выходят за рамки социальных норм. Они также часто испытывают чувства зависти и ревности. Стрессовые ситуации возникают в случаях непреодолимых препятствий в достижении целей. Психологические проблемы связаны с необходимостью ликвидации отдаленных последствий агрессивных действий и враждебных поступков. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков перемещения, переключения агрессивных импульсов, тренировку тормозных волевых качеств сдержанности и терпеливости, умения своевременно снимать избыточное напряжение. Интенсивная психотравма может повлечь эксплозивные, эпилептоидные, садистические психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

**Депрессивный** акцентуированный радикал проявляется в сниженном фоне настроения, малой выраженности положительных эмоций. Такие люди выглядят серьезными, мрачными, малоразговорчивыми и труднодоступными. Это связано со слабым стремлением к установлению социальных контактов. В ходе общения обнаруживается полная сохранность коммуникативного потенциала. Повышенное чувство вины, тенденция преувеличивать значимость собственных ошибок влечет

самонаказывающее, саморазрушающее и суицидальное поведение. *Ангедо-низм* сочетается у них с повышенным альтруизмом, готовностью любой ценой оказать помощь другим людям. Стрессовые ситуации возникают в случаях вынужденной интенсивной социальной активности, сопряженной с переживаниями (праздники, торжества, многолюдные встречи, шоу, вечеринки и т. д.), а также различных неудач и потерь. Психологические проблемы связаны с затруднениями участия в игровой, спонтанной деятельности и общении. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков эмоциональной саморегуляции и разгрузки, активного обращения к людям, усиление экспрессивности, общее растормаживание. Интенсивная психотравма может повлечь депрессивные, самоуничижительные, мазохистические невротические и психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (гуманистических, экзистенциальных, психоаналитических и др.).

**Гипертимная** акцентуация проявляется в систематически приподнятом настроении, говорливости, импульсивности, возбудимости. Повышенная психическая и двигательная активность носит, как правило, ситуативный, поверхностный, неустойчивый и малопродуктивный характер. Такие люди отзывчивы, легко дают обещания, но столь же легкомысленно относятся к их выполнению. Склонны к гедонизму, поиску развлечений, рекреативная установка (на игру и отдых) преобладает над деловой. Возможны эпизоды аддикции, импульсивные отклонения поведения. Стрессовые ситуации возникают при необходимости подчиняться и регламентировать свою деятельность. Это расценивается акцентуантами как ограничение свободы, ущемление прав и т. д. В таких случаях возможны бурные протесты, пререкания, открытое неподчинение. При этом из конфликтных и фрустрирующих ситуаций выходят без особого труда. Психологические проблемы связаны с неспособностью доводить важные дела до конца, неудовлетворенностью своим социальным статусом, несерьезным отношением окружающих. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков последовательного и упорядоченного поведения, тренировку концентрации внимания и тормозных волевых качеств, умения осмысливать свою жизнь, устанавливать долговременные доверительные отношения, стабилизировать самооценку. Интенсивная психотравма может повлечь гипоманиакальные невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (гуманистических, экзистенциальных, когнитивных и др., а также различных форм групповой психотерапии).

**Астенический** акцентуированный радикал характеризуется пониженной переносимостью психических и физических нагрузок, общей утомляемостью. Такие лица отличаются высокой чувствительностью к сенсорным стимулам различной модальности (световым, звуковым, обонятельным, вестибулярным и др.), а также эмоциональной впечатлительностью, застенчивостью, нетерпеливостью, низкой выносливостью. У них наблюдается склонность к недомоганиям, спонтанным ухудшениям физического самочувствия, что может повлечь ипохондрическую фиксацию, различные виды самолечения и самооздоровления. Стрессовые ситуации возникают на почве тягот и лишений повседневной жизни: интенсивная физическая работа, вредные экологические факторы, длительное ожидание, конфликты приводят к психическим срывам. Психологические проблемы астеников связаны с нехваткой сил и резервов для реализации собственных потребностей. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков четкой регламентации образа жизни и деятельности, самодиагностики всех форм утомления и своевременной релаксации, устойчивости к критике, повышение уверенности в себе и способности к разумному риску, преодоление чувства неполноценности. Интенсивная психотравма может повлечь астенические и астено-ипохондрические невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

Для **истероидной** формы акцентуации характерны преувеличенная эмоциональная экспрессия, стремление производить впечатление, привлекать и находиться в центре внимания окружающих. Это достигается демонстративным, театральным,

аффектированным поведением, исполнением социальной роли значительной, оригинальной, иногда загадочной личности. Люди с этой формой акцентуации склонны к преувеличению своих заслуг, приукрашиванию реальности, а зачастую и к прямой лжи. Наблюдается диссоциация между внешне демонстрируемыми и истинными чувствами. Деятельность ориентирована главным образом на внешний эффект, а не на конечный результат. Отсюда возникает поверхностное понимание проблем и небрежное исполнение поставленных задач. Стрессовые ситуации возникают в случаях психологических ударов, давления и конфликтов. В таких случаях характерны разнообразные формы инфантильно-регрессивного поведения, донозологические конверсионные проявления и демонстративно-ипохондрические реакции. Жизненные перемены в целом переносят хорошо. Психологические проблемы недостаточно осознаются. Они, как правило, связаны с завышенными притязаниями и эгоизмом. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков асертивного (прямого и открытого) поведения, усиление рефлексии и самокритики, наверстывание темпа психического развития и созревания. Интенсивная психотравма может повлечь невротические и психопатические истерические реакции и даже психозы, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (психодинамических, бихевиоральных, суггестивных и др., а также групповой гештальт-терапии). \*

Как уже говорилось, в своем большинстве истинные акцентуанты являются «мозаичными» личностями, имеющими два и более дисгармоничных паттерна, радикала. У таких людей возникают смешанные формы дезадаптации в стрессогенных ситуациях.

В заключение – несколько слов об индивидуально-типологических особенностях и психологической практике.

А. П. Чехов писал: «В каждом из нас слишком много винтов, колес и клапанов, чтобы мы могли судить друг о друге по первому впечатлению или двум-трем внешним признакам». К настоящему времени, хотя механическая метафора сменилась компьютерной, мы все же должны признать правоту великого писателя. Любая психологическая оценка, и тем более типологическая, требует глубокого и многостороннего изучения личности. Однако и при соблюдении этого требования мы вправе вынести лишь вероятностный психологический диагноз и сформулировать предположительные психогигиенические и психопрофилактические рекомендации. Диагностика психологического типа и акцентуаций в ходе психологического консультирования, конечно же, не является обязательной. Однако во многих случаях она помогает построить психологический портрет клиента и выбрать коррекционные техники, хотя бы для первоначального этапа работы с ним. Добавим, что знание сильных и слабых сторон собственной личности необходимо практическому психологу для успешной консультативной и коррекционной работы.

### ***Контрольные вопросы***

1. В чем состоит значение индивидуально-типологического подхода для психологии здоровья?
2. Какой вклад вносит психологический тип, с одной стороны, и акцентуации – с другой, в общее психическое здоровье индивида?
3. Назовите сильные стороны одного из психологических типов и покажите их адаптивное значение.
1. Сформулируйте рекомендации по здоровому образу жизни для представителей сенсорно-планирующего типа.
2. Опишите поведение и физиологические реакции людей интуитивно-чувственного типа в острых (кратковременных) стрессовых ситуациях.
3. Перечислите основные психологические проблемы людей интуитивно-чувственного типа и наметьте пути их решения.
4. Дайте определение акцентуации личности.
5. Назовите основные направления психологической коррекции при выраженной психастенической акцентуации.

6. Раскройте сущность психологических проблем при истероидной акцентуации личности и определите пути их психокоррекции.
7. Попробуйте самостоятельно проанализировать влияние возможных взаимосвязей между типом и акцентуациями личности на гипотетическом примере.

### **Литература**

1. *Елисеев О. П.* Конструктивная типология и психодиагностика личности. – Псков, 1994.
2. *Креггер О., ТьюсонДж.* Типы людей: 16 типов личности, определяющих, как мы живем, работаем, любим / Пер. с англ. – М.: Персей, 1995.
3. *Леонгард К.* Акцентуированные личности / Пер. с нем. – Киев, Выща школа, 1989.
4. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.
5. *Овчинников Б. В., Павлов К. В., Владимирова И. М.* Ваш психологический тип. – СПб., Андреев и сыновья, 1994.
6. Психологическая типология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. – Минск: Харвест; М.: АСТ, 2000.
7. *Юнг К. Г.* Психологические типы / Пер. с нем. – М.: Университетская книга, 1996.



## Глава 7. СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

### Здоровье как социальный феномен

Социологический подход к здоровью основывается на негативном его определении. «Здоровое общество» – это то общество, где минимален уровень «социальных болезней». Болезнь по сути своей – биологический феномен, и понятие «социального здоровья» имеет, таким образом, во многом фигуральное (образное) значение.

Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

- социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести (т. е. угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);
- влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т. е. возможности выздоровления или смерти);
- оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных (агрегированных) статистических показателей, составляющих так называемую *социальную статистику*.

Популяция и общество

**Популяция** – это биологическое понятие, обозначающее совокупность представителей одного биологического вида, занимающих определенную территорию и имеющих беспрепятственную возможность скрещивания.

Болезнь как биологический феномен соотносится прежде всего с человеческой популяцией. Однако реальной формой совместного существования людей, порожденной таким видовым свойством человека, как сознание, является общество. Поэтому проявления биологических свойств человека модифицируются обществом, приобретая социальное качество. В свою очередь, сколько-нибудь длительные объединения людей никогда не бывают механическими, а формируют новый социальный субстрат, как утверждал один из основателей социологии Э. Дюркгейм.

Структурными элементами такого социального субстрата выступают большие (общности) и малые социальные группы, а также создаваемые обществом для реализации своих основных функций социальные институты (государство, армия, Церковь, системы образования, здравоохранения и пр.). Характеристики функционирования социальных институтов отражают сложившиеся на уровне общества в целом представления о «правильном» (нормативном) осуществлении обществом этих основных функций. Такие представления имеют некое рациональное (идеология) или иррациональное (религия) обоснование, но также и чувственно переживаемый аспект (общественная психология). Сама система норм, положенная в основу общественных представлений о «правильном» функционировании социальных институтов, может быть кодифицированной (право) или нет (мораль).

Вся совокупность подобных общественных представлений составляет *общественное сознание*. Оно имеет свою собственную динамику, определяемую объективными тенденциями в функционировании структурных элементов общества и проявляющуюся в политических процессах.

Понятие *общества* связано с государством как исторически сложившимся видом максимально широкой территориально-географической общности. Однако в истории неоднократно происходили события, приводившие к универсализации структурных элементов географически близких обществ и протекающих в них социальных процессов, т. е. к формированию общностей, выходящих за пределы границ отдельных государств. Примерами здесь могут служить ассирио-вавилонская, эллинистская, римская, кельтская, германская и славянская цивилизации. В конце XX в., благодаря развитию транспорта и массовых коммуникаций, эти процессы универсализации приобрели исторически уникальный масштаб и получили название **глобализации**.

Конечная идеальная цель (миссия) всех социально-структурных элементов общества и происходящих в обществе процессов – благополучие популяции. Под благополучием здесь понимаются максимально благоприятные при имеющемся технологическом и экономическом уровне развития общества предпосылки

жизнедеятельности, способствующие достижению и поддержанию оптимальной для данной территории численности популяции.

Наличие подобных предпосылок выражается в максимально возможном удовлетворении биологических потребностей людей на данном историческом этапе развития общества. Отсюда следует, что благополучие популяции обусловлено эффективным функционированием всех сторон общества. В этом суть социальной обусловленности здоровья. Поэтому и оценивать эффективность функционирования общества можно по показателям биологического состояния популяции.

Таким образом, **«здоровое общество»** – это эффективное, согласно конечным критериям оценки его жизнедеятельности, общество.

**Здоровье общества и девиантное поведение.** Более широкий подход к здоровью общества заключается в оценке его состояния по уровню социальных девиаций. **Социальная девиация** (отклонение), или **девиантное поведение**, – это поведение, нарушающее кодифицированные или некодифицированные социальные нормы.

Девиантное поведение существует только в отношении социальной нормы как регулятора социального поведения. Нормы-регуляторы могут быть условно разделены на абсолютные и относительные. *Абсолютные нормы* существуют или существовали во всех или почти всех известных обществах. Это, например, запреты на убийство, воровство, инцест и т. п. *Относительные нормы* специфичны для отдельных обществ (нормы добрых сексуальных отношений, этикета, авторского права).

Следовательно, поведение, нарушающее нормы какого-то общества, будет девиантным для этого общества, но может не быть таковым для другого общества. Примером может служить запрет женщинам мусульманских стран находиться в комнате, где принимают пищу мужчины.

Институты, имеющиеся в любом обществе для предотвращения проявлений девиантного поведения, включая в качестве одного из способов такого предотвращения наказание за уже совершенный девиантный акт, получили название институтов социального контроля. Функции социального контроля для одних видов девиантного поведения, как правило, наиболее социально значимых, возлагаются на специально созданные институты контроля – институционализируются. Это правоохранительные органы, пенитенциарная система, система здравоохранения. Функции контроля для других видов социальных девиаций осуществляются неспециализированными социальными институтами. Так, контроль доброго сексуального поведения осуществляется родительской семьей и соседской общиной, контроль трудовой дисциплины – индустриальными организациями.

Оценка здоровья общества может даваться по любому из видов девиантного для данного общества поведения, однако, как правило, используются те его виды, которые непосредственно угрожают биологическому состоянию популяции. Особо тяжкие и тяжкие преступления – это те, которые угрожают жизни и здоровью людей либо приводят (или могут приводить) к снижению репродуктивного потенциала индивида (например, изнасилования). Экономическая преступность снижает объем жизненно необходимых ресурсов, имеющихся у членов общества.

Гомосексуализм исключает репродуктивную функцию брака и формирует один из путей передачи ВИЧ/СПИДа. Проституция негативно влияет на моральную основу брака и формирует путь передачи венерических заболеваний. Алкоголизм и наркомания сами являются нервно-психическими заболеваниями с выраженным повреждением психической сферы и биологической основы личности. Самоубийства прямо воздействуют на численность популяции.

Нередко о здоровье общества судят на основе оценки состояния институтов социального контроля. При этом подразумевается, что состояние институтов контроля непосредственно влияет на уровень девиантных проявлений в обществе. Показателями «общественного здоровья» становятся религиозность, отношение к нормам традиционной морали, коррумпированность институтов власти и т. п. Следует помнить, что функционирование институтов контроля – только один из факторов, влияющих на

уровень девиантности, и связь между их деятельностью и уровнем девиантности различна как в разных обществах, так и в одном и том же обществе в разные исторические периоды. Агрегированные статистические показатели уровня девиантных проявлений составляют особый раздел социальной статистики – так называемую *моральную статистику*.

В середине 50-х гг. XX в. выдающийся американский социолог Т. Парсонс предложил рассматривать и психическую и соматическую болезнь как одну из форм девиантного поведения по отношению к существующей в обществе системе норм. Таким образом, девиантологический подход сегодня интегрирует медико-биологическое понимание здоровья и является наиболее адекватной основой анализа, описания и объяснения «социального здоровья».

**Место психологической науки в изучении здоровья общества.** Болезнь как биологический феномен, безусловно, соотносится с отдельной человеческой особью, т. е. индивидом. В популяционном плане «социальность» болезни заключается:

- в уровне распространенности конкретной болезни («нозоса») в популяции или каких-либо ее частях;
- во влиянии частоты контактов между составляющими популяцию особями на распространение в популяции контагиозных (инфекционных) заболеваний;
- в воздействии характеристик природного ареала (территории, занимаемой популяцией) на подверженность популяции тем или иным заболеваниям.

Однако человек обладает высокоорганизованной психикой, позволяющей осознать болезнь как угрозу своему существованию. Поэтому любая болезнь на всех или на отдельных этапах ее возникновения, течения и исхода имеет у человека психологическую и поведенческую составляющую. Поскольку содержание психики социально, а поведение реализуется в социальном окружении, социальны и связанные с психикой составляющие болезни.

«Обрамляющие» болезнь когнитивные конструкты и модели поведения формируются в процессе социализации и корректируются по мере накопления и усвоения индивидуального опыта.

Социальная среда действует на психическое и поведенческое «обрамление» болезни, поскольку она:

- формирует представления о том, какие виды поведения полезны, а какие – вредны для здоровья, на основе чего конструируется как саморазрушающее, так и самосохранительное поведение индивида;
- предоставляет знания о технологических достижениях, которые могут быть использованы как для сохранения и укрепления здоровья, так и для лечения уже возникшего заболевания;
- транслирует когнитивные схемы, на основе которых субъективные проявления соматического и психического дискомфорта, боль осознаются как симптомы болезни;
- содержит социальные «сети», т. е. каналы неформальной коммуникации, по которым человек может получить советы относительно своего болезненного состояния;
- предъявляет экспектации (ожидания), выполняющие функцию регулятивных норм при принятии социальной роли больного;
- имеет доступные для индивида специализированные институты, миссия которых заключается в сохранении и укреплении здоровья, легитимизации статуса больного, оказании профессиональной помощи.

Конечно, все те структурные и динамические характеристики общества, которые влияют на здоровье его членов, сами формируются как результирующая переменная социально детерминированного поведения людей. Вместе с тем на уровне общества в целом (социетальном) могут формироваться цели» задающие мотивацию индивидуальной активности части членов этого общества. На основе таких социетальных целей формируются профессиональные группы, структурируемые соответствующими

социальными институтами, и занятые проблемами здоровья. Таковы медицинские работники, психологи-консультанты, исследователи, а также парапрофессионалы, например активисты групп анонимных алкоголиков или целители.

Следовательно, если описание (дескриптивный уровень анализа) социального здоровья выступает предметом социологии, то объяснение его вариации и между обществами, и между структурными элементами одного и того же общества, и в процессе развития как всего общества, так и отдельных его элементов, требует социально-психологического уровня анализа.

**Развитие теоретических представлений о здоровье общества.** Научное развитие проблематики социального здоровья в современном понимании неразрывно связано с достижениями медицины, с одной стороны, и социологии – с другой.

На протяжении всей истории человечества основным видом патологии, обуславливающим уровень смертности и продолжительности жизни, были инфекционные болезни. Открытие микробной природы этих болезней Л. Пастером и последующее выявление путей передачи микробных агентов при различных заболеваниях перевело задачи их предупреждения и лечения в разряд сугубо технологических. Закономерности распространения инфекционных заболеваний в обществе стали предметом науки *эпидемиологии*, а технологии предупреждения такого распространения – *гигиены*.

Первая половина XIX в. в странах Западной Европы характеризовалась массовыми перемещениями людей как в результате войн, так и вследствие начавшихся процессов урбанизации, т. е. увеличения численности населения городов при снижении относительной численности сельского населения.

Эти процессы привели к интенсификации контактов в человеческой популяции, что создавало особо благоприятные условия для возникновения эпидемий. Поэтому впервые задачи в сфере общественного здоровья стали решаться в крупных городах путем санитарного благоустройства и реализации противоэпидемических мероприятий. В крупных городах Германии первой половины XIX в. выполнение этих задач стало функцией «медицинской полиции», на которую возлагался также контроль за проституцией и судебно-медицинская экспертиза.

По мере успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями внимание специалистов в этой области стали привлекать другие факторы, влияющие на здоровье населения, – генетический фон, питание, алкоголизация и пр. Сформировавшаяся на этих основаниях наука получила название **социальной** (общественной) **гигиены**, и именно в таком объеме развивалась в России на рубеже XIX и XX вв. Первая в России кафедра социальной гигиены была основана в петербургском Психоневрологическом институте в 1913 г. З. Г. Френкелем.

Следует подчеркнуть, что социальная гигиена как наука всегда основывалась на биомедицинской модели болезни, присущей клинической медицине. Именно в рамках социальной гигиены для изучения общественного здоровья была выдвинута **парадигма<sup>1</sup> социальной патологии**.

Парадигма – это непротиворечивая система научных категорий и основанных на них теоретических представлений, в рамках которых изучается определенная научная проблематика.

Само содержание понятия социальной патологии менялось в социальной гигиене по мере трансформации паттерна заболеваний в обществе. В разные периоды это были острые инфекционные заболевания, туберкулез, профессиональные заболевания, проституция и пр., вплоть до сердечно-сосудистых заболеваний.

Немецкая социально-гигиеническая традиция уже в 30-х гг. XX в. оказалась полностью дискредитированной евгеникой – учением об «облагораживании» человеческой популяции путем элиминирования (устранения) носителей «генов болезней».

В России конца XIX – начала XX в. социально-гигиенические исследования алкоголизма, наркомании, психических заболеваний, преступности были выполнены преимущественно психиатрами, а проституции – дерматовенерологами. Особенный

размах подобные исследования приобрели в первое десятилетие советского периода. Однако к 1930 г. исследования социальной патологии были прекращены, занимавшиеся ими научные центры закрыты, а сами исследователи впоследствии репрессированы.

Этот запрет на социально-гигиенические исследования был снят, как и запрет на «конкретно-социологические» исследования, в 1960 г. Однако социальная гигиена позднего советского периода стала тотально идеологизированной наукой, а проводимые в ее рамках эмпирические исследования были полностью атеоретичными, подчиненными по своим задачам нуждам практического здравоохранения.

Развитие науки о здоровье общества в англоязычных странах сразу же приобрело несколько иное направление. Уже первые социально-статистические исследования в США, посвященные влиянию безработицы на психиатрическую заболеваемость и выполненные в первое десятилетие XX в., были направлены не столько на феноменологическое описание негативных социальных явлений, сколько на выявление социальных процессов, их обуславливающих. Поэтому исследования общественного здоровья с самого начала оказались ориентированными на теоретические модели социальных наук. Основоположником этого направления считается британский исследователь Т. Сигерист, опубликовавший в 1923 г. первое руководство по медицинской социологии. В своем развитии медицинская социология испытала сильное влияние психоанализа, в рамках которого возникло понятие о «болезнях цивилизации». Первоначально под ними подразумевались неврозы, а затем и все психосоматические заболевания, как они представлялись с позиций учения о «неврозах органов».

Вторым существенным компонентом медицинской социологии стало представление о социальном стрессе, возникшее на основе концепции общего адаптационного синдрома Г. Селье. Возникновение концепции Селье пришлось на период резкого изменения паттерна заболеваемости в индустриально развитых странах мира во второй половине XX в.

На смену инфекционным заболеваниям пришли неинфекционные, для которых нельзя было установить какую-то одну специфическую причину. Эти заболевания характеризуются хроническим течением, необходимостью длительного поддерживающего лечения и ограничительного образа жизни.

Кроме того, связь между «обрамляющим» болезнью индивидуальным поведением и характеристиками патологического процесса для хронических неинфекционных заболеваний оказалась значительно жестче, чем для острых инфекционных заболеваний. Выяснилось, что теоретический конструкт стресса высокопродуктивен как для объяснения социальных причин возникновения хронических неинфекционных заболеваний, так и для объяснения индивидуального поведения, определяющего их течение и исход. Поэтому сегодня парадигма социального стресса в изучении проблематики общественного здоровья пришла на смену парадигме социальной патологии.

### **Конкретно-методологические подходы к изучению общественного здоровья.**

Конкретно-методологические подходы к изучению социального здоровья могут быть сгруппированы по нескольким основаниям:

- *По акценту на структурных или динамических характеристиках изучаемой общности.* Акцент на структурных характеристиках предполагает достаточно большой объем показателей (индикаторов), описывающих состояние общности на определенный момент времени. Акцент на динамических характеристиках предполагает фиксацию значений ограниченного числа показателей (индикаторов) через определенные интервалы времени.
- *По характеру первичной (базисной) информации.* Это могут быть социально-статистические исследования, основанные на агрегации данных первичного статистического учета, осуществляемого на данной территории либо специально (государственный статистический учет), либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный статистический учет). Другой тип базисной информации формируется на основе непосредственного изучения членов общности, сплошного либо выборочного. При этом выборка

может представлять (репрезентировать) либо всю общность, либо определенную девиантную группу.

- *По ведущему методу сбора первичной информации.* Это могут быть исследования по типу переписей, где фиксируется некий ограниченный ряд параметров всех членов общности; исследования, выполненные методами визуального наблюдения (например, для изучения массовидных явлений); исследования с применением клинико-анамнестического метода; обследования с применением инструментального оснащения (например, для установления показателей физического развития); опросы; исследования, выполненные по экспериментальному или (чаще) квазиэкспериментальному плану.
- *По цели последующего анализа полученной информации.* По данному основанию все исследования социального здоровья можно разделить на дескриптивные (описательные), кросс-секционные (аналитические) и выполненные с применением многомерных статистических методов. Дескриптивные исследования имеют своей основной целью описание уровня (распространенности) того или иного явления в общности. Аналитические исследования направлены на оценку вариации того или иного явления в отдельных больших группах общности (территориальных, демографических, экономических и пр.). Многомерные статистические методы применяются для вскрытия глубинных закономерностей формирования того или иного явления или процесса в общности. В организационном аспекте эти виды исследования нередко выступают в качестве стадий анализа первичных данных одного и того же исследования.

Центральная методологическая проблема исследования социального здоровья – проблема причинности. Любой социальный факт в сфере здоровья может быть понят и как причина, и как следствие состояния социальной среды. Так, например, преступное поведение может интерпретироваться и как следствие процессов социальной дезорганизации, и как причина социальной дезорганизации, если приобретает массовый характер. Нарушения в субъективном психологическом благополучии индивида по психосоматическому механизму могут привести к соматической (физической) болезни, но и симптоматика соматической болезни приведет к нарушению субъективного психологического благополучия индивида.

В литературе эта проблема получила образное обозначение – «проблема курицы и яйца». В кросс-секционных исследованиях, т. е. в таких, в которых данные о потенциальной социальной причине нарушения здоровья и фиксация самого нарушения происходит одновременно, данная проблема методологически неразрешима. Высказываемое иногда предположение о возможности так называемой циркулярной (круговой) причинности не выдерживает критики, так как противоречит монистическому взгляду на социальную реальность в целом.

Существует два вида социальных исследований здоровья, позволяющие делать более обоснованные выводы о причинности.

1. Ретроспективные исследования (план «*ex-post-facto*»). В этом виде исследований выбирается событие в прошлом, влияние которого на здоровье требуется изучить, и формируется статистическая группа, подвергавшаяся воздействию этого события. Например, это могут быть дети, госпитализировавшиеся в возрасте 11 – 13 лет два десятилетия назад в психиатрическую больницу. Затем из их сверстников формируется контрольная группа, максимально близкая к изучаемой по основным социально-демографическим параметрам. Проводится оценка показателей здоровья представителей этих групп, и по их сравнительному отличию делается вывод о влиянии психиатрической госпитализации в детстве на здоровье во взрослом возрасте.

2. Проспективные исследования (когортные, лонгитюдные). В этом виде исследований первоначально проводится оценка здоровья по максимально широкому кругу показателей в группе детей, подростков или молодых взрослых с последующим повторением замеров через фиксированные промежутки времени, с одновременной

фиксацией воздействия потенциально повреждающих здоровье социальных факторов на протяжении всего их жизненного пути. Наличие статистических связей между воздействием зафиксированных ранее факторов с актуальным состоянием здоровья служит доказательством их причинного влияния на здоровье.

Конечно, методология искусственного (лабораторного) эксперимента – единственного научного метода, позволяющего делать высокообоснованные выводы о причинности, – по морально-этическим соображениям неприменима к изучению факторов здоровья человека. Однако природные и социальный катаклизмы нередко создают уникальные ситуации воздействия потенциально повреждающих здоровье факторов. Изучение здоровья жертв подобных катастроф получило название естественного (натурального) эксперимента. Таково, например, исследование влияния депривации от материнской фигуры на психическое здоровье лиц, ранние годы жизни которых прошли в фашистских концлагерях.

## **Социальная структура и здоровье**

Фундаментальный факт социологии здоровья как науки – существенные различия в уровнях здоровья между сложившимися в обществе устойчивыми социальными группами. К основным видам таких групп относятся *социальные классы, демографические группы* (половые и возрастные), *территориальные общности* (поселения), *социальные организации и семья*.

Главным механизмом, обуславливающим сходство показателей здоровья представителей устойчивых социальных групп (и соответственно отличие от представителей других групп), является общность условий жизни, субкультуральных особенностей и детерминант связанного со здоровьем индивидуального поведения (ценность здоровья; социальные установки по отношению к медицинской помощи; групповые нормы, регулирующие поведение в сфере здоровья).

Поэтому принадлежность к устойчивым социальным группам зачастую позволяет значительно точнее предсказать уровень индивидуального здоровья, чем конституционально-биологические или личностно-характерологические особенности человека. В социально стабильных обществах структурные характеристики следует рассматривать как важнейшие детерминанты социального здоровья.

**Социальные классы.** Социальные классы – большие социальные группы, закрепляющие своим существованием вертикальное расслоение (стратификацию) любого человеческого сообщества по признаку неравномерности распределения власти и связанного с ней доступа к совокупным ресурсам данного сообщества.

Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам (так называемый **классовый градиент здоровья**) известна человечеству с древнейших времен, хотя научное осмысление впервые получила на рубеже XVII – XVIII вв. Сущность классового градиента здоровья заключается в следующем: чем выше место той или иной социальной группы в вертикальной структуре общества, тем лучше здоровье представителей данной группы.

Сама по себе вертикальная стратификация – необходимое условие устойчивости (стабильности) и поступательного развития общества. Основные черты вертикальной дифференциации, присущие человеческим обществам, имеются уже в сообществах высших млекопитающих. Напротив, распад или нивелирование вертикальной структуры (т. е. гомогенизация) становятся признаками социальной Дезорганизации<sup>18</sup>.

Основными признаками, позволяющими отнести индивида к определенному социальному классу, принято считать образование, уровень материального дохода и социально-профессиональную позицию (должность). Каждый из этих признаков (индикаторов) принадлежности к социальному классу подразумевает свои, в определенной мере специфичные механизмы воздействия на здоровье.

---

<sup>18</sup> Отсюда: марксистские попытки создания «бесклассового общества», по существу, противоречат биологической природе человека как стадного млекопитающего.

*Образовательный статус* приводит в действие два основных механизма формирования уровня здоровья. Первый из них заключается в том, что в процессе получения образования личность развивает навыки преодоления трудностей, с которыми неизбежно связано получение образования. Эти навыки впоследствии с успехом могут быть применены и в других трудных жизненных ситуациях. Следовательно, образование повышает общую сопротивляемость (резистентность) личности к воздействию социального стресса. Кроме того, с повышением образования повышается общий уровень информированности, включающий знания о современных теориях болезней и методах лечения, сохранения и укрепления здоровья. Развивается и способность к поиску и практическому применению новой информации этого рода.

*Материальное благосостояние* отражает экономические возможности индивида по использованию ресурсов общества для лечения, сохранения и укрепления здоровья. Другими словами, при высоком уровне благосостояния человеку доступна более квалифицированная лечебно-профилактическая помощь, физическая активность в условиях хорошо оснащенных оздоровительных центров, лучшее и расположенное в экологически благоприятных местностях жилье, высококалорийное питание.

*Социально-профессиональная позиция* сама по себе отражает высокий уровень здоровья, так как формируется под действием факторов селекции (профессионального отбора). Исследования показывают, что при принятии решений о должностном продвижении психическое и физическое здоровье претендентов на руководящие должности учитывается в первую очередь. Высокий должностной статус подразумевает, как правило, и высокий уровень материального вознаграждения, т. е. обуславливает материальное благосостояние.

Эмпирически показано, что все три индикатора социально-классовой принадлежности в современных западных обществах проявляют тенденцию к совместному варьированию. Так, индивид, имеющий высокий уровень образования, чаще всего будет также иметь и высокий уровень дохода, и высокую должностную позицию.

С психологической точки зрения эти показатели социально-классовой принадлежности имеют различное содержание. Уровень образования отражает социальные притязания (аспирации) индивида, тогда как материальный и должностной статус – реальные жизненные достижения. Следует отметить, что рассмотренные индикаторы социального статуса, т. е. принадлежности к социальному классу, не являются исчерпывающими. Для определения социального класса можно использовать место проживания (там, где существует соответствующая дифференциация территории – «бедные» и «богатые» районы), характер собственности на жилье (свое или арендуемое), тип жилья (например, наличие собственного дома), место проведения отдыха и т. п. Однако в конкретном исследовании подобные индикаторы выполняют скорее вспомогательную роль.

До середины XX в. наиболее распространенным в социальных науках было членение общества на два («элита» и «масса») или три (высший, средний и низший) класса. Социальной структуре современного общества западного типа наиболее соответствует деление на шесть классов. Такое деление впервые было использовано в Нью-Хевенском исследовании психического здоровья в 50-х гг. XX в. в США, и с некоторыми модификациями применяется до настоящего времени<sup>19</sup>.

*I класс. Высший.* Включает руководителей крупных промышленных предприятий, врачей некоторых специальностей, крупных торговцев, университетских профессоров, юристов и т. п.

*II класс. Высшая страта среднего класса.* Это руководители подразделений в промышленности, инженеры, врачи, преподаватели вузов, владельцы средних торговых предприятий, государственные чиновники и пр.

*III класс. Низшая страта среднего класса.* В него входят школьные учителя, мастера на производстве, владельцы мелких торговых предприятий или заведующие секциями

---

<sup>19</sup> Выделение трех классов, особенно так называемого среднего класса, сохраняется преимущественно в социальной публицистике.



крупных предприятий, офицеры полиции, медицинские сестры и пр.

*IV класс. Высшая страта низшего класса.* Включает бригадиров на производстве, высококвалифицированных рабочих, специалистов сферы услуг (парикмахеры, массажисты), банковских служащих и пр. Эти лица имеют высокий уровень подготовки в рамках своей профессии.

*V класс. Средняя страта низшего класса.* К этой страте относятся рабочие, имеющие определенную специальность, клерки, секретари, рядовые полицейские и пр.

*VI класс. Низшая страта низшего класса.* В этот класс входят люди, имеющие профессиональную занятость, но работа которых не требует никакой профессиональной подготовки. Это, например, подсобные рабочие, грузчики, санитарки медицинских учреждений, дворники.

Две группы населения не входят в приведенную стратификационную структуру. Это «сверхбогатые», чье состояние, как правило, получено по наследству, а также «звезды» эстрады и кино, действующие и бывшие главы государств, владельцы целых отраслей индустрии и т. п. Вторая группа, не входящая в стратификационную структуру, – лица, не имеющие постоянной занятости или другого постоянного источника дохода, а также жилья – «уличные жители».

Социально-классовая структура общества не статична. Соотношение численности различных классов в достаточно динамичных обществах может меняться в течение относительно коротких исторических периодов. В основе подобной динамики лежит один из видов социальной мобильности людей – **классовая (стратификационная) мобильность**.

Различают восходящую и нисходящую стратификационную мобильность. *Восходящая* мобильность имеет своим результатом повышение ранга в стратификационной структуре общества, а *нисходящая* – понижение (дрейф). Подобное повышение или понижение социального ранга может происходить в течение жизни представителей одного поколения (индивидуальная мобильность) или нескольких поколений представителей одной семьи (межпоколенная мобильность).

Существуют некоторые устойчивые закономерности распределения отдельных групп заболеваний по социальным классам. Так, физическим (соматическим) заболеваниям, а из психических заболеваний – шизофрении больше подвержены представители низших классов. Циклофрения (маниакально-депрессивный психоз) чаще присуща представителям высших классов. Проявления девиантного поведения, оказывающие повреждающее влияние на здоровье, чаще встречаются в «полярных» классах – среди «сверхбогатых» и «деклассированных».

В объяснении причины классового градиента здоровья сегодня преобладают две теоретические модели – модель социального стресса и модель социальной селекции.

*Модель социального стресса*, истоки которой находятся в социально-экономическом учении марксизма, основывается на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

*Модель социальной селекции* постулирует, что место индивида в классово-иерархической структуре общества детерминировано его психобиологическими особенностями, дающими ему преимущества в конкурентной борьбе за власть и ресурсы перед другими индивидами. При переходе высокого социального статуса «по наследству» индивид, не обладающий конкурентными преимуществами, теряет статус, «дрейфуя» в более низкий социальный класс.

Имеющийся на сегодня объем эмпирических данных подтверждает скорее модель социальной селекции. Действительно, в современных западных обществах различия в объективных условиях жизни между представителями низших и высших классов не настолько велики, чтобы вызывать различия в уровнях экономического стресса и соответственно в показателях состояния здоровья, однако классовый градиент здоровья

сохраняется. Исследования, кроме того, показывают, что по уровню переживаемого социального стресса классовых различий в этих обществах вообще нет.

Систематически фиксируются, в том числе и в России, лучшие показатели здоровья и физического развития женщин высших классов по сравнению с женщинами низших классов. По ряду заболеваний устанавливается отчетливая нисходящая индивидуальная (алкоголизм) и межпоколенная (шизофрения) социальная мобильность.

Конечно, связь классовой принадлежности и здоровья подвержена влиянию социально-исторической ситуации. На рубеже XIX и XX вв. неврозы считались «болезнью высших классов», однако в «предперестроечной» России они чаще наблюдались в средней страте низшего класса, а «болезнью высших классов» стали сосудистые заболевания головного мозга. В первой половине 90-х гг. XX в. в России наблюдалась уникальная социальная восходящая мобильность больных алкоголизмом.

В отечественной социологической литературе распространилось представление о некоем «размывании», или «распаде», классовой структуры советского общества в условиях современной России. Однако, признавая факт трансформации «советских» классов, особенно высших, правомерно говорить не столько о гомогенизации сложившейся в стране классовой структуры, сколько об усугублении **статусной неконгруэнтности**<sup>20</sup> для большого числа членов российского общества.

По данным выполненных в США медико-статистических исследований, статусная неконгруэнтность существенно повышает вероятность возникновения сердечно-сосудистой патологии (ишемической болезни сердца, инсультов), эндокринных (диабет) и онкологических заболеваний.

В течение всего советского периода статусная неконгруэнтность «образованного класса» была высокой прежде всего из-за низкого уровня материального благосостояния и в период реформ только приобрела еще большие размеры.

Проблема классового градиента здоровья остается центральной для медицинской социологии как с точки зрения социологической теории, так и в плане практических мер по оздоровлению общества. Эта проблема еще далека от своего разрешения. Принятие модели социальной селекции как более адекватной реальности привело сегодня к смещению акцентов социальной политики от «улучшения условий труда и быта» к «развитию человеческого потенциала».

**Тендерные группы и семья.** Различие людей по полу – самоочевидный факт дифференциации человеческой популяции. Тем не менее, при всей наглядности морфологических различий между полами, психофизиологические исследования дают удивительно мало данных, конкретизирующих подобные различия. Социальные же исследования чаще всего вообще приводят к выводу, что поведенческие особенности полов больше детерминированы специфичными для данного пола в данном обществе социальными ролями, нежели биологическими различиями полов.

Именно отсюда возникло понятие **тендера** – социального пола, формирующегося в процессе социализации и проявляющегося в полоспецифичном ролевом социальном поведении, в отличие от биологического пола, детерминированного хромосомным набором индивида. Конечно, здесь нельзя полностью исключать связи сложившегося в обществе распределения социальных ролей с биологической предрасположенностью к выполнению определенных социальных функций, детерминированных биологическим полом.

Если все же такая связь и существует, она не является жесткой. В обществах западного типа разделение общественного труда в соответствии с тендерной принадлежностью скорее отражает престижность отдельных видов занятий. Так, в американском обществе «женской работой» сегодня называют такие виды труда, которые столетие назад назывались «негритянской работой». В США профессия врача

---

<sup>20</sup> Под статусной неконгруэнтностью (неконсистентностью) подразумевается несоответствие обычно высокорелативированных основных индикаторов принадлежности к социальному классу. Примером может служить врач (высокий образовательный статус), торгующий на вещевом рынке (средний материальный и низкий должностной статус).

высокопрестижна и считается «мужской», а в России, где она относится к низкооплачиваемым и потому малопрестижна, – «женской».

Кроме того, помимо крайне выраженных «мужского» (маскулинного) и «женского» (феминного) образцов (паттернов) социального поведения в сложных современных обществах эмпирически выявляется ряд «промежуточных» образцов полоролевого поведения (андрогинность). Хотя предположение о более высокой социальной эффективности андрогинных поведенческих паттернов эмпирически не подтверждается, само их существование сомнений не вызывает. Таким образом, абсолютизация половых различий и понимание их чуть ли не как первичного источника социальной дифференциации, характерные для социологии конца XIX в. – первой половины XX в., сегодня не находят признания.

После Второй мировой войны в западных обществах выявляется устойчивое различие между тендерными группами по показателям состояния здоровья. Женщины демонстрируют более высокий уровень нервно-психической и соматической заболеваемости, однако болезни у них протекают более легко. Мужчины проявляют более высокий уровень психосоматических расстройств, и эти заболевания, так же как и вообще соматическая патология в целом, протекают у них более тяжело.

Смертность мужчин, в отличие от женщин, в большей мере связана с криминальными причинами, травматизмом и алкоголизацией. Средний возраст дожития у мужчин, как правило, ниже, чем у женщин. Сформулированы три теоретические модели, объясняющие тендерные различия в состоянии здоровья.

**1. Социализационная гипотеза** предполагает, что выявляемые различия в состоянии здоровья между полами обусловлены различием реакций на переживаемый стресс и вызванную им симптоматику в зависимости от неформальных (резидуальных) норм, регулирующих полоролевое поведение и усвоенных в процессе социализации. Для женщин при переживании стресса нормативно приемлемо осознавать свое состояние как заболевание и обращаться за медицинской помощью. Для мужчин же проявлять симптомы и обращаться за медицинской помощью нормативно неприемлемо; «мужской» паттерн реакции на стресс диктует алкоголизацию и антинормативное поведение. Поэтому феминный дезадаптационный паттерн чаще фиксируют врачи, а маскулинный – полицейские. Этим же объясняется более высокая смертность мужчин по криминальным причинам и по причинам, связанным с алкоголизацией.

**2. Биологическая гипотеза** связывает особенности состояния здоровья женщин с биологической спецификой строения и функционирования женского организма, обусловленной функцией деторождения. Эта гипотеза хорошо объясняет симптомы так называемого синдрома предменструального напряжения у женщин, а также заболевания инволюционного периода.

**3. Гипотеза «ролевой перегрузки»**, так же как социализационная гипотеза, исходит из общетеоретического представления о стрессе. Предполагается, что если мужчина в современном обществе выполняет две основные социальные роли – «работника» («кормильца семьи») и «отца семейства», то женщина – три: «работницы», «матери семейства» и «воспитательницы детей». Подобная «ролевая перегрузка» является, согласно «инженерной модели» стресса, постоянным источником последнего в выполнении женщиной ее основных социальных ролей.

Следует отметить, что с физиологических позиций модель «ролевой перегрузки» не выдерживает критики. В основание этой модели положено предположение, что человек обладает неким ограниченным объемом физиологической энергии, которую и можно распределять по социальным ролям. Отсюда чем больше ролей, тем больше и каналов распределения энергии, а следовательно, на каждый канал приходится меньше энергии. Поэтому модель «ролевой перегрузки» получила название **канализационной гипотезы**. Количество энергии же, получаемой современным человеком с пищей, вообще не может быть израсходовано в обычных, неэкстремальных условиях, сколько бы социальных ролей он ни исполнял. Безусловно, подобная критика не снимает проблемы влияния семьи и работы на здоровье полов.

**Семья** – первичная малая социальная группа, в основе формирования которой лежат кровнородственные связи. Традиционная семья многопоколенная, ее возглавляет старший по возрасту мужчина, а управление в ней строится на основе авторитарных принципов. Психоаналитическая традиция связывает с такой патриархальной семьей возникновение запретительных социальных норм и государственных образований. Если считать подобную семью действительно первичной формой социальной организации, то следует признать, что в современном обществе семья утратила многие свои первоначальные функции и претерпела существенную трансформацию.

Прежде всего для современной семьи характерна утрата ею производственных функций. Ряд других функций семьи сохранился в рудиментарном виде, поскольку перешел к особым социальным институтам. Так, социализационные функции, особенно передачу необходимой для жизни информации, частично взяла на себя система образования, функции социального контроля – полиция и церковь, защиты – армия, охраны здоровья – система здравоохранения. Поэтому основными функциями современной семьи следует считать *прокреационную* (воспроизводство населения) и *рекреационную* (удовлетворение глубинных эмоциональных потребностей людей в любви, привязанности, понимании, разделенных переживаниях).

В связи с процессами урбанизации существенные изменения претерпевает и структура семьи. Для крупных городов стала типичной *нуклеарная* (ядерная) семья, состоящая из родителей и детей. Тенденция к малодетности, появившаяся во всех развитых странах во второй половине XX в., привела к тому, что в семье, как правило, теперь 1-2 ребенка.

В последние десятилетия распространились структурные виды семьи, ранее не существовавшие или не привлекавшие к себе общественного внимания, – «открытый брак», семьи с гомосексуальными партнерами, семьи с одним родителем, неинституционализированные семьи (длительное или кратковременное сожительство), семьи несовершеннолетних и пр. Их влияние на здоровье общества еще предстоит изучать.

Есть одна важная закономерность трансформации семьи – переход от *авторитарной* семьи к *эгалитарной*, которой присуще более равномерное распределение властных функций между супругами (а иногда и детьми). Эгалитаризм в семейных отношениях вызван серьезными изменениями в идеологии западных обществ и проявляется в распределении внутрисемейных ролей.

Благоприятное влияние семейного окружения на частоту возникновения, течение и исходы как острых, так и хронических соматических заболеваний устанавливается в исследованиях начиная с 50-х гг. XX в. Подобные данные получены для широкого круга патологических состояний – ревматизма, инфарктов, туберкулеза, угрожающего выкидыша, течения послеоперационного периода при операциях на сердце и пр.

Впервые подобные данные появились еще в XIX в. в актуарной (страховой) статистике, показывавшей скорую смерть мужчин после смерти жен. Для объяснения этой зависимости была выдвинута теория «разбитого сердца». В 70-е гг. XX в. ей на смену пришла гипотеза «социальных связей». Она предполагала, что семья – та форма социальных связей, которая, согласно природе человека, необходима ему для сохранения здоровья. На рубеже 1980-1990-х гг. данная гипотеза была развита и операционализирована как семейная социальная поддержка.

В отношении психического здоровья таких однонаправленных закономерностей влияния семьи нет. Семья по-разному влияет на психическое здоровье женщин и мужчин. Среди женщин наиболее высокий уровень психического здоровья проявляют никогда не состоявшие в браке, за ними следуют состоящие в браке, потом вдовы и на последнем месте – разведенные и оставленные партнером. Среди мужчин наиболее высокий уровень психического здоровья наблюдается у состоящих в браке, затем следуют разведенные и вдовцы и на последнем месте – никогда не состоявшие в браке.

Подобные резкие различия в уровне психического здоровья между полами в зависимости от семейного статуса приводят социологов феминистского направления к

выводам о «психологической выгоде брака для мужчин» и о современном браке «как форме эксплуатации женщины в сексистском обществе». Однако в действительности, как показывают углубленные исследования проблемы, отмеченные закономерности во многом объясняются факторами селекции.

Мужчины, страдающие нервно-психическими расстройствами, имеют мало шансов быть выбранными в качестве брачных партнеров, поскольку женщины оценивают потенциального супруга прежде всего с точки зрения выполнения роли «кормильца семьи». Высокая ранняя смертность мужчин-вдовцов находит свое объяснение, во-первых, в анализе причин смерти (чаще всего это причины, связанные со злоупотреблением алкоголем, – массивная алкоголизация начинается после исчезновения сдерживающего влияния жен); а во-вторых, в утрате за время супружества элементарных навыков самообслуживания.

Эмпирические исследования устанавливают, что для мужчин брак, безусловно, выполняет особую «психогигиеническую» функцию. Однако почему подобная функция не прослеживается для женщин? Ответ на этот вопрос лежит в распределении внутрисемейной власти. Психологическое благополучие личности в браке связано с чувством субъективного контроля. В обществах западного типа сохраняются внутрисемейные групповые нормы взаимодействия супругов, предусматривающие выполнение основных властных функций мужчиной.

Во всех индустриально развитых странах XX в. ознаменовался все возрастающей вовлеченностью женщин в процесс общественного производства. Таким образом, профессиональная занятость женщин вне дома стала повсеместным явлением, и в России – раньше, чем в странах Запада. Поэтому влияние профессиональной занятости (работы) женщин на их здоровье стало одной из важных проблем общественного здоровья.

Исследования устойчиво фиксируют более высокий уровень психического здоровья работающих женщин по сравнению с неработающими. Отсюда часто делается вывод об однозначно положительном влиянии профессиональной занятости на психическое здоровье женщин. Но и здесь преимущественное влияние оказывает фактор селекции. Женщины с нарушенным психическим здоровьем либо вообще не начинают работать, либо оставляют работу при первой же возможности, чаще всего – после вступления в брак.

Сравнение же женщин, работающих полный рабочий день, с женщинами, занятыми неполный рабочий день, показывает, что полная занятость менее благоприятна для психического здоровья (прежде всего из-за симптомов невротизации). Конечно, профессиональная занятость имеет для современной женщины существенное моральное значение, однако это значение нельзя отождествлять со здоровьем.

**Возрастные группы.** Сам по себе возраст тоже, безусловно, биологическая переменная, однако человек проходит свой жизненный путь в конкретной социально-исторической и индивидуальной ситуации, оказывающей то или иное повреждающее влияние на здоровье.

Ухудшение физического (соматического) здоровья с возрастом вызывается накоплением (кумуляцией) соматической патологии. «Скорость» подобного накопления отражает, наряду с генетическим фоном, влияние понимаемых в самом широком смысле условий жизни. Именно они определяют биологический возраст членов различных человеческих популяций, а следовательно, и возрастные границы отдельных стадий жизненного цикла. Так, если нижняя граница старости в странах Запада определяется сегодня в 80 лет, то для России, где средний возраст дожития мужчин в течение последнего десятилетия XX в. был менее 60 лет, такое определение старости бессмысленно.

Механизмы ухудшения здоровья с возрастом под влиянием социально детерминированных жизненных обстоятельств впервые описал в конце 1920-х гг. А. Мейер. Его подход получил современное развитие в виде *концепции жизненных событий*. В течение жизни на людей действуют три вида таких событий: исторические, нормативные и ненормативные.

*Исторические события.* Это войны, революции, периоды голода и т. п. Подобные события охватывают большие массы людей, формируют их психологию и оказывают существенное влияние на биологическую основу личности. Поэтому можно говорить о «военном поколении» или поколении «шестидесятников». Наличие существенной прослойки «блокадников» в населении Санкт-Петербурга обуславливает чрезвычайно высокий, по сравнению с Россией в целом, уровень соматической патологии в старшей возрастной группе населения города.

*Нормативные события.* Это те события, которые происходят в жизни всех или подавляющего большинства людей. К ним относится, например, окончание учебного заведения, вступление в брак, рождение детей, поступление на работу.

*Ненормативные события.* Такие события могут происходить, а могут и не происходить в течение жизни. У большинства людей они не происходят. Примеры таких событий: тюремное заключение, тяжелое заболевание, смерть супруга в молодом возрасте.

В традиционных обществах, ориентированных на поддержание стабильности, возраст определяет социальный статус, а следовательно, власть и доступ к ресурсам. В этом отношении советское общество характеризовал традиционализм. Напротив, в динамичных обществах, ориентированных на изменения и развитие, высок социальный престиж молодости. В современных западных обществах это хорошо заметно по распространению молодежной моды и молодежного стиля жизни в целом среди старших возрастных групп.

Влияние социальных факторов на здоровье различных возрастных групп существенно различается в зависимости от пола. В молодом возрасте здоровье мужчин всегда хуже, чем женщин. Это связано с двойной психоэмоциональной нагрузкой мужчин – необходимостью делать профессиональную карьеру и материально обеспечивать созданную семью. Женщины на этом этапе жизненного цикла, как правило, либо прекращают, либо существенно ограничивают свою профессиональную деятельность, сосредоточиваясь на уходе за детьми и их воспитании.

В среднем возрасте показатели здоровья мужчин и женщин выравниваются. Для мужчин становится очевидным «потолок» их профессиональной карьеры, произошло полное овладение специальностью, создана материальная основа семейного благополучия. Поэтому мужчины снижают профессиональные усилия и начинают проявлять больший интерес к семье. Этот феномен получил название «обмена». Однако как раз тогда семья перестает нуждаться в таком внимании. Дети уже вырастают, зачастую покидают родительский дом. Поэтому при неудачном «обмене» в качестве заместительной\* активности у мужчин нарастает алкоголизация, появляются внебрачные сексуальные связи, что может привести к распаду семьи.

У женщин на состояние здоровья в этом возрасте существенно влияют инволюционные изменения (климактерический синдром), сопровождающиеся вторичной психотравматизацией. Эта психотравматизация обусловлена воспринимаемым женщиной снижением своей социальной ценности в качестве сексуального объекта. Уход детей из дома порождает «синдром опустевшего гнезда». На этом этапе жизни женщины проявляют заместительную активность в виде интенсификации или возвращения к профессиональной деятельности, какой-либо общественной работы.

В пожилом возрасте происходит прекращение профессиональной деятельности – выход на пенсию. Влияние выхода на пенсию на здоровье мужчин интенсивно изучалось начиная с середины XX в. Исследования демонстрируют, что при сравнении показателей здоровья работающих и неработающих лиц пенсионного возраста здоровье работающих оказывается лучше. Это явление получило название «эффекта здорового работника». Отсюда обычно делался вывод о благотворном влиянии работы на здоровье в пожилом возрасте.

Фактически же здесь наблюдается обратное направление причинной связи: лица, имеющие лучшее здоровье в предпенсионном возрасте, с большей вероятностью продолжают работать и после выхода на пенсию. Таким образом, влияние прекращения профессиональной деятельности на здоровье практически отсутствует. Здоровье после

выхода на пенсию определяется здоровьем в предпенсионном периоде, но также и общей экономической ситуацией, в которой происходит выход на пенсию.

Не подтверждается в исследованиях и положение о позитивном влиянии на здоровье в пожилом возрасте творческого труда. Представители высших классов, в чьей работе высок удельный вес творчества, в течение жизни формируют широкий круг интересов и чаще рассматривают выход на пенсию как возможность их удовлетворения. Напротив, представители низших классов, чья профессиональная деятельность характеризуется рутинизацией, чаще не находят возможностей заполнить появившееся свободное время и возвращаются к работе.

Для женщин выход на пенсию вообще не становится травмирующим переживанием, поскольку они легко переключаются на «домашние» проблемы, участвуют в воспитании внуков.

### **Здоровье в территориальных общностях**

Расселение – базисная, первичная характеристика организации общества.

Совокупность людей, относительно плотно заселяющих определенную территорию, называется **территориальной общностью**.

Для выделения территориальных общностей может быть использовано три основных критерия:

1. *Географический*. Этот критерий показывает географическое расположение общности и характеризует ее местонахождение в определенной климатической и ландшафтной зоне, в территориально-политических границах.

2. *Инфраструктурный*. Экономический по содержанию, данный критерий описывает основные способы получения членами общности средств к существованию. Сюда относятся промышленные и сельскохозяйственные предприятия, транспортная сеть, торговые пути и центры, учреждения отдыха и туризма и т. п.

3. *Социально-психологический*. Этот критерий описывает субъективное отождествление с общностью отдельных ее членов (идентификация). Такая идентификация основывается на чувстве «мы» и противопоставлении своей общности другим общностям – «они». Подкрепляют идентификацию с общностью некоторые вербальные и поведенческие особенности, широко признаваемые как принадлежащие именно этой общности. Примером здесь могут служить такие «петербургские» бытовые лексические единицы, как «карточка», «булка».

На здоровье членов общности влияют, прежде всего, климато-географические факторы, определяемые территориальным местонахождением общности. В общности реализуется и воздействие социально-структурных переменных, рассмотренное выше. Кроме того, здесь действует ряд присущих именно им факторов здоровья, получивших название **экологических**.

В социологической науке сегодня существуют два альтернативных понимания экологических факторов:

1. *Физические, химические и биологические факторы* окружающей среды, потенциально способные оказывать повреждающее влияние на здоровье человека. Изучение этих факторов составляет содержание научного направления «экологии человека». Поскольку в урбанизированных общностях названные факторы чаще всего имеют техногенное происхождение, т. е. возникают в результате сознательной деятельности человека, «экологию человека» правомерно относить к социальным наукам.
2. *Факторы неравномерного распределения по территории различных видов девиантного поведения* – от психических расстройств до проституции. В этом смысле говорят, например, об «экологии преступности». Такое понимание экологии является собственно социологическим.

В публицистических текстах понятие экологии нередко используется как идиоматическое. Примером здесь может служить «экология культуры» – понятие, не имеющее внятного научного содержания.

**Здоровье городского и сельского населения.** С начала развития цивилизации

два вида поселений стали в истории человечества основными – городские и сельские. По традиции, заложенной Жан-Жаком Руссо в конце XVIII в., сельским поселениям приписывается особо благотворное влияние на здоровье. Руссоистский «естественный человек» близок к природе и не подвержен порокам крупных городов. Болезнь же, в русле иудаистско-христианских религиозных взглядов, служит «возмездием за порочность». В современном общественном сознании эта традиция находит свое выражение в натуропатических представлениях об этиологии (причинах) болезней, способах лечения и оздоровления организма.

Конкретные исследования различий в состоянии здоровья между городским и сельским населением, проводимые в европейских странах с конца XIX в., убедительно свидетельствуют о худших показателях как физического, так и психического здоровья сельского населения. Существует несколько объяснений этого феномена.

1. Более тяжелые и неблагоприятные условия труда и быта на селе по сравнению с городом. Сельский труд осуществляется в условиях минимальной защищенности от воздействия неблагоприятных природных факторов, в сельских поселениях зачастую отсутствуют водопровод, канализация, система сбора и удаления мусора.

2. Низкая доступность квалифицированной медицинской помощи в силу географической удаленности и относительно высокой стоимости медицинских услуг.

3. Традиционализм и консерватизм, присущий сельскому населению в большей мере, чем городскому. Его следствия:

- откладывание обращения к врачам из-за упования на «народные средства» и недоверия к официальной медицине;
- ряд патологических состояний не осознаются как болезни, а осмысливаются скорее в бытовых представлениях;
- высокая латентность таких видов девиантного поведения, как психическая болезнь; стремление к ее сокрытию из-за боязни общественного осуждения;
- жесткая ориентация на групповые нормы, санкционирующие повреждающее здоровье девиантное поведение (например, алкоголизацию).

**Факторы здоровья городского населения.** Социально-статистические исследования, охватывающие достаточно длительные периоды времени (более чем столетие), убедительно демонстрируют параллелизм роста психических и психосоматических заболеваний, других форм девиантного поведения и процессов урбанизации. Поэтому в XX в. стало популярным постулирование причинной связи между этими двумя процессами. Однако прямые исследования влияния факторов городской среды не дают оснований для подобных заключений. По-видимому, и смена паттерна патологии, и рост доли городского населения в его общей численности – проявление действия некоего третьего фактора, а именно общецивили-зационного «сдвига».

Люди, выросшие в сельской местности, при переселении в город переживают негативные эмоциональные состояния, обусловленные восприятием некоторых факторов городской среды, таких как сложность транспортных коммуникаций, бытовая загрязненность территории, недостаточное озеленение, раздражающие запахи и т. п. Однако эти негативные эмоциональные реакции угасают в течение полугода-года и наступает адаптация к урбанизированной среде.

Показатели уровня психосоматических заболеваний (например, мозговые инсульты), состояния семейных отношений (разводы), сексуального поведения (подростковые беременности, заболевания, передающиеся половым путем), суицидов, уголовной преступности характеризуют социальную дезорганизацию территориальных общностей. По этим показателям отдельные территориальные общности сравнимы между собой, что позволяет делать выводы о влиянии территориально-географического фактора на общественное здоровье (макроэкологический анализ).

С позиций урбаносоциологии еще больший интерес представляет анализ различий показателей социальной дезорганизации внутри самих территориальных общностей, таких как крупные города. Подобный анализ выявляет зоны города с высоким



уровнем, например, болезненности по шизофрении<sup>21</sup>, грабежей, проституции и пр., что в сопоставлении с социально-экономическими показателями, характеризующими территорию, позволяет судить о влиянии факторов городской среды на здоровье членов территориальной общности (микрoэкологический анализ).

Из факторов социального управления городом, повреждающее влияние которых на здоровье членов территориальной общности эмпирически доказано, следует назвать дискриминацию отдельных групп населения и бюрократизацию.

**Территориальные перемещения.** Территориальные перемещения (миграция) являются, наряду со стратификационной мобильностью, вторым основным видом социальной мобильности. Типология миграции строится на таких ее признаках, как масштаб и причины.

**Внутригосударственная миграция** подразделяется на следующие виды:

- *Маятниковая* миграция, т. е. миграция в пределах одной территориальной общности. Прежде всего, это ежедневная миграция от мест постоянного проживания к местам работы, но также и сезонная миграция к местам отдыха (рекреационным зонам данного поселения или отдаленным от поселений).
- *Внутриобластная* миграция. Прежде всего это обусловленное урбанизацией перемещение сельского населения в близлежащие крупные города.
- *Межобластная* миграция. Она связана с экономическим районированием территории и отражает, чаще всего, перемещения рабочей силы в экономические регионы, развивающиеся быстрее. Межобластная миграция тоже может носить сезонный характер, что присуще сельскохозяйственным работам.

Основным повреждающим здоровье фактором маятниковой миграции выступает так называемый транспортный стресс. Для внутриобластной миграции характерно внесение паттернов связанного со здоровьем поведения, присущих сельскому населению, в социально-культурную среду городов. Межобластной миграции присущи проблемы психофизиологической адаптации больших масс населения к новым климато-географическим условиям и связанные с этим заболевания.

**Межгосударственная миграция** подразделяется прежде всего по причинам, к которым относятся:

- вынужденная миграция, т. е. обусловленная природными, техногенными или социальными катастрофами, ликвидация последствий которых не под силу тому государству, в котором они произошли;
- экономическая миграция, вызванная стремлением людей к экономическому благополучию;
- политическая миграция, являющаяся следствием политических сдвигов в жизни общества, – революций, гражданских войн, – но также и по причине политического давления, присущего странам с недемократическими режимами.

Уже в первые годы XX в. в США была обнаружена следующая закономерность межгосударственной миграции: нервно-психическое здоровье мигрантов хуже, чем у стационарного населения. В то же время обследования на рабочих местах, напротив, выявляют лучшее нервно-психическое здоровье мигрантов по сравнению с другими работающими («феномен здорового мигранта»). Это объясняется действием фактора селекции, – только мигранты с высоким уровнем нервно-психического здоровья обнаруживают приемлемую адаптацию к новому социокультурному окружению

Ситуация эмиграции содержит в себе целый ряд факторов, оказывающих повреждающее воздействие на нервно-психическое функционирование индивидов. Это утрата социального статуса, бедность, инокультурное окружение, межпоколенный разрыв культурной преемственности в семье. Они порождают специфичные для миграции виды нервно-психических расстройств («невроз эмигрантов», «синдром Персефоны», параноидные состояния по типу «бреда тугоухих»). Установлено, что повреждающее воздействие эмиграции на нервно-психическое здоровье мигрантов тем выраженнее, чем

---

<sup>21</sup> Заболеваемость – уровень заболеваний, выявленных первоначально. Болезненность – уровень данной патологии в обществе, т. е. статистически выявленное в данном году, сравниваемое с выявленным ранее.

больше культурная дистанция между страной исхода и страной пребывания.

Для межгосударственной миграции нередко характерны крайне тяжелые физические условия жизни, предшествующие миграции. Иногда они сопровождают сам процесс миграции. Поэтому у таких мигрантов наблюдаются выраженные расстройства соматического здоровья.

### **Здоровье и социальные организации**

Социальные организации – это общности, создаваемые целенаправленно для производства того или иного материального или нематериального продукта.

В основе любых организаций как целевых общностей лежит биологически присущая человеку способность быть организованным, необходимая для целенаправленной совместной деятельности. Однако только тогда, когда в процессе общественного разделения труда отдельные функции из общего потока деятельности первобытного сообщества стали передаваться социальными организациями, возникли общество, государство и цивилизация.

Социальные организации представляют собой организационные единицы, составляющие структурную основу социальных институтов. Функционирование социальных институтов общества реализуется в деятельности социальных организаций. Основные виды деятельности организаций институционализированы, т. е. осуществляются в интересах достижения конечных целей общества, которые оно ставит перед социальными институтами; на основе общесоциальных норм, регулирующих функционирование данного социального института и посредством способов деятельности, признанных в рамках этого социального института.

Помимо собственно целевой практически все социальные организации выполняют еще и социализирующие функции. Для некоторых организаций, таких как школы, клубы, армейские подразделения (в мирное время), эта функция основная.

В количественном отношении в любом обществе преобладают организации, обеспечивающие биологическое воспроизводство популяции. В российском обществе, еще не вышедшем из исторической фазы построения индустриального общества, это индустриальные организации. Отличие индустриальных организаций от других социальных организаций заключается в том, что они производят материальный продукт.

Прочие социальные организации «производят» нематериальный продукт. Так, редакции газет создают информационный продукт, полицейские подразделения – внутреннюю, а армейские – внешнюю безопасность, медицинские организации – здоровье и т. д. По мере научно-технического развития общества все большее число социальных организаций приобретает характерные черты собственно индустриальных организаций. Поэтому в индустриальном обществе любую социальную организацию вполне обоснованно можно рассматривать как индустриальную.

Рассмотрим многогранное и многоплановое влияние социальных организаций на общественное здоровье.

*Организации создают социально-классовую структуру общества.* Все основные характеристики социальных классов возникают в результате включенности людей в социальные организации. Образование есть результат включенности индивида в различные виды образовательных организаций, причем даваемые ими «шансы» на последующее получение высокого социального статуса в любом обществе неодинаковы. Актуальный социальный статус индивида определяется его местом в иерархической структуре организаций, а материальный доход, как и неформальное социальное влияние, распределяется в обществе в соответствии с внутриорганизационными статусами индивидов.

Все дополнительные характеристики социально-классовой принадлежности, такие как жилье, проведение времени отдыха, место получения образования детьми и пр., также выступают производными от внутриорганизационного статуса.

*Организации формируют инфраструктуру территориальных общностей.* Наиболее яркий пример здесь – монопромышленные города, т. е. поселения, возникшие

как место проживания работников одной индустриальной организации. Наиболее типичны такие поселения для машиностроительной, химической, угледобывающей, текстильной отраслей, железнодорожного и водного транспорта.

Даже если крупные индустриальные организации расположены в уже существующих территориальных общностях, они создают элементы инфраструктуры, прямо или косвенно влияющие на здоровье членов этих общностей. Это, например, медико-санитарные части, транспортные пути, микрорайоны жилой застройки и пр.<sup>1</sup>

*Здоровье общества – декларируемая целевая функция (миссия) целого ряда социальных организаций.* Это учреждения здравоохранения, благотворительные фонды, специализированные полицейские подразделения (например, «полиция нравов»), экологические организации.

*Повреждающее влияние на общественное здоровье могут иметь побочные результаты деятельности социальных организаций.* Так, побочными результатами деятельности политических организаций, всегда декларирующих в качестве своих основных целей счастье и благополучие всех или большинства членов общества, нередко становятся войны – «травматические эпидемии», унесшие в XX в. более 100 млн человеческих жизней, не говоря уже о тяжелом повреждающем воздействии на физическое и психическое здоровье оставшихся в живых.

От таких побочных результатов деятельности следует отличать техногенные катастрофы, возникающие в результате «сбоев» в технологических процессах деятельности индустриальных организаций. Неблагоприятные экологические последствия рутинных технологических операций – предмет деятельности специальных контролирующих организаций, т. е., по существу, связаны с проблемой эффективности социального контроля в сфере экологии.

Наконец, *внутриорганизационные условия деятельности* (организационная среда) могут оказывать благоприятное или неблагоприятное воздействие на здоровье членов организации. В этом воздействии следует выделять три группы факторов.

- Факторы физической среды и/или физических условий деятельности. Эти факторы связаны прежде всего с технико-технологической стороной деятельности организации. Сюда относятся шум, вибрация, температура, скорость движения и загрязненность воздуха, контакт с агрессивными средами или болезнетворными биологическими агентами, информационные потоки, временное давление, режим труда, мышечное напряжение и рабочая поза, монотония.
- + Факторы организационного функционирования. Это вид организационной структуры (иерархическая, плоская или матричная), функционирование каналов организационной коммуникации, система поощрений и наказаний (мотивирование) персонала, возможности профессионального роста и должностного продвижения (карьеры) сотрудников, тип руководства.
- Факторы межличностных отношений работников. Межличностные отношения в организациях создают их неформальную структуру. Интегральной характеристикой неформальной структуры, отражающей преобладающий эмоциональный тон отношений и определяющей психологическое самочувствие индивида в организации, а следовательно, и психическое здоровье ее членов, выступает организационный (социально-психологический) климат. На формирование его оказывают влияние такие характеристики «человеческой подсистемы» организации, как стили лидерства, конфликтность, сплоченность и сработанность в первичных производственных группах, удовлетворенность работой.

В качестве элементов организационного климата следует рассматривать неформальные групповые нормы. Подобные нормы регулируют все важные для организации стороны поведения работника. Существуют такие нормы и в отношении абсентеизма, т. е. несанкционированного руководством отсутствия на работе независимо от причин.

Существование одинаковых профессиональных ролей в различных организациях позволяет выделять особый вид социальных групп – профессиональные группы. Однородность ролевой структуры деятельности представителей этих групп определяет сходство повреждающих факторов организационной среды, действующих на них, что позволяет говорить о профессиональном здоровье и профессиональной заболеваемости.

В организационной структуре многих социальных организаций есть подразделения, чьей непосредственной задачей является сохранение и укрепление здоровья членов организации (медико-санитарные части, здравпункты, ведомственные поликлиники, профилактории). Функционирование подобных подразделений . особенно важно для тех организаций, основная деятельность членов которых осуществляется во внешней по отношению к самой организации среде (армия, полиция, части МЧС и т. п.). Такие организации не могут в достаточной мере контролировать условия деятельности своих членов, а следовательно, и нейтрализовать воздействие возможных агентов, повреждающих здоровье работников.

Влияние всех трех перечисленных групп факторов организационной среды создает определенный уровень *внутриорганизационного стресса*, однако основное повреждающее воздействие на здоровье членов организации оказывает *внеорга-низационный* (экстраорганизационный) *стресс*, главным источником которого становятся изменения во внешней среде организации (научно-технические, экономические и социально-политические). Способность организации адаптироваться к средовым изменениям позволяет снизить уровень повреждающего воздействия внеорганизационного стресса на сотрудников. Неспособность организации адаптироваться к изменениям, – как правило, следствие организационной патологии.

**Организационная патология** – «болезни», связанные с организационным функционированием. К ним относятся:

- структура организации, неадекватная задачам ее деятельности, особенно неопределенность функциональных обязанностей членов организации, дублирование функций, наличие ненужных и отсутствие необходимых структурных подразделений, неясность отношений руководства – подчинения;
- блокирование или нарушение функционирования каналов формальной коммуникации с замещением их функций каналами неформальной коммуникации с распространением по ним сплетен и слухов;
- неадекватная, часто несправедливая в глазах работников система поощрений и наказаний, когда она начинает выполнять, по существу, демотивирующие функции;
- отсутствие гласных механизмов профессиональной карьеры, когда она становится предметом интриг и «подковерной борьбы»;
- бюрократический тип руководства, сосредоточенный на формальной стороне процесса управления в ущерб результатам деятельности;
- пренебрежение жизненными интересами и нуждами работников;
- создание препятствий – «организационных барьеров» – для разработки и внедрения полезных для организации инноваций.

Именно организационная патология вносит основной вклад в формирование неблагоприятного для здоровья работающих организационного климата. По оценке одного из ведущих теоретиков организаций XX в. К. Арджириса, здоровье организации – основная детерминанта здоровья людей в организации.

**Показатели здоровья людей в организации.** Главным таким показателем является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (страховая заболеваемость). Сегодня общепризнано, что как острые заболевания, так и обострения хронических, с коротким (до 10 дней) сроком нахождения на больничном листе, – скорее проявлением абсентеизма, нежели показатели собственно физического здоровья. Важное место среди показателей заболеваемости занимают *профессиональные заболевания* (т. е. такие, для которых доказана связь причины возникновения с условиями труда) и *индустриальные неврозы*.

О состоянии организации позволяют судить также показатели производственного травматизма, прогулов, опозданий и преждевременных уходов с работы, алкоголизации и наркотизации, особенно на рабочих местах. При более широком девиантологическом понимании здоровья организации учитываются также хищения с производства, низкое качество труда (брак), сознательное занижение норм выработки, искажения отчетности и забастовки.

**Эффективность социальных организаций.** Показатели «здоровья» организации отражают ее внутреннюю эффективность. В экономическом плане этот вид эффективности выражается во внутренних издержках производства. Внешняя эффективность соотносится с адаптивностью «поведения» организации во внешней среде. Для индустриальных организаций это прежде всего экономическая среда, а их внешняя эффективность экономически проявляется в росте акционерного дохода.

Конечно, только индустриальные организации с высокой внешней экономической эффективностью могут выделять достаточные средства на программы сохранения и укрепления здоровья своих работников и таким образом снижать внутренние издержки производства.

Для тех социальных организаций, чьей целевой функцией выступает сохранение и укрепление здоровья общества в целом или отдельных больших социальных групп (например, военнослужащих), внешняя эффективность обусловлена «технологической» эффективностью их деятельности.

**Работа и отдых.** Свободное, т. е. не связанное прямо или косвенно с профессиональной занятостью и удовлетворением базисных биологических потребностей (сон, еда, соблюдение требований личной гигиены, уход за детьми), время – необходимая социальная предпосылка для отдыха, восстановления работоспособности, личностного развития, лечения и оздоровительных мероприятий. Отсюда понятно воздействие характера проведения свободного времени (досуговой активности) на здоровье работающих. Уже более полутора веков в литературе обсуждается влияние вида трудовой деятельности на досуговую активность. Кратко поясним две теоретические модели.

1. Модель «переливания» предполагает, что свой досуг люди организуют в соответствии со стереотипом деятельности, сформировавшимся на работе.

2. Модель «компенсации» постулирует, что досуговая активность будет противоположной трудовой активности (т. е. будет компенсировать «дефициты» трудовой деятельности).

Многочисленные исследования подтверждают модель «переливания». «Компенсация» же характерна только для очень тяжелых, физически истощающих видов труда.

**Безработица.** Утрата человеком профессиональной роли неизбежно приводит и к утрате социального статуса, нарушает функционирование во всех других социальных ролях, включая роли «отца» или «матери семейства», «кормильца семьи». Рост безработицы наблюдается в периоды экономических спадов и всегда сопровождается спекуляциями о ее повреждающем влиянии на здоровье общества. Действительно, безработица вызывает ряд вторичных социальных эффектов – бедность, кризисы во внутрисемейных отношениях, деморализацию оставшихся без работы людей, проявляющуюся в росте алкоголизации, суицидальном поведении, криминализации и пр., что, в целом, способствует росту напряженности в обществе.

Однако прямое повреждающее здоровье влияние безработицы устанавливается, как показывают западные исследования, только у лиц с уже пониженным уровнем нервно-психического функционирования.

## **Социальные изменения и здоровье общества**

Социальные изменения – фундаментальный социальный процесс, обуславливающий резкие изменения в общественном здоровье. Хотя социальные изменения реализуются в структурных элементах общества, в основе изменений лежат культурные трансформации

духовной жизни общества.

В течение последних трех столетий в мире наблюдается только одно направление социальных изменений – вестернизация, т. е. усвоение обществами, претерпевающими изменения, ценностей и паттернов социального поведения, изначально присущих западным обществам. Социальные изменения – объективный процесс; воля отдельных индивидов, включая политических лидеров, может его лишь замедлить или ускорить, в той или иной мере исказить течение.

Воздействие социальных изменений на здоровье любого общества универсально повреждающее. Примеры многих обществ, включая российское, наглядно демонстрируют повреждающие эффекты вестернизации на общественное здоровье. Это:

1. уменьшение численности населения в результате снижения среднего возраста дожития (смертности), снижения рождаемости и роста межгосударственной миграции;

2. рост общей и нервно-психической заболеваемости, изменение ее структуры в сторону преобладания заболеваний с более тяжелым течением и исходами, прежде всего – психосоматических заболеваний;

3. рост инфекционной заболеваемости, обусловленный распадом системы контроля над инфекционными болезнями и внутригосударственной миграцией;

4. рост профессиональной заболеваемости и индустриального травматизма из-за снижения внимания к охране труда и технике безопасности вследствие необходимости уменьшения производственных затрат и согласия людей работать во вредных и опасных условиях;

5. появление значительных по объему маргинализированных социальных групп – беженцев, бездомных, безработных;

6. рост всех видов социальных девиаций: преступности, алкоголизации, наркотизма, проституции, самоубийств – и заболеваемости и смертности по связанным с ними причинам (убийства; смерти от острого отравления алкоголем, передозировки наркотиков; заболевания, передающиеся половым и инъекционными путями);

7. экономическая (материальная) депривация больших групп населения, приводящая к обнищанию, сопряженному с нехваткой средств на полноценное питание, одежду, лекарства, средства личной гигиены, оплату жилья;

8. неспособность институтов контроля нейтрализовать негативное влияние социальных изменений на общественное здоровье в своих сферах деятельности (экономика, право, промышленность и пр.).

Факторы, действующие на здоровье населения в условиях социокультурной трансформации общества, вызывают у больших масс населения состояние, получившее название **стресса социальных изменений**. В нем можно выделить *морально-психологическую* и *экономическую* составляющие.

Для периодов социокультурных трансформаций характерна потеря регулятивного значения социальных норм (аномия по Э. Дюркгейму). Прежние социальные нормы теряют свою адаптивную функцию, а новые еще не сформировались или не усвоены (не интернализированы) большинством членов общества. По словам М. Оплера, существует параллелизм между социодинамическими процессами в обществе и психодинамическими процессами в индивидуальной психике. Отсюда быстрые социальные изменения приводят к состоянию деморализации широких слоев населения.

Показано, что такие социальные катастрофы, как, например, войны, дают менее деморализующие эффекты, чем социальные изменения. Это связано с тем, что социальным изменениям присуще резкое имущественное расслоение населения, тогда как в условиях социальных катастроф возникает феномен «разделенного горя».

Подавляющему большинству людей свойственно негативное отношение к социальным изменениям, – «консервативный синдром», – и не только из-за угрозы социально-профессиональному и материальному статусу, но и из-за нарушения чувства исторической и культурной преемственности. Поэтому формирование в процессе первичной социализации готовности к жизни в условиях изменений выступает важным фактором резистентности к повреждающему воздействию стресса социальных изменений.

Ориентацию на стабильность, присущую российской культуре воспитания, в отличие от американской ориентации на изменения, подчеркивает Т. Парсонс.

Воспринимаемое экономическое положение само по себе служит основным, внутренним для общества источником изменений и проявляется в политическом давлении, оказываемом обществом на правительство. Согласно модели Б. Штрюм-пеля, под влиянием такого давления правительства начинают экономические реформы. Поскольку подобные реформы всегда требуют структурных макроэкономических изменений, в том числе и перераспределения ресурсов общества из сферы потребления в сферу производства, возникает высокий уровень экономического стресса населения. Люди могут либо согласиться, либо не согласиться переносить экономический стресс, чем и обусловлена успешность реформ. Неуспешные экономические реформы еще больше повышают уровень экономического стресса.

На социальной структуре общества социальные изменения отражаются следующим образом. Часть представителей высокостатусных групп сохраняют и укрепляют свои позиции. Кроме них в элите оказываются представленными и некоторые прежде низкостатусные группы меньшинств – религиозных и/или национальных. Материальные трудности, как показывают исследования, тяжелее всего переживают, с точки зрения состояния здоровья, представители высших классов, поскольку, в отличие от представителей низших классов, у них нет навыков жизни в бедности.

Распределение внутрисемейных ролей меняется в направлении **аболиционизма**, т. е. освобождения женщин от неквалифицированного домашнего труда и равного распределения властных функций в семейной группе. Снижается социальный престиж представителей старшей возрастной группы, поскольку младшие поколения утрачивают ценности жизненного и социального опыта, приобретенного в иных общественных условиях.

Наиболее ярко социальные изменения проявляются в территориальных общностях, поскольку они выступают основным видом социальных общностей, где реализуются изменения. Глубокие трансформации претерпевают социальные организации; даже сравнительно небольшие социокультурные изменения требуют крайне выраженных изменений в организациях.

Несмотря на столь тяжелые популяционные эффекты социальных изменений, исторический анализ показывает удивительно быстрое восстановление численности и здоровья популяции после реализации необходимых для общества изменений. В последнее десятилетие специалисты Всемирной организации здравоохранения говорят о возможности избежать негативных последствий вестернизации на здоровье населения путем **аккультурации**, т. е. сбалансированного сочетания элементов западной и собственной (нативной) культуры.

### ***Система здравоохранения как институт социального контроля***

Некоторые функции социального контроля, выполняемые системой здравоохранения, в социологическом плане очевидны. Это:

1. Легитимизация статуса больного и его документальное закрепление в виде больничных листов, справок, свидетельств об инвалидности.

2. Государственный контроль над потенциально повреждающими здоровье населения факторами в сферах воспитания и образования, питания, расселения, промышленного производства, лечения заболеваний.

3. Превентивные и коррекционные мероприятия в отношении душевнобольных, демонстрирующих социально опасное (антисоциальное) девиантное поведение (госпитализация, диспансерное динамическое наблюдение, лечение психотропными препаратами).

Однако система здравоохранения выполняет и ряд неочевидных функций социального контроля (так называемый «мягкий контроль»).

**Поддержание социальной дифференциации здоровья в обществе.** Содержание этой функции определяется неодинаковой доступностью профессиональной

медицинской помощи представителям различных социальных классов. Любые известные системы организации медицинской помощи, включая социалистическую, предоставляют более своевременную, качественную и квалифицированную помощь представителям высших социальных классов по сравнению с представителями низших классов.

**Внедрение в общественное сознание профессиональных медицинских представлений.** Усвоенные населением, такие представления влияют на поведение людей в основных сферах их жизнедеятельности. Примерами могут служить рациональное питание, использование контрацептивов для ограничения рождаемости, проведение досуга – активный отдых, применение непрописанных психотропных средств и т. п. Важно подчеркнуть, что система здравоохранения часто предоставляет не только информацию, но и технологии изменения социального поведения (например, обучение релаксационным техникам).

**«Этикетирование» личности в результате постановки медицинского диагноза.** Постановка медицинского диагноза «этикетировывает» личность, определяя реакции на нее со стороны социального окружения. Все поведенческие проявления человека трактуются как признаки заболевания и ведут к ужесточению социальной реакции на девиантное поведение в виде репрессивных мер. Так формируется «девиантная карьера», в результате которой в случае психиатрического диагноза человек становится хроническим душевнобольным (Шефф). Закономерности «девиантной карьеры» обнаружены и в формировании криминального поведения – рецидивизма (Лемерт), только здесь «этикетизирующие» функции выполняет правоохранительная система, устанавливающая статью, по которой назначается наказание.

Итак, сравнительный анализ состояния здоровья в различных обществах, между структурными элементами одного и того же общества, а также на стадиях стабильного развития и резких социальных изменений в обществе убедительно показывает базисное, определяющее значение социальных аспектов жизнедеятельности человеческих сообществ для здоровья их членов.

### ***Контрольные вопросы***

1. Почему здоровье может рассматриваться как социальный феномен?
2. Раскройте сущность девиантологического подхода к общественному здоровью; охарактеризуйте связи социологического и психологического подходов к изучению здоровья общества.
3. Изложите основные конкретно-методологические подходы к социологическому изучению здоровья.
4. Дайте определение понятия классового градиента здоровья. Приведите основные теоретические модели, объясняющие классовый градиент.
5. Как влияют на здоровье образование, материальное положение, должностная позиция?
6. Дайте определение статусной неконгруэнтности (неконсистентности). Опишите ее влияние на здоровье.
7. Охарактеризуйте показатели здоровья тендерных групп. Назовите теоретические модели, объясняющие различия в состоянии здоровья в зависимости от пола.
8. Охарактеризуйте влияние семьи на здоровье мужчин и женщин. В чем причины различий в этом влиянии?
9. Каковы основные механизмы влияния возраста на здоровье? Покажите соотношение влияния социальных и биологических факторов на процесс старения.
10. Опишите факторы, влияющие на здоровье мужчин и женщин в течение жизненного пути.
11. По каким критериям определяются территориальные общности? Охарактеризуйте содержание социально-экологического подхода к здоровью членов территориальной общности.
12. Перечислите показатели социальной дезорганизации территориальных общностей. Как они позволяют охарактеризовать городскую территорию?
13. Опишите связь здоровья с территориальными перемещениями населения.
14. Дайте определение социальных организаций. Перечислите механизмы влияния социальных



организаций на здоровье общества.

15. Дайте определение организационной патологии, перечислите ее признаки.

16. Что позволяет выделять в обществе профессиональные группы и говорить о профессиональном здоровье?

17. Охарактеризуйте основные теоретические модели, описывающие соотношение трудовой деятельности и досуговой активности.

18. Охарактеризуйте основные механизмы действия стресса социальных изменений на здоровье популяции и общества.

19. Приведите функции социального контроля, очевидно и неочевидно выполняемые системой здравоохранения.

## **Литература**

1. Актуальные проблемы девиантного поведения (борьба с социальными болезнями). Ежегодник / Под ред. Б. М. Левина. – М.: Ин-т социологии РАН, 1995.

2. *Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М. и др.* Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. – СПб.: Социологический ин-т РАН, 2001.

3. *Гилинский Я. И., Юпацкевич П. И.* Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: Учеб. пособие. СПб.: СПб филиал Ин-та социологии РАН, 1999.

4. *Гурвич И. Н., Фомин Э. А., Хлопушин Р. Г., Лисовский А. В.* Деятельность благотворительных фондов и социальные изменения в современном российском обществе: опыт эмпирического исследования социальной эффективности деятельности Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) в Северо-Западном регионе России // Благотворительность в России: Социальные и исторические исследования / Под ред. О. Лейкинда. – СПб.: Лики России, 2001. - С. 131-184.

5. Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Под ред. Я. И. Гилинского. – СПб.: Але-тейя, 2000.

6. Демография и экология крупного города / Под ред. Н. А. Толоконцева, Г. М. Романенковой. – Л.: Наука, 1980.

7. Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями / Под ред. Б. М. Левина, Л. Н. Рыбаковой. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1988.

8. *Изуткин А. М., Петлеико В. П., Царегородцев Г. И.* Социология медицины. – Киев: Здоров'я, 1981.

9. Качество населения Санкт-Петербурга / Под ред. Б. М. Фирсова, С. И. Голода, Н. Л. Русиновой. – СПб.: СПб филиал Ин-та социологии РАН, 1993.

10. *Леей Л., Андерсон Л.* Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. – М.: Экономика, 1979.

11. Проблемы социального развития крупных городов: Человек и общество. Выпуск XIX. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1982.

12. Профессиональная гигиена: контроль за состоянием производственной среды и здоровьем человека: Доклад Комитета экспертов ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1975.

13. Социальное планирование в промышленности и проблемы его эффективности: Человек и общество. Вып. XVIII. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1978.

14. Социальные отклонения. – 2-е изд. – М.: Юридическая литература, 1989.

15. Социологические исследования в медицине и здравоохранении: Сборник научных статей / Под ред. В. В. Канепа, Г. Я. Орлеана, Г. С. Попова и др. – Рига: РМИ, 1981.

16. *Томлин С. А.* Демография и социальная гигиена. – М.: Статистика, 1973.

## Глава 8. ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КУЛЬТУРА

### *Представления о душевном здоровье в истории европейской философии*

Душевные страдания изначально сопровождали человека. Они возникали при встрече со смертью, болезнями, предательством, одиночеством, несчастной любовью. Но род людской не мог допустить, чтобы горести жизни лишали индивида желания жить и трудиться. Развитие науки, технический прогресс и социальные преобразования способствовали созданию более комфортных условий существования. Однако они были бессильны перед многими обстоятельствами, порождавшими душевные муки. Человеческий ум искал способы внутренней защиты индивида от страданий. Характеристику человека, которая определяет его способность справляться со сложными (главным образом неблагоприятными) обстоятельствами своей жизни, сохраняя оптимальный эмоциональный фон (или достаточно быстро возвращаясь к нему после пережитого аффекта) и адекватность поведения, мы обозначаем как **душевное здоровье**. Это понятие будет раскрыто и обосновано далее в данной главе. В этом же разделе мы сделаем краткий обзор представлений о душевном здоровье и путях его обретения, сложившихся в истории европейской философии.

Прежде всего следует отметить, что выражение «душевное здоровье» часто упоминается греческими философами для обозначения идеального и нормального состояния человеческой психики. Проводя аналогию между здоровьем телесным и душевным, античные мыслители утверждали, что философия способна избавить человека от душевных мук; более того, именно в этом состоит ее предназначение. Вот как говорил об этом Эпикур:

Пусты слова того философа, которыми не врачуется никакое страдание человека. Как от медицины нет никакой пользы, если она не изгоняет болезней из тела, так и от философии, если она не изгоняет болезни души [6, с. 232].

Человеческая душа, ее внутреннее устройство, отношение к эмпирической реальности и трансцендентному миру традиционно является сферой философских размышлений. Трактровка этих предметов закономерно связана с общими представлениями об устройстве мира и месте человека в нем, принятыми в той или иной философской системе. В отличие от науки, которая стремится добыть объективное знание, философия не ограничивается этой целью. Она пытается помочь человеку найти жизненные ориентиры, выстроить свое поведение. Эту же задачу решают мифология и религия. Б. Рассел так определяет специфику философии:

Философия... является чем-то промежуточным между теологией и наукой. Подобно теологии, она состоит в спекуляциях по поводу предметов, относительно которых точное знание оказывалось до сих пор недостижимым; но, подобно науке, она взывает скорее к человеческому разуму, чем к авторитету, будь то авторитет традиции или Откровения [8, с. 9].

К приведенному высказыванию хотелось бы добавить следующее. Предметы, находящиеся в ведении религии, непостижимы в принципе, а не «до сих пор». Это делает философию и психологию – наследницу философии в поисках экзистенциальных ориентиров – открытыми тому опыту, который добывался мистическим созерцанием и непосредственным переживанием реальности человеческого бытия.

Значение религии для решения проблемы душевного здоровья особое. Христианская религия – одна из важнейших основ европейской культуры – помогала в прошлом и помогает сегодня многим верующим в обретении душевного здоровья. Но это, если можно так сказать, побочный результат ее миссии. Ведь главная задача религии – не излечивать душу, а спасать ее. Об этом, в частности, писал В. Франкл [10, с. 334-337].

В настоящее время психологи практически помогают людям укреплять душевное здоровье и исследуют содержание этого процесса в теоретических разработках. Совершенствованию этой деятельности помогает знание исторического опыта решения

проблемы душевного здоровья. Чтобы написать сколько-нибудь полную историю философских воззрений на душевное здоровье, потребуются усилия многих исследователей и немалое время. Поэтому мы наметим лишь некоторые контуры этой работы. При этом особое внимание будет уделено взглядам античных мыслителей, поскольку в их рассуждениях, как нам кажется, представлены все основные проблемы, которые в дальнейшем становились предметом размышлений европейских философов.

Родиной философии принято считать античную Грецию. На развитие древнегреческой, а затем европейской философии, а также на создание некоторых мистических учений и христианства оказал огромное влияние культ Диониса. Корни этого культа уходят в древнейшие обряды плодородия, в дальнейшем Дионис стал богом вина и виноделия. На празднике, посвященном ему, полагалось переживать состояние экстаза. Оно выражалось в буйных танцах, беспорядочных сексуальных контактах и совершении поступков, невысказанных в повседневной жизни, например разрывании на части и поедании мяса диких животных. В совершении этого культа активно участвовали женщины, которые обычно вели весьма скромный затворнический образ жизни. Дионисийские праздники позволяли снять эмоциональное напряжение, возникавшее из-за подавления в повседневной жизни естественных инстинктивных влечений. Однако они имели и более глубокий смысл. Подчинение нормам поведения, обязательным в любом сообществе, делает возможным сосуществование людей, обеспечивает им относительную безопасность, однако оставляет субъективное ощущение несвободы, скуки и бессмысленности жизни. Следуя своим глубинным желаниям, участники дионисии переживали «энтузиазм» (*enthusiasmos*) – так называлось чувство единства с богом, которое они в эти моменты испытывали. Оба этих состояния – добровольное подчинение требованиям культуры и нарушение их – оказываются необходимыми для полноценной человеческой жизни. Психологическое объяснение этой двойственности дал К. Г. Юнг в своей концепции индивидуации.

Под влиянием культа Диониса в VI в. до н. э. в Греции возникает **орфизм** – религиозно-философское учение, основателем которого, по преданию, был Орфей, легендарный пророк и музыкант, способный своей игрой на лире завораживать богов и людей, укрощать диких животных. Он был растерзан вакханками, но голова его продолжала пророчествовать и творить чудеса. Последователи нового религиозного учения считали, что Орфей научился тайной мудрости в Египте. И действительно, в концепции орфизма есть немалое сходство с восточными мистическими учениями. В основе орфизма лежит дуалистическая концепция мира и человека: свету противостоит тьма, порядку – хаос, мужскому началу – женское. Есть в орфизме и идея верховного Единства – это обожествленная стихия: она выступает в разных текстах как мировое Лоно или Хронос. В орфизме разработана космогония и теогония, которая повествует о борьбе враждующих начал в пределах единого мироздания. Человек появляется в результате этой борьбы и несет в самом себе противоречие. По преданию, человек возник из пепла, в котором была перемешана божественная природа – прах сожженного Диониса – и титаническая. Таким образом, природа человека для орфиков изначально двойственна. Титаническое начало пробуждает в человеке стихийное начало, подчиняет его плоти, а Дионисова сущность делает свободным его дух. Эта трагическая дисгармония, как сказано в «Орфических гимнах», есть «многострадальных людей начало и первоисточник»<sup>22</sup>. Последователи орфического учения видели возможность обрести гармонию в том, чтобы слушаться голоса божества и развивать в себе Дионисово начало. Для этого были учреждены тайные мистерии, содержание которых остается скрытым до сих пор. Орфическая теософия строго разделяла душу и тело, причем все материальное и телесное считалось нечистым. Повседневная жизнь приверженцев этого учения подчинялась строгим правилам. Орфик был обязан вести неустанную борьбу с титанизмом в своем сердце, блюсти заветы добра в поступках. Запрещалось употреблять животную пищу, предписывалось соблюдать принципы аскезы. Б. Рассел пишет, что «благодаря влиянию этих сообществ возникла концепция философии как образа жизни» [8, с. 37].

В этот же период творит **Пифагор**, чья мудрость была столь прославлена, что

<sup>22</sup> Цит по: Мелья А. В. История религии: В поисках Пути, Истины и Жизни: В 7 т. Т. 4. - М., 1991 – 1992.

некоторые современники считали его потомком самого Аполлона. В наше время

О нем пишут как о великом ученом, философе и мистике. В наследии Пифагора причудливо сочетаются строгие математические расчеты и суеверия. Его учение носило эзотерический характер; последователи давали обет не разглашать содержание его бесед, и текстов после себя он не оставил. Восстановить доктрину Пифагора позволяют высказывания его современников и потомков. Его идеи имеют непосредственное отношение к душевному здоровью, поскольку основным предметом размышлений Пифагора была гармония, которую он находил в устройстве мироздания, соотношении чисел, музыкальных созвучиях и человеческой душе. Пифагор первый использовал слово «космос», называя так Вселенную. Гармония Вселенной, по Пифагору, возникает благодаря согласованию враждующих сил, таких как свет и тьма, предел и беспредельное, покой и движение, хорошее и дурное, чет и нечет, мужское и женское и т. п. Как свидетельствует Аристотель, пифагорейцы «говорят, что душа есть некая гармония, а гармония есть смешение и сочетание противоположностей» [2, т. 1, с. 286]. Слушая «гармонию сфер», душа человека настраивается на высший порядок, присущий Космосу. Другой путь приобщения к гармонии мироздания – занятия математикой, поскольку погружение в мир чисел открывает человеческому интеллекту гармонию бытия, недоступную чувствам. Также для настройки души в лад с космическим порядком человек должен был стремиться к просветленности, соблюдать меру в мыслях, чувствах и действиях, воспитывать в себе целомудрие, сдержанность, миролюбие, уважение к древним учениям, отказаться от убийства животных<sup>23</sup>. В южноиталийском полисе Кротон Пифагор основал свою школу. Это был замкнутый союз ученых, куда принимали лишь после длительных испытаний. Его члены имели общее имущество, пищу, распорядок дня, в который были включены занятия науками, гимнастикой и музыкой. Пифагорейский союз подвергся жестокому разгрому. Дом, где собирались члены общины, был подожжен. В нем погибли многие последователи учения Пифагора, оставшиеся в живых бежали в другие города Италии и Греции. Просуществовала пифагорейская школа два столетия – с последней трети VI по вторую половину IV в. до н. э.

Авторитет пифагорейской школы был столь высок, что и после того, как она прекратила свое существование, появлялись сочинения, в которых излагались взгляды, приписывавшиеся древним пифагорейцам, и складывались представления о пифагорейском образе жизни. В этот же период создается текст, который в IV в. н. э. получил название «Пифагорейские Золотые стихи». Как полагают исследователи, он включает разнородные отрывки, считавшиеся ко времени создания пифагорейскими. Они содержат практические наставления в духе пифагорейского учения, предписывают умеренность, заботу о физическом здоровье, соблюдение пищевых запретов, благоразумное поведение, почитание родителей и богов:

Прежде всего почитай бессмертных богов, соблюдая  
Их старшинство согласно закону, и верным будь клятве,  
Славных героев, подземных демонов чти по закону,  
Мать и отца уважай, проявляй внимание к ближним,  
С теми, кто доблестью всех превосходит, поддерживай дружбу.  
Делать старайся полезное людям и следуй советам.  
Не обижайся, сколь можешь, на друга за мелкий проступок...  
И не предавайся обжорству,  
Сон ограничь, научись обуздывать гнев и желанья.  
Не совершай ни сам, ни с другими постыдных деяний,  
Пусть – что важнее всего – твоим главным судьей станет совесть.  
Быть всегда в словах и поступках стремись справедливым  
И никогда старайся себя не вести безрассудно,  
Но запомни, что неотвратима для смертных кончина  
И что богатство то прибывает, то убывает.  
Смертным по воле богов могут выпасть на долю страданья –  
Ропот смири на судьбу, каким бы ни был твой жребий,  
И утешенье себе постарайся найти, если можешь...<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Мень А. В. Указ. соч. Т. 4. С. 64.

<sup>24</sup> Гиерокл. Пифагорейские Золотые стихи с комментарием философа Гиерокла. – М., 1996. – С. 29-31.

Соблюдая правила поведения и благодаря рассудку, человек может постичь «мироздания бессмертных и смертных устройство», поскольку «божественный род присутствует в смертных». Перед тем, кто руководствуется подлинным знанием, открывается благая перспектива: «Душу свою исцелишь и от множества бедствий избавишь», а покинув тело, «Станешь нетленным и смерти не знающим богом».

Как пишет современный исследователь и переводчик «Пифагорейских Золотых стихов», подобные сборники назидательных изречений, касающихся самых разных сторон жизни, от этики и религиозных заповедей до бытовых предписаний, были широко распространены в эпоху античности. Обычно такие наставления представляли собой афоризмы, выраженные в стихотворной форме – так называемые *гномы*. «Эта гномическая литература была народной формой философствования, заимствовавшей известные выражения у авторов, но в еще большей степени использовавшей народную мудрость, заключенную в пословицах»<sup>25</sup>. В составлении сборников афоризмов принимали участие известные поэты, такие как Солон, Феогнид и Фокилид.

К VI в. до н. э. относятся сведения о первых натурфилософских системах. Рассуждая о природе, философы мыслили ее в единстве с человеком. Гераклит, описывая мироздание как упорядоченный всеобщим логосом космос, утверждал, что людям следует стремиться к познанию природы вещей и руководствоваться этим знанием в своей жизни. Природа логоса, по Гераклиту, – огненная, и такой же становится душа человека, который подчиняется космическим законам:

Пьяный, ведомый ребенком, шатается, и не замечает, куда идет, ибо влажна его душа... Сухая, сияющая огненная душа – мудрейшая и наилучшая [2, т. 1, с. 67].

Антифонт из Афин, живший во второй половине V в. до н. э., размышляя о соотношении природных и социальных законов, утверждал, что хотя общественные законы полезны и соблюдать их следует, более важны для человека законы природы, поскольку общественные предписания произвольны и установлены людьми, а требования природы «суть самовозникшие (врожденные начала)». В то же время «многие [предписания, признаваемые] справедливыми по закону, враждебны природе [человека]...[В поступках, противоречащих природе], заключается [причина] того, что люди страдают больше, когда можно было бы меньше страдать, и испытывают меньше удовольствий, когда можно было бы больше наслаждаться, и [чувствуют себя] несчастными, когда можно не быть таковыми» Поэтому «человек будет извлекать для себя наибольшую пользу из применения справедливости, если он в присутствии свидетелей станет соблюдать законы, высоко их чтя, оставаясь же наедине, без свидетелей, [будет следовать] законам природы» [2; т. 1, с. 320-321]. Так за двадцать пять веков до З. Фрейда была высказана одна из основополагающих идей его революционного учения. Уместно также вспомнить рассуждения психолога второй половины XX в., а именно А. Маслоу, о «сопротивлении аккультурации», свойственном душевно здоровому человеку, и о необходимости «подчиняться глупостям своей культуры», когда это требуется. Совпадение позиций свидетельствует, по-видимому, о том, что этими мыслителями зафиксированы закономерности, которые носят достаточно общий, если не универсальный, характер.

В высказываниях Демокрита, жившего в V-IV вв. до н. э., можно найти описание состояния душевного здоровья в его субъективной данности. Демокрит называет это состояние разными словами, и среди них – *euthumia*, что переводится как «благое состояние духа».

«Оно не тождественно наслаждению, как превратно толковали его некоторые. Это такое состояние, при котором душа пребывает в спокойствии и равновесии, не волнуемая никакими страхами, суевериями и другими переживаниями»<sup>26</sup>.

Благое состояние духа Демокрит называет счастьем, а также уравновешенностью, гармонией, соразмерностью, безмятежностью; он считает, что возникает оно «в

<sup>25</sup> Петер И. Предисловие // Пифагорейские Золотые стихи с комментарием философа Гиерокла. – М., 1996.-С. 12.

<sup>26</sup> Лурье С. Я. Демокрит. Тексты. Переводы. Исследования. – Л., 1970. – С. 373.

результате разграничения и отбора радостей», а также «благодаря умеренности в наслаждениях и умеренной жизни». Кроме того, «тот, кто стремится к благому состоянию духа, не должен сверх меры заниматься ни частными, ни общественными делами, а в своей деятельности не брать на себя ничего сверх своих сил и природных способностей». Еще одно важное проявление и условие душевного здоровья – то, что современные психологи называют адекватной самооценкой и самодостаточностью личности, умением доверять себе и полагаться на себя.

Человек, который доволен собой, себя не презирает, а радуется и любит себя за то, что он одновременно и свидетель, и созерцатель прекрасного; это показывает, что разум уже питается и пускает корни внутри него самого и... он приучается получать удовольствие от самого себя<sup>27</sup>.

Образ человека, достигшего совершенной внутренней гармонии, запечатлен в диалогах Платона, повествующих об истории осуждения и смерти **Сократа**. («Апология Сократа», «Критон», «Федон»). Диалоги Платона нельзя рассматривать как достоверный исторический источник: это философские и одновременно художественные произведения. К тому же они носят апологетический характер, поскольку Платон преклонялся перед своим учителем. Однако в данном контексте для нас не имеет значения, насколько точно переданы слова Сократа и отражают ли они его реальные мысли и чувства. Важно, что в этих диалогах зафиксированы представления одного из влиятельнейших мыслителей в истории европейской философии о том, какие качества помогают человеку сохранить душевное равновесие и адекватность поведения перед лицом самой смерти. Именно стойкость Сократа поражает его учеников). Что же дает ему душевные силы для того, чтобы спокойно принять несправедливое осуждение и готовиться к казни?

Прежде всего, уверенность в том, что он исполняет свой долг, который состоит в поиске истины и наставлении сограждан в благом образе жизни. Эту обязанность, как утверждает Сократ, он получил от богов и изменить ей не вправе. Он сравнивает свое предназначение с воинским долгом:

Если бы теперь, когда меня Бог поставил в строй, обязав, как я полагаю, заниматься философией и испытая самого себя и людей, я бы вдруг испугался смерти или еще чего-нибудь и покинул бы строй, это был бы ужасный поступок [с. 290]<sup>28</sup>.

В основе речей и поступков Сократа лежит, как свидетельствуют тексты диалогов, определенная и всесторонне осмысленная система ценностей. Эти же представления о правильной жизни он стремится передать своим согражданам:

Раз ты – афинянин, гражданин величайшего города, больше всех прославленного мудростью и могуществом, не стыдно ли тебе заботиться о деньгах, чтобы их у тебя было как можно больше, о славе и почестях, а о разумности, истине и душе своей не заботиться и не помышлять, чтобы она была как можно лучше [с. 291].

В этой иерархии ценностей душевное совершенство имеет несомненное преимущество над материальными благами, личные достоинства – над социальным признанием, честь – над сохранением жизни любой ценой, разумное рассуждение – над чувственными впечатлениями и аффектами. Этим ценностям соответствует поведение истинного философа: неустанное стремление к познанию, отвага и мужество в отстаивании истины, воздержанность в телесных благах. Говоря это своим ученикам, сам Сократ, по их свидетельству, именно так и вел себя в жизни: пренебрегал чувственными удовольствиями, был беден, не искал славы. Таким образом, его поступки находились в полной гармонии с его убеждениями.

Жизнь философа, однако, протекает в определенном социальном окружении. Как же поступает душевно здоровый человек, если его представления о долге и правильном поведении приходят в конфликт с законами, обычаями и ожиданиями окружающих людей?

Из замечаний учеников и высказываний самого Сократа видно, что его поведение

<sup>27</sup> Лурье С. Я. Демокрит. Тексты. Переводы. Исследования. – Л., 1970. – С. 378.

<sup>28</sup> Здесь и далее до особых указаний цит. по: Платон. Избранные диалоги. – М, 1965.

часто не соответствовало общепринятому. Так, он мало обращал внимания на свой внешний облик (афиняне же, как известно, были довольно взыскательны в этом отношении). Мог остановиться на улице в раздумье и провести так несколько часов, не замечая насмешек прохожих, и т. д. Сократ уклонялся от общественной деятельности. Он объяснял это тем, что, исполняя ее, невозможно следовать представлениям о честном выполнении своего долга:

Неужели я, по-вашему, мог бы прожить столько лет, если бы занимался общественными делами, и притом так, как подобает порядочному человеку, – спешил бы на помощь правым и считал бы это самым важным, как оно и следует? никоим образом, афиняне!

Да и никому другому это невозможно. А я всю свою жизнь оставался таким и в общественных делах, насколько в них участвовал, и в частных: никогда и ни с кем я не соглашался вопреки справедливости [с. 295].

Итак, можно сказать, что уверенность в своем предназначении определяла взаимодействие философа с окружающими людьми. Она позволяла игнорировать те ожидания, которые противоречили принятой им системе ценностей, и она же заставила Сократа подчиниться приговору афинского суда.

Представление о своем долге гражданина побудило Сократа отказаться от побега, которые его друзья предлагали ему совершить. Объясняя свое решение, Сократ говорил о том, что считает себя сыном Отечества, обязанным исполнять его законы:

Отечество надо либо переубедить, либо исполнять то, что оно велит, а если оно приговорит к чему-нибудь, то нужно терпеть невозмутимо, – будут ли то побои или оковы, пошлет ли оно на войну или на смерть [с. 319].

В этом Сократ видел долг свободного человека: лишь «негодный раб» стремится избежать наказания, вопреки обязательствам и соглашениям. Показательно, что Сократ не обсуждает справедливость законов, обрекающих его на смерть. Важно, говорит он, что эти законы были приняты им сознательно и добровольно. Сократ напоминает, что афинские законы позволяют гражданину, не согласному с ними, покинуть Афины, сохраняя свое имущество. Тот же, кто остался и продолжает пользоваться благами государства, должен повиноваться законам, которые поддерживают общественную жизнь его граждан.

Сократ следует своим убеждениям и в том, что отвергает возможность смягчить приговор, вызвав у судей сочувствие. Верный принятому на себя обязательству поучать сограждан, он поясняет это так:

Долг судей – творить суд по правде, а не по произволу миловать того, кто сумеет их разжалобить, поэтому не следует приучать судей нарушать присягу. Кроме того, такое поведение лишает чести обвиняемого [с. 298].

Сократ прекрасно понимает, что его речи могут раздражать сограждан и привести к усилению наказания, о чем он и предупреждает:

Возможно, что кто-нибудь из вас рассердится, вспомнив, как сам он, когда судился в суде, и не по столь важному делу, как мое, упрашивал и умолял судей с обильными слезами и, чтобы разжалобить их как можно больше, приводил сюда своих детей и множество родных и друзей, – а вот я ничего такого делать не намерен, хотя дело мое может, как я понимаю, принять опасный оборот. Быть может, подумав об этом, кто-нибудь из вас не захочет меня щадить и, рассердившись, подаст свой голос в сердцах [с. 298].

Действительно, приговор оказался максимально суровым. Этот и другие эпизоды его истории свидетельствуют: Сократ совершает поступки, которые соответствуют его жизненному кредо, даже если они угрожают его благополучию и самой жизни. Однако он делает это, полностью осознавая ближайшие и отдаленные последствия и принимая на себя ответственность за свои действия.

Внимательно чтение диалогов позволяет заметить, что Сократу знаком страх смерти. Неоднократно говорит он, что сами занятия философией – это, по сути, подготовка к смерти. Значительная часть речей, с которыми Сократ обращается к своим ученикам, – не что иное, как поиск разумных аргументов против страха смерти.

Различными способами обосновывает он идею бессмертия души, напоминает о непрочности земных радостей и тягости земных бедствий. Как рассказывает один из его учеников, Сократ умело исцелял их от уныния. Но одновременно он исцелялся и сам:

Не присутствующих стремлюсь убедить в правоте моих слов, разве что между прочим, – но самого себя, чтобы убедиться до конца [с. 376].

Сократ не устает напоминать о том, что разум – высшее достояние человека, но разум не может дать окончательных ответов на важнейшие вопросы бытия. Отвечая пытливым ученикам, Сократ признается, что суждения о жизни и смерти опираются на первоосновы, которые человек принимает без доказательств:

Хоть вы и считаете их достоверными, все же надо рассмотреть их более отчетливо. И если вы разберете их достаточно глубоко, то в этом исследовании дойдете до крайнего предела, какой доступен человеку. В тот миг, когда это станет для вас ясным, вы перестанете искать [с. 401].

Философ предостерегает от того, чтобы опираться в поисках истины на чувство. Аффекты, как он уверяет учеников, опасны тем, что препятствуют правильному рассуждению. Истина, по Сократу, умопостигаема. А страсти – это сильные проявления телесного начала; преодолеть заблуждения, в которые они ввергают, очень трудно:

Нет человека, чья душа, испытывая сильную радость или сильную печаль, не считала бы то, чем вызвано такое ее состояние, предельно ясным и предельно подлинным. Хотя это и не так [с. 365].

Именно поэтому душа философа «бежит от радостей, желаний, печали и страхов, насколько это в ее силах».

Каков же источник познания первооснов бытия? Откуда человек может почерпнуть уверенность в правоте своих убеждений, не доказуемых разумом? Сократ вновь и вновь повторяет, что мудрые и справедливые боги дают людям истинное знание и заботятся о них. Поэтому человеку следует слушаться божественных знамений и следовать их воле без ропота и с надеждой на лучшее:

Уж если что принимать за верное, так это то, что с человеком хорошим не бывает ничего плохого ни при жизни, ни после смерти и что боги не перестают заботиться о его делах [с. 306].

Сократ признается, что много раз слышал голос бога, который он иногда также называл голосом своего демона. Этот голос отклонял его от совершения некоторых поступков, и он же указал ему долг: учить молодежь философии. После оглашения приговора Сократ говорит, что поскольку боги не препятствовали суду, позволили ему выступить так, как он выступил, и допустили смертельный приговор, это доказывает, что смерть является для него благом.

Итак, Сократ, как он сам свидетельствует, в наиболее важные моменты жизни слушался голоса, который звучал из глубины его души, являлся в сновидениях и прорицаниях. Именно этот голос психолог XX в. К. Г. Юнг называл голосом Самости. Юнг утверждал, что лишь тот, кто способен слышать этот голос и слушаться его, реализует свои истинные возможности и обретает душевное здоровье. Он говорил также о том, как труден для человека путь индивидуального самопознания и исполнения своей судьбы. Большинство людей поэтому предпочитают доверять традиционным ответам на вопросы о жизни и смерти.

Сократ знает, какие ответы дает традиция. Завершая свою последнюю беседу с учениками, он рассказывает им предание о том, как устроена земля и Аид, какое посмертное существование уготовано разным душам. Душам философов, сумевших освободиться от привязанностей к земным благам, обещано общение с богами и полное блаженство. Сократ призывает учеников «употребить все усилия, чтобы приобщиться... к доблести и разуму», пока живы. Однако сразу после этого добавляет:

Правда, человеку здравомыслящему не годится утверждать с упорством, будто все обстоит именно так, как я рассказал. Но что такая или примерно такая участь и жилище уготованы нашим душам – коль скоро мы находим душу бессмертной, – утверждать, по-моему, следует, и вполне решительно. Такая решимость и достойна, и прекрасна – с ее помощью



мы словно зачаровываем самих себя [с. 409-410].

Интеллектуальная честность запрещает философу признавать истинным то, что он не способен знать достоверно. Однако Сократ оставляет право за человеком, даже самым рассудительным, внушить себе утешающий ответ на неразрешимый вопрос, при условии, что ответ этот соответствует его представлением о благой жизни.

Наконец, надо сказать о чувстве юмора, которое не оставляет Сократа ни на суде, ни в тюрьме, ни на смертном одре. Вспомним его последние слова, обращенные к одному из учеников: «Критон, мы должны Асклепию петуха. Так отдайте же, не забудьте». Асклепий, бог врачевания, получал петуха от вылечившихся пациентов. Сократ, шутя, намекает на то, что смерть – это не что иное, как исцеление от жизни.

Аристотель, в отличие от многих античных философов, не исследует душевные страдания. В трактатах «О душе», «Никомахова этика», «Большая этика» он рассуждает о строении души, благе, добродетели, счастье. Внутренняя драма человека, охваченного противоречивыми желаниями и страстями, находится вне его внимания. В связи с этим Б. Рассел выразил упрек в адрес Аристотеля:

Все, что он имеет сказать, будет полезно ограниченным людям с неразвитыми страстями; но ему нечего сказать тем, кто одержим Богом или дьяволом или кого видимое несчастье доводит до отчаяния [8, с. 183].

Однако упрек этот не вполне справедлив. За советами Аристотеля о том, как Достичь счастья, можно разглядеть рекомендации, как избежать душевных страданий. Суть их сводится к тому, что следует развивать разумную часть души, которая способна стремиться к наилучшим идеям. Напомним, что душа, с точки зрения Аристотеля, включает следующие части. Одна – разумная – может выбрать «правильные побуждения, [обращенные] к наилучшим [целям]». Другая – неразумная – состоит из растительной и той, что подвластна влечению. Эта «стремящаяся» часть сама не участвует в суждении, но способна повиноваться разуму. У благоразумного человека неразумная часть души послушна разумной, у него все «согласуется с суждениями»<sup>29</sup>. Аристотель утверждает, что разумность человека проявляется в добродетельной жизни, высшая форма которой – созерцательная. Именно созерцание подчиняет человека божественному началу, дает длительное удовольствие, «удивительное по чистоте и непоколебимости», а также самодостаточность<sup>30</sup>. В несчастье поддержкой и утешением для человека могут стать его друзья. Однако, разделяя с ним его страдания, они страдают сами, «именно поэтому истинные мужи по своей природе остерегаются сострадания к ним самим»<sup>31</sup>.

С именем Аристотеля связано и весьма важное для нашей темы понятие **катарсиса** – очищения, хотя этот термин использовали и другие античные философы. Обзор различных трактовок этого термина содержится в классическом труде А. Ф. Лосева, посвященном истории античной эстетики. Как показывает А. Ф. Лосев, в рассуждениях философов периода ранней классики (Гераклит, пифагорейцы, Анаксагор и др.) понятие «очищение» связывается с физической чистотой. Также в высказываниях пифагорейцев упоминается моральная чистота души и тела. Эмпе-докл полагал, что нечистота души ведет к нарушению нормальной умственной деятельности. Термин «очищение» приобретает в этот период значение магического акта, в котором физическое и духовное очищение объединены. У Платона встречается бытовое и религиозно-магическое понимание очищения. Он говорит об очищении души от страстей тела и очищении души от тела для достижения истины. Таким образом, в его рассуждениях появляется понимание очищения как достижения чистоты ума и мышления. К «чистому бытию», по Платону, относятся «истинное мнение, знание, ум, вообще всяческое совершенство»<sup>32</sup>. Однако наиболее замечательным достижением античной классики в трактовке понятия «очищение» А. Ф. Лосев считает учение Аристотеля. Речь идет не о бытовом и медицинском понимании этого слова, которое встречается в текстах

<sup>29</sup> Аристотель. Сочинения: В 4 т. Т. 4. - М., 1983. - С. 76.

<sup>30</sup> Там же. С. 281-282.

<sup>31</sup> Там же. С. 264.

<sup>32</sup> Лосев А. Ф. История античной эстетики. Итоги тысячелетнего развития. Кн. П. – М., 1994. – С. 78.

Аристотеля. «Чистота в подлинном смысле слова относится у Аристотеля только к уму. А ум – это только "идея идей", то есть только смысловая область»<sup>33</sup>. В античном мирозерцании вещественные события, происходящие внутри космоса, неразрывно связаны с космическим умом:

Античность констатирует все несовершенства и даже все ужасы внутрикосмического и вещественно-телесного становления. Но она убеждена в том, что все эти несовершенства и ужасы оправданы космическим умом и представляют собой не что иное, как его естественный результат. Пока человек совершает преступление, он от этого страдает, и другие люди испытывают к нему жалость и сострадание. Но вот оказывается, что совершенное человеком преступление есть, с одной стороны, его ошибка; а с другой стороны, оно уже предусмотрено в глубине космического ума. Поэтому совершивший или наблюдающий преступление, осознавший космическую заданность этого преступления, очищается не только от жалости и сострадания, но даже и от вины преступника<sup>34</sup>.

Итак, страдания человека прекращаются, когда он осознает их космическую обусловленность и, следовательно, неизбежность. Происходит очищение от страдания – катарсис. Подготовить человека к катарсису способна трагедия. Хорошо известно определение трагедии, которое дает Аристотель в своем эстетическом трактате «Поэтика»:

Трагедия есть подражание действию важному и законченному... и совершающее посредством сострадания и страха очищение (*katharsis*) подобных страстей<sup>35</sup>.

Подробнее об аристотелевском понимании катарсиса А. Ф. Лосев пишет в «Истории античной эстетики» и более ранней работе «Очерки античного символизма и мифологии». Отметим, что существует обширная литература, трактующая духовный и психологический смысл этого феномена (Выготский Л. С., Аникст А., Флоренская Т. А.).

В эпоху эллинизма (последняя треть IV в.-30 г. до н. э.) в греческой философии растет интерес к проблемам индивидуальной этики. Это объясняется упадком городов-государств, экономический и политической нестабильностью, распространением пессимистических настроений.

Когда политическая власть перешла в руки македонцев, греческие философы... посвятили себя в большей мере проблемам индивидуальной добродетели и спасения. Они больше не спрашивали: как могут люди создать хорошее государство? Вместо этого они спрашивали: как могут люди быть добродетельными в порочном мире и счастливыми в мире страданий? [8, с. 222].

Ответы на эти вопросы давали философы, принадлежащие к разным школам. **Киники**, получившие название по имени места (Киносарг), где занимался с учениками основатель школы Антисфен, проповедовали независимость от общественных установлений, свободу следовать собственным желаниям. Вопрос о том, подчиняться ли в поисках душевного здоровья голосу природы или общественным установлениям, решался киниками однозначно в пользу природы. В рамках этой школы был сформулирован принцип **автаркии** (греч. *autarkeia* – самодостаточность, самоудовлетворенность), смысл которого в том, что обрести подлинное счастье можно, лишь отказавшись от привязанности к семье, собственности и освободившись от ложных обязанностей, в том числе представлений об общественном долге и чести. Обрести независимость кинику помогало и презрение к материальным благам, отказ от плотских удовольствий – хорошей пищи, одежды, жилища. Другой последователь кинизма, Диоген Синопский (400-323 г. до н. э.), прославился тем, что последовательно воплощал эти идеи в своем образе жизни. По словам Максима Тирского, Диоген внял голосу Аполлона и стал обходить землю, уподобляясь птице, обладающей разумом, не боясь тиранов, не подчиняясь насилию законов, не обременяя себя общественными делами, не тревожась о воспитании детей, не сковывая себя браком, не занимаясь обработкой земли, не обременяя

<sup>33</sup> Лосев А. Ф. История античной эстетики. Итоги тысячелетнего развития. Кн. П. – М., 1994. – С. 79.

<sup>34</sup> Там же. С. 80.

<sup>35</sup> Аристотель. Указ. соч. Т. 4. С. 651.

себя военной службой и не промышляя морской торговлей; напротив, он осмеивал все это<sup>36</sup>.

Можно согласиться, что душа человека, последовательно воплощающего в своей жизни принципы кинизма, становится неуязвимой для многих неблагоприятных жизненных обстоятельств. Следует отметить, что несмотря на то что киники подвергались насмешкам, горожане с интересом слушали их речи. «Бочка» Диогена в Коринфе стала местной достопримечательностью, а самому Диогену коринфяне поставили памятник. У киников было немало последователей в III в. до н. э. Однако со временем это учение начинает деградировать: его идеи стали использоваться для оправдания эгоизма и паразитизма.

Другая философская школа, в которой решалась проблема душевного здоровья, – эпикурейская. Известно, что Эпикур (342/341 – 271/270 гг. до н. э.) написал за свою жизнь немало трудов, однако до нашего времени дошли всего три письма, в которых он излагает свое учение, и отдельные высказывания, зафиксированные другими авторами. Обращаясь в своих рассуждениях к разным предметам, он неоднократно упоминает, что главная, по его мнению, цель философствования – обретение душевного здоровья.

Пусть никто в молодости не откладывает занятия философией, а в старости не устает заниматься философией: ведь никто не бывает ни недозрелым, ни перезрелым для здоровья души [6, с. 208].

Эпикур называл душевное состояние, к которому должен стремиться человек, **атараксией** (гр. *ataraxia* – невозмутимость, отсутствие волнений):

Благополучие и счастье – не в обилии денег, не в высоте положения, не в должностях каких-либо или силе, но в свободе от печали, в умеренности чувств и расположении души, полагающей [всему] пределы, назначенные природой [6, с. 235-236].

Достичь здоровья души, по Эпикуру, значит прежде всего освободиться от страхов перед богами и смертью. Особое внимание Эпикура к проблеме страха смерти историки объясняют биографическими обстоятельствами. Философ с детства тяжело страдал от болезней и жил в предчувствии возможной кончины. Он пришел к выводу, что освободиться от страхов помогает «трезвое рассуждение, исследующее причины всякого выбора и избегания и изгоняющее [лживые] мнения, которые производят в душе величайшее смятение» [6, с. 212]. Благодаря рассуждениям мудрый человек понимает, что богам нет дела до людей, а «самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как, когда мы существуем, смерть еще не присутствует; а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем» [6, с. 209]. Еще одно условие атараксии – ограничение желаний. Мудрый человек выбирает то, что удовлетворяет его насущные потребности. Удовольствие, которое он при этом получает, полезно для телесного здоровья, а привычка к скромной жизни делает его свободным от страха перед неблагоприятными случайностями: «Величайший плод довольства своим [ограничения желаний] – свобода» [6, с. 224]. Эпикур предупреждал, что общественная жизнь опасна для того, кто ищет душевного покоя, отсюда его известный призыв: «Живи незаметно!» [6, с. 236]. Не следует, однако, противоречить сложившимся обычаям. В частности, это касается жертвоприношений. Эпикур считал, что боги в них не нуждаются, однако мы... будем приносить жертвы благочестиво и правильно, но законам, нисколько не тревожа себя [обычными] мнениями относительно существ самых лучших и уважаемых... [т. е. богов]. Кроме того, мы будем свободны от всякого обвинения по отношению к высказанному мнению: ведь так можно жить согласно с природой» [6, с. 222-223].

По свидетельству современников, жизнь Эпикура соответствовала его принципам. Он владел домом и садом, в котором собирались сторонники его учения, поэтому его школу иногда называют «Садом Эпикура». Посещавшие его занятия образовали общину, куда входили не только ученики, но друзья, их дети, рабы и гетеры. Добровольные пожертвования поддерживали общину, жизнь в которой была весьма скромной. Пищей служили хлеб и родниковая вода, время проходило в мудрых беседах. Несмотря на физические страдания, Эпикур сохранял свое душевное здоровье благодаря

<sup>36</sup> Цит. по: Мень А. История религии. Т. 6. - 1993. - С. 92.

философским занятиям. Марк Аврелий передает слова Эпикура, который утверждал, что, болея, он не вел с приходившими бесед о страданиях тела, а «продолжал вникать в природу первостепенных вещей, пользуясь случаем, следил за тем, как мысль, участвуя в таких телесных движениях, остается невозмутимой и охраняет собственное благо» (Марк Аврелий Антонин. Размышления. – СПб., 1993. – С. 53).

Тема душевного здоровья становится одной из ведущих в стоической философии. Это направление возникло в Афинах в III в. до н. э., получив свое название от греческого слова *stoa* – галерея, или портик. Под сводами «расписного портика» произносил свои речи основатель стоицизма Зенон из Кития. Идеи греческих философов были восприняты и развиты римскими авторами. Принято выделять три этапа развития стоического учения:

- древняя Стоя (Ш-П вв. до н. э.; основные представители Зенон, Клеанф и Хрисипп);
- средняя Стоя (II–I вв. до н. э.; Панетий и Посидоний);
- поздняя Стоя (I–II вв. н. э.; Сенека, Эпиктет, Марк Аврелий).

Заметим, что произведения древних и средних стоиков не дошли до нас целиком. Об их взглядах можно судить по сообщениям других античных авторов. Творения же поздних стоиков дошли в виде полных книг. Несмотря на некоторые различия, можно выделить общие идеи этих мыслителей относительно того, как человек может достичь душевного покоя и невозмутимости.

Стоики полагали, что миром управляет Бог, который проявляет себя как универсальный вселенский Разум (Логос), законы Природы, Необходимость, Судьба, или Рок. Бог порождает Космос и воплощается во всех его частях, поэтому Космос – одушевленный целый организм. Человек, как и все в Космосе, несет в себе частицу Бога: «Разум ... есть не что иное, как частица божественного дыхания, заложенная в человеческую плоть»<sup>37</sup>. Присутствие в человеке божественного Разума позволяет ему добровольно подчиняться законам, управляющим Космосом в целом и его индивидуальной жизнью в частности:

...[Высшая] цель – жить в согласии с природой – согласно своей природе и общей природе, ничего не делая такого, что запрещается общим законом, а именно правильным разумом, проникающим все [2; т. 1, с. 493].

Стоики много рассуждали о страстях, классифицируя и описывая их. Например, Зенон выделял четыре вида страстей: печаль, страх, вожделение, удовольствие. Все страсти, с позиций стоической философии, противоестественны, поскольку они «противны природе» и «противоположны здравому смыслу». Человек, поддавшийся страстям, обречен на страдание. Причины страстей материальны. Человеческое тело – оковы его духа: оно отклоняет дух от истины и навязывает ему ложь. Душе приходится вести настоящую борьбу с отягчающим его телом, со страстями и забвением своей истинной божественной природы.

Значительная часть текстов, написанных философами стоической школы, создана с целью помочь другому человеку или самому себе осознать, откуда берутся страсти, почему они препятствуют внутренней гармонии индивида и мешают установлению правильных отношений с другими людьми. Еще одна цель, неразрывно связанная с первой, – помочь в укреплении разума и обретении силы духа, правильной организации собственной жизни, чтобы она находилась в гармонии с общими законами бытия. В «Нравственных письмах к Луцилию» Сенеки и «Размышлениях» Марка Антония содержится много тонких психологических замечаний относительно природы душевных страданий и способов обретения душевного здоровья. Перечислим лишь некоторые идеи, высказанные этими авторами.

**Сенека** исходит из положения, что истинное душевное здоровье – удел мудреца. Он учит своего адресата распознавать, насколько тот достиг желаемого состояния:

Мудрец полон радости, весел и непоколебимо безмятежен... Теперь погляди на себя. Если ты не бываешь печален, если никакая надежда не будоражит твою душу ожиданием

---

<sup>37</sup> Сенека Луций Анней. Нравственные письма к Луцилию. – М., 1977. – С. 115.

будущего, если днем и ночью состояние твоего духа, бодрого и довольного собою, одинаково и неизменно, знай, ты достиг высшего блага, доступного человеку<sup>38</sup>.

Такое самочувствие может быть лишь у человека, способного ценить то, что у него есть, и не желать большего. Состояние души человека проявляется в его физическом облике и поведении. Например, некоторые ораторы заведомо допускают погрешности в речах ( их слова «ничтожны/или простоваты, или бесчестны, или оскорбляют стыд чрезмерной дерзостью»...).

Причина тут – тяжелый душевный недуг... Поэтому лечить надо душу: ведь от нее у нас и мысли, и слова, от нее осанка, выражение лица, походка» [с. 291].

Сенека обращает внимание на то, что душевные страдания, в отличие от телесных, могут не осознаваться человеком:

Каждый чем больше ими страдает, тем меньше это чувствует... Признать свои пороки – признак выздоровления [с. 90].

Он различает страсти и душевные болезни:

Страсти – это душевные порывы, предосудительные, внезапные и безудержные; от них, если они часты и запущены, начинаются болезни...

Болезни – это пороки застарелые и упорные, вроде скупости или чрезмерного честолюбия... Болезнь есть извращенное, но упорное суждение, – например, что нужно изо всех сил добиваться того, чего стоит добиваться лишь без траты сил...[с. 144].

Человек, продвинувшийся на пути нравственного самосовершенствования, может поддаться страсти, но он недоступен для душевной болезни.

Следует заботиться о своем теле настолько, насколько это нужно для поддержания его крепости:

Держите тело в строгости, чтобы оно не перестало повиноваться душе: пусть пища лишь утоляет голод, питье – жажду, пусть одежда защищает тело от холода, а жилище – от всего ему грозящего [с. 14].

Однако внешний облик не должен привлекать к себе внимание окружающих:

...Не делай так, чтобы в одежде твоей или в образе жизни что-нибудь бросалось в глаза. Избегай появляться неприбранным, с нестриженной головой и запущенной бородой, выставлять напоказ ненависть к серебру, стелить постель на голой земле – словом, всего, что делается ради извращенного удовлетворения собственного тщеславия. Ведь само имя философии вызывает достаточно ненависти, даже если приверженцы ее ведут себя скромно; что же будет, если мы начнем жить наперекор людским обычаям? Пусть изнутри мы будем иными во всем – снаружи мы не должны отличаться от людей [с. 9].

На душевный настрой влияет окружение, и не следует создавать себе излишние трудности:

Есть ли что суетливей форума? Но и там можно жить спокойно, если деться некуда. Хотя, если б можно было располагать собою, я бежал бы от одного вида, не только от соседства форума: как есть гиблые места, подтачивающие самое крепкое здоровье, так есть места вредные для тех, чей дух хотя и благороден, но еще несовершенен и до конца не излечен [с. 53].

Путешествие не помогает избавиться от душевных невзгод, поскольку человек везет с собой груз своих проблем:

Менять надо не небо, а душу!... Зато когда ты избудешь эту беду, всякая перемена мест станет тебе приятна [с. 52].

Неоднократно возвращается Сенека к теме дружбы, обсуждая вопрос, нуждается ли в дружеских связях истинный мудрец. С одной стороны, мудрому никто, кроме него самого, не нужен... Мудрому довольно самого себя, чтобы жить блаженно, а не для того, чтобы жить. Для жизни ему многое потребно, а для блаженства только высокий и здоровый дух, презирующий фортуна [с. 17].

С другой стороны мудрый человек имеет потребность в друзьях:

---

<sup>38</sup> Сенека Луций Анней. С. 104. – Все дальнейшие цитаты без особого указания относятся к данному изданию.

К дружбе влечет его не собственная польза, а естественная тяга... Но хотя мудрец и любит, как никто, друзей, хотя он ставит их наравне с собой, а часто и выше себя, – все же он будет верить, что его благо в нем самом [с. 17].

Письма Сенеки к Луцилию носят ярко выраженный дидактический характер, и хотя их автор часто ссылается на личный опыт, делает он это лишь для того, чтобы придать большую достоверность своим поучениям. Иное предназначение имеют «Размышления» **Марка Аврелия**. По форме они более всего напоминают Дневниковые записи. Наедине с самим собой человек размышляет о том, насколько правильно он живет; критерием же выступают принятые им основы стоической философии, а целью – гармония с мирозданием и самим собой. Император Марк Аврелий Антонин был правителем, снискавшим уважение своих современников (не говоря о потомках, которые читали, перечитывали и комментировали его сочинение). Его отличала снисходительность к людям и требовательность по отношению к себе. Один из мотивов его записей – рассуждения о том, как не поддаваться отчаянию от собственных недостатков, стремясь к совершенству, прощать других людей, принимать без ропота все обстоятельства жизни. Вот некоторые фрагменты его книги.

Остроте твоей они подивиться не могут – пусть! Но ведь есть много такого, о чем ты не скажешь: не дала природа. Вот и являй себя в том, что всецело зависит от тебя: неподдельность, строгость нрава, выносливость, суровость к себе, несетование, неприхотливость, благожелательность, благородство, самоограничение, немногоречие, величавость. Не чувствуешь разве, сколько ты мог уже дать такого, где никакой не имеет силы ссылка на бездарность и неспособность...?<sup>39</sup>

Не бросать дело с брезгливостью, не опускать рук, если редко удается тебе делать и то и это согласно основоположениям. Нет, сбившись, возвращаться снова и ликовать, если хоть основное человечески выходит, и любить то, к чему возвращаешься. И не приходить к философии как к наставнику, а так, как больной глазами к губке и яйцу, а другой к мази и промыванию. Тогда не красоваться будешь послушанием разуму, а успокоишься в нем [с. 25].

Какое часто представляешь себе, такова будет и твоя мысль, потому что душа пропитывается этими представлениями; вот и пропитывай ее с упорством такими представлениями, что, где живешь, там можно счастливо жить [с. 26].

Другой погрешил чем-то против меня? Пусть сам смотрит – свой душевный склад, свои действия. А я сейчас при том, чего хочет для меня общая природа, и делаю я то, что хочет от меня моя природа [с. 27].

Жить с богами. А живет с богами тот, кто упорно показывает им, что душе его угодно уделяемое ей и что каждый делает то, чего желает его гений, коего, словно кусочек себя, Зевс каждому дал защитником и водителем. Дух и разум каждого – это он [с. 27].

Внимательно читая тексты философов стоического направления, можно увидеть, что в них обсуждается весь круг проблем (в том числе наиболее драматические – трагическая утрата, болезнь, смерть), которые в наше время находятся в сфере внимания экзистенциальных психологов. Глубокое внутреннее сходство имеют и способы решения этих проблем. Вот какими аргументами Марк Аврелий обосновывает необходимость смирения перед горестями жизни:

Как говорят, что назначил Асклепий такому-то конные прогулки, холодные умывания или ходить босым, точно так скажем: назначила природа целого такому-то болезнь, утрату или еще что-нибудь такое...Примем же это, как то, что предназначено Асклепи-ем. Ведь и там немало бывает горького, а мы *принимаем* – в надежде па здоровье. Так пусть достижение и свершение того, что замыслила о тебе общая природа, мыслится тобой, словно это – твое здоровье. Вот и приемли все, что происходит, хотя бы оно и казалось несколько отталкивающим, раз уж оно ведет туда, к мировому здоровью, к благу Зевесову пути и благоденствию [с. 24].

К теме преодоления душевного страдания обращался **Марк Туллий Цицерон** (106-43 гг. до н. э.). Хорошо известно «Утешение», написанное им после смерти любимой

---

<sup>39</sup> Марк Аврелий Антоний. Размышления. – СПб., 1993. – С. 23. Все дальнейшие цитаты без особого указания относятся к данному изданию.

дочери и обращенное к самому себе. Немало высказываний о душевных страданиях и душевном здоровье содержится в «Тускуланских беседах», особенно в книгах III («Об утешении в горе») и IV («О страстях»). Цицерон рассуждает в духе греческих авторов, сравнивая душевные и телесные страдания и называя философию наукой об исцелении души. При этом он подчеркивает, что душевные страдания губительнее телесных, поскольку душе приходится судить о своей болезни лишь тогда, когда то, что судит, само уже больное [Цицерон Марк Тулий. Избранные сочинения. – М., 1975. – С. 270].

Здоровье души Цицерон определяет как внутренний покой и постоянство, неподверженность любым душевным волнениям. Причины душевных страданий Цицерон усматривает в неверном мнении человека относительно того, что происходит с ним. Отсюда понятны его рекомендации, как помочь человеку, опечаленному каким-либо событием:

При всяком утешении первое дело объяснить, что эта беда или совсем не зло, или очень маленькое зло; второе – обсудить общую участь человеческую и особенно собственную участь каждого страждущего; третье – показать, что если горе не приносит пользы, то предаваться горю глупо [там же, с. 294].

А вот как бороться с любовной страстью, столь опасной для душевного покоя:

Если кто поражен такую страстью, то для исцеления нужно показать ему, что предмет его желаний – это нечто пустое, презренное. Ничтожное, чего легко добиться в другом месте, другим способом или совсем не добиваться. Иногда полезно отвлечь его к другим занятиям, хлопотам, заботам, делам; часто помогает простая перемена мест, как для плохо выздоравливающих больных...; но главным образом нужно убеждать человека, какое это безумие – любовь [там же, с. 320].

Такая позиция, очевидно, игнорирует сложность и богатство внутренней жизни человека и вряд ли может быть продуктивной для реальной помощи в духовном росте.

Следует упомянуть еще об одном ярком представителе античной философии – **Аниции Манлии Северине Боэции** (ок. 480-524 гг.). Он жил в переломную эпоху, когда правление Западной Римской империей перешло в руки германских завоевателей. Весьма сложными были взаимоотношения между Восточной и Западной Римской империями, Римом и Константинополем: между ними существовали религиозные различия, которые зачастую проявлялись в форме явных конфликтов. Боэций принадлежал к старинной римской знати, получил блестящее образование и был автором оригинальных сочинений, а также переводов и комментариев трудов античных философов – Пифагора, Платона, Аристотеля и других. В Средние века именно труды Боэция служили источниками философской образованности. В течение многих лет Боэций преуспевал во всех областях жизни – философии, науке, искусстве, домостроительстве, политике. Некоторое время он занимал высокое положение при дворе остготского правителя Западной

Римской империи Теодориха. Однако по обвинению в тайных связях с Константинополем был заключен в тюрьму и приговорен к казни. В тюрьме Боэций написал труд, который в течение нескольких столетий оставался настольной книгой образованных европейцев, – трактат «Утешение философией». Современный исследователь наследия Боэция так формулирует лейтмотив этой книги: «Непредсказуемые превратности человеческой судьбы и величие возвышающегося над этой судьбой человеческого духа»<sup>40</sup>.

Начинается трактат с поэтического выражения скорби человека, утратившего привычные радости жизни и предвидящего грядущие горести. Внезапно перед его мысленным взором появляется в облике прекрасной женщины сама Философия. Она напоминает узнику, что давно заботилась о нем, просвещая его разум. В тюрьме Философия предстает перед ним как целительница душевных страданий, причем, как опытный врач, применяет разные способы воздействия на больного. Обратив внимание на то, какие сильные чувства овладели душой узника, Философия говорит:

<sup>40</sup> Майоров Г. Судьба и дело Боэция // «Утешение философией» и другие трактаты / Боэций. – М., 1990.-С. 318.

...Так как смятение и многие страсти гнетут тебя, и разрывают тебе сердце гнев, скорбь и печаль, то при нынешнем состоянии твоей души не подходят тебе более крепкие лекарства. Поэтому мы сперва употребим более легкие средства, чтобы опухоль, затвердевшая от волнений и тревог, размягчилась от [их] воздействия, и ты обрел бы силы для принятия более действенных целебных средств<sup>41</sup>.

Затем Философия задает вопросы, ответы на которые очевидны для человека, воспитанного в духе античного представления о Божественном предопределении человеческой судьбы, и заставляет узника вспомнить эти истины. Трактат состоит из пяти частей. В нем рассматриваются проблемы изменчивости Фортуны, соотношения Судьбы и Провидения, свободы воли и случайности, существования в мире зла и многие другие. Логические выкладки сопровождаются поэтическими образами. Прозаический текст перемежается стихотворными вставками. Хотя Бозций был ревностным христианином, в «Утешении философией» нет даже упоминания о Христе. Основа рассуждений – «просвещенный и сознательный эклектизм», по словам Г. Г. Майорова, характерный также для Цицерона и других римских философов.

Итак, сформулируем кратко основные положения о душевном здоровье, получившие развитие в античной философии.

- Душевное здоровье представляет собой наилучшее состояние психики, заслуживающее высокой нравственной оценки.
- Проявляется душевное здоровье в способности человека сохранять спокойствие, не поддаваясь страстям – печали, страху, радости, надежде – и подчиняя свои желания проявлениям Космических (Природных или Божественных) законов.
- Путь к обретению душевного здоровья лежит через развитие индивидуального разума, который является частью Божественного Логоса.
- Индивидуальный разум обладает безграничной силой; она проявляется в том, что, поняв Божественные законы природы, человек непременно будет следовать им. Душевные же страдания возникают из-за недостаточного понимания этих законов.
- Понять законы природы и внутренне принять их как необходимость помогают занятия философией, которая, таким образом, становится средством исцеления души.
- Философия воздействует на человека главным образом посредством рассуждений. Однако она может использовать некоторые дополнительные средства, такие как поэтические образы, музыкальные произведения, занятия математикой.
- Существенное препятствие для достижения душевного здоровья – телесное начало в человеке. Философия предписывает определенный – аскетический – образ жизни, который помогает обуздать телесные желания и создает относительную независимость от материальных условий существования.
- Душевное здоровье – привилегия немногих мудрецов. Их суждения не зависят от мнений неразумных людей, которые их окружают. Относясь к ним снисходительно, душевно здоровый человек бережет свой покой и стремится избегать конфликтов.

Особо хочется подчеркнуть следующее. Как показывают свидетельства современников, высказываемые идеи о душевном здоровье были тесно связаны с практикой жизни, отражали реальный опыт античных мыслителей.

Наряду с рационалистическими идеями, практическими рекомендациями относительно обретения душевного здоровья и образом жизни философов существовали религиозные и мистические учения и культы, которые позволяли преодолеть душевные страдания и страхи с помощью ярких, эмоционально насыщенных переживаний.

Философские же системы античности исходили из представления об опасности аффектов, поскольку сильные чувства могут лишь затруднить разумное постижение

---

<sup>41</sup> Бозций. «Утешение философией» и другие трактаты. – М., 1990. – С. 201.



истины. Идея, что индивидуальный разум может направлять человека по ложному пути, не была характерной для античного мирозерцания, как и сомнения в силе разума. А. Мень, рассматривая взгляды стоиков (которые, как он говорил, продолжали линию Сократа), писал об этом: «Им непонятна драма воли, которая в своих метаниях парализует разум. Для них бессмыслицей звучали бы слова апостола Павла: "То, что ненавижу, то люблю", ибо они считали, что разум желает только добра. В силу же разума они верили беспредельно»<sup>42</sup>.

В **Средние века** заботу о душевном здоровье людей приняла на себя церковь. Труды средневековых философов посвящались обоснованию догматов христианской религии, в том числе касающихся душевной жизни человека. Не рассматривая взгляды христианских теологов на проблему, обозначенную нами как душевное здоровье, отметим лишь некоторые моменты сходства и различия этих взглядов с суждениями античных мыслителей.

В отличие от античных философов, озабоченных состоянием души в пределах земного существования человека, христианские теологи заботятся прежде всего о посмертном уделе души: будет ли она оправдана на Страшном Суде или обречена на вечные муки, и как это решение связано с ее земным бытием.

Упоминая о болезнях души, христианские мыслители имеют в виду греховные, с точки зрения церкви, помыслы и чувства. Подобно им, античные авторы называют болезнями души переживания, не соответствующие, как они полагают, законам Природы (Логоса, Бога).

Средневековые теологи не считают сильные эмоциональные переживания признаками нездоровья души, как их трактовали античные мыслители, призывавшие избавляться не только от горя и страха, но также и от радости и надежды. Напротив, для христианина переживание аффекта могло быть признаком благотворных изменений, если оно связывалось с постижением Божественной воли, раскаянием в содеянных преступлениях, упованием на Божественную благодать. Вот как описывает **Августин Блаженный** (354-430 гг.) свое состояние перед крещением:

Я не мог в те дни насытиться дивной сладостью, созерцая глубину Твоего намерения спасти род человеческий. Сколько плакал я над Твоими гимнами и песнопениями, горячо взволнованный голосами, сладостно звучавшими в Твоей церкви. Звуки эти вливались в уши мои, истина отцеживалась в сердце мое, я был охвачен благоговением; слезы бежали, и хорошо мне было с ними<sup>43</sup>.

Важнейшее же различие заключается в том, что для античных философов путь к достижению внутренней гармонии лежит через целенаправленное развитие человеческого разума, постигающего замысел Бога или Закон Природы, для христианского же мыслителя желанное состояние души – это дар Бога, Благодать, ниспосланная человеку. Христианские теологи не отрицают полностью возможности человеческого разума в избавлении от греховных состояний. Однако они подчеркивают огромную силу чувств, побуждающих человека действовать вопреки благим намерениям: «Чего хочу, то не делаю, а что делаю, того не хочу», – горестно восклицает Августин Блаженный. Это понимание делает христианскую концепцию человека более сложной и реалистичной.

Признавая силу и коварство человеческих страстей, христианские учителя становились тонкими психологами-практиками, отыскивая способы их обуздания. Можно вспомнить, в частности, «Лестницу» Иоанна Златоуста (ок. 350-470 гг.), в которой духовное самосовершенствование описывается как процесс постепенного восхождения по лестнице праведности. Большое значение придается в христианстве правильному образу жизни, особенно аскетическому самоограничению, которое подготавливает верующего к восприятию Божественной благодати. Вспомним, что античные философы также говорили о важности повседневного поведения, проповедовали этику самоограничения, а многие воплощали ее в собственной жизни, подобно христианским

<sup>42</sup> Мень А. Указ. соч. Т. 6. С. 101.

<sup>43</sup> Августин Аврелий. Исповедь. Абеляр. История моих бедствий. – М., 1992. – С. 119.

подвижникам. <sup>fc</sup>

Итак, христианская религия обогатила философскую концепцию душевного здоровья, обратив внимание мыслителей на силу человеческих страстей, подвергла обоснованному сомнению основополагающую идею античных философов о возможности достижения душевной гармонии лишь посредством развития человеческого разума, а также санкционировала экстатические переживания как путь обретения Божественной благодати и совершенного душевного здоровья.

Философы **Нового времени** обрели свободу от церковной схоластики, и это проявилось в разнообразии суждений об эмоциональной жизни человека. В их сочинениях отразились как увлечение античной философией, распространившееся в эпоху Возрождения, так и унаследованный опыт христианского мировоззрения и мироощущения. Оказывал влияние на мыслителей и реальный опыт их жизни, также весьма разнообразный. Хотя в сочинениях европейских философов Нового времени превалирует традиционное отношение к душевному здоровью как безусловной ценности, в них можно встретить и скептическое отношение к стремлению обрести гармонию с самим собой и окружающим миром. Некоторые мыслители утверждают, что бесстрастие является показателем душевного благополучия, другие воспевают страсти как признак здоровья и силы души. Значительные расхождения существуют и в отношении к способности разума совладать с силой страстей. Различаются позиции разных авторов: одни усматривают путь к обретению душевного здоровья в том, чтобы слушаться своего внутреннего голоса, другие – ориентируются на существующие традиции и сложившиеся формы социальной организации. Не имея возможности сделать сколько-нибудь полный обзор этих взглядов, остановимся на некоторых из них.

Преимственность по отношению к античным идеям очевидна в концепции аффектов **Бенедикта Спинозы** (1632-1677 г.). В его главной работе «Этика» две последние части («О человеческом рабстве, или О силах аффектов» и «О могуществе разума, или О человеческой свободе»), как нам представляется, имеют непосредственное отношение к теме душевного здоровья. Как явствует из текста, именно с подверженностью аффектам Спиноза связывает испытываемые человеком страдания; мудрый человек, преодолевший зависимость от аффектов, обретает безмятежность и свободу. В этом, как и во многих других моментах, позиция Спинозы имеет сходство с суждениями античных философов. Подчеркнем то, что характерно для его концепции. Спиноза определяет аффекты как состояния тела (*corporis affectiones*), которые увеличивают или уменьшают способность самого тела к действию, благоприятствуют ей или ограничивают ее, а вместе с тем и идеи таких состояний<sup>44</sup>.

Спиноза утверждает, что аффекты являются естественными проявлениями человеческой телесности и подчиняются общим законам природы. Однако подверженность человека аффектам делает его несвободным, поскольку он делает помимо своей воли то, чего совершенно не знает. Свободным же становится человек, руководствующийся разумом: он «следует только самому себе и делает только то, что он признает главнейшим в жизни и чего вследствие этого он всего более желает» [с. 440].

Для Спинозы свобода тождественна блаженству души. Чтобы достичь этого состояния, должно развивать могущество разума (*Ratio*). При этом Спиноза подчеркивает, что хотя власть разума в ограничении и обуздании аффектов велика, она не безусловна. И все же каждый человек может достигать если не абсолютной свободы, то хотя бы меньше страдать от аффектов, если будет познавать их:

Должно заботиться о том, чтобы самый аффект был отделен от представления внешней причины и соединен с представлениями истинными... Влечения или желания, обыкновенно возникающие из подобных аффектов, не будут чрезмерными [с. 456].

Познание единичных вещей и самого себя способно ослабить силу аффектов. Однако наибольшую силу в борьбе с аффектами дает познание бога: «*блаженство* есть не что иное, как душевное удовлетворение, возникающее вследствие созерцательного

<sup>44</sup> Спиноза Б. Сочинения: В 2 т. Т. 1. - СПб., 1999. - С. 335. Все дальнейшие цитаты без особых указаний относятся к данному изданию.

(интуитивного) познания бога» [с. 393].

Руководствуясь разумом, люди способны устанавливать благоприятные отношения друг с другом, создавать общество, которое зиждется на законах и власти самосохранения, – т. е. государство. Спиноза неоднократно упоминает о естественности и пользе общения с людьми, взаимопомощи, симпатии. Не возбраняет разум радоваться жизни.

Конечно, только мрачное и печальное суеверие может препятствовать нам наслаждаться. В самом деле, почему более подобает утолять голод и жажду, чем прогонять меланхолию?.. Чем большему удовольствию мы подвергаемся, тем к большему совершенству мы переходим, т. е. тем более мы становимся необходимым образом причастными божественной природе. Таким образом, дело мудреца пользоваться вещами и, насколько возможно, наслаждаться ими (но не до отвращения, ибо это уже не есть наслаждение). Мудрецу следует, говорю я, поддерживать и восстанавливать себя умеренной и приятной пищей и питьем, а также благовониями, красотой зеленеющих растений, красивой одеждой, музыкой, играми и упражнениями, театром и другими подобными вещами, которыми каждый может пользоваться без всякого вреда другому [с. 426].

Историк философии замечает, что Спиноза жил в полном соответствии со своими этическими идеями. Он не впадал в гнев или раздражение, никогда никого не обвинял, в спорах был вежлив и разумен. Помогая людям своими трудами освободиться от страха смерти, он и сам сохранил спокойствие в свой последний день жизни: подобно Сократу, он разговаривал со своим собеседником об интересующих его вопросах [8, с. 528].

Суждения **Георга Вильгельма Фридриха Гегеля** (1770-1831) об условиях обретения человеком внутренней гармонии представляют особый интерес, поскольку в них речь идет, в частности, о сложном взаимовлиянии человеческой психики и создаваемой им культуры. В работе «Философия духа» Гегель рассуждает, в частности, о развитии человека как индивида и о внутренних переживаниях, сопровождающих этот процесс. Точнее надо было бы сказать, что Гегель пишет о том, как должно было бы проходить это развитие и какимгукэлжны были бы быть эти переживания, исходя из его концепции. Эту оговорку необходимо сделать потому, что суждения о внутренней жизни человека в ее динамике Гегель логически выводит из своей всеохватывающей системы, но они, эти суждения, зачастую оказываются весьма далекими от сложнейшей реальности душевной жизни. Психология XX в, исследовавшая живых людей, достоверно показала наличие совершенно иных, нежели описывал Гегель, психологических тенденций.

Однако это не значит, что умозрительная концепция Гегеля неинтересна современному исследователю. Напротив, в ней, как нам представляется, воплощено реальное знание о человеке, которое содержится в той или иной аранжировке в большинстве антропологических систем – от античности до современности. Это знание, а точнее, предположение о способности человека к разумному рассуждению и благотворном влиянии разума на чувства и поведение человека. У Гегеля эта истина о человеке (может быть, важнейшая, но все же не единственная) абсолютизирована, что и делает психологические штудии Гегеля столь далекими от эмпирической реальности. Однако возможность человека быть разумным и соответственно возможность рассматривать его как существо, способное к проявлению разумности, не опровергнуто. Поэтому антропология Гегеля, в которой идея потенциальной разумности человека является основной, заслуживает нашего внимания.

Душа человека, по Гегелю, – это дух, «плененный природой», отягощенный телесностью данного индивида. Природное начало страдательно. Тело и соединенная с ним душа испытывают разнообразные ощущения, радости и муки. Наоборот, сущность духа... свободна... Дух обладает силой сохраняться и в противоречии, а следовательно, и в страдании, возвышаясь как над злом, так и над недугом<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Гегель Г. В. Ф. Философия духа // Энциклопедия философских наук / Г. В. Ф. Гегель. Т. 3. – М., 1977. – С. 25-26. Все дальнейшие цитаты без особых указаний относятся к данному изданию.

Дух же в гегелевской системе тождествен разуму.

Человек, в отличие от всех других существ, есть мыслящий дух; благодаря этому он способен подняться от единичности ощущения, доступного и другим живым существам, к всеобщности мысли. Разумность в человеке проявляется в его способности постигать законы бытия и принимать их как необходимые. По мере того как разумность, т. е. дух, в человеке крепнет, индивид становится все более независимым от своей телесной природы и обретает душевное спокойствие. Совершенствование человека, таким образом, состоит в обретении им способности к верным суждениям и соответствующему поведению.

Поскольку, по Гегелю, процесс пробуждения Духа и рост разумности индивида и в масштабах истории человечества, и в рамках индивидуальной человеческой жизни происходит как освоение и созидание культуры, ясно, что именно культура становится у Гегеля основным инструментом гармонизации личности (и внутри нее самой, и между нею и окружающим миром).

Достаточно много внимания в своей работе уделял Гегель процессу развития разума, т. е. окультуривания индивида. Он доказывал, что поскольку разум – как проявление мирового духа – универсален, то развитие разума у конкретного человека сопровождается утратой им индивидуальных черт и субъективных проявлений – от особенностей темперамента и привычек до собственных желаний, если они не продиктованы голосом разума. Правильное образование, по Гегелю, приводит к тому, что человек лишается своеобразия в поведении, а суждения его соответствуют истине, какой она явлена на данном этапе самопроявления духа.

Для достижения этой цели необходимо, как утверждает Гегель, дисциплинировать поведение ребенка, не поощрять в нем никакого своеволия, сдерживать попытки самостоятельного рассуждения. В период юности задача воспитания состоит в том, чтобы субъективный юношеский идеализм сменился признанием того, что мир вокруг человека устроен по законам объективного разума и следует стремиться не к его переделке в соответствии со своими желаниями, но, напротив, к тому, чтобы деятельно включиться в уже существующую гражданскую жизнь. Гегель пишет, что для многих юношей такой переход от мечтаний к реальной повседневной рутине кажется весьма тягостным и зачастую сопровождается «ипохондрией». Однако превращение в «зрелого мужа» знаменуется тем, что человек отказывается от желания преобразовать мир и стремится к осуществлению своих желаний и интересов лишь в тех пределах и формах, которые предоставляет реальность. Она же, как утверждает Гегель, оставляет простор для творчества, поскольку хотя мир и должен быть признан как в основном законченный, он все же не мертв, не находится в абсолютном покое, но, подобно процессу жизни, он каждый раз себя порождает и, поддерживая себя в сохранности, в то же время идет вперед. В этом сохраняющемся порождении мира и в дальнейшем его развитии и заключается работа зреющего человека [с. 90].

Хотя Гегель связывает описанный процесс с юностью, он отмечает, что проходить он может в различном возрасте, причем чем позднее человек его переживает, тем тягостнее он проходит, а у «слабых натур» он может тянуться всю жизнь. Фактически речь здесь идет о душевной незрелости индивида, которую Гегель характеризует как болезненное состояние. Суть его в том, что человек не в силах отказаться от своей субъективности и преодолеть отвращение к реальности и поэтому неспособен к действиям в рамках этой реальности.

При каких условиях человек достигает душевной зрелости? Главное – внутреннее согласие с теми требованиями, которые предъявляет к нему жизнь:

Если человек не хочет погибнуть, то он должен признать, что мир существует самостоятельно и в основном закончен. Он должен принять условия, поставленные ему этим миром... [с. 89].

Помимо того, ему следует освоить практическую деятельность в той сфере, «к которой он принадлежит в силу случая, внешней необходимости или свободного выбора» [с. 90]. Этот процесс происходит при помощи образования. Наконец, человек должен быть

рассудительным в заботе о собственных насущных интересах. Помогает в процессе такого перехода к деятельному участию в мире, который первоначально представлялся несовершенным, привычка и успешное выполнение своих обязанностей. Однако самое важное условие – развитие разума, который помогает человеку отрешиться от частных, субъективных переживаний, нарушающих душевное равновесие.

Душевные страдания, как следует из рассуждений Гегеля, неизбежны, поскольку являются закономерным проявлением диалектики духа. Развитие духа сопровождается появлением внутренних противоречий. Возникающие конфликты более или менее мучительны для человека. Однако дальнейшее развитие духа преодолевает этот конфликт. «Это единство есть теперь духовное единство, и принцип этого возврата содержится в самом мышлении. Последнее наносит рану, и оно же ее исцеляет», – пишет Гегель в другом произведении, «Наука логики».

Важная работа человеческого разума состоит в том, чтобы овладеть своим физическим бытием, сделать тело податливым и удобным орудием души. В этом большую помощь оказывает привычка, которая становится, таким образом, весьма действенным проявлением растущего духа.

В рассматриваемом здесь произведении Гегель неоднократно возвращается к рассуждениям о том, как дух, в различных его проявлениях присутствующий в человеке, помогает ему справляться с физическими и душевными страданиями и радостями. Исходный момент в этом процессе состоит в том, чтобы отделить непосредственное переживание, сделать его объектом внимания для субъекта, почувствовать его локализацию в определенной зоне тела, а затем выразить во внешних проявлениях – смехе, слезах, столах, телодвижениях и т. п. Наиболее совершенный способ, каким человек «овнешняет» свои внутренние ощущения, дает ему членораздельная речь.

Поэтому-то есть большой смысл в том, что в случаях смерти поются погребальные песни и выражаются соболезнования, сколь ни тягостными могут они казаться или действительно быть, все-таки имеют в себе ту хорошую сторону, что посредством повторного обсуждения происшедшей утраты переносят интимную скорбь из удрученного чувства в область представления и тем превращают ее в нечто предметное, в нечто противостоящее преисполненному чувством скорби субъекту. Но в особенности поэтическое творчество обладает способностью освобождать нас от гнетущих чувств; так, Гёте часто тем восстанавливал свою духовную свободу, что изливал в стихах свою скорбь [с. 125].

Заметим, что рассуждения Гегеля можно рассматривать как теоретическое обоснование многих из современных психотерапевтических приемов, суть которых состоит в канализации негативных переживаний. Однако хочется подчеркнуть, что, по Гегелю, эти переживания не уничтожаются, а утрачивают свое разрушительное влияние и претворяются посредством работы духа в богатство личности. Дух возвращает себе человеческие чувства, обусловленные несовершенством его телесной природы. И делает он это посредством развивающегося и крепнущего разума.

Концепцию Гегеля в отношении душевного здоровья можно охарактеризовать как предельно рационалистическую. Однако существовали в европейской философии Нового времени и другие взгляды.

**Пико делла Мирандола** (1463-1494), видный итальянский философ-гуманист, рассуждая о человеческих страстях, демонстрирует парадоксальное сочетание почтения к разуму, основополагающее для чтимых им античных мудрецов, с одной стороны, и восторг перед страстями, столь им чуждый, с другой:

Мы будем возбуждаться... восторгами Сократа, которые настолько выводят нас за пределы рассудка, что возносят нас и наш разум к богу... Если с помощью морали до соответствующих разумных пределов будут напряжены силы страсти так, чтобы они согласовывались между собой в нерушимой гармонии, если с помощью диалектики будет развиваться разум, то, возбужденные пылом муз, мы будем упиваться небесной гармонией (Пико делла Мирандола Дж. Речь о достоинстве человека//Эстетика Ренессанса. Антология: В 2 т. Т. 1. - М, 1981. - С. 248-265).

В оптимистическом мировоззрении этого представителя эпохи Возрождения сила

страстей не рассматривается как разрушительная для человека потому, что Пико делла Мирандола безгранично доверяет силе человеческого разума, а страсти оказываются для него выражением и условием полноты существования.

**Ф. Ницше** (1844-1900) яростно опровергает идею о разрушительном влиянии страстей на внутренний мир человека. Душевное здоровье для него, в отличие от античных авторов, не признак и условие нравственных достоинств, но выражение силы чувств, молодости, удовольствия от жизни. Стремление обуздать чувства с помощью разума Ницше расценивает как признак душевного нездоровья и слабости и упрекает в этом христианскую мораль:

Ненависть к «миру», проклятие аффектов, страх перед красотой и чувственностью... – все это всегда казалось мне... самой опасной и жуткой из форм «воли к гибели» или, по крайней мере, признаком глубочайшей болезни, усталости, угрюмости, истощения, оскудения жизни... (Рождение трагедии, или Эллинство и пессимизм //Ницше Ф. Сочинения: В 2 т. Т. 1. - М., 1996. - С. 53).

Позиция Ницше – выражение концепции иррационализма, которая отрицает возможность разума в решении человеком его экзистенциальных проблем, преодолении душевных страданий и укреплении способности противостоять неблагоприятным жизненным обстоятельствам. Эта концепция получила развитие в основном в конце XIX – начале XX вв. в трудах А. Шопенгауэра, С. Кьеркегора и некоторых других мыслителей. Их работы имеют значительную ценность для понимания сложности и противоречивости внутреннего мира личности. Однако психологи, осуществляющие практическую помощь страдающему человеку, обращаются в поисках теоретических оснований к рационалистической традиции, уходящей корнями в античную философию.

### ***Душевное здоровье и культура в трудах психологов***

Для психолога душевное здоровье – это прежде всего гармония человека с самим собой. Нарушения взаимоотношений с окружающими людьми рассматриваются как исток и проявление внутренней дисгармонии. Соответственно усилия психолога направлены на перестройку системы отношений страдающего человека. Предполагается, что разрешение внутреннего конфликта приведет к изменению поведения в благоприятную сторону.

В этом позиции психологов большинства направлений и школ совпадают. Различаются они в том, в чем именно разные специалисты усматривают истоки конфликта и какие предлагают пути его решения.

Один из важнейших пунктов, который характеризует взгляды ученых и практиков, – это взаимоотношения человека и культуры. Как будет показано далее, весьма распространено мнение, что именно культура становится причиной душевных страданий. В то же время человек не может существовать вне культуры. Более того, индивид, не освоивший в той или иной степени культурные модели поведения, – феномен исключительный и не является предметом психологических штудий. У него просто нет психологических проблем; в цивилизованном обществе он сам становится проблемой для окружающих. Таким образом, взгляды психологов на культуру как фактор, определяющий состояние душевного здоровья человека, будут рассмотрены в этом разделе.

Сопоставляя различные точки зрения, можно увидеть, что они «стягиваются» к двум полюсам: одни психологи подчеркивают опасности, которые несет в себе культура для душевной гармонии человека, другие выявляют исцеляющий потенциал культуры. Безусловно, это лишь общая тенденция, поскольку даже те, кто представляет культуру в своих трудах как неизбежное зло, осознают обреченность человека оставаться внутри культуры и с культурой, растворенной в нем самом. С другой стороны, те, кто активно обращается к культуре как помощнице в своей работе консультанта или психотерапевта, признают негативные ее стороны.

К числу ученых, обличающих культуру как источник душевных страданий, относится **3. Фрейд**. Его высказывание о том, что человек был бы гораздо счастливее, если бы культуры вообще не было, стало известным афоризмом. Однако представление о Фрейде

как о враге культуры неверно. Родоначальник психоанализа понимал культуру широко, как человеческий образ жизни, общественные установления, продукты человеческого творчества в разных сферах. Фрейд выделял две группы причин для утраты душевного здоровья: первая – угроза безопасности индивидуальному «Я», вторая – противоречие между стремлением организма к самосохранению и инстинктивными влечениями. Что касается безопасности «Я», она, по Фрейду, и обеспечивается культурой, которая снабжает человека материальными благами и дает защиту от притязаний других людей на те же блага. В отношении же влечений все обстоит сложнее. Защищая окружающих от покушения на их интересы, культура препятствует реализации многих желаний индивида, в том числе весьма сильных инстинктов – сексуальных и агрессивных. В «вынужденном отказе» заключается причина «недовольства культурой». Фрейд показывает и пути выхода из этого конфликта. Первый – совершенствование культуры в направлении смягчения запретов на удовлетворение некоторых желаний: достижения науки в перспективе увеличат власть человека над силами природы и облегчат удовлетворение человеческих потребностей. Второй – обогащение индивидов здоровым способом компенсации через механизм сублимации, иначе говоря – развитие способности к творческой самореализации в социально приемлемой форме. Третий – развитие человеческого разума и выработка научных и практических путей осознания и преодоления психологических конфликтов. В этом отношении психоанализ можно рассматривать как явление культуры, цель которого – помочь человеку в преодолении конфликтов, порожденных столкновением природы и культуры внутри человека.

А. Адлер, в отличие от Фрейда, мало пишет о влиянии культуры на душевный мир человека. Между тем его позицию по этому вопросу можно понять из отдельных высказываний в разных контекстах. Смысл ее в следующем. Показатель душевного здоровья – «вписанность» индивида в рамки своей культуры, его способность добровольно осуществлять тот образ жизни, который принят в обществе.

Невротик, по Адлеру, проявляет нетерпимость к требованиям со стороны общества и отвергает «некоторые формы принуждения, которые нормальный человек вряд ли замечает», в том числе: уважать, прислушиваться, подчиняться, говорить правду, готовиться к экзамену или сдавать его, быть пунктуальным, доверяться человеку, автомобилю, железной дороге, доверять дом, хозяйство, детей, супругу, самого себя другим людям, отдаваться домашним делам, работе, вступать в брак, признавать правоту другого, быть благодарным, заводить детей, исполнять свою половую роль или испытывать сексуальную привязанность, утром вставать, ночью спать, признавать равные права и положение другого человека женского пола, соблюдать меру, хранить верность, находиться в одиночестве<sup>46</sup>.

Протест против этих требований Адлер объясняет стремлением невротика решить унаследованные от детского возраста проблемы:

Любой невроз может пониматься как ошибочная с позиций культуры попытка избавиться от чувства неполноценности, чтобы обрести чувство превосходства [с. 48].

В другой статье Адлер формулирует жизненную ориентацию душевно здорового человека так:

Что я должен сделать, чтобы приспособиться к требованиям общества и благодаря этому добиться гармоничного существования? [с. 72].

Заметим, однако, что в других работах, особенно там, где речь идет о конкретных примерах душевных страданий, Адлер негативно оценивает требования культуры как провоцирующие возникновение неврозов. Так, например, он анализирует случаи «психического гермафродитизма» у девушек – стремления проявлять мужские черты характера – и объясняет это тем, что в обществе «мужское» поведение символизирует силу и власть, а «женское» – слабость и покорность [с. 46]. Исследуя психологические предпосылки невралгии тройничного нерва у пожилых женщин, Адлер замечает:

То, что наше общество ведет себя в отношении стареющей женщины не по-человечески, является одной из самых прискорбных глав нашей культуры [с. 143].

---

<sup>46</sup> Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М., 1995. – С. 53. Все дальнейшие цитаты без особых указаний относятся к данному изданию.

Однако эти замечания не сказываются на общей позиции Адлера, которую можно охарактеризовать как адаптирующую человека по отношению к культуре. Отметим, что она достаточно сильно отличается от той концепции личности, на которую опирались гуманистические психологи, хотя Адлера принято считать предшественником этого направления в психологии.

Последователи Фрейда, создатели так называемого *реформированного психоанализа*, **К. Хорни** и **Э. Фромм** расширили представление об истоках негативного влияния культуры на душевное здоровье, показав, что она способна провоцировать внутренний конфликт не только между биологическими влечениями и моральными установлениями, но шире – между различными потребностями и психологическими установками, сформировавшимися в человеке благодаря усвоению явных и скрытых культурных предписаний.

В своих работах Хорни четко формулирует, что она признает определяющее влияние культуры на душевное здоровье человека:

...Неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем... Когда мы осознаем громадную важность влияния культурных условий на неврозы, те биологические и физиологические условия, которые рассматриваются Фрейдом как лежащие в их основе, отходят на задний план, – пишет она в книге «Невротическая личность паше-го времени. Самоанализ», изданной в 1937 г. [14, с. 8].

Хорни напоминает известный и хорошо обоснованный культурантропологами факт, что оценка человека как душевно здорового или нездорового зависит от стандартов, принятых в той или иной культуре: поведение, мысли и чувства, считающиеся абсолютно нормальными в одной культуре, расцениваются как признак патологии в другой. Она пытается найти признаки душевного здоровья или нездоровья, универсальные для разных культур, и предлагает три таких признака: ригидность реагирования (понимаемая как отсутствие гибкости в реакции на конкретные обстоятельства); разрыв между потенциальными возможностями человека и их использованием; наличие внутренней тревоги, или страхов, и механизмов психологической защиты. Оказывается, однако, что сами эти признаки зависят от культуры: она может предписывать конкретные формы поведения и установки, которые делают человека более или менее ригидным, непродуктивным, тревожным. В то же время культура поддерживает человека, утверждая эти формы поведения и установки как общепринятые и обеспечивая его приемами изживания страхов. В результате Хорни приходит к выводу:

Нормальный человек может наилучшим образом воспользоваться возможностями, предоставляемыми в данной культуре... Он не страдает сильнее, чем это неизбежно в его культуре. Невротик... неизменно страдает больше, чем нормальный человек... В действительности невротик – постоянно страдающее лицо [14, с. 21].

Для Хорни культура – это среда, в которой формируется личность и где она живет. Хорни особенно подчеркивала значение раннего воспитания и того, в какой атмосфере рос ребенок в семье:

...Я выделяла культуральные условия, продуцирующие невроз, а именно особые факторы в окружении ребенка, стесняющие его психическое развитие [13, с. 305].

Здесь культура рассматривается весьма узко – как набор ограничений, нарушающих естественное развитие личности. Однако такой взгляд на культуру был обусловлен традициями классического психоанализа, а также задачами Хорни как практикующего психотерапевта.

Хорни рассматривала также влияние требований культуры на взрослого человека; она показывала, что происходит постепенное формирование личности в процессе взаимодействия с общественным окружением в течение многих лет. В центре ее внимания был современник, нуждающийся в психологической помощи. Она исследовала, как на его внутренний мир влияют окружающие его социально-культурные условия. Также ее интересовало, как специфические невротические установки такого человека отразились в создаваемых им культурных феноменах и что из культуры прошлого он



заимствовал для решения (чаще иллюзорного) своих психологических проблем.

В книге «Невротическая личность нашего времени» Хорни специально рассматривает специфические для Америки 1930-х гг. формы тревоги и невротических защит, показывая, что они порождены определенными экономическими и социальными факторами: принцип индивидуального соперничества, пронизывающий экономическую жизнь, порождает враждебную напряженность между людьми и установку на конкуренцию, ощущение эмоциональной изоляции. Внутренние конфликты порождаются также противоречиями, существующими в самой культуре: это противоречие между различными идеалами, существующими в обществе, в том числе между соперничеством и братской любовью, которая составляет основу христианской морали, глубоко усвоенной европейским человеком; между стимулирующей потребностей и фактической возможностью их удовлетворения; между утверждаемой свободой человека и ее ограничениями.

Хотя Хорни отмечает, что характер культуры отражается на материальных и социальных обстоятельствах жизни человека, внимание ее сосредоточено на духовной культуре. При этом феномены духовной культуры рассматриваются ею чаще всего как проявление защитных механизмов психики. В этом она наследует традицию, заложенную Фрейдом.

Хорни справедливо утверждает, что страх и тревога присущи всем людям и всем культурам. Они могут вызываться внешними опасностями со стороны природы и других сообществ, формами социальных отношений, культурными традициями (например, страх перед демонами, нарушениями табу и т. п.). Отвечая на эти страхи, люди изобретают различные формы защиты. В числе их Хорни называет громоотвод, страховую полис, ношение амулета, соблюдение ритуала и т. п., которые закрепляются в культуре и, как утверждает Хорни, «представляют собой более целесообразный способ борьбы со страхами, чем защиты невротика, построенные иным образом» [14, с. 21]. Между тем невротические защиты также остаются в культуре, которая «вбирает в себя» основные модели поведения, установки, идеальные образы Собственного Я, соответствующие выработанным личностью защитным стратегиям.

В работах К. Хорни, особенно в последней книге «Невроз и личностный рост» (первое издание вышло в 1950 г.), приводится много жизненных наблюдений, доказывающих, что описанные ею стратегии решения внутренних конфликтов включены в качестве моделей поведения в общественные нравы, подкрепляются соответствующими текстами. Так, рассматривая разные варианты стратегии «ухода в отставку», она приводит стихотворение, рисующее поиск развлечений, смысл которых – бегство от реальных проблем [13, с. 244]. Понятно, что такие явные и неявные культурные предписания являются контрпродуктивными для душевного здоровья человека. Об этом и пишет Хорни. Она убедительно демонстрирует, как установки современной западной культуры усиливают и провоцируют внутренние конфликты личности.

Однако не только современная культура может быть опасной для невротика. Как показывает Хорни, человек, выстроивший определенную конфигурацию межличностных и внутрипсихологических защит, зачастую ищет и находит подтверждение этим установкам в культурных предписаниях, освященных авторитетом религий или признанных философских систем. Так, человек, выбравший своей стратегией «смирение», будет подкреплять свой выбор ссылкой на христианскую традицию, утверждающую ценность братской любви; тот же, кто склонен к стратегии «отчуждение», скорее обратится к идеалам буддизма или стоицизма. В этих случаях признанная культурная традиция будет использоваться как способ усиления психологической защиты. Заметим, что такое обращение к культуре только усиливает невротический конфликт, именно поэтому многие психотерапевты настороженно относятся к «метафизическим» рассуждениям своих пациентов, подозревая за ними непродуктивный способ смягчения внутренних противоречий.

Б. Перис, автор предисловия к русскому изданию книги Хорни «Невроз и личностный рост», отметил уникальные возможности, которые дает концепция К. Хорни для специалистов-гуманитариев: литературоведов, культурологов, религиоведов,

философов. Разработанная ею модель развития личности, внутренних конфликтов и защит (движение к людям, против людей и от людей) является универсальной, поэтому она может быть применена к изучению поведения человека в разных культурах:

Защиты, описанные Хорни, принимают различную форму в различных обществах, и различные общества благоприятствуют различным стратегиям защиты и способствуют различным паттернам внутреннего конфликта [13, с. 21].

Сам Перис использовал концепцию Хорни как преподаватель и литературный критик для анализа работ авторов, живших в разных странах и в разные исторические периоды. Перис перечисляет работы, в которых теория Хорни служит основой для анализа деятельности исторических лиц и простых людей, живших в разных культурах. В частности, многие авторы применяли теорию Хорни для анализа американской культуры, показывая, как внутренние конфликты порождают компенсаторные защитные механизмы, образ идеального американца, а также миф об американском превосходстве, который отражается на реальной внутренней и внешней политике.

Соглашаясь с этой оценкой, мы, однако, хотим заметить следующее. Сводить всю духовную культуру к продуктам деятельности механизмов защиты от психологических конфликтов, возникающих в индивидуальной человеческой жизни, неправомерно. В такой трактовке культура представляет собой воплощение психопатологий и не может рассматриваться в качестве средства исцеления души. Такой «симптоматический» взгляд на культуру (как на проявление тех или иных симптомов психопатологии) был развенчан К. Г. Юнгом. Внимательно изучая тексты Хорни, можно обнаружить, что она дифференцирует феномены духовной культуры, являющиеся продуктом и провокантом невротических защит, и те, в которых проявляется истинная мудрость, помогающая человеку на пути к самосовершенствованию. Она пишет, в частности, что многие религиозные и философские течения отстаивают отказ от личной воли, сексуальных желаний, погони за мирскими благами во имя духовного роста и подвига. В отличие от невротического бегства от конфликтов в религиозных практиках «поиск мира включает не отказ от борьбы и стремлений, а скорее направление к иной, высшей цели» [13, с. 223].

Хорни нередко указывает, что предшественниками современных психотерапевтов в понимании причин душевных страданий и путей избавления от них были мыслители прошлого, в том числе античные философы и мудрецы Древней Индии [13, с. 286]. Наконец, истинным гимном культуре стали слова Хорни:

Как ни велика способность человека к разрушению, история все же говорит о его живом и неустанном стремлении к большему знанию о себе и мире вокруг себя, об углублении религиозных переживаний, о росте духовных сил и нравственной смелости, о больших достижениях в любых областях, о стремлении к лучшей жизни. И лучшие силы человека направляются на эти стремления. Интеллект и сила воображения помогают человеку увидеть то, чего еще не существует. Он выходит за свои границы или способен к этому всегда. У него есть ограничения, но не твердые и не окончательные [13, с. 313].

Это позволяет сделать вывод, что Хорни не сводила культуру к продуктам работы защитных механизмов психики от внутренних конфликтов, но видела в ней результат реалистического разрешения сложнейших человеческих проблем. Подчеркивание же ею негативных аспектов влияния культуры на душевное здоровье обусловлено спецификой ее деятельности как практикующего врача-психотерапевта, которому приходится иметь дело с людьми, утратившими свое душевное здоровье под влиянием определенных социокультурных обстоятельств.

Еще один крупный ученый, рассматривавший душевное здоровье в связи с культурой, – **Эрих Фромм**. Его теоретическую платформу часто обозначают как «фрейдомарксизм». Он опирался, с одной стороны, на идею о детерминированности человеческого поведения врожденными предпосылками «человеческой природы», а с другой – учитывал влияние общественной жизни и культурных моделей поведения на формирование личности. Фромм четко сформулировал свою позицию:

Человеческая натура – страсти человека и тревоги его – это продукт культуры; по сути дела, сам человек – это самое важное достижение тех непрерывных человеческих

усилий, запись которых мы называем историей (Бегство от свободы // Фромм Э. Догмат о Христе. - М., 1998. - С. 190).

По Фромму, сама природа человека предполагает наличие ряда потребностей, которые должны быть удовлетворены. Это:

- потребность в единстве с людьми, в социальных связях с ними;
- потребность в трансцендентализации, творчестве как способе выйти за собственные рамки, превратить себя из объекта в субъект творения;
- потребность в безопасности, в укорененности, узах, поддержке и тепле (первоначально обеспечиваемых матерью);
- потребность в идентичности, осознании себя субъектом своей жизни и деятельности;
- потребность в интеллектуальной ориентации в мире и в эмоционально окрашенной системе ценностей.

Фромм показывает, что есть несколько способов, которыми может быть удовлетворена каждая из этих потребностей, причем одни благотворны для человека, а другие – разрушительны. Так, например, потребность в социальных связях может быть удовлетворена посредством подчинения или доминирования, однако оптимальными являются отношения любви, ибо лишь в любви удовлетворяется другая человеческая потребность – в независимости и интегрированности Я. Потребность в трансцендентном может быть удовлетворена либо через творчество, либо через разрушение, – но лишь творчество дает радость, в то время как деструкция причиняет страдания и себе и другим, и т. д.

Разница между различными ответами есть разница между душевным здоровьем и душевной болезнью, между страданием и радостью, между стагнацией и ростом, между жизнью и смертью, между добром и злом. Все ответы, которые могут быть расценены как добро, имеют то общее, что они согласуются с истинной природой жизни, которая является продолжающимся рождением и ростом... Ответы (на запросы) жизни, которые соответствуют реальности человеческого существования, ведут к душевному здоровью (Fromm E. Values, Psychology and Human Existence//New Knowledge in Human Values. - N-Y., 1959. - P. 162-163).

Отмечая, что разные культуры предоставляют разные пути для удовлетворения этих потребностей, Фромм утверждает в конечном итоге лишь один «здоровый» вариант решения проблемы. Такая позиция не учитывает тех конкретно-исторических условий, в которых формируются и живут люди. Например, Э. Фромм говорит о необходимости чувства идентичности, осознания себя субъектом своих действий. Верным ответом на эту потребность Э. Фромм считает полное, творческое развитие личности, независимость, способность выступить один на один с миром. В то же время он пишет о таком известном факте: член первобытного клана мог выразить свое чувство Я – чувство идентичности – через принадлежность к клану; в Средние века индивид был идентифицирован со своей социальной ролью в феодальной иерархии, и это чувство его неизменной ситуации было основной частью его чувства идентичности. Так можно ли отказывать в душевном здоровье людям, для которых индивидуальное самопределение было еще исторически немыслимо?

В работах «Бегство от свободы», «Иметь или быть», «Человек для самого себя» Фромм исследует, как влияют на проявление универсальных человеческих свойств социокультурные условия. При этом он особое внимание уделяет тому, какие психологические трудности создает для человека культура и как человек под влиянием этих трудностей вырабатывает установки, которые зачастую носят негативный характер. Например, в книге «Бегство от свободы» Фромм показал, что современный человек стоит перед необходимостью самостоятельно определять свои жизненные ориентиры и действовать, принимая на себя ответственность за свои поступки. Также он зачастую лишен прочных социальных связей. Не все люди справляются с бременем обретенной свободы. Фромм описывает три психологических механизма «бегства от свободы» – авторитаризм, разрушительность и автоматизирующий конформизм. Все они

препятствуют развитию и счастью индивида.

Для Фромма важнейший показатель душевного здоровья – это способность человека реализовать заложенные в нем творческие задатки. «Любой невроз – это результат конфликта между природными способностями человека и теми силами, которые препятствуют их развитию» [12, с. 169]. Тенденцию к самореализации Фромм считал заложенной в самой природе человека, поэтому критерий продуктивности он рассматривает как универсальный. Почему же невротиками часто становятся именно личности, реализующие свои творческие потенциалы, а люди, никак не проявляющие свои задатки, напротив, ощущают себя вполне благополучными? Фромм объясняет это принятыми в обществе культурными стереотипами:

... В наше время ущербность социально запрограммирована до такой степени, что более не воспринимается массовым сознанием как нечто презренное или даже раздражающее. Нынче нередко можно встретить человека, действующего и думающего подобно автомату.... Он ведет себя целиком и полностью так, как, ему кажется, он должен себя вести, – в соответствии с ожиданиями окружающих; официальные улыбки заменяют искренний смех, бессмысленная болтовня – душевную беседу, а тупая безысходность – искреннюю печаль. О таком человеке можно сказать следующее. Первое – что он страдает от недостатка искренности и индивидуальности, что, по-видимому, невосполнимо. В то же время он ничем, по существу, не отличается от тысяч таких же, как он. Культурные модели с запрограммированными в них социальными изъятиями предохраняют большинство из них от массовых неврозов. Некоторые не вписываются в эти культурные модели; тогда нарушения у них проявляются в виде более или менее тяжелых неврозов. Тот факт, что в этих случаях культурные модели не в состоянии предохранить от проявления неврозов, оказывается результатом интенсивного действия либо патологических сил, либо сил здоровья, которые сопротивляются влиянию культурных стандартов даже тогда, когда в этом нет необходимости [12, с. 171].

В этом отрывке Фромм критикует современную западную культуру как противоречащую человеческим задаткам. Однако и другие реально существовавшие культуры упоминаются им, как правило, для демонстрации того, как они ограничивают способность человека к самореализации. В исследовании «Человек для себя» Фромм проанализировал различные типы ценностных ориентации в связи с общественно-культурными условиями, стимулирующими их возникновение. Он выделяет четыре варианта «неплодотворных ориентации»: рецептивную, эксплуататорскую, стяжательскую, рыночную – и показывает, как они ограничивают способность человека к реализации своего жизненного предназначения. При этом оказывается, что каждая из этих ориентации закономерно возникает на том или ином этапе общественно-культурного развития. Таким образом, культура предстает в работах Фромма главным образом как источник опасностей для душевного здоровья человека.

Душевное здоровье было предметом размышлений Г. Оллпорта. Его подход принципиально отличался от того, который реализован в работах психоаналитиков. Имевшие дело с людьми, нуждавшимися в психологической, а зачастую и медицинской помощи, Фрейд и его последователи прежде всего фиксировали истоки и признаки утраты душевного здоровья. Оллпорт же полагал, что клинический опыт мало что дает для понимания здорового человека, которого он характеризовал как зрелую личность. По Оллпорту, в течение всей жизни человек переживает процесс становления. В отличие от незрелой, или невротичной, зрелая личность функционирует автономно, т. е. ее мотивы обусловлены не прошлым, а настоящим, они осознанны и уникальны.

Оллпорт выделил шесть черт, характеризующих зрелую личность:

- 1) широкие границы «Я», активное и увлеченное участие в трудовых, семейных и социальных отношениях;
- 2) способность к теплым, сердечным социальным контактам, в том числе дружеской интимности и сочувствию;
- 3) самопрятие и умение справляться с собственными эмоциональными трудностями без ущерба для окружающих;

- 4) реалистическое восприятие людей, объектов и ситуаций, постановка реалистических целей;
- 5) «самообъективность» – четкое представление о своих собственных сильных и слабых сторонах, чувство юмора;
- 6) наличие системы ценностей, содержащей главную цель и придающей смысл всему, что делает человек<sup>47</sup>.

Оллпорт отмечает связь душевного здоровья человека с его отношением к религии. Он выделяет два типа религиозности – внутреннюю и внешнюю. Внешняя – это привычка или традиция, которая используется для достижения каких-либо целей, например поддержания статуса, уверенности в себе и т. д. Внутренняя религиозность пронизывает все человеческое существование, она мотивирует человека к достижению идеального жизненного единства. Внешняя религиозность, как полагает Оллпорт, характерна для незрелой личности, человека с эгоцентрическими установками. Она разрушается, если жизненные обстоятельства слишком противоречивы, и не дает надежной психотерапевтической защиты. Внутренняя же религиозность, напротив, поддерживает человека в самых трудных обстоятельствах, хотя она не может существовать ради того, чтобы играть терапевтическую или профилактическую роль... Страждущий может стремиться только к религии, а не к лечению. Если его религия глубоко интроецирована, психическое здоровье и спокойствие будет ему сопутствовать [7, с. 123].

Оллпорт отмечает, что оба типа религиозной ориентации распространены среди приверженцев разных религий – католиков, протестантов, иудеев, мусульман, индуистов. «Психическое здоровье приверженца любой конфессии будет зависеть от того, какой ориентации – внешней или внутренней – он придерживается» [7, с. 123].

Таким образом, Оллпорт высказывает важную мысль о том, что культурные традиции могут наполняться различным психологическим содержанием, и именно это наполнение, общая ориентация определяют степень зрелости, т. е. душевного здоровья личности.

Суждения Оллпорта о наличии у человека системы ценностей как важнейшем условии душевного здоровья близки взглядам В. Франкла, который утверждает, что человек, помимо прочих потребностей, обладает глубочайшим внутренним стремлением придать своей жизни как можно больше смысла. Эта «воля-к-смыс-лу» – специфически человеческое явление, у животных ее заменяют инстинкты. Смысл жизни каждого человека уникален и меняется на разных этапах его существования. Сама реальность ставит перед человеком задачи, которые могут составить смысл его жизни. Важно, чтобы человек увидел эти задачи и нашел среди них те, которые позволяют ему «актуализировать свою собственную жизнь в ее уникальных и единственных возможностях» (Frankl V., 1973, p.44) Чувство утраты смысла своей жизни Франкл определяет как экзистенциальный вакуум, или экзистенциальную фрустрацию. Подобно тому как фрустрация иных потребностей может вести к клиническим неврозам, экзистенциальная фрустрация порождает специфический тип ноогенного невроза (от греч. *noos* – дух, ум, смысл). Существование таких неврозов подтверждено экспериментально. По данным, полученным с помощью специально разработанного опросника, около 20% пациентов клиник имеют ноогенный невроз по происхождению (Frankl V. *The Doctor and the Soul. From Psychotherapy to Logotherapy.* – Bantam books. Toronto-N-Y.-L., 1971 – P. XI), а 55% опрошенных не только среди пациентов, но и среди медперсонала переживают в той или иной степени экзистенциальную фрустрацию или экзистенциальный вакуум (Frankl V., 1973, p. 50). Причину этого Франкл видит в том, что «традиции, которые некогда поддерживали его [человека. – О. Д.] поведение, резко уменьшили свое значение, по крайней мере в отношении моральных обязательств» ((Frankl V., 1973, p.5).

Настороженное отношение к культуре характеризует психологов гуманистического

---

<sup>47</sup> Цит. по: ХьеллЛ., ЗиглерД. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб., 2003. – С. 288-290.

направления. Истоки его в том, что на Западе, как писал А. Маслоу, сложилась исторически детерминированная тенденция негативно оценивать потребности человеческого существа, которые имеют так называемую животную природу. Как следствие, многие культурные институты устанавливаются для контроля, сдерживания, запрещения и подавления этой первоначальной природы человека (Maslow A. Psychological Data and Value Theory // New Knowledge in Human Values. – N-Y., 1959, p. 133-134). Напротив, именно в самореализации личности, раскрытии заложенных от природы задатков и стремлений видят гуманистические психологи важнейшее условие душевного здоровья человека. А. Маслоу назвал эту потребность и соответствующую ей деятельность самоактуализацией. Он отождествлял самоактуализацию со зрелостью и душевным здоровьем человека и постулировал врожденную направленность на достижение этого состояния.

Наблюдая за реальными людьми, А. Маслоу выявил характеристики, присущие, по его мнению, душевно здоровым людям: ясное восприятие реальности; открытость новому опыту; интегрированность, целостность, единство личности; спонтанность, экспрессивность; полное, продуктивное функционирование; бодрость; реальность Я, прочная идентичность, автономия, уникальность; объективность, беспристрастность; креативность; способность к любви. Субъективными переживаниями, сопровождающими процесс самоактуализации, являются интерес к жизни, счастье, ясность, радость, спокойствие, ответственность, уверенность в собственной способности справляться с проблемами. Напротив, признаками душевного неблагополучия являются тревога, отчаяние, неспособность радоваться, чувство вины и стыда перед самим собой, отсутствие цели, опустошенность, утрата идентичности (Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб., 1999).

В адрес гуманистической психологии выражалась претензия (в частности, Франклом), будто концепция самоактуализации настраивает человека замыкаться на себя, видеть смысл жизни в реализации своей самости, что она девальвирует мир и его объекты, рассматривая их как средства для самоактуализации. Этот упрек вряд ли можно признать справедливым. Важнейшим свойством самоактуализирующихся личностей Маслоу считает то, что все они вовлечены в конкретное дело, составляющее их призвание и служащее важнейшим «ценностям бытия» и некоторым другим. Служение этим ценностям составляет «самотрансценденцию», которая выступает, таким образом, необходимым условием самоактуализации.

Маслоу не отрицает необходимости приспособления человека к требованиям реальности – обществу и другим людям, в том числе в активной форме – как преобразования среды, активного овладения ею. Однако он подчеркивает, что душевно здоровый человек внутренне независим от окружения, он сам свободно решает, стоит ли ему противостоять среде, пренебрегать ею или адаптироваться к ней (Maslow A. Health as a Transcendence of Environment // Issues in Human Behaviour. A Best of XIP Reader for Introductory Psychology. – Toronto, 1975. – P. 251-255). Культура выступает для Маслоу как среда, которая позволяет в той или иной степени реализовать потенции, заложенные в индивиде от рождения. Именно поэтому признаком здорового человека становится сопротивление «аккультурации», способность отстоять собственные тенденции развития от влияния культуры.

Итак, Маслоу делает акцент на репрессивном влиянии требований культуры на развитие индивида и возможность реализации его врожденных потенциалов. Однако культура, как будет показано ниже, участвует в формировании способностей и стремлений человека и не только ограничивает возможность реализации индивидуальных задатков, но стимулирует их проявление.

Заметим, что качества, которые Маслоу приписывает самоактуализирующемуся, душевно здоровому человеку, имеют конкретно-историческую природу. Очевидно, что перечисленные выше признаки душевно здорового человека характеризуют индивида, принадлежащего к современной западной культуре, основанной на протестантских ценностях – активность, предприимчивость, ответственность, успех, трудолюбие,

рациональность. Таким образом, его модель душевно здорового человека ограничена рамками собственной культуры.

Идеи А. Маслоу внесли огромный вклад в понимание психологических процессов становления душевно здорового человека в современном обществе и стали основой для разработки практических методов социально-психологического тренинга, как и работы его единомышленников, прежде всего **К. Роджерса** (Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., 1994; Клиентоцентрированная терапия. – М.; К., 1997; Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. – М., 1999) и **Ф. Перлза** (Опыты психологии самопознания (практикум по гештальт-терапии). – М., 1993; Внутри и вне помойного ведра. – СПб., 1995). В ходе занятий участники тренинга подводятся к осознанию культуры как усвоенного ими набора стереотипных моделей сознания, чувств и поведения, который можно отрефлексировать и, сделав ревизию, отказаться от непродуктивных способов деятельности. Отметим, что та же установка по отношению к культуре заложена в таких весьма авторитетных и продуктивно работающих подходах, как рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса, транзактный анализ Э. Берна, нейролингвистическое программирование и др.

Большое внимание проблеме соотношения культуры и душевного здоровья уделяет К. Г. Юнг [15,16 и др.]. Его взгляды будут представлены здесь в конспективной форме.

Важнейшей характеристикой душевного здоровья человека является для Юнга внутренняя гармония (в его терминах – целостность) психики, которая проявляется как согласованность сознания и бессознательного. Нарушение этой целостности происходит на разных уровнях, в том числе на уровне психических функций, личного бессознательного, коллективного бессознательного.

Регулируя общественную жизнь, культура провоцирует нарушение целостности психики, создавая диссоциацию между сознанием и бессознательным. Культура побуждает человека эксплуатировать одни функции и оставлять в небрежении другие, которые из-за этого деградируют; заставляет вытеснять не поощряемые обществом переживания, обусловленные его личным опытом; препятствует осознанию человеком смысла и истоков переживаний, обусловленных актуализацией архетипов коллективного бессознательного.

Заботясь о психическом благополучии индивида, культура вырабатывает пути согласования сознания и бессознательного, в том числе: подавления бессознательного (который Юнг связывает с традицией европейского рационализма); подавления сознания (он видит его в восточных религиозно-философских идеях и практиках, главным образом йоги); параллельного развития и согласования сознания и бессознательного. Первые два пути ограничены тем, что один из них провоцирует рост неконтролируемых импульсов бессознательного, а второй затрудняет приспособление к окружающему миру. Третий путь открывает наиболее благоприятные перспективы для обретения душевного здоровья.

Культура вырабатывает способы осуществления согласования (интеграции) сознания и бессознательного (трансцендентной функции, по Юнгу). Основным инструментом осуществления ее является символ. Символическую природу имеют средства восстановления целостности человеческой психики, выработанные в истории культуры: мифы и ритуалы, религиозные системы, произведения искусства визионерского типа. Символ также является важнейшим инструментом психотерапевтического процесса, направленного на согласование сознания и бессознательного.

Из работ Юнга следует, что душевное здоровье есть результат процесса индивидуации; что душевно здоровым может стать лишь человек, которого он наделяет званием личности, т. е. тот, кто самостоятельно осуществляет трансцендентальную функцию; тот, кто осмеливается погрузиться в глубины собственной души и интегрировать актуализированные переживания из сферы коллективного бессознательного с собственными установками сознания.

Путь к душевному здоровью как процесс индивидуации Юнг противопоставляет

другому способу регуляции психики – подчинению различного рода общественным установлениям: моральным, социальным, политическим, религиозным конвенциям. Польза конвенций состоит в том, что они защищают отдельных людей и общество от опасностей, которые таит в себе проявление человеческой

Самости. Юнг подчеркивал, что хотя подчинение конвенциям было закономерным для общества, в котором преобладает групповая жизнь и самосознание каждого человека как индивидуальности не развито, в настоящее время следование общественным стереотипам несет потенциальную опасность и для внутреннего мира человека, и для его способности к адаптации. Юнг полагал, что перед культурой стоит важнейшая задача – помочь человеку в обретении душевного здоровья через развитие его сознания, интеграцию сознания и бессознательного, актуализацию Самости и осуществление процесса индивидуации.

Нам представляется, что концепция Юнга, весьма продуктивная для понимания соотношения культуры и душевного здоровья человека, не лишена некоторой противоречивости. Так, Юнг определял душевное здоровье как проявление процесса индивидуации и противопоставлял ему путь следования религиозным, социальным и прочим конвенциям. Однако он же много писал о целительных возможностях мифов, ритуалов и религий. Далее, если согласиться с идеей Юнга, что душевное здоровье можно обрести лишь развивая в себе способность слышать голос Самости и учитывать его, пришлось бы сделать вывод, что душевно здоровых людей не было в традиционных обществах, где развитие индивидуальности не поощрялось. Наконец, трудно предположить, что человек, осуществляющий индивидуацию, не нуждается в какие-то периоды своей жизни в обращении к конвенциям.

Проблему соотношения культуры и душевного здоровья человека в рамках юнгианской парадигмы решают культурологи, психологи и практикующие терапевты.

Психотерапевтические функции мифов и ритуалов в традиционных обществах стали предметом изучения многих авторов, например: Э. Ноймана (Происхождение и развитие сознания. – М.; К., 1998), Дж. Кэмпбелла (Тысячеликий герой. – М.; К., 1997), М. Элиаде (Священное и мирское. – М., 1994; Аспекты мифа. – М., 2000), Э. Эдингера (Эго и архетип. Индивидуации и религиозная проекция психического. – М., 2000), К. Наранхо (Песни Просвещения. – СПб., 1997).

Другое направление исследований – роль мифа в жизни современного человека – разрабатывают не только теоретики, но и практики психологической помощи. Так, Дж. Хиллман (Архетипическая психология. – СПб., 1996; Исцеляющий вымысел. – СПб., 1997) рассматривает душу как архетипические образы. Процесс «созидания души» он трактует как создание мифа, направляющего человеческую жизнь, а задача психотерапевта, по его мнению, состоит в том, чтобы помочь человеку изменить травмирующий миф или миф, слишком жестко определяющий цели его жизни. Задача социальной адаптации и индивидуализации в работах Хиллмана не ставится как таковая. Хиллман настраивает человека на игры со своими фантазиями. Никаких критериев выбора внутренней позиции не устанавливается, поскольку не принимается во внимание существование внешней реальности, которой позиция личности может соответствовать или не соответствовать.

Более реалистичной представляется точка зрения другого последователя Юнга – А. Гуггенбюль-Крейга (Наивные старцы. Анализ современных мифов. – СПб., 1997). Он также полагает, что миф отражает реальное душевное переживание и демифологизировать сознание в принципе невозможно. Однако он выделяет конструктивные и деструктивные мифы. Последние провоцируют неадекватное поведение индивида и общественные бедствия. Эти мифы должны быть развенчаны или уравновешены мифами с амбивалентным содержанием. Поскольку индивидуальные мифы являются частным вариантом коллективных, долг психологии, как полагает Гуггенбюль-Крейг, – выкристаллизовать ведущие мифы современности, продемонстрировать их тенденциозность и попытаться их уравновесить.

Итак, в концепции Юнга и его последователей раскрывается противоречивый характер влияния культуры на душевное здоровье человека и разрабатываются



практические пути исцеления его внутреннего мира с опорой на богатое культурное наследие человечества.

### ***Душевное здоровье и его культурная детерминация: динамическая концепция***

Излагаемая здесь концепция душевного здоровья опирается на разработанную Б. Г. Ананьевым теорию индивидуальности как системной целостности в неразрывности физических, психических и духовных ее проявлений. Индивидуальность, по Ананьеву, это относительно замкнутая система, «встроенная» в открытую систему взаимодействия с миром. Здесь «образуется взаимосоответствие тенденций и потенциалов человека, самосознание и "я" – ядро человеческой личности» [1, с. 328]. В то же время именно согласованность мотивов, целей, ценностей человека с требованиями окружающей среды и внутренними возможностями самого человека рассматривается в философии и психологии как условие и проявление душевного здоровья.

Б. Г. Ананьев подчеркивал, что внутренний мир человека активно взаимодействует с окружением, перерабатывая опыт, полученный извне, формируя собственные позиции и убеждения, пути самоопределения, а затем в процессе экстернизации «человек вносит свой собственный вклад в материальную и духовную культуру своего общества и человечества» [1, с. 328]. Таким образом, состояние внутреннего мира человека, то, что мы называем душевным здоровьем, зависит от культуры, в которой он формируется и живет. Весьма выразительно говорил о роли культуры Л. фон Бергаланффи: культура есть «не просто игрушка человека как животного или роскошь интеллигенции; она настоящий спинной хребет общества и, кроме многого другого, важнейший психогигиенический фактор» (Ber-galanffy L. von. Human Values in a Changing World // New Knowledge in Human Values. - N.-Y., 1959. P. 65-74).

Уточним смысл, в котором здесь употребляется слово «культура». Существует множество определений и подходов к изучению культуры. Наиболее продуктивна в данном контексте интерпретация культуры как специфически человеческого способа деятельности. Эта трактовка получила название **технологической**, или **деятельностной**. Она преобладает в трудах таких ведущих отечественных и зарубежных культурологов, как Л. Уайт [9], К. Клакхон и В. Келли, Э. С. Маркарян, М. С. Каган, Э. В. Соколов и др. По смыслу весьма близким понятию **«способ деятельности»** являются концепты **«паттерн поведения»** и **«культурный стереотип»**, используемые Э. Сепиром, Р. Бенедикт (1935), К. Гирцем и многими другими авторами.

Влияние культуры на душевное здоровье можно понять, лишь рассматривая ее как сложную систему, различные подсистемы которой соотносятся с функциями, выполняемыми культурой в жизни человека и общества. Основываясь на классических трудах Л. Уайта, выделим три подсистемы культуры (мы даем им несколько иные названия) – жизнеобеспечивающую, социально-коммуникативную и смыслообразующую. Все эти подсистемы оказывают влияние на душевное здоровье человека, создавая, с одной стороны, внешние условия его жизнедеятельности, т. е. культурную среду, а с другой – формируя его внутренний мир.

**Жизнеобеспечивающая** подсистема ориентирована на преобразование физической среды обитания человека как существа телесного, обладающего витальными потребностями, а «изнутри» создает в человеке специфические для каждой культуры привычки питания, ухода за своим телом и отправления иных биогенных потребностей. В зависимости от степени и характера развития жизнеобеспечивающей подсистемы индивид получает возможность сохранять свое физическое и душевное здоровье. Реальная сложность состоит в том, что культура не только совершенствует физическую среду обитания человека, но создает новые, «техногенные» опасности для индивида в виде загрязнения воздуха, воды, суши, шума и иных неблагоприятных последствий научно-технического прогресса.

**Социально-коммуникативная** подсистема создает и преобразует социальную среду обитания в различных ее проявлениях – от первичных групп до социальных институтов. На личностном плане этой подсистеме соответствуют социальные установки,

регулирующее поведение человека. Качество социальной среды проявляется в том, какие отношения складываются между людьми под влиянием культурных моделей поведения, какое воздействие на его жизнь оказывают организации и глобальные социальные процессы. Социальные установки могут предотвращать или провоцировать внешние и внутренние конфликты.

**Смыслообразующая** подсистема содержит в себе картину мира и систему ценностей, принятую в обществе, с одной стороны, и соответствующую им систему ценностных ориентации во внутреннем мире человека, с другой стороны. Оба проявления смыслообразующей подсистемы содержат в себе потенциал, гармонизирующий личность или разрушающий ее.

Выделение в системе культуры трех ее подсистем и двух способов ее воплощения (общественно-исторического и индивидуального) позволяет обнаружить причины утраты душевного здоровья в противоречии между содержанием различных форм существования культуры.

Дисгармония внутреннего мира может быть порождена противоречием между Уровнем развития материальной культуры, способами организации социальной жизни и духовными ориентирами, принятыми в обществе. Она проявляется на Уровне субъекта как противоречивость диспозиционной концепции человека.

Вторая причина, провоцирующая утрату душевного здоровья, – несоответствие между ранее сформированными в человеке диспозициями и реальными обстоятельствами жизни. Она порождает явление, описанное в науке как культурный шок.

Для того чтобы подробнее рассмотреть, каким образом культура оказывает влияние на душевное здоровье человека, представим здесь динамическую концепцию душевного здоровья<sup>48</sup>. Она основывается на понимании человека как сложной саморазвивающейся системы, что предполагает стремление к тем или иным целям и адаптацию к окружающим условиям (включая взаимодействие с внешним миром и осуществление внутренней саморегуляции) (Акофф Р., Эмери Ф. О целеустремленных системах. – М., 1974; Анохин П. К. Теория функциональной системы как предпосылка к построению физиологической кибернетики // Биологические аспекты кибернетики. – М., 1975. – С. 74-97; Эшби У. Конструкция мозга. Происхождение адаптивного поведения. – М., 1962; и др.).

Душевное здоровье – это динамическая характеристика индивидуальности; она отражает и обуславливает способность человека ставить принципиально достижимые смыслообразующие цели и реализовывать их, осуществляя саморегуляцию и согласовываясь с требованиями социокультурной и природной среды.

При таком понимании душевное здоровье оказывается не константой, раз и навсегда определяющей человека, но характеристикой, изменяющейся на протяжении жизни и имеющей некоторый исходный уровень. Можно говорить о состоянии душевного здоровья человека аналогично тому, как говорят о состоянии его телесного, соматического здоровья, отмечая, например, что человек под влиянием условий своей жизни и деятельности утрачивает или укрепляет свое здоровье.

Мера душевного здоровья человека – его способность к продуктивному преодолению сложных жизненных ситуаций.

Критериями, или показателями, душевного здоровья являются:

- адекватность деятельности человека социокультурным требованиям и природному окружению;
- оптимальная саморегуляция, выражающаяся в переживании внутренней гармонии (верность себе, соответствие желаний и возможностей, ощущение сообразности целей и средств, свобода от тревоги, психоэнергетический баланс);
- благоприятный прогноз, т. е. возможность человека сохранять адекватность

---

<sup>48</sup> См.: Даниленко О. И. Душевное здоровье как культурно-исторический феномен // Психол. журнал. - 1988. - Т. 9. - № 2. - С. 108-117; [3]; Даниленко О. И. Душевное здоровье в контексте культуры: Автореф. дис.... докт. культурологии. - СПб., 2000.

деятельности и оптимальность саморегуляции в широкой временной перспективе.

Последний критерий полезен тем, что позволяет отделить от истинно продуктивных решений такие, которые обеспечивают удовлетворительное состояние человека в настоящее время, однако чреватые негативными последствиями в будущем. Аналогом может быть, например, «подстегивание» организма с помощью разнообразных стимуляторов. Ситуативное повышение активности может обеспечить повышенный уровень функционирования и хорошее самочувствие. Однако в перспективе неизбежно истощение возможностей организма и, как следствие, снижение сопротивляемости вредоносным факторам и ухудшение здоровья. Критерий благоприятного прогноза позволяет понять негативную оценку роли защитных механизмов по сравнению со способами совладающего поведения. Защитные механизмы опасны тем, что создают благополучие за счет самообмана. Этот самообман может быть безобидным или неизбежным (например, когда правду осознать уже поздно, так как сделать ничего нельзя), но может быть вредоносным, если он закрывает человеку перспективу дальнейшего полноценного развития.

Душевное здоровье в динамической концепции рассматривается как результат более или менее продуктивного разрешения человеком задач, которые можно назвать *психогигиеническими*, или *психопрофилактическими*.

В процессе жизнедеятельности человек решает эти задачи внерефлексивно, не формулируя их специально, не задумываясь о сохранении душевного здоровья. Возникающие размышления о необходимости сохранить душевное здоровье свидетельствуют, как правило, о трудности жизненной ситуации. Священник, психотерапевт, ближайшее социальное окружение могут стать реальными помощниками в решении психогигиенических задач. Для многих людей мощным фактором психогигиены выступают литература и искусство.

Среди широкого круга психогигиенических задач важнейшими являются следующие:

- коррекция целеполагания;
- оптимизация взаимодействия с социокультурной и природной средой;
- повышение уровня саморегуляции.

Рассмотрим эти задачи подробнее.

Главная из них – **коррекция целеполагания** – предполагает ревизию жизненных устремлений и поиск таких целей, которые могли бы создать у человека ощущение осмысленности собственного существования. Определяющая роль наличия смыслообразующих жизненных целей для душевного здоровья человека показана В. Франклом [10]. В соответствии с его теорией и практикой логотерапии смысл жизни каждого человека уникален и меняется на разных этапах его существования. Сама реальность ставит перед индивидом задачи, которые могут составить смысл его жизни. Важно, чтобы человек увидел эти задачи и нашел среди них те, которые позволяют ему «актуализировать его собственную жизнь в ее уникальных и единственных возможностях» (Frankl V., 1973, p. 44). Однако, как показывает жизненный и клинический опыт, далеко не каждому это удается. Чувство утраты смысла жизни В. Франкл называет *экзистенциальной фрустрацией*. Он утверждает, что значительная часть современных людей страдает от этого недуга. Причину этого ученый видит в том, что некогда, в самом начале человеческой истории, у человека были подавлены глубочайшие животные инстинкты, а затем «традиции, которые поддерживали его поведение, резко уменьшили свое значение, по крайней мере в отношении моральных обязательств» (*ibid*, p.5).

Процесс поиска и определения смысла своей жизни чаще всего не осознается человеком. Более того, по-видимому, сам вопрос о том, что жизнь должна иметь смысл, не возникает перед тем, кто автоматически следует ориентирам, направляющим его существование, и внутренне согласен с ним, по крайней мере до той поры, пока какие-либо внешние обстоятельства не лишат его возможности стремиться к этой цели или внутренние изменения не сделают некогда желанную для него цель бессмысленной. В

случае таких перемен человеку приходится осуществлять ревизию прежних жизненных целей и отыскивать новые, более соответствующие сложившейся внешней и внутренней ситуации. Так, например, специалисты, помогающие людям преодолеть состояние острого горя, связанного с утратой близкого человека, потерей здоровья и тому подобными событиями, отмечают, что одним из наиболее тяжелых аспектов такого переживания является утрата жизненных смыслов; цели, которые прежде направляли путь, перестают существовать. Важнейшая – и сложнейшая! – задача, которую необходимо в этом случае решить, – найти новые смыслы, не уничтожая при этом благодарного воспоминания о прежних целях, о ситуациях, когда они были значимы, о людях, к которым они были обращены.

Обретение смыслообразующих жизненных целей предполагает решение более конкретных задач.

Одна из них состоит в том, чтобы осознать свои глубинные склонности, *истинные тенденции внутреннего развития*, реализация которых способна дать ощущение радости и полноты жизни. Многие современные психологи и психотерапевты, в первую очередь принадлежащие к гуманистическому направлению, убедительно показывают, что современная культура зачастую лишает человека не только способности воплощать свои задатки, но даже осознавать свои истинные потребности и чувства; они предлагают различные способы восстановления этой способности, изначально присущей всем людям.

Однако просто почувствовать и осознать свои потребности мало; важно верно определить их соотношение, приоритетность, иерархию в структуре своей личности. *Смыслообразующие мотивы*, субъективно наиболее значимые для индивида, приоритетны перед мотивами, обеспечивающими «фоновую» жизнедеятельность. Человек, не осознающий этой иерархии, оказывается в состоянии неразрешимого внутреннего конфликта, если ситуация ставит его перед выбором между мотивами разных уровней. Тот же, кто осознает эту иерархию, способен разрешить такой конфликт, ориентируясь на приоритеты (хотя и ему не всегда легко отказываться от «фоновых» благ). Осознание приоритетов оставляет человеку возможность маневрирования: например, он может смириться с необходимостью временно отложить творческую работу, составляющую смысл и радость его жизни, для того, чтобы обеспечить необходимое материальное благополучие себе и своим близким, но сохранять при этом прежнюю структуру мотивов.

Осознание *иерархии мотивов* – это, иными словами, осознание своей субъективной шкалы ценностей. Причем очень важно, чтобы человек имел смелость признаться самому себе в том, какова его реальная иерархия ценностей. Сделать это бывает не всегда легко потому, что в обществе в целом и в ближайшем окружении существуют определенные ожидания: чего должен желать тот или иной человек, включая как общие для всех («общечеловеческие»), так и специфические для его возраста, пола, социального статуса, семейной традиции и т. п. ценности. Поэтому люди часто приписывают себе ложные мотивы поступков, боясь обнаружить несовпадение собственной системы ценностей с ожидаемой.

Дело осложняется еще и тем, что иерархия мотивов не является стабильной. Она складывается в течение всей жизни в результате различных, зачастую совершенно разнонаправленных влияний. Чрезвычайно сильные мотивационные комплексы формируются еще в раннем детстве. В течение всей жизни мы интериоризируем ожидания окружающих, и они тоже постепенно превращаются в требования к самому себе. Наконец, существуют, на наш взгляд, ценностные ориентации, которые отражают объективные требования бытия и которые человек ощущает как истинные ценности, имеющие абсолютный характер и заданные самим Богом.

*Выбор мотива* – внутреннее событие, определяющее дальнейшую жизнь человека как существа духовного, социального и физического. Именно поэтому столь важно правильно оценить те перспективы, которые при этом раскрываются. Так, следуя самым глубинным своим желаниям, индивид получает мощную энергетическую подпитку из сферы бессознательного. Однако этот путь может быть чреват конфликтами в

социальной жизни, да и сам человек может ощущать дискомфорт из-за того, что отступил от требований своего Идеального Я.

В обществе, где духовная жизнь человека находилась под контролем религии и обычая, выбор мотива диктовался традицией. Нужно было лишь научиться смиряться с тем, что она приказывала делать. В современной социокультурной ситуации человек сам вынужден осуществлять сложную работу по определению своих мотивационных приоритетов.

Итак, продуктивное решение задачи на «смысл жизни» предполагает: выявление истинных влечений и склонностей индивида; осознание их иерархичности; выделение приоритетов с учетом перспектив, которые раскрываются в ходе реализации тех или иных мотивов.

Следующий шаг в решении этой задачи состоит в том, чтобы *найти способы осуществить свои желания в реальной жизни*, отыскать конкретные виды деятельности и способы поведения, которые бы им соответствовали. Очевидно, и эта задача достаточно сложна. С одной стороны, потому, что общая социокультурная ситуация или те условия жизни, в которых находится человек, не всегда предоставляют ему возможность выбора своего жизненного пути в соответствии с внутренними устремлениями. Особенно этот диктат ситуации выражен в обществах бедных, где индивид вынужден бороться за физическое выживание свое и близких. С другой стороны, далеко не всегда внутренние возможности человека соответствуют его желаниям. В этом случае ограничения накладываются самой природой, и с ними необходимо считаться. Например, человеку, не имеющему абсолютного слуха, вряд ли перспективно связывать свою профессиональную деятельность с музыкой, поскольку здесь он все время будет лимитирован своим дефектом.

Таким образом, обе задачи следует решать в их тесной взаимосвязи, не упуская ни одну из них. Человек, упорно стремящийся к воплощению своих желаний, не имея для этого соответствующих предпосылок, будет вновь и вновь терпеть неудачи. Тот же, кто старается достичь абсолютно чуждых для себя целей, обречен на трагедию безрадостного существования.

**Оптимизация взаимодействия и повышение уровня саморегуляции** фактически представляют одну психологическую задачу, а именно задачу адаптации человека к требованиям, поступающим из внешней среды с учетом его собственных психологических особенностей.

Обратимся к рассуждениям об адаптации Ж. Пиаже. Исследуя когнитивные процессы, он рассматривал их развитие как результат постоянных попыток индивида адаптироваться к изменениям окружающей среды. Процесс адаптации, по Пиаже, включает в себя два процесса: ассимиляции и аккомодации. Ассимиляция происходит, когда новый предмет или новая ситуация осваиваются с помощью уже сформированных психических механизмов. Аккомодация происходит, когда организм изменяет старые схемы деятельности для приспособления к новой ситуации. «Когнитивная адаптация, подобно своему биологическому аналогу, состоит в уравнивании, ассимиляции и аккомодации» (Пиаже Ж. Теория Пиаже // История зарубежной психологии (30-60-е гг. XX в.). Тексты. - М., 1986. - С. 232-292).

Для динамической концепции душевного здоровья особенно важно, что в процессе адаптации человек не только осваивает требования окружения и «подстраивается» под них, но и развивает в себе новые способности и способы деятельности, что позволяет ему по-новому действовать в проблемных ситуациях. Эта деятельность может быть направлена вовнутрь, на изменение собственной психической реальности, или вовне, на изменение взаимоотношений со средой. В таком случае говорят о, соответственно, адаптивной и адаптирующей активности.

В психологической и особенно психотерапевтической литературе адаптацию рассматривают прежде всего как процесс изменения внутреннего мира человека. И это оправданно: работая с клиентом, психотерапевт помогает ему изменить установки, что в дальнейшем позволяет клиенту откорректировать и «внешнее» поведение. Однако здесь

важно рассмотреть оба аспекта адаптации.

К каким же обстоятельствам приходится адаптироваться человеку? Воспользуемся традиционным представлением о человеке как существе физическом, социальном, духовном и соответственно представим его живущим в окружающем мире с тремя измерениями. Первое – природа с ее объективными, непреложными законами. Второе – реальные социальные отношения, та макро- и микросреда, в которой человек живет. Третье – принятая в его социальной и культурной общности картина мира, трактующая место человека во вселенной и другие важнейшие проблемы бытия. Душевное здоровье можно определить как динамическое равновесие человека с природой, обществом и общепринятыми представлениями об устройстве мира и предназначении человека в нем.

Заметим, что в традиционных культурах причины душевного нездоровья усматриваются именно в нарушении связей человека с обстоятельствами его жизни. Так, личность, по африканским представлениям, находится на пересечении трех главных осей отношений. Вертикальная ось олицетворяет связь с прародителями, богом и другими невидимыми существами. Горизонтальная, или социальная, ось связывает личность с культурным сообществом. Третья, экзистенциальная ось трактуется как ось индивидуальной биологической жизни. Равновесие личности и, следовательно, ее психическое здоровье, зависит от равновесия этой психической вселенной. Исследователь африканской культуры А. К. Тай пишет:

Причина и следствие душевного расстройства... затрагивают либо вертикальную плоскость существа, его отношения с прародителями и богом, и тем самым разрушают изначальную сущность человека, либо горизонтальную плоскость опыта бытия и влекут за собой несчастье... Это расстройство никогда не бывает просто изолированным и ограниченным внутренним конфликтом, так как африканская концепция взаимосвязей носит всеобъемлющий и динамичный характер (Психология в странах Черной Африки // Курьер ЮНЕСКО. - 1984. - Февраль. - С. 7-10).

Динамическое равновесие с природой может быть рассмотрено по крайней мере в двух планах.

Человек всегда остается биологической единицей, и окружающие природные условия влияют на его самочувствие. Неблагоприятное воздействие таких факторов, как плохое питание, низкие или высокие температуры, шум и т. п., создают для организма физический стресс, который может способствовать общей дезадаптации человека, провоцировать невротические реакции. Можно сказать, что окружающая среда бросает вызов человеческому существу, и от того, насколько удастся индивиду приспособиться к этой среде и приспособить к себе ее, зависит не только его физическое, но и душевное благополучие.

Очевидно, что культура, совершенствуя среду обитания человека, обеспечивая его полноценным питанием, теплым жильем и одеждой, способна оказать благотворное влияние и на состояние его психики. С другой стороны, культура порождает новые, так называемые техногенные опасности для здоровья.

Природа воздействует на душевное самочувствие человека не только извне, но и изнутри – через состояние его физического субстрата, непосредственно данную ему телесность со всеми физическими и психофизическими процессами, в том числе болезнями, недомоганиями и т. п. Глубочайшие взаимосвязи между соматическим, психическим и душевным благополучием выявлены специалистами по психосоматической медицине и психологии. Улучшая состояние индивида с помощью физических упражнений и медицины, правильного питания и т. п. культура также способна оказать благотворное влияние на душевное здоровье человека.

Наконец, нельзя забывать, что человек как индивидуальное биологическое существо подвержен действию непреложных законов природы. Он рождается, созревает, стареет, умирает. В некоторой степени человеческой воле и знаниям подвластно то, какие формы принимает этот процесс, каковы особенности его протекания. Но он должен произойти обязательно. Это ставит перед человеком задачу правильно ответить на требования, которые предъявляет к нему его телесная природа. Культура вырабатывает

и сохраняет множество способов, помогающих человеку эту задачу решить: от бытовых привычек и социальных институтов до мировоззрения, помогающего смириться с «бегом времени» и собственной бренностью.

Второе измерение, или аспект реальности, по отношению к которому должен адаптироваться человек, составляет его социальное окружение, реальные люди, с которыми он взаимодействует, а также социальные группы и институты, оказывающие влияние на его жизнь. Перед личностью стоит задача – согласовать свое поведение с требованиями социальной среды. Обратим внимание, что в соответствии с принятым здесь пониманием адаптации согласование своего поведения с социальной средой не всегда означает подчинение ожиданиям окружающих. В некоторых случаях это означает изменение поведения других людей или функционирования общественных организаций или же просто смену одной среды на другую. Однако для того, чтобы быть адаптивными, действия должны быть -целесообразными и приспособительными.

Согласованность мнений, чувств и поступков личности со своим социальным окружением придает человеку огромную внутреннюю силу, даже в самых суровых условиях рождает чувство счастья и душевного подъема. Вот как пишет о днях блокады О. Берггольц:

О да, мы счастье страшное открыли – Достоинно не воспетое пока, – Когда последней коркою делились, Последнею щепоткой табака; Когда вели полночные беседы У бедного и дымного огня...

Напротив, ощущение рассогласованности собственных переживаний и поведения с окружающими ведет к острому внутреннему конфликту, вызывает чувство собственной неполноценности или отвращение к окружающим, которые, в свою очередь, негативно оценивают поведение нарушителя сложившихся норм. Следует отметить, что такой конфликт развивается лишь в случае, когда человек не просто случайно оказался в данной среде, но связан с ней достаточно прочными узами.

Социальная среда – это прежде всего реальные люди, которые обладают своими индивидуальными особенностями и с этой точки зрения являются некоей психологической реальностью, к которой должен адаптироваться тот, кто стремится обрести душевное здоровье.

Достижение этой цели предполагает решение более частных задач. Среди них – осознание того, что душевная жизнь другого человека подчиняется определенным психологическим законам, и любая попытка навязать ему свое видение ситуации или поступки, противоречащие его внутренним тенденциям развития, обречены в итоге на провал. Необходимо также научиться видеть «зоны напряжения», чреватые потенциальными конфликтами, определять причины этих конфликтов, находить пути их разрешения, совершать соответствующие поступки. Все это означает формирование психологической компетентности. К настоящему времени накоплено много знаний о теоретических основах и практических приемах совершенствования этого качества личности (*Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение. – Л., 1985; Петровская Л. А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М., 1982 и др.*).

С другой стороны, поведение людей, а тем более социальных групп и общественных институтов, во многом определяется культурными моделями. От того, каковы эти модели, насколько они скоординированы друг с другом, помогают ли наладить согласие или разрушают его, зависит во многом душевное благополучие человека, живущего в данной среде.

Третье измерение, по отношению к которому требуется адаптация личности, – то, что можно обозначить как «символическую вселенную» (воспользуемся здесь классической метафорой Э. Кассирера). Каждый индивид, проходящий процесс социализации и инкультурации, получает уже созданную до него систему представлений о том, что есть что в этом мире, как к этому относиться и как с этим обращаться. Наличие этих представлений отвечает глубочайшей потребности человека как родового существа в познании, а также собственной ориентации в окружении и себе самом. Важно, что эти

представления не только дают знания о явлениях, но и их оценку, они говорят не только о том, как есть, но и о том, как должно быть. В том числе они содержат представления о том, в чем смысл человеческой жизни, и не только общий, но и представителя той или иной группы.

Можно лишь предполагать, стоит ли за этими представлениями некая объективная реальность (вроде платоновских идей или юнговских архетипов), однако человеку они даются как факт культуры (здесь не рассматриваются случаи мистического постижения первоисточков человеческого опыта). В этих представлениях запечатлен опыт далекого и недалекого прошлого. По мере того как сам индивид получает и перерабатывает собственные жизненные впечатления, он проверяет полученные представления, вырабатывает новые. Перед ним встает важная задача: согласовать их с мировидением и мироощущением, принятым в его социокультурной группе. Наличие внутреннего расхождения переживается как когнитивный диссонанс, который негативно влияет на душевное равновесие и который человек стремится преодолеть тем или иным способом.

В том случае, когда человек не только переживает когнитивный диссонанс как внутреннее состояние, но позволяет себе проявить сомнения в правильности общепринятых представлений, это создает ему дополнительные трудности в плане адаптации его к социальному окружению. Например, его могут признать безумным, т. е. утратившим не только душевное, но и психическое здоровье. Так произошло с П. Я. Чаадаевым после опубликования им «Философического письма» в журнале «Телескоп» в 1836 г., когда он был объявлен умалишенным. Безусловно, такое расхождение личной позиции человека с общепринятым мнением не свидетельствует о нем, как психически ущербном. Как писал Г.-Д. Торо: «Если человек не шагает в ногу со своими спутниками, может быть, это оттого, что ему слышны звуки иного марша?» (Уолден, или Жизнь в лесу. – М., 1962. – С. 25). Однако резкий диссонанс этой мелодии и громко звучащей вокруг музыки, безусловно, создает значительные трудности для внутренней гармонии человека. Специалисты в области психологии личности подчеркивают, что душевное здоровье может быть обеспечено лишь при наличии достаточно стабильной картины мира и общепринятой системы моральных ценностей. Субъективное отражение состояния философской дезориентации запечатлено в стихотворении Ф. Тютчева «Наш век»:

Не плоть, а дух растлился в наши дни,  
И человек отчаянно тоскует...  
Он к свету рвется из ночной тени  
И, свет обретши, ропщет и бунтует.  
Неверием палим и иссушен,  
Невыносимое он днесь выносит...  
И сознает свою погибель он,  
И жаждет веры...  
Но о ней не просит...

Достаточно стабильное и общепризнанное мировоззрение в течение нескольких тысячелетий человеку обеспечивала религия во всех ее формах – от первобытной магии до тщательно разработанных философско-религиозных систем. Именно религия давала большинству людей более или менее стройную картину мироздания, непререкаемую систему ценностей, формировала представления, чувства и Установки с помощью тщательно разработанных обрядов, ритуалов, опираясь на богатейший практический опыт, знания в области индивидуальной и общественной психологии. Современные специалисты по психотерапии и психопрофилактике обнаруживают в опыте прошлого многие ценные методы лечения и предупреждения душевных страданий.

Следует отметить, что в настоящее время в тех странах, где еще сильно сказывается влияние религии на сознание людей, перед врачами, получившими классическое медицинское образование, ставится задача опираться в своей работе на знания традиционной космогонии, на представления об источниках и природе здоровья и болезни. «Совместно действуя, традиционные целители и врачи могут дополнять друг друга, обеспечивая широкую концептуальную структуру, внутри которой человеческое поведение может быть понято, и предлагая более широкий спектр средств для страдающего человека, чем мог бы обеспечить каждый из них поодиночке», – пишет Дж.



Вестермейер (Westermeyer I. *Whether the Fresh Course? // Anthropology and Mental Health. Setting a New Course.* – Chicago, 1976, p. 2).

Практически такой подход к лечению душевнобольных уже осуществляется. В Западной Африке доктор Т. Ламбо был первым, кто установил деловые отношения с местными колдунами и знахарями, «специализировавшимися» в области лечения психиатрических расстройств. А в Судане два врача заключили «сердечный союз» с местными муллами, к которым родственники психически больного обращаются в первую очередь. Муллы теперь направляют тех, кто страдает шизофренией, на консультацию к психиатрам, а сами довольно успешно лечат больных с неврозами и истерическими реакциями (*Кастерс Дж. Б. Что такое психическое здоровье? // Здоровье мира.* – 1997. – Август. – С. 4-9).

Процесс секуляризации влечет за собой утрату многих явлений культуры, поддерживавших душевное здоровье людей: от системы моральных ценностей до конкретных приемов снятия психического напряжения (исповедь, молитва и т. п.). Такая ситуация сложилась, в частности, в настоящее время в высокоразвитых капиталистических странах Запада. В 1957 г. в Массачусетском технологическом институте была проведена конференция «Новые знания в области человеческих ценностей». По материалам конференции издана книга. В предисловии к ней А. Маслоу пишет:

Этот том возникает из убеждения, что, во-первых, основной болезнью нашего времени является отсутствие ценностей; во-вторых, такое состояние представляет в наше время наиболее критическую опасность, чем когда-либо в истории» (Maslow A. Preface // *New Knowledge in Human Values.* - N-Y., 1959. - P. VII-X).

Выход из этого положения представители западной науки видят в создании научной этики, основывающейся на данных психологии, в деятельности психотерапевтов по преобразованию внутреннего мира страдающего человека, а некоторые (например, Эрих Фромм) утверждают необходимость социальных преобразований. Однако все они так или иначе приходят к утверждению ценности религий, прежде всего христианства, буддизма, даосизма. Так, Л. фон Берталанффи пишет: «С научной и исторической точки зрения представляется, что система ценностей христианства обеспечивала исключительную устойчивость и адаптивность к изменяющимся культурным структурам», – что создает предпосылки для возрождения христианства, «если человечество намерено спастись от пропасти бессмысленности, самоубийства и атомного огня» (Bertalanffy L. von, 1981, p. 74).

Итак, мы рассмотрели три основных измерения, по которым, в соответствии с представленной здесь концепцией душевного здоровья, происходит адаптация человека.

Обратим еще раз внимание на то, что осуществление адаптации включает два процесса. Первый – *изменение внешней реальности* (природной, социальной, духовной), которое может происходить и как активное преобразование процессов внешнего мира, и как перемещение в иную среду (смена климата, социального окружения и пр.). Второй – *изменение собственной психологической реальности*. Как правило, эти процессы происходят одновременно, однако можно выделить, какой из них преобладает в тот или иной период времени.

Разделение этих процессов важно потому, что их осуществление требует работы двух различных типов психологических механизмов. Обозначим их условно как процессы внешнего управления и саморегуляции.

Для эффективной деятельности по преобразованию внешней реальности требуются развитые ментальные процессы, прежде всего интеллектуальные, а также соответствующие знания, умения и навыки. Они создаются в процессе накопления опыта взаимодействия с природной и социокультурной средой. Причем это происходит и в истории человечества, и в индивидуальной жизни каждого человека. Результатом такой деятельности становятся открытия в сфере естественнонаучного знания, обществоведения, всевозможные технологии и т. п.

Для успешной деятельности по саморегуляции требуется, помимо ментальных

способностей, развитость эмоциональной сферы, интуиция, знание и понимание закономерностей протекания психических процессов, умение и навыки работы с ними. Культура сохраняет предписания, которые помогают ее преемникам гармонизировать свой внутренний мир на всех уровнях – от системы ценностных ориентации до психофизиологических показателей.

Можно выделить несколько типов культурных предписаний, помогающих человеку обрести душевное равновесие. Один тип – *идеи и образы*, которые помогают человеку преодолеть ограниченность собственного опыта, увидеть ситуацию «с точки зрения вечности», смириться с неизбежным, а также преодолеть разрушительное чувство обиды на судьбу и людей. Такое переживание, выводящее человека за пределы собственных интересов, не может быть результатом только интеллектуальных операций. Оно предполагает духовное прозрение, ощущение мира как целого, его глубинных закономерностей и смыслов. Мощным целительным потенциалом обладает в этом отношении искусство.

Другой тип предписаний включает процедуры, направленные на гармонизацию внутреннего мира личности через организацию определенного типа социального поведения. Это *обряды, ритуалы, правила этикета*.

Наконец, культура сохраняет приемы, позволяющие регулировать психические состояния индивида, – от древней *йоги* до современной *аутогенной тренировки*.

Очевидно, что эффективная саморегуляция, охватывающая все уровни человеческой психики, может происходить лишь при условии сочетания всех этих типов культурных предписаний – условно говоря, мировоззрения, ритуалов и психотренинга. В течение многих тысячелетий все это давала человеку религия в различных ее формах – от первобытной магии до тщательно разработанных философско-религиозных систем. Это позволяет современным специалистам находить в опыте прошлого ценные методы предупреждения и лечения душевных страданий.

Итак, мы описали три группы психогигиенических задач: коррекции целепо-лагания; оптимизации взаимодействия с социокультурной и природной средой; повышения уровня саморегуляции.

Теперь рассмотрим, при каких условиях процесс решения перечисленных выше психогигиенических задач может быть успешным. Иными словами, каковы принципы сохранения и укрепления душевного здоровья.

Первый – принцип **объективности**. Его суть в том, что принимаемые решения будут удачными, если они соответствуют реальному положению вещей, в том числе действительным свойствам индивида, характеристикам социального окружения и, наконец, глубинным тенденциям существования человеческого общества и каждого человека.

Мы исходим из предположения, что есть общие тенденции развития мира, действующие на разных уровнях – от космоса как целого до мельчайших его элементов, от мира неживой природы до мира людей и общественных институтов. Человек, улавливающий эти тенденции в той мере, в какой они затрагивают его бытие, обретает тем самым способность конструктивно осмыслить и пережить любое событие своей жизни. Эту душевную работу человеку традиционно помогали выполнять религия, философия, литература и искусство.

Второй принцип, соблюдение которого является предпосылкой успешного решения психогигиенических задач, – **воля к здоровью**. Этот принцип означает признание здоровья как ценности, ради достижения которой следует прилагать усилия. Реализовать же эту установку можно лишь при условии определенных знаний, умений и навыков, а также при наличии адекватных условий самосовершенствования (первое из которых – наличие свободного времени) и организации благоприятной среды обитания.

Третье важнейшее условие укрепления душевного здоровья – принцип **опоры на культурные традиции**. В процессе культурно-исторического развития человечеством накоплен огромный опыт гармонизации внутреннего мира человека, преодоления психологических кризисов. Возможность воспользоваться этим целительным потенциалом культуры есть предпосылка сохранения и укрепления душевного здоровья.

## **Контрольные вопросы**

1. Можно ли утверждать, что дионисийские праздники и орфические мистерии, происходившие в Древней Греции, выполняли психогигиенические функции, и если да, то почему?
2. Раскройте смысл слов энтузиазм, экзальтация, апатия, атаксия.
3. Что означает слово *катарсис*? Какие психологические механизмы лежат в основе катарсиса?
4. Как вы понимаете высказывание Сенеки о мудреце: «Для жизни ему многое нужно, а для блаженства только высокий и здоровый дух, презирающий фортуна»?
5. Каково отношение к аффектам в философии Б. Спинозы?
6. Какое качество индивида Гегель считает проявлением душевной зрелости? Как соотносятся в его концепции душевная зрелость и душевное здоровье?
7. Каковы причины «недовольства культурой» по З. Фрейду?
8. Как культура может провоцировать утрату человеком душевного здоровья с точки зрения К. Хорни?
9. Почему, по мнению Э. Фромма, современная западная культура неблагоприятна для душевного здоровья человека?
10. Какие черты характеризуют зрелую личность по Г. Оллпорту и А. Маслоу?
11. А. Маслоу утверждает, что душевно здоровому человеку свойственно «сопротивление аккультурации». Согласны ли вы с ним? Обоснуйте свою позицию.
12. В чем сущность процесса индивидуации, описанного К. Г. Юнгом? Как этот процесс соотносится с душевным здоровьем человека?
13. Как связаны душевное здоровье человека и осознание им смысла своей жизни?
14. Как влияют на душевное здоровье человека современные тенденции в развитии жизнеобеспечивающей подсистемы культуры?

## **Литература**

1. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001.
2. Антология мировой философии: В 4 т. – М., 1969.
3. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М., 2001.
4. *Даниленко О. И.* Душевное здоровье и поэзия. – СПб., 1997.
5. *Маслоу А.* Дальние пределы человеческой психики. – СПб., 1997.
6. Материалисты Древней Греции. Собрание текстов Гераклита, Демокрита и Эпикура. – М., 1956.
7. *Оллпорт Г. В.* Личность в психологии. – М., 1998.
8. *Рассел Б.* История западной философии и ее связи с политическими и социальными условиями от античности до наших дней. – М., 2000.
9. *Уайт Л. А.* Понятие культуры // Антология исследований культуры. Т. 1. Интерпретации культуры. – СПб., 1997.
10. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. – М., 1990.
11. *Фрейд З.* Психоанализ. Религия. Культура. – М., 1992.
12. *Фромм Э.* Человек для самого себя // Психоанализ и этика / Э. Фромм. – М., 1993.
13. *Хорни К.* Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. – СПб., 1997.
14. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993.
15. *Юнг К. Г.* Проблемы души нашего времени. – М., 1993.
16. *Юнг К. Г.* Структура психики и проблема индивидуации. – М., 1996.

## Глава 9. ТЕНДЕР И ЗДОРОВЬЕ

На здоровье как уникальное для каждой личности состояние влияет множество факторов. Тем не менее существуют определенные тенденции для различных групп населения. Сравнительно недавно различия в здоровье между женщинами и мужчинами объясняли в основном биологическими факторами. Когда была осознана потребность в изменении подхода к проблемам пола, стало ясно, что их следует реинтерпретировать в более широком контексте – контексте тендера. Это значит: исследователи, предполагавшие ранее, что поведение и установки детерминированы биологическим полом (мужским или женским), начали понимать, что социальные и ситуационные условия оказывают на индивида большее влияние, нежели биологические признаки пола.

Последнее десятилетие Всемирная организация здравоохранения развивает и рекомендует использовать именно тендерный подход к здоровью. Поэтому многие современные врачи и психологи используют в своей работе принципы тендерного подхода при решении проблем, связанных со здоровьем и мужчин и женщин. Для того чтобы осуществлять лечебные и профилактические программы, необходимо учитывать множество факторов, влияющих на здоровье. К наиболее значимым из них относят дискриминацию по признаку пола, которая прямо или косвенно влияет на оценку, диагностику, развитие, лечение и профилактику заболеваний. Тендерный подход к здоровью позволяет разрабатывать и внедрять конструктивные программы по изменению социальных факторов, следствие которых – возникновение заболевания.

**Пол и тендер.** Пол рассматривается как описательные, биологически обусловленные переменные, которые используются для отличия женщин от мужчин. Это в основном хромосомные, репродуктивные признаки. Мы называем многие из представлений о мужчинах и женщинах половыми стереотипами, или обобщениями о поведении личности, на основании принадлежности к какой-либо группе – женской или мужской. Так как формирование стереотипов начинается с раннего детства, то влияния пола и тендера сложно отделить одно от другого. Тендер формирует социальные концепции поведения женщин и мужчин, пол же в настоящее время признан чисто описательной, а не объяснительной категорией.

Тендер – одна из трудно выделяемых и мало осознаваемых категорий, по которой люди оценивают и воспринимают других. Мы рождаемся с определенными биологическими признаками мужчин или женщин, но нас учат соответствующему поведению, установкам, ролям, отношениям, которые приняты в данном обществе и культуре для мужчин и женщин.

Содержание тендерных характеристик и поведения изменяется в зависимости от культуры, исторического времени, позиции наблюдателя и т. д. Но практически всегда и везде роль женщин оценивается субординационно по отношению к мужской.

Социальная конструкция тендера способствует созданию в каждом человеке образа «Я» как женщины или мужчины и представлений о том, как следует себя вести.

Тендер также структурирует ожидания и поведение тех, с кем мы взаимодействуем. В результате он становится самовыполняющимся предписанием, которое формирует наше поведение для удовлетворения ожиданий значимых других.

Важно учитывать два основных направления, связанных с тендером: преувеличивающие и игнорирующие различия между женщинами и мужчинами. Рашел Хар-Мастин и Джебан Марасек (1988) называют их альфа- и бета-предубеждениями.

**Альфа-предубеждения** предполагают, что существуют реальные и качественные различия между характеристиками, ориентациями, возможностями, ценностями мужчин и женщин. Исследователи, придерживающиеся этой позиции, «поляризуют» женщин и мужчин; при этом поддерживаются различные роли, базирующиеся на «естественном природном» основании. Примеры альфа-предубеждений: концепция об особом, «женском» способе мышления (Belenky M. F., et al., 1986); теории о неотъемлемых особенностях поведения женщин – заботливости и поддержке (Chodorow N., 1978), о их особом моральном сознании и этике. Примеры альфа-предубеждений можно найти и в социобиологии и эндокринологии. Обнаруженные здесь тендерные различия объясняются генетическим (биологическим)

детерминизмом или влиянием андрогенов на функционирование мозга. Например, промискуитет и социальное доминирование мужчин интерпретируются как природные явления, уходящие корнями в генетическое выживание вида или инстинкты.

На основании современных данных биологии был сделан вывод: нет доказательств, что в основе различий поведения мужчин и женщин лежат биологические факторы (Bleier R., 1984, 1988).

Альфа-предубеждения могут оказаться полезными в том случае, когда надо сформулировать новые исследовательские задачи, связанные со спецификой жизненного опыта женщин в отличие от социальной жизни мужчин.

**Бета-предубеждения** игнорируют и минимизируют отличия между мужчинами и женщинами. Как правило, в психологических исследованиях игнорируются проблемы, связанные с содержанием жизни женщин. Предполагают, что исследования, основанные на мужской выборке, могут быть обобщены для объяснений поведения и переживаний женщин. Преуменьшение различий приводит к иллюзии, что женщины имеют равный с мужчинами доступ к материальным ресурсам, равные возможности в отношении работы и руководящей деятельности.

Отсутствие исследований по специфике формирования психологии женщин затрудняет внедрение практических антидискриминационных, лечебных, профилактических и социальных программ.

Поэтому психологам следует избегать и альфа- и бета-предубеждений. Для этого важно осознавать свои тендерные стереотипы и признавать как сходство, так и отличие между мужчинами и женщинами равно как сходства, так и отличия внутри женских и внутри мужских групп.

Поведение, усвоенное в социуме, формирует **тендерную идентичность** и **тендерные роли**. Тендерные роли – ожидания, сформированные социумом в отношении мужчин и женщин. Концепция тендерных ролей используется для объяснения поведения, принятого в определенной культуре.

Тендерные роли находятся под влиянием большого количества переменных и варьируют внутри различных субкультур и исторического времени. Таким образом, индивидуальная тендерная роль множественно детерминирована социальными влияниями, событиями индивидуальной жизни, личностными характеристиками и психологическими процессами.

Тендерная идентичность – признание себя человеком определенной сексуальной ориентации и тендерной специфики. Здесь могут проявляться несовпадения между полом (биологическими признаками) и тендерной идентичностью, например: индивид ощущает и считает себя женщиной при мужских половых особенностях репродуктивной сферы.

**Тендерная социализация.** В настоящее время в связи с тендерным подходом все больше обращают внимание на проблемы тендерной социализации мужчин и женщин. На тендерные различия в поведении, связанном со здоровьем, влияет совместимость поведения с общими тендерными ожиданиями, сложившимися в обществе. Например, построение собственной личностной автономии и взрослой идентичности юноши через отказ от рекомендаций по здоровью становится составной частью его взросления. У молодых мужчин может формироваться внутренняя негативная мотивация по отношению к самосохранительному поведению. Реализация более рискованного поведения, связанного с повреждением физического здоровья, жизни, с криминальным или конкурентным поведением, перегрузками на работе, возникающими как следствие желания заработать больше, подтверждает тендерную роль мужчины как добытчика в семье. Так поддерживаемое значимыми другими рискованное поведение становится важным элементом поведения мужчин в обществе.

На первый взгляд кажется, что социализация женщин лишена проблем, связанных со здоровьем. Девочек как будущих матерей с детства приучают следить за своим здоровьем, заботиться о здоровье членов семьи. Но если акцент делается на внешнем виде (привлекательности), а не на здоровом функционировании организма, то это может породить

целый ряд специфических проблем, связанных со здоровьем женщины. Это, как правило, пищевые расстройства (булимия и анорексия), профилактика рака молочной железы и половых органов, а также психологические особенности: неуверенность и тревожность, не способствующие умению решать проблемы и защищаться. Большая проблема – последствия насилия и дискриминации женщин.

### **Тенденции в здоровье мужчин и женщин**

Сравнительно недавно считалось, что женщины менее уязвимыми для повреждающих факторов. В большинстве стран мира женщины в настоящее время живут дольше мужчин, но различия в продолжительности жизни значительно варьируют в зависимости от страны и тех или иных социально-культурных условий. Статистика показывает, что максимальные различия в смертности отмечаются у юношей и мужчин приблизительно 60 лет. В первой группе смертность связана прежде всего с травмами и насильственной смертью, во втором – с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

В отличие от Европы в ряде стран Азии и Африки продолжительность жизни женщин не намного отличается от продолжительности жизни мужчин. Это в первую очередь связано с высокой смертностью женщин от осложнений беременности и во время родов, плохо сделанных аборт и обрезания половых органов. Социально-культурные и экономические условия также могут быть причинами высокой смертности женщин (Година, 2000).

Женщины в развитых странах больше ценили здоровье, чаще посещали врачей, особенно если это было связано с комплексом репродуктивных функций. У них, как правило, был свой врач, которому они доверяли и который оказывал им медицинскую помощь, в том числе и профилактическую. Кроме того, раньше женщины меньше употребляли алкоголя, наркотиков, меньше курили, совершали самоубийств; у них были сравнительно невысокие показатели сердечно-сосудистых заболеваний. Положение мужчин с этой точки зрения было не таким благополучным.

При этом различия в здоровье мужчин и женщин объясняли биологическими факторами. Очень популярным было объяснение с точки зрения хромосомного набора женщин и мужчин. Спецификой репродуктивных гормонов, вызывающих различную стресс-гормональную реактивность, пытались объяснить большее повышение кровяного давления у мужчин как реакции на многие виды стрессоров.

Но как только процент женщин, занятых на производстве, увеличился и оказался приблизительно равным проценту мужчин, благоприятное (по сравнению с мужчинами) положение женщин стало ухудшаться, и это практически сразу сказалось на репродукции, качестве жизни и безопасности молодых женщин. Так, в России, например, необходимо выделить возрастную группу 15-25 лет, где особенно высок уровень заболеваний, передающихся половым путем, и отмечено плохое состояние репродуктивного здоровья. Можно заключить, что молодые женщины постепенно утрачивают культуру самосохранения и высокой ценности здоровья, которые были присущи им до того, как начался период экономических изменений.

В исследовании Корховой рассматривались показатели, характеризующие здоровье российских мужчин и женщин на макро- и микроуровнях. По статистике, уровень здоровья у мужчин ниже. Но если изучать здоровье на микроуровне, используя метод анкетирования, то по всем параметрам субъективных оценок, объективным данным и показателям медицинских осмотров, уровень здоровья женщин оказался ниже, чем у мужчин. По оценкам психологических аспектов самочувствия женщины также уступают мужчинам. 18% женщин в качестве основной причины плохого здоровья назвали «тяжелые переживания, стрессы». С одной стороны, это негативно сказывается на физиологических функциях организма, с другой – заставляет более тревожно и внимательно относиться к своему здоровью, беречь его (Корхова, 2000).

Здоровье женщин. Под влиянием Всемирного форума, посвященного проблемам здоровья женщин (Найроби, 1985), на 2-й Международной конференции ВОЗ в Аделаиде (1988) была предложена программа по поддержке здоровья женщин. Таким образом,

проблема здоровья женщин была выделена относительно недавно. Ранее здоровье женщин в основном связывали с репродуктивным здоровьем, гинекологией и планированием семьи. Теперь общепризнано: несмотря на то что в большинстве развитых стран женщины живут дольше, чем мужчины, они больше страдают от сильных и хронических симптомов болезней и чаще обращаются к системе здравоохранения.

Болезнь или здоровье влияют на жизнь женщины, поэтому они должны рассматриваться с точки зрения более широкого социального влияния:

- на детей и семьи: здоровье или болезни матерей могут инициировать такие же циклы «здоровья – болезни» у будущих поколений детей;
- на доход семьи и национальный продукт: участие женщин на формальном рынке труда увеличивается, при этом оставаясь высоким на неформальном рынке труда. Например, производство продуктов питания в домохозяйствах составляет до 80 % от общего производства в разных странах мира.

Многие болезни и условия жизни по-разному влияют на мужчин и женщин: они могут быть специфическими или преобладающими среди женщин вообще или некоторых их групп. Например, исследования показали, что 30 % ВИЧ-инфекции диагностируются у женщин, имевших только одного сексуального партнера мужского пола, который, в свою очередь, практиковал незащищенный секс с другими партнерами. Другой пример говорит о половых различиях в способе распространения инфекции. Например, распространение ВИЧ от мужчины к женщине в 2-4 раза вероятнее, чем от женщины к мужчине. На основании этих данных можно говорить о том, что существует высокий риск заражения моногамных женщин и что для снижения этого риска необходимо применять адекватные профилактические программы.

Можно проследить развитие профилактических программ для женщин в зависимости от изменения отношения к ним и их ролям в обществе.

*1. Программы для женщин-рожениц.* Раньше женщин рассматривали только как потребителей специального медицинского обслуживания, направленного на них самих и их детей в течение беременности и родов. Другой сферой внимания было планирование семьи как мера в снижении фертильнос-ти и уменьшении роста населения.

*2. Программы для женщин-матерей и социальных работников.* Считалось, что женщины ответственны за здоровье и уход в семье. Эти программы рассматривали женщин как основных получателей информации о здоровье, принимающих решения о лечении и отдыхе, нуждающихся в тренингах и обучении по вопросам здоровья и болезней.

*3. В настоящее время развиваются программы для женщин как индивидов,* исполняющих множество ролей, имеющих специфические потребности и потенциалы. Этот более холистический и гендерно-ориентированный подход рассматривает женщин во всех их ролях и отношениях на протяжении всей их жизни, во всех контекстах, которые могут повлиять на их здоровье. Это позволяет определить социальные и культурные детерминанты здоровья, значимые отношения между полами.

Всемирная организация здравоохранения использует тендерный подход к здоровью, описывая женщин и женское здоровье не изолированно, а через различия в здоровье мужчин и женщин.

На практике тендерный подход способствует:

1. Большему пониманию всех факторов, которые влияют на здоровье женщин и мужчин, не только биологических, но и социальных, экономических.

2. Внимательному отношению ко всем ролям женщин, а не только к роли жен и матерей.

3. Обращению к роли мужчин и их ответственности за собственное здоровье и здоровье партнеров, причем акцент делается на неравенстве между мужчинами и женщинами; пересматриваются мужские роли, их взгляды и убеждения по поводу здоровья женщин.

4. Большой вовлеченности мужчин в процесс изменений.

5. Лучшему пониманию того, что женщины говорят о здоровье и что они хотели бы знать о нем, а не просто передаче им информации.

6. Включению самих женщин в процесс идентификации проблем, учете их при исследовании, планировании и мониторинге программ.

7. Обращению ко всем этапам жизни женщины, а не только к фертильному возрасту.

8. Поддержке женщин как активных участниц развития системы здравоохранения.

**Проблемы психического здоровья.** В последнее десятилетие XX в. было осознано деструктивное влияние неравноправия женщин и мужчин и стрессов, по-разному воздействующих на них (Виткин, 1996). Обстоятельства и условия, которые общество может принимать как нормальные или обычные, часто приводят к проблемам психического здоровья женщин.

Тендерный подход к психическому здоровью позволяет принимать во внимание статусы женщин и мужчин, их роли и положение в обществе. Когда исследуется положение женщин, то становится ясно, что в современном социальном окружении существуют весомые причины, которые объясняют превалирование депрессий, неврозов и тревожности, в большей степени испытываемых женщинами.

### ***Тендерные предубеждения специалистов***

Социальная конструкция тендера играет важную роль в определении и диагностике заболеваний, продолжительности и выраженности симптомов, стратегиях лечения и теоретических объяснениях. Таким образом, психические заболевания – в такой же степени социальные феномены, как и личностные (Ч. Б. Тревис, 1988). Большое значение имеют собственные представления и ожидания специалистов системы здравоохранения и психологических служб о тендерных ролях в контексте работы, семьи и общества. Многие исследования помогли идентифицировать тендерные предрассудки в психологической практике и методах диагностики и психотерапии.

В системе здравоохранения сложилось разное отношение к мужчинам и женщинам как к пациентам и клиентам. Как правило, врачи предоставляют женщинам неполную информацию об их заболевании. В некоторых странах женщины получают менее адекватную медицинскую помощь. При одинаковом диагнозе с мужчиной женщину дольше лечат и назначают больше психотропных препаратов.

В области психического здоровья женщины составляют две трети всех пациентов, обращающихся в клиники, и им в 2 раза чаще, чем мужчинам, ставят диагнозы психических расстройств. Так, соотношение диагноза «невроз» у мужчин и женщин составляет 1:2(12), т. е. на одного страдающего неврозом мужчину приходится от 2 до 12 женщин с таким же диагнозом (по данным разных авторов). Существует несколько объяснений этого феномена:

- биодетерминистская гипотеза, дающая объяснения с точки зрения принадлежности к полу, в частности, упор делается на гормональных особенностях женщин, главным образом на их психической неустойчивости, связанной с менструальным циклом. При этом наличие гормонов и цикличность сперматогенеза у мужчин до сих пор игнорируется;
- большая стрессогенность жизни женщин, которая вызвана совмещением ими семейных и профессиональных ролей;
- тендерные ожидания и исполнение тендерной роли, при которой женщине приписывалось открыто выражать свои чувства и просить о помощи; при этом женщины воспринимаются и воспринимают себя как более эмоциональных и беспомощных;
- тендерные предубеждения самих психотерапевтов и психологов, основанные на модели психического здоровья, которой они придерживаются.

Разработаны следующие модели психического здоровья, связанные с тендерными представлениями: нормативная, андроцентрическая, андрогинная, ненормативная. Кратко охарактеризуем их.



1. *Нормативная*. Широко распространена. Основана на традиционных тендерных ролях. Использует двойной стандарт психического здоровья для мужчин и женщин.

2. *Андроцентрическая*. Принимается мужской стандарт психического здоровья. Признается превосходство мужских видов деятельности, поведения и характеристик. Специалисты ориентируют женщин в сторону большей маскулинизации, мужчин – в сторону усвоения своей здоровой тендерной роли.

3. *Андрогинная*. Предполагает усвоение мужских и женских гибких тендерных ролей. Основана на едином стандарте психического здоровья. Предполагает одинаковое отношение к клиентам – мужчинам и женщинам. Широко декларируется, но слабо реализуется в практической работе.

4. *Ненормативная* (по модели Сандры Бем). Основана на человеческих качествах, которые не ассоциируются только с мужскими или только женскими. С. Бем не делит качества на феминные или маскулинные, мужские или женские. Автор известного опросника андрогинии, Бем позднее пересмотрела свои взгляды, перешла к ненормативной модели и разработала теорию тендерной схемы (Bern S. Gender Schema theory and Its Implication for Child development: raising gender-aschematic Children in agender-shemtic Society. In *The Psychology of women: Ongoing debates* (ed.M.Walsh) 1987, Yale Univ. Press), которая предполагает разнообразное сочетание и различия в количественной выраженности разных качеств у каждой личности, независимо от пола.

Виды психотерапевтической практики и психотерапии основаны, соответственно, на этих видах тендерных представлений о психическом здоровье. В основном используются два вида практик – нормативная и ненормативная.

**Проблемы тендерной нормы и диагностика.** Еще до публикации *DSM-IV* в 1994 г. велись ожесточенные споры о признании патологическими женских особенностей и свойств. Предлагалось ввести две новые диагностические категории: «личность с жертвенным синдромом» (для женщин, которых постоянно унижают мужчины) и «дисфорическое расстройство при задержке лютеиновой фазы цикла»<sup>49</sup>. Женщины-психиатры и психологи утверждали, что первый диагноз стигматизирует женщин и несет в себе обвинительный контекст в отношении жертв домашнего насилия (Caplan, 1987). Их мнение победило: «личность с жертвенным синдромом» не была включена в *DSM-IV*. Тем не менее категории «сексуальное насилие над взрослым» (APA, 1994a, с. 682) и «физическое насилие над взрослым» (с. 682) были включены в официальный список, позволяя клиницисту диагностировать патологию лица, осуществившего насилие.

Что касается поздней лютеиновой фазы, встал вопрос, нужно ли патологизировать естественный цикл женщины? Почему бы тогда не признать патологическим твердое желание мужчин избегать любых эмоций и собственной зависимости вкупе с непреклонностью их взглядов (Spitzer et al., 1989)? Такую особенность мужчин можно было бы назвать «патологической аритмичностью» (Kupers, 1993a). Споры о *PMS* не были такими жаркими, как по поводу жертвенной личности. Некоторые женщины-клиницисты заявили, что установление категории *PMS* может сказаться положительным образом: у мужчин появится сочувствие к проблемам женщин. Спор разрешился компромиссом: включить дисфорическое предменструальное расстройство в приложение к *DSM-IV* «для дальнейшего изучения».

Филис Чеслер объясняет, как диагноз «женская истерия» может поддерживать дискриминацию женщин:

Как психотерапия, так и брак дают возможность женщинам выразить и разрядить свой гнев только путем переживания его в форме эмоционального расстройства, перевода его в истерические симптомы: фригидность, хроническую депрессию, фобии и прочее (Ph. Chesler. *Women and Madness*, N.Y.:Avon Books, 1972, p. 122).

Истерия – ныне редкий диагноз; теперь чаще женщинам ставятся следующие диагнозы: пограничное состояние, соматические расстройства, раздвоение личности (по

---

<sup>49</sup> Лютеиновая фаза менструального цикла начинается овуляцией и заканчивается с приходом месячных; этот диагноз синонимичен *PMS* (предменструальному синдрому).

поводу последнего имеет место бурный спор, связанный с темой «всплывших воспоминаний» о сексуальном домогательстве в детстве). Джудит Херман (*J. Herman. Trauma and Recovery: The aftermath of violence – From domestic violence abuse to political terror, N.Y.: Basic Books, 1992*) указывает на то, что среди женщин, которым поставлены такие «модные» диагнозы (субститут истерии), много подвергшихся домогательствам в детском возрасте. Такой диагноз вместо анализа полученных когда-то травм способствует концентрации внимания врача на личностных особенностях женщины. Например, женщину, перенесшую изнасилование, тестируют на предмет ее личностных качеств, особенно склонности к фантазиям, а не проводят диагностику ее посттравматического стрессового расстройства. Херман предлагает вместо диагнозов «пограничное состояние» и «соматические расстройства», которые сейчас так часто ставят женщинам, использовать определение «комплексный посттравматический стресс» (*PTSD*), так как оно указывает на остаточное явление в психике как результат регулярного сексуального и физического насилия в детстве. Но пока такая формулировка не вошла в *DSM*.

Сотрудники *Stone Center* при Колледже Уэллсли (*Wellesley College*) серьезно критикуют выборочную патологизацию женских особенностей (*Jordan J., Kaplan A., Miller J. B., Stiver L. P and Surrey J. Women's growth in connection: Writing from the stone Center, N.Y., Guilford Press, 1991*). Они полагают, что современная культура, провозглашающая автономию и независимость, обуславливает нехватку общности и близости. На их взгляд, именно это провозглашение независимости и автономности приводит к патологии, которая становится основой традиционных клинических формулировок. Женщин объявляют носителями патологии в силу их желания быть близкими кому-либо, их готовности к взаимозависимости. Специалисты *Stone Center* призывают сместить черту, проведенную между психическим здоровьем и нездоровьем, и добиться того, чтобы потребность женщины в близости и взаимозависимости рассматривалась не как психиатрический симптом, а как вызывающая восхищение черта, достойная любого человека.

*APA* не услышала призыв этой группы. Категория «синдром зависимой личности» остается в *DSM-IV*, и этот диагноз ставится большому числу женщин без должной обоснованности, в то время как никто не вводит эквивалентную категорию, которая описывала бы мужской страх перед близостью и зависимостью. Само описание синдрома зависимой личности и его трактовка не нравятся клиницистам из *Stone Center*. Прочтите следующее предложение из *DSM-IV*: «Лица с таким заболеванием избегают быть инициаторами в работе, им сложно выполнять работу независимо» (*APA, 1994a, p. 666*). Обычно рабочие проблемы решаются двумя способами: а) человек предлагает свое независимое решение, которое оценивается должным образом, и его продвигают по службе; б) несколько сотрудников вместе решают поставленную задачу, и их заслуга делится поровну. Такое впечатление, что официальная психиатрия предпочитает индивидуальное действие, а поиск коллективного решения (более обычное явление для женских коллективов в современной корпоративной культуре) рассматривается как патология.

**Диагностика расстройств у мужчин.** Некоторые авторы предлагают включить в перечень расстройств у мужчин гомофобию, «патологическую аритмичность», боязнь зависимости. Точно так же можно было бы признать патологическими и иные типы мужского поведения, в частности: трудоголизм, неумение дружить, потребность в сексуальных «состязаниях», зависимость от порнографии, тенденцию отталкивать в процессе старения партнершу-ровесницу, заменяя ее партнершей практически детского возраста, и т. д.

В *DSM-IV* четко прослеживается тендерное распределение психических отклонений. Расстройства, более часто наблюдаемые у мужчин, включают: нарушения поведения у мальчиков и подростков, маниакально-навязчивое расстройство личности (отличаемое от навязчивого синдрома *OCD*, который встречается примерно одинаково у мужчин и женщин), нарциссическую личность, парафилии, синдром антисоциальной личности,

синдром регулярной вспыльчивости и патологическую страсть к азартным играм. Сопоставимый список заболеваний, наблюдаемых по большей части у женщин, включает: синдром демонстративности поведения, некоторые формы депрессии, расстройства, связанные с приемом пищи, диссоциативную личность, kleptomанию, панические состояния, соматические расстройства, агорофобию, пограничное состояние личности.

Может ли отражение тендерных стереотипов проявляться более четко? Но почему определенный набор качеств, составляющих стереотипы, служит основой для патологизации: бесчувственный, активный, сексуально-агрессивный, некрасиво себя ведущий мужчина и эмоциональная, зависимая, вечно озабоченная своим весом и формами тела, испуганная женщина? Может быть, диагностические категории призваны обозначить верхнюю планку тех характеристик, которые социально стимулируются как у мужчин, так и у женщин? Мальчики в процессе социализации становятся активными, грубыми, агрессивными, твердыми и рациональными; они ищут сексуальных приключений. Но если они слишком агрессивны, им ставится диагноз «расстройство поведения» или «нерегулируемое взрывное поведение». А когда мужчины слишком тверды и рациональны, у них диагностируют расстройство навязчиво-компульсивной личности. Когда мужчины слишком грубо нарушают правила в сексуальной сфере, их называют парафиликами и т. д. Психические отклонения, которые обычно приписываются мужчинам, служат прикрытием того самого поведения, которое поощрялось. Подобным же образом женщин с детства приучают быть эмоциональными, налаживать тесную связь с другими людьми; но если они переусердствуют в своей эмоциональности, у них диагностируют гистрионическую личность; если они во многом полагаются на других, им ставят синдром зависимой личности. В DSM-IV уделяется мало внимания созданию новых, более корректных формулировок, описывающих проявления мужественности и женственности, и не видно желания создавать такие новые определения.

Тендерный подход высветил потребность в развитии равных возможностей мужчин и женщин, что должно способствовать решению проблем, связанных со здоровьем. Усиление роли личности женщины – фундаментальная предпосылка для ее здоровья. Это означает обеспечение доступа женщин к разнообразным ресурсам, образованию, занятости, к получению преимуществ от применения технологий и новых подходов в медицине; к защите и обеспечению их прав, чтобы они могли делать выбор, свободный от принуждения или дискриминации. Они должны стать разработчиками программ, которые касаются их здоровья, а не только объектами применения этих программ. Современные программы для мужчин прежде всего связаны с пересмотром тендерных стереотипов – формированием ненасильственной культуры общения, заботой о своем здоровье, навыками ухода за детьми.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем заключается различие между понятиями «пол» и «гендер»? Что значит тендерный подход к здоровью?
2. Каковы основные современные тенденции, характеризующие здоровье мужчин и женщин?
3. Как изменение тендерных стереотипов, социализации, статуса может способствовать улучшению здоровья мужчин и женщин?

### **Литература**

1. *Аргайл М.* Психология счастья. – М.: Здоровье, 1990.
2. *Берн Ш.* Социальная психология тендера. – М.: Олма-пресс, 2001.
3. *Виткин А.* Женщина и стресс. Мужчина и стресс. Ребенок и стресс. – СПб.: Питер, 1996.
4. *Клецина И. С.* Тендерная социализация. – СПб., 1998.
5. *Корхова И. В.* Тендерные аспекты здоровья // Народонаселение. – 2000. – № 2. – С. 70-79.
6. *Форрестер Э.* Мужская терапия и патриархат // Инновационная психотерапия / Под

ред. Д. Джоунса. – СПб.: Питер, 2001.

7. *Ходырева Н. В.* Гендер в психологии: история, подходы, проблемы // Вестник СПбГУ. - 1998. - Сер. 6. Вып. 2.

## Раздел III. ОБРАЗ ЖИЗНИ

### Глава 10. ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ

#### *Понятие «образ жизни»*

**Образ жизни** – это одна из важнейших биосоциальных категорий, интегрирующих представления об определенном виде (типе) жизнедеятельности человека. Она характеризуется особенностями повседневной жизни человека, охватывающими его трудовую деятельность, быт, формы использования свободного времени, удовлетворение материальных и духовных потребностей, участие в общественной жизни, нормы и правила поведения. Образ жизни – один из критериев общественного прогресса, это «лицо» человека. В настоящее время доказано, что из суммы всех факторов, детерминирующих здоровье человека, 50-55% приходится на образ жизни. В свою очередь, к основным факторам, определяющим образ жизни человека, следует отнести:

- уровень общей культуры человека и его образованность;
- материальные условия жизни;
- половые, возрастные и конституциональные особенности человека;
- состояние здоровья;
- характер экологической среды обитания;
- особенности трудовой деятельности (профессии);
- особенности семейных отношений и семейного воспитания;
- привычки человека;

возможности удовлетворения биологических и социальных потребностей.

При анализе образа жизни обычно рассматриваются особенности профессиональной, общественной, социально-культурной и бытовой деятельности человека. В качестве основных особенностей при этом выделяют социальную, трудовую и физическую активность. Иными словами, главное в образе жизни человека – то, как живет он (или социальная группа), каковы основные способы и формы жизнедеятельности, ее направленность. При этом следует иметь в виду, что каждая из социальных групп имеет свои отличия в образе жизни, свои ценности, установки, эталоны поведения и т. д. Образ жизни, обусловленный в значительной степени социально-экономическими условиями, зависит от мотивов деятельности конкретного человека, особенностей его психики, состояния здоровья и функциональных возможностей организма. Этим, в частности, объясняется реальное многообразие вариантов образа жизни различных людей.

Образ жизни человека включает три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни.

**Уровень жизни** – это степень удовлетворения материальных, культурных, духовных потребностей (в основном экономическая категория).

**Качество жизни** характеризует комфорт в удовлетворении человеческих потребностей (преимущественно социологическая категория).

**Стиль жизни** – поведенческая особенность жизни человека, т. е. определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности (социально-психологическая категория).

Оценивая роль каждой из этих категорий в формировании здоровья, следует отметить, что при равных возможностях первых двух (уровень и качество), носящих общественный характер, здоровье человека в значительной мере зависит от стиля жизни, который в большой степени имеет персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями и личностными наклонностями.

В процессе жизни каждого человека должны удовлетворяться материальные и духовные потребности, причем его поведение будет направлено на реализацию этих потребностей. У каждой личности при одинаковом на данный момент в любом обществе уровне потребностей существует свой индивидуальный способ их удовлетворения, поэтому поведение у людей разное и зависит оно в значительной степени от воспитания.

Понятие **«здоровый образ жизни»** – концентрированное выражение взаимосвязи образа жизни и здоровья человека. Здоровый образ жизни объединяет все, что

способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья и развития условиях. Он выражает определенную ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития личного (индивидуального) и общественного здоровья. Здоровье по сути своей должно быть первой потребностью человека, но удовлетворение этой потребности, доведение ее до оптимального результата носит сложный, своеобразный, часто противоречивый, опосредованный характер и не всегда приводит к необходимому результату. Эта ситуация обусловлена рядом обстоятельств, и прежде всего тем, что:

- в нашем государстве у населения еще не сформирована в достаточной степени положительная мотивация на бережное отношение к своему здоровью;
- в человеческой природе заложена медленная реализация обратных связей (как негативных, так и позитивных воздействий на организм человека);
- здоровье в обществе, в первую очередь в силу низкой культуры, еще не стало на первое место в иерархии потребностей человека.

Исходя из изложенного можно сделать вывод о важнейшей роли воспитания у каждого члена общества отношения к здоровью как к одной из главных человеческих ценностей, а также о необходимости разработки основных положений и условий здорового образа жизни, методологии их внедрения, привития и освоения людьми. В достижении этой цели намечаются два основных пути. Первый – образование каждого человека, начиная с детского возраста, в дошкольных, школьных учреждениях, в колледжах, вузах и т. д. Второй – самовоспитание личности (сотвори себя сам!). Естественно, что для достижения здорового образа жизни необходимо сочетать оба пути.

Здоровый образ жизни связан с личностно-мотивационным воплощением индивидами своих социальных, психологических, физических возможностей и способностей. Важно при этом иметь в виду, что для здорового образа жизни недостаточно сосредоточить усилия лишь на преодолении факторов риска возникновения различных заболеваний, борьбе с алкоголизмом, табакокурением, наркоманией, гиподинамией, нерациональным питанием, конфликтными отношениями (хотя это также имеет большое оздоровительное значение), а важно выделить и развивать все те многообразные тенденции, которые «работают» на формирование здорового образа жизни и содержатся в самых различных сторонах жизни человека.

Основу здорового образа жизни составляет выбор способа жизни, сделанный самим человеком в отношении того, как ему жить. Этот выбор в значительной мере зависит от конституциональных характеристик индивида. Образ жизни человека должен соответствовать его конституции.

Конституция человека – это генетический потенциал организма, продукт наследственности и среды, реализующий наследственный потенциал; именно конституция человека определяет основные законы его индивидуальной жизни. Конституция всегда индивидуальна: образов жизни столько же, сколько людей. Реальная конституция человека складывается из набора составляющих. Перечислим основные из них.

*Рефлексивная конституция* – генетическая память (наследственность), эпигенетическая память (эмбриональный путь развития), иммунная память (о перенесенных заболеваниях), нейронная память (память, фиксируемая нейронами).

*Генотипическая конституция* – это «наследственный паспорт» (геномная характеристика, хромосомная система человека), определяющий регенерационные способности нашей морфологии.

*Фенотипическая конституция* – это традиционное (а подчас и единственное) представление о конституции человека на основе наследственной структуры его костно-мышечного и жирового габитуса.

*Иммунная конституция* – система глобулиновой защиты, в основе которой лежит механизм антиген-антительных связей, определяющих характер и интенсивность иммунологических реакций.

*Нейронная конституция* – состояние неврологической реактивности,

определяющее базисные основы обучения, приобретения знаний; это базисная основа эмоций и волевых процессов, детерминирующих наше здоровье и нашу неврологическую симптоматику.

*Психологическая конституция* определяет психологический тип личности, ее характер и темперамент.

*Лимфогематологическая конституция* – это особенности лимфотока и группа крови, носящие геномный, конституциональный характер и определяющие интенсивность метаболизма и энергетики организма.

*Гормонально-половая конституция* характеризует существенный момент во всех поведенческих реакциях человека. Половое поведение детерминируется взаимодействием определенных мозговых структур с половыми гормонами (андрогенами при мужском половом поведении и эстрогенами при женском половом поведении).

*Энерго-акупунктурная конституция* – это специфика системы так называемых энергоканальных связей в организме.

Системное представление о конституции человека дает интегральную характеристику, лежащую в основе жизнедеятельности человека. Здоровый образ жизни – это жизнь по законам своей конституции. Потеря здоровья представляет собой своеобразную расплату за жизнь вопреки своей конституции.

К основным принципам здорового образа жизни относятся:

- *социальные*: образ жизни должен быть эстетичным, нравственным и волевым;
- *биологические*: образ жизни должен быть возрастным, обеспеченным энергетически, укрепляющим и ритмичным.

Совершенно очевидно, что реализация этих принципов преломляется через призму социально-экономических мероприятий и формирование соответствующих моделей поведения человека.

Абсолютно ясно, что ведение здорового образа жизни предполагает:

- стремление к физическому совершенству;
- достижение душевной, психической гармонии в жизни;
- обеспечение полноценного питания;
- исключение из жизни саморазрушающего поведения (табакокурения, алкоголизма, наркомании, гиподинамии и т. д.);
- соблюдение правил личной гигиены; закаливание организма и его очищение и т. д.

Говоря о принципах здорового образа жизни, следует обратить внимание на опыт наших предков. Так, например, особый интерес представляет тибетский «Рецепт вечной молодости и здоровья». Приведем его основные положения.

- Не лечи болезнь, лечи свою жизнь, не доводи тело и дух до страдания, живи по законам природы, разума и меры.
- Ешь много трав и мало мяса. Будь травоядным, не будь кровоядным.
- Очищай тело от внешней и внутренней грязи. Пусть пища твоя не засоряет тебя.
- Очищай душу от мрачных мыслей и душевной грязи, от зависти, зла, гордыни, высокомерия. Иди и очищайся молитвой.
- Получай в любви радость и наслаждения. Живи по законам любви.
- Вставай утром с радостью, ложись спать с улыбкой.

### ***Основы рационального питания***

Человек может защитить себя от экстремального климата и непогоды, может переменить место жительства, сменить работу и семью, но ему никуда не уйти от необходимости ежедневного потребления пищи. За 80 лет жизни – это около

90 тыс. приемов пищи (60-70 т различных продуктов). Вещества пищевых продуктов составляют основную часть потока структурной информации; они определяют самое тесное общение человека с внешней средой, которая «проходит» через организм, создавая его внутреннюю экологию. Сложный, как мир, пищевой поток состоит из всех элементов, что и планета, в нем сотни тысяч или даже миллионы природных веществ.

**Питание** – один из важных факторов, от которых зависит состояние здоровья и

работоспособность организма, поскольку оно выполняет энергетическую, пластическую, биорегуляторную, резистентную функции. Оно обеспечивает построение и непрерывное обновление клеток, тканей и органов и создание биологически активных веществ, из которых образуются ферменты и гормоны – регуляторы и катализаторы биохимических процессов, а также способствует нормальному физическому и психическому развитию организма, повышая сопротивляемость к различным инфекциям за счет формирования иммунитета.

Основными пищевыми веществами, необходимыми для жизнедеятельности организма, являются белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины и вода. Отсутствие или недостаток любого из них приводит к нарушению функций организма. При этом белки, некоторые жирные кислоты, витамины, минеральные вещества и вода относятся к незаменимым веществам и обязательно должны поступать в организм с пищей. Углеводы и жиры до известной степени могут быть взаимозаменяемыми или образовываться из белков. Однако длительная замена или взаимопреобразование приводят к нарушению обменных процессов и потому введение углеводов и жиров с пищей также необходимо.

Рассмотрим, какие функции выполняют в организме названные вещества.

Белки служат материалом для построения клеток, тканей и органов, образования ферментов и большинства гормонов, входящих в состав соединений, обеспечивающих иммунитет организма к инфекциям. Белки выполняют и энергетическую функцию: при окислении 1 г белка выделяется 4 ккал. По калорийности они должны составлять 13 % суточной энергоемкости пищевого рациона.

**Жиры** обладают большой энергоемкостью – 1 г жира при окислении дает 9 ккал. Они должны обеспечивать 33 % суточной энергоемкости пищевого рациона. Как структурная часть клеток и их мембранных систем они выполняют и пластическую функцию. Кроме того, участвуют в обмене витаминов, способствуют их усвоению и одновременно служат источниками некоторых витаминов (A, D, E).

**Углеводы** – основной источник энергии для организма, и хотя при окислении 1 г углеводов выделяется только 4 ккал, но по энергоемкости они должны составлять 54 % энергоемкости суточного пищевого рациона. В то же время углеводы входят в состав почти всех клеток и тканей организма, выполняя строительную функцию. Они принимают участие в белковом обмене, способствуя синтезу аминокислот, и еще большее значение углеводы имеют при жировом обмене, ибо «жиры горят в пламени углеводов».

**Витамины** не имеют ни пластического, ни энергетического значения. Это биологически активные вещества, регулирующие обмен веществ и разносторонне влияющие на жизнедеятельность организма. Они синтезируются в организме и проявляют свое биологическое действие в малых дозах – в миллиграммах или тысячных долях миллиграммов при поступлении с пищей самостоятельно или в составе ферментов. Недостаток витаминов приводит к гиповитаминозу, а их полное отсутствие – к авитаминозу, что сопровождается резким нарушением функций организма (рахит, нарушение роста и т. д.). К основным витаминам относятся следующие.

**Витамин А** (ретинол). Необходим для поддержания хорошего зрения. При его недостатке появляется «куриная слепота», шелушение кожи, выпадение волос. Суточная потребность: 1,5-2 мг. Содержится: в масле, сыре, молоке, печени, рыбьем жире. Провитамин А содержится в моркови, салате, шиповнике, сладком перце, луке зеленом, томатах, абрикосах, персиках, фасоли.

**Витамин В<sub>1</sub>** (тиамин). Необходим для нормальной деятельности нервной системы. При недостатке наблюдаются мышечные боли, слабость в конечностях (при полном отсутствии – заболевание бери-бери). Суточная потребность: 2-4 мг. Содержится в дрожжах, овсяной, гречневой и перловой крупе, цветной капусте, шпинате, бобах, горохе, фасоли.

**Витамин В<sub>2</sub>** (рибофлавин). Необходим для клеточного обмена и нормального роста. При его недостатке происходит замедление роста и развития, шелушение кожи, слезотечение, язвочки в углах рта. Суточная потребность: 1,5-3 мг. Содержится в молоке,



твороге, сыре, дрожжах, горохе, фасоли, луке зеленом, моркови, печени, говядине.

**Витамин B<sub>2</sub>** (пиридоксин). Необходим для роста волос и нормального содержания гемоглобина в крови. Суточная потребность: 1,5-3 мг. Содержится в дрожжах, бобовых и молоке, зеленых овощах, крупах.

**Витамин B<sub>12</sub>** (цианкобаламин). Необходим для образования эритроцитов. Суточная потребность: 0,001 мг. Содержится в зеленых овощах, дрожжах, печени, говядине, курином мясе, рыбе, яйце, твороге, гречневой и овсяной крупе, фасоли.

**Витамин C** (аскорбиновая кислота). Необходим для укрепления и сохранения здоровья. При его недостатке снижается сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям, появляется кровоточивость десен, утомляемость, сонливость, ослабление памяти, внимания. Суточная потребность: 60-100 мг. Содержится в свежих овощах, ягодах и фруктах.

**Витамин D** (антирахитический). Необходим для обмена кальция и фосфора. При его недостатке деформируются кости, возникает рахит. Суточная потребность: 0,0025 мг. Содержится в яичном желтке, молоке, сливочном масле, твороге, икре, рыбьем жире.

**Витамин E** (токоферолы). Необходим для укрепления мышц, поддержания нормального состояния кожи. Суточная потребность: 12-15 мг. Содержится: в яйце, печени, растительном масле, маргарине, капусте, салате, рябине, облепихе.

**Витамин /C**(филохионы). Необходим для нормальной свертываемости крови. Суточная потребность: 0,015 мг. Содержится в салате, капусте, шпинате, томатах.

**Витамин PP** (никотиновая кислота). При его недостатке возникают: утомляемость, слабость, раздражительность, бессонница, воспалительные изменения на коже. Суточная потребность: 15-20 мг. Содержится в картофеле, фасоли, капусте, моркови, помидорах, горохе, печени, яйце, сыре, молоке, говядине, ржаном хлебе.

**Минеральные вещества и микроэлементы** (кальций, фосфор, калий, натрий, Железо, йод) обладают пластическими свойствами, участвуя в построении тканей, особенно костной, регулируют кислотно-щелочное состояние организма, входят в состав ферментных систем, гормонов и витаминов и влияют на их функцию; нормализуют водно-солевой обмен. Физиологическое влияние минеральных веществ распространяется на все системы организма и биохимические процессы, происходящие в них. Среди минеральных веществ выделяют макро- и микроэлементы. Первые содержатся в тканях в больших количествах – десятках и сотнях миллиграммов, вторые – в миллиграммах или тысячных долях миллиграммов.

**Вода** – это наиболее важная составляющая часть пищевого рациона, ибо все биохимические процессы в клетках организма протекают в водной среде. Недостаток воды организм переносит значительно хуже, чем недостаток других пищевых веществ. Потеря организмом более 10 % воды угрожает его жизнедеятельности. Потребность в воде зависит от возраста, деятельности, характера питания, состояния здоровья, климата и т. д.

Питание человека должно отвечать определенным гигиеническим требованиям, быть оптимальным в количественном отношении (соответствовать энергетическим тратам), сбалансированным, разнообразным.

Рассмотрим современные подходы к проблеме влияния на организм компонентов питания. В наше время повышенная нагрузка на человека диктует необходимость постоянно поддерживать на нужном уровне функционирование нейро-гу-моральных механизмов поддержания постоянства внутренней среды организма. Отсюда вытекает следующее важное условие направленного воздействия на внутреннюю среду организма: оно должно быть сбалансированным и одновременно нацелено на многие звенья обмена веществ и механизмы защиты организма. Это возможно лишь при комплексном воздействии, что в сочетании с адекватной физической нагрузкой определяется соответствующим образом подобранными компонентами пищи. В указанном плане влияние последних может рассматриваться как мягкое фармакологическое и лечебное воздействие, и в этом пищевые факторы и влияние растительных лекарственных средств принципиально неразделимы. Таким образом, питание должно восприниматься не только

как источник энергетического и пластического обеспечения организма, но и как фактор адекватной коррекции обменных процессов в организме и поддержание на необходимом уровне его адаптационных функций и защитных механизмов, что в сумме и обеспечивает нормальное здоровье. С биохимической точки зрения ключевыми звеньями защиты организма от любых повреждающих воздействий на него являются следующие:

- **Ферментные системы защиты внутренней среды организма** от токсического воздействия внешних химических загрязнений, так называемых ксенобиотиков, повреждающих мембраны клеток, подавляющих иммунитет и т. д.
- **Системы антирадикальной и перекисной защиты**, защищающие клетки от столь агрессивных и деструктурирующих факторов, как свободные радикалы, активные формы кислорода, перекиси органических компонентов клетки. С неконтролируемым образованием таких частиц связаны столь опасные заболевания, как атеросклероз, инфаркты, инсульты, опухоли, разрушительные проявления любого стресса.

Нормальное функционирование всех указанных систем становится фактором *эндэкологического благополучия организма*, чистоты его внутренней среды. Мягкое регулирующее и нормализующее воздействие на эти системы – один из важных инструментов сохранения здоровья. Такое воздействие оказывают многие компоненты пищевых продуктов, прежде всего растительных, а также различные фитокомпозиции (препараты растительного происхождения, биологически активные растительные добавки). Мы опускаем важный вопрос о влиянии макрокомпонентов пищи – жиров, белков и углеводов, – это общеизвестные положения. Заметим только, что ограничение потребления животных жиров и приоритет в рационе растительных продуктов может рассматриваться как профилактическая мера не только против атеросклероза, но и опухолей груди у женщин и простаты у мужчин. Однако и микронутриенты, в том числе вещества, не имеющие энергетической ценности, оказывают весьма глубокое воздействие на организм. Это прежде всего витамины и минеральные вещества и особенно их комбинации, поскольку именно комбинации этих веществ и их сочетания с рядом других, о которых пойдет речь ниже, являются физиологическими факторами здоровья. Такие комплексы одновременно включаются во многие звенья клеточного метаболизма, обеспечивая функционирование аддитивных и синергических механизмов действия, а также восстановительных и регенерирующих циклов, которые поддерживают эти компоненты в активной форме и предотвращают их переход в инертные и, что еще важнее, в токсические. Примерами таких комплексов могут быть комбинации витаминов Е, А (и/или каротина), аскорбиновой кислоты и соединений селена (последний – в микродозах), которые представляют собой эффективные антиоксидантные комплексы; витамина Е, никотиновой и фолиевой кислот, эффективно поддерживающая системы нейтрализации ксенобиотиков. Тем не менее если физиологическая значимость витаминов в нормальном питании ни у кого не вызывает сомнений, то значимость минеральных компонентов (калия, кальция, магния и др.), а тем более микроэлементов (селена, цинка, меди, хрома), часто недооценивается даже специалистами. А ведь эти минеральные компоненты – такие же важные кофакторы ферментных систем, как и витамины. С сожалением приходится констатировать, что в нашей стране имеет место тотальный гиповитаминоз и дефицит минеральных компонентов в пище. Это в особой степени относится к Северо-Западному региону, где мягкая питьевая вода весьма бедна ионами калия, кальция, магния, а почвы (следовательно, и произрастающие на них растения) – селеном, цинком, медью. В то же время избыток неусваиваемого организмом трехвалентного железа оказывает разрушающее действие на организм, активируя (особенно в сочетании с техногенными загрязнениями) перекисные процессы. Это поднимает еще одну проблему здорового образа жизни – очистку питьевой воды как одного из наиболее важных факторов потребления.

В последнее время с точки зрения биохимии питания все большее внимание привлекают и другие биологически активные вещества пищи. К ним относятся:

- ♦ индольные производные (индол-3-карбинол, сульфорафан), органические изотиоцианаты (фенэт или зотиоцианат) и тиогликозиды крестоцветных –

- различные виды капусты, репа, редис, хрен и другие представители этого семейства;
- серосодержащие компоненты чеснока и лука;
  - растительные фенолы (биофлавоноиды, катехины, антоцианиды) желтых фруктов и листовых овощей;
  - каротиноиды моркови, облепихи;
  - кумарины и фурукумарины пастернака, сельдерея и других зонтичных;
  - терпены солодки, цитрусовых, брусники и других ягодных растений;
  - селен и цинкорганические соединения чеснока, овса;
  - адаптогенные гликозиды родиолы, солодки и других растений.

Эти вещества и их комплексы с витаминами и минералам и есть активнейшие антиканцерогены, поскольку они через ферменты способствуют детоксикации, обезвреживанию и выведению из организма таких опасных веществ техногенной среды, как полиароматические углеводороды (компоненты сгорания автомобильного топлива и выбросов ряда производств); нитрозоамины (образующиеся в организме за счет нитратов овощей, колбасных изделий и копченостей); канцерогенные гетероциклические соединения жареных мясных продуктов; токсины плесневых грибов (так называемые афлатоксины) и т. д. Не менее важны их ан-тиоксидантная, мембрано-стабилизирующая и иммуномоделирующая функции как факторы защиты от стрессов, профилактики атеросклеротических изменений в организме, возникновения опухолей, сердечно-сосудистых и других заболеваний, объединяемых под названием «свободно-радикальная патология».

Значительный интерес представляет влияние микронутриентов на обмен холестерина и его атерогенных форм (напомним, что атеросклероз не только заболевание, но и фактор старения). Это обусловлено влиянием ряда микронутриентов на ферменты биосинтеза и биотрансформации холестерина в желчные кислоты, а также на системы, защищающие холестерин и его транспортные формы (в составе липопротеинов плазмы крови) от превращения в переокисленные атерогенные формы. Особенно эффективны в повышении активности ферментов биотрансформации холестерина комбинации витаминов Е и С, витамина Е и фосфо-липидов (лецитин), проявляющие синергизм, снижающие холестерин атерогенных липопротеинов низкой плотности, повышающие холестерин антиатерогенных липопротеинов высокой плотности, так как они предотвращают образование его перекисной и эпоксидной форм.

Образование холестерина подавляют биофлавоноиды, терпены и другие компоненты цитрусовых, пряных и эфиромасличных растений (имбиря, шафрана, острого и красного перца, гвоздики и др.), серосодержащие компоненты чеснока и лука. Антиатерогенным действием обладают природные конкуренты и антагонисты холестерина грибов, облепихи, амаранта, фосфолипиды сои и нерафинированных растительных масел (в первую очередь В-ситостерин).

Особый интерес с точки зрения профилактики атеросклероза и его следствий (ослабление памяти и интеллектуальных способностей, инфаркты, инсульты) представляют ω-3-полиненасыщенные жирные кислоты рыбьего жира северных рыб и гидробионтов – эйкозапентаеновая и докозагексаеновая кислоты. Известно, что систематический прием этих компонентов в виде соответствующих пищевых продуктов (даже на фоне рациона, богатого животными белками и жирами) защищает сосуды от атеросклеротических повреждений, приводит к снижению сердечно-сосудистых заболеваний, понижает риск сосудистых повреждений при диабете, снижает кровяное давление, препятствует тромбообразованию. Хотя система выведения и нейтрализации токсикантов на молекулярном и клеточном уровнях является доминирующим фактором очистки внутренней среды организма, улучшение функций систем выведения токсикантов – необходимый компонент оздоровительного воздействия. С этой точки зрения важно включать в пищевые рационы так называемые балластные вещества (пектины, гемицеллюлозу, микрокристаллическую целлюлозу, растительную камедь), которые не только адсорбируют и выводят из кишечника токсиканты, тяжелые металлы, радионуклиды, но и создают благоприятную среду для развития молочнокислой микрофлоры,

препятствующей развитию дисбактериоза.

Суммируя приведенные выше краткие данные по защитной и оздоровительной функции микронутриентов, необходимо подчеркнуть, что в качестве естественных регуляторов всех уровней защиты организма функционирует весьма широкий круг пищевых факторов. Организм нуждается в постоянном поступлении, наряду с макронутриентами, достаточного количества компонентов защитного действия, причем потребность в них в связи с перманентным стрессом может быть и существенно повышенной. К сожалению, полностью покрыть эту потребность только при помощи продуктов питания далеко не всегда возможно, тем более на фоне гиповитаминоза и дефицита минералов в организме жителей северных регионов. Поэтому необходима компенсация этого дефицита – регулярное применение препаратов витаминно-минеральных комплексов и пищевых добавок, содержащих полный спектр необходимых компонентов.

В заключение отметим, что до сих пор у многих людей отсутствует *культура питания*. Не все соблюдают ее элементарные правила:

1. Ешь только при ощущении голода.
2. Никогда не передай, ешь в меру.
3. Насыщай голод, а не аппетит.
4. Ешь в спокойной обстановке.
5. Пища должна приниматься молча.
6. Не ешь пищу вчерашнего дня.
7. Ешь в умеренном темпе, не ешь, если ты в расстроенных чувствах.
8. Пища должна быть приготовлена с любовью и съедаться с удовольствием.
9. Уважай пищу и благодари того, кто ее приготовил.
10. Не ешь во время работы.
11. Пей воду не позже чем за 10-15 минут до еды, не пей во время еды.

Энергетическая ценность пищи должна полностью покрывать расход энергии, который зависит от пола, возраста, массы тела, уровня обменных процессов, объема и характера нагрузок. Качественная полноценность пищевых рационов должна достигаться прежде всего за счет правильного соотношения основных питательных веществ. Суточная норма белков и жиров для молодых людей должна составлять около 2 г на 1 кг массы тела, а углеводов – около 4-5 и более в зависимости от характера двигательной деятельности человека. К существенным погрешностям питания следует отнести недостаток в рационе пищевого белка, жирных кислот, витаминов, микроэлементов и избыток углеводов.

Следует помнить, что человек выше сытости тогда, когда он сыт. Но все же нельзя забывать, что «внутренняя среда» человека должна состоять из чистых мыслей, чистых желаний, чистых поступков, чистых слов, чистой пищи, чистого воздуха, чистой воды.

### ***Личная гигиена и здоровье***

Важное значение в сохранении здоровья имеет **личная гигиена**. Несоблюдение человеком элементов личной гигиены может сказаться на здоровье и других людей – членов семьи, соседей, коллектива, в котором он находится. Такой человек может стать причиной массового распространения инфекционных заболеваний, например гриппа, катара верхних дыхательных путей, дизентерии, туберкулеза и др.

Одно из требований личной гигиены – уход за кожей. На грязной коже в большом количестве поселяются микроорганизмы (бактерии и грибки), что приводит к возникновению и развитию гнойничковых и грибковых заболеваний. В результате закупорки выводных протоков потовых и сальных желез нарушается их нормальная деятельность, снижается кожное дыхание. Поэтому мыться следует не реже одного раза в неделю, а в некоторых случаях и чаще. Открытые части – лицо и шея – подвергаются большему загрязнению, поэтому их нужно мыть не менее двух раз в день (утром и вечером). Еще больше загрязняются руки: на руках могут накапливаться микроорганизмы и яйца глистов, которые переносятся на различные предметы – посуду, пищевые продукты и т. д.

Руки необходимо тщательно мыть с мылом возможно чаще и обязательно – после посещения туалета, выполнения каких-либо грязных работ, а также перед едой. Необходимо учитывать, что кожа рук выделяет особые вещества, уничтожающие микроорганизмы, попадающие на нее. Чем чище кожа рук, тем лучше проявляется действие этих бактерицидных веществ. Экспериментально доказано: количество бактерий бактериальных культур, нанесенных на кожу вымытых рук, уменьшается на 85 % уже через 10 минут, а нанесенных на кожу невымытых рук – только на 5 % через 20 минут. Особенно много бактерий накапливается под ногтями (примерно 95% общего их количества, находящегося на коже рук). Поэтому очень важен правильный **уход за ногтями** и тщательное мытье подногтевых пространств щеткой с мылом.

Редкое мытье ног, ношение грязных носков (чулок) способствуют потливости, которая, в свою очередь, становится одной из причин опрелостей, отморожений и потертостей, а также предрасполагает к развитию грибкового заболевания – эпидермофитии. Необходимо учитывать, что кожа стопы обильно снабжена потовыми железами. Значительное количество пота, выделяемого этими железами, при несвоевременном его удалении смешивается с грязью, обсеменяется бактериями, разлагается, издает неприятный запах, раздражает кожу и ослабляет ее защитные свойства. Если потливость ног не устраняется гигиеническими мероприятиями, необходимо обратиться к врачу для специального лечения.

**Уход за волосами** осуществляется путем мытья их теплой мягкой водой с мылом минимальной щелочности.

Правила личной гигиены **по уходу за полостью рта** предусматривают полоскание рта после каждого приема пищи, а также специальный уход за зубами.

К личной гигиене относятся и вопросы **половой гигиены, гигиены быта** – поддержание чистоты в жилище, уход за одеждой, бельем, обувью и постельными принадлежностями, создание нормальных условий для сна и отдыха. Для предотвращения загрязнения жилых комнат и предупреждения заноса инфекции необходимо изолированно хранить верхнюю одежду, надевать по возвращении домой чистую (домашнюю) одежду и обувь.

Полноценный отдых обеспечивается прежде всего спокойным и достаточно продолжительным **сном**. Необходимо установить и строго соблюдать время сна. Не менее важно соблюдать время подъема, учитывая при этом возможность выполнения всех утренних процедур без излишней поспешности. **Режим питания** должен соответствовать распорядку дня, связанному с трудовой (учебной) деятельностью, возрасту, климатическим и другим особенностям.

Личная гигиена включает и элементы закаливания организма и физической культуры.

**Закаливание организма**, по существу, можно рассматривать как обязательный элемент физкультурного воспитания. Сущность закаливания заключается в тренировке системы терморегуляции, в развитии защитных реакций организма на неблагоприятные воздействия внешней среды. В результате повышается устойчивость организма к воздействию различных погодных факторов, таких как холод, жара, влажность и др., которые могут привести к заболеваниям и понижению общей и специальной работоспособности. При закаливании обычно используют природные факторы: воздух, воду, солнце.

*Воздушные закаливающие процедуры* могут применяться в состоянии покоя или сочетаться с физическими упражнениями. Воздушные ванны наиболее «нежны» и безопасны среди арсенала средств закаливания. С них рекомендуется начинать систематическое проведение закаливающих процедур. Закаливание воздухом следует начинать при 15-20°C. Продолжительность воздушной ванны – 20-30 минут. Постепенно время увеличивается ежедневно на 10 минут и доходит до 2 часов. Следующий этап – воздушные ванны при 5-10°C в течение 15-20 минут. В этом случае закаливанию должны сопутствовать физические упражнения, предупреждающие охлаждение тела. Холодные воздушные ванны следует заканчивать растиранием тела и теплым душем.

*Закаливание водой* следует начинать с обтирания – общего или частичного. Приступая к этой водной процедуре, следует иметь в виду, что температура воз-Духа должна быть не ниже 18-20°C. Для неподготовленного организма первые обтирания лучше всего проводить водой, температура которой близка к температуре поверхности тела человека (33-35°C). Затем температуру следует постепенно снижать в течение 2-3 месяцев примерно на 1-2°C в неделю. Со временем можно будет пользоваться водой прямо из-под крана. После обтирания кожа краснеет, появляется ощущение приятного тепла. Вся процедура – не более 3-5 минут. Обтирание рекомендуется делать утром после гигиенической гимнастики.

*Обливание* – ежедневная процедура, несложная и не требующая много времени. Постепенно понижая температуру воды при каждом последующем обливании на 1 °С, ее доводят с 33-34 до 20-22°C. При общем обливании вода должна равномерно стекать по всему телу. После этой процедуры необходимо сразу растереться махровым полотенцем. Наиболее сильное воздействие на организм оказывает холодный душ. Первые 2-3 недели температура воды должна быть 35-36°C, затем ее надо постепенно снижать до 25°C и ниже, в зависимости от индивидуальной подготовленности. Прохладный душ хорошо освежает, вызывает чувство бодрости, повышает обмен веществ. Что касается «моржевания», то эту форму закаливания нужно использовать очень осторожно после весьма длительной подготовки.

*Закаливание солнцем* связано с приемом воздушно-солнечных ванн. В умеренных дозах лучи положительно влияют на обменные процессы, благоприятно воздействуют на развитие организма, улучшают дыхание и кровообращение, повышают работоспособность. Помимо этого, солнечные ванны способствуют выработке тепловой выносливости. Лучше всего загорать в утреннее время с 9 до 12 часов. Не рекомендуется загорать натошак, непосредственно перед едой и сразу же после нее. Солнечные ванны можно принимать спустя 30-40 минут после завтрака, а заканчивать не менее чем за 1 час до еды. Начинать этот вид закаливания нужно с сеансов продолжительностью 5-10 минут в день, ежедневно увеличивая их на 5-10 минут и доводя общую длительность процедуры до 2-3 часов. Обязательна периодическая смена положения тела и перерывы в приеме солнечных ванн каждый час на 10-15 минут. Следует помнить, что закаливающие процедуры необходимо дозировать в зависимости от состояния здоровья и самочувствия.

## ***Двигательная активность и здоровье***

Здоровый образ жизни предполагает оптимальную двигательную активность человека. Сокращение рабочего дня, уменьшение времени на бытовые нужды и увеличение, соответственно, свободного времени связаны с вопросом о социальных мероприятиях, обеспечивающих здоровый образ жизни. Одновременно с этим наблюдается ситуация, когда на людей обрушиваются многочисленные неблагоприятные факторы внешней среды, сложные жизненные проблемы, огромный поток информации, – это все зачастую протекает на фоне далеко не блестящих биосоциальных условий жизни, уровня эмоционального напряжения при сниженной двигательной активности человека.

Как известно, предки человека развивались в условиях, когда добывание пищи, борьба с врагами и т. п. повседневно требовали значительной двигательной активности, т. е. огромных мышечных напряжений. Вследствие этого оказалось, что опорно-двигательный аппарат, функции нервной системы, органов кровообращения и дыхания, деятельность желез секреции и т. д. могут полноценно развиваться и поддерживаться на должном уровне только при наличии достаточной систематической мышечной нагрузки.

В настоящее время в промышленности, на транспорте и в сельском хозяйстве все виды работ, связанных с приложением физической силы и требующих выносливости в связи с длительными мышечными напряжениями, постепенно исчезают благодаря механизации труда. С каждым годом все больше увеличивается число лиц, труд которых образно называется «кнопочным» управлением (в том числе компьютерным) различными механизмами. Распространение общественного и личного транспорта постоянно снижает общую сумму мышечных усилий. Все это, несомненно, облегчает условия жизни человека,

но вместе с тем оказывает неблагоприятное влияние, лишая организм мышечных усилий. Недостаток мышечных напряжений в труде, в быту и при передвижениях следует корректировать специальными оздоровительными мероприятиями, и физические упражнения – прекрасное средство для этой коррекции. Физическое воспитание лиц всех возрастных периодов должно восполнить тот дефицит в мышечных напряжениях, который создается в новых условиях жизни, и содействовать развитию и нормальному функционированию всех органов и систем органов человека.

Значение мышечных нагрузок для организма особенно возрастает при *гиподинамии* (снижении мышечных усилий) и при *гипокинезии* (снижении двигательной активности). Недостаточная двигательная активность сопровождается атрофией и дегенерацией скелетных мышц. Мышечные волокна становятся тоньше, вес мышц уменьшается, снижаются мышечная сила, тонус мышц и т. д.

В результате гипокинезии/гиподинамии наблюдаются существенные изменения в виде нарушения координации движений. Расстройство двигательных функций проявляется и в виде увеличения амплитуды колебаний центра тяжести, слаженности движений при ходьбе, что объясняется не столько изменением состояния самих мышц, сколько нарушением координации их деятельности нервной системой.

Продолжительная гипокинезия отражается и на функциях ряда сенсорных систем. В частности, отмечено ухудшение состояния зрительного, вестибулярного и двигательного анализаторов. Кроме того, наблюдаются также изменения в системе кровообращения, уменьшение размеров сердца, снижение ударного и минутного объемов крови, учащение пульса, уменьшение массы циркулирующей крови, удлинение времени ее кругооборота. Внешне дыхание в покое характеризуется при гипокинезии уменьшением объема легочной вентиляции и снижением на 5-20 % основного обмена. Во время мышечной работы экономичность вегетативных функций снижается, вследствие чего при тех же самых мышечных нагрузках увеличивается как кислородный запрос, так и кислородный долг. Наблюдается снижение функций эндокринных желез, в частности надпочечников. Однообразное малоподвижное состояние организма может приводить постепенно к сглаживанию изменений суточного режима пульса, температуры и некоторых других функций организма.

Для организма двигательная активность – это физиологическая потребность. Каждое проявление двигательной активности индуцирует образование метаболитов, которые необходимы для нормального функционирования организма. Без Достаточного объема движений организм не может накапливать энергию, необходимую для нормальной жизнедеятельности и противостояния стрессу. Действительно, мышечные напряжения, контрастные температурные воздействия, солнечная радиация, умеренная гипоксия – все это стресс, который в определенной мере полезен, нужен организму. Иными словами, без определенного объема двигательной активности человек не может воспользоваться в своей жизни тем, что заложено в него природой, не может дожить до почтенной старости, не может быть здоровым и счастливым.

Для компенсации недостаточной подвижности используются оздоровительные физические упражнения. Занятие физической культурой способствует улучшению координации деятельности нервных центров, более точной ориентации человека в пространстве, улучшают процессы мышления, памяти, концентрации внимания, повышают функциональные резервы многих органов и систем организма. Так, регулярные занятия физическими упражнениями повышают жизненную емкость легких, минутный объем дыхания, глубину дыхания; увеличивается коэффициент полезного действия – снижается кислородный запрос и кислородный долг; усиливается деятельность желез внутренней секреции.

Помимо влияния на отдельные двигательные и вегетативные функции различия в режиме мышечной деятельности могут отражаться и на общей резистентности организма при воздействии на него различных неблагоприятных факторов внешней среды (стрессовые ситуации, гипоксия, инфекция, радиация, низкие и высокие температуры окружающей среды).

Мышечная деятельность также может быть стрессором. У лиц, для которых большие

физические нагрузки являются чрезмерными, могут наблюдаться и первая, и вторая стадии стресса. При длительном действии значительных напряжений вторая стадия стресса может перейти в третью, т. е. в стадию истощения.

Важнейшая особенность влияния мышечных напряжений заключается в том, что при постоянном увеличении нагрузок реакция тревоги проявляется слабо или даже не проявляется совсем. В организме после нескольких тренировочных занятий сразу же начинает возникать состояние повышенной резистентности как специфически (т. е. к мышечным нагрузкам), так и неспецифически (т. е. к ряду других неблагоприятных воздействий на организм). Вместе с тем третья стадия стресса возникает только при чрезмерных для данного организма нагрузках. Таким образом, мышечная работа в весьма большом диапазоне нагрузок оказывает на организм только положительный эффект.

Исследования влияния мышечных напряжений показали, что если не применять чрезмерных нагрузок и постепенно увеличивать длительность и интенсивность упражнений, то в организме не наблюдается проявлений патологических сдвигов, т. е. ни первой стадии стресса (реакция тревоги), ни третьей (истощения), – наблюдается развитие только физиологической стороны стресса, связанной с повышением резистентности.

У лиц, систематически упражняющихся на протяжении многих лет, повышенная резистентность к неблагоприятным воздействиям может при вынужденных перерывах в тренировке сохраняться в той или иной мере на протяжении нескольких месяцев.

Физиологические механизмы, обуславливающие повышение неспецифической резистентности организма, сложны и многообразны. Во-первых, как это показано Гансом Селье, при действии самых различных стрессоров развитие неспецифической резистентности связано с гипофиз-адреналовой системой, с секрецией адренокортикотропного гормона и глюкокортикоидов. Во-вторых, важное значение в этих механизмах принадлежит нервной регуляции функций. Повышая устойчивость организма к действию ряда неблагоприятных факторов внешней среды, мышечная деятельность способствует снижению заболеваемости.

Важное значение имеют утренние физические упражнения. Они важны, во-первых, для быстрого повышения работоспособности человека после сна; во-вторых, для укрепления здоровья и закаливания организма; в-третьих, для регулярной физической тренировки в целях совершенствования мышечного аппарата, сердечнососудистой, дыхательной и других систем организма и развития быстроты, выносливости, силы и координированности при двигательной деятельности.

Утренние физические упражнения, сопровождаемые поступлением в центральную нервную систему мощного потока импульсов от рецепторов многих анализаторов, особенно же со стороны проприоцепторов, способствуют быстрому повышению возбудимости центральной нервной системы и восстановлению нормальной работоспособности.

Если утренний зарядка проводится в сочетании с воздействиями на кожные рецепторы холода и водных процедур, возбудимость нервной системы восстанавливается еще быстрее. Действие некоторых раздражителей внешней среды (температурный фактор, водные процедуры, действие свежего воздуха и солнца), наряду с повышением возбудимости нервной системы, также способствует закаливанию организма. Утренние физические упражнения, благодаря вовлечению в действие мышечных групп всех частей тела, содействуют усилению лимфообращения и тем самым помогают быстрому устранению отечности тканей, в частности вен, наблюдаемой иногда сразу же после пробуждения.

Значение утренних физических упражнений не ограничивается ликвидацией последствий предшествующего сна. Они являются наиболее часто и регулярно проводимыми мышечными упражнениями, совершенствующими такие проявления двигательной деятельности человека, как сила, быстрота, выносливость и координация. Эти упражнения улучшают регуляцию центральной нервной системы физических функций двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других вегетативных систем. Они поддерживают на высоком уровне резервную



щелочность крови, содействуют сохранению особых специфических свойств мышц, развиваемых при систематической мышечной работе, и т. д. Так как утренние физические упражнения выполняются до начала рабочего дня, интенсивность их, чтобы не ухудшить последующую работоспособность, не должна быть чрезмерной.

Важное значение имеют физические упражнения, проводимые в течение рабочего дня и после его окончания. Это, в частности, обусловлено включением механизма активного отдыха, способствующего более быстрому восстановлению нарушенных в результате развития утомления различных функций организма, связанных с производственным трудом. Эти упражнения – также эффективное средство снятия нервно-психического напряжения.

К настоящему времени с целью эффективности борьбы с гиподинамией разработан и практически апробирован целый ряд *авторских методик физического воспитания*. Данные методики предназначены для широкого использования. Основные их достоинства – доступность, простота реализации, объяснимая и понятная эффективность. Это, прежде всего: система Купера – контролируемые беговые нагрузки; система Амосова – режим 1000 движений; система Лидьярда – бег ради жизни; система Моргауза – всего 30 минут спорта в неделю на фоне повседневной естественной физической нагрузки (при этом учитываются правила: если можешь сидеть, а не лежать, – сиди, если можешь стоять, а не сидеть, – стой, если можешь двигаться – двигайся); скрытая изометрическая гимнастика по Томпсону (произвольное поочередное сокращение мышц тела без изменения их длины в течение всей «бодрствующей» части суток) и т. д.

Среди многочисленных форм занятий оздоровительной физической культуры особое значение имеют ритмическая гимнастика, шейпинг, плавание, велосипедные прогулки, спортивные игры, ходьба на лыжах, бег и некоторые другие.

Естественно, что выбор того или иного способа, методики, системы соотносится с реальной обстановкой, возможностями, запросами, иногда – это дело индивидуального вкуса и интереса.

Совершенно очевидно, что сама по себе физическая активность не дает оздоровительного эффекта, если ею пользоваться неправильно. Физическая нагрузка должна носить оптимальный характер для каждого человека. Необходимо соблюдать ряд принципов, которые гарантируют положительный оздоровительный эффект. Главные из них – постепенность и последовательность, повторность и систематичность, индивидуализация и регулярность физических тренировок.

В процессе систематических занятий физическими упражнениями нарастает тренированность организма человека. Тренированный организм отличается не только и не столько размерами функциональных резервов адаптации, что само собой разумеется, сколько умением достаточно быстро и экономно включить соответствующие резервы в действие, обеспечивая должную их координацию.

Таким образом, **тренировка**, с физиологической точки зрения, – процесс развития физических качеств путем использования функциональных резервов, а также формирования и совершенствования двигательных навыков на основе сложных комплексов условных и безусловных рефлексов. Двигательные навыки тесно связаны с физическими качествами и не могут быть реализованы без соответствующего развития физических качеств. Следует иметь в виду, что главное в тренировке – повторность и возрастание нагрузок, что позволяет за счет обратных связей совершенствовать движения и их обеспечение на основе механизмов саморегуляции.

Физиологическими предпосылками непрерывности тренировочного процесса являются условно-рефлекторные закономерности развития тренированности. Длительные перерывы в тренировке ведут к угасанию временных связей, лежащих в основе двигательных навыков и физических качеств. При этом раньше других угасают связи, наиболее тонко специализированные и позднее приобретенные – особо тонкие моторные координации, наиболее совершенные изменения вегетативных функций.

Сдвиги в организме, наступающие под влиянием мышечной деятельности, имеют

фазовый характер и сохраняются лишь некоторое время. Для развития тренированности необходимо, чтобы интервал отдыха между упражнениями не был излишне продолжительным. Важно, чтобы на «следы» предыдущей работы наслаивался эффект последующей. Оптимальная длительность отдыха между нагрузками определяется задачами данного периода тренировки, степенью общей и специальной физической подготовленности. Оптимальные интервалы отдыха, позволяющие сохранить положительные сдвиги от воздействия тренировочной нагрузки, зависят от скорости восстановления физиологических функций и энергетических ресурсов организма. Обычно повторную нагрузку рекомендуется выполнять в фазу сверхвосстановления (суперкомпенсации), однако в ряде случаев целесообразно повторять нагрузки и при неполном восстановлении, что способствует развитию выносливости и адаптации организма к деятельности в условиях измененной внутренней среды.

### **Кодекс здоровья**

1. *Помни:* Здоровье – не все, но все без здоровья – ничто!  
Здоровье – не только физическая сила, но и душевное милосердие.
2. Здоровье нужно не только тебе, но и людям, которым ты обязан помогать, защищать.
3. Здоровье – это твоя способность удовлетворить в разумных пределах наши потребности.
4. Здоровому человеку нужен не только хлеб, но и духовная пища: не хлебом единым жив человек.
5. Здоровье – это физическая и гигиеническая культура нашего тела: нет ничего красивее человеческого тела.
6. Здоровье – это духовная культура человека: доброта, надежда, вера и любовь к тем, кто тебя окружает.
7. Здоровье – это социальная культура человека, культура человеческих отношений.
8. Здоровье – это любовь и уважение к человеку: отнесись к другому так, как ты бы хотел, чтобы он относился к тебе.
9. Здоровье – это любовь и бережное отношение к природе: природа не брат и не сестра, а отец и мать человечества.
10. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни; образ жизни – источник здоровья и источник всех бед – все зависит от тебя и твоего образа жизни.
11. Хочешь быть здоровым – подружись с физической культурой, чистым воздухом и здоровой пищей: пользуйся всем, но ничем не злоупотребляй.
12. *Помни:* солнце – нам друг и мы все дети Солнца, но с его лучами не шути: загорание не должно стать сгоранием на солнце.
13. Периодически ходи по земле босиком – земля дает нам силу и отводит из тела лишнее электричество.
14. Учись правильно дышать – спокойно, неглубоко и равномерно.
15. Бежать можно от инфаркта и к инфаркту: соответствующий возрасту и умеренный бег – целебен, чрезмерный – болезнен.
16. Работай размеренно, спокойно, без рывков и чрезмерностей: труд должен быть радостным, тогда он будет продуктивным и целебным.
17. Семья – наша опора и наше счастье: делай в семье все так, чтобы каждый член семьи чувствовал нужность и зависимость друг от друга.
18. Выработай стиль и режим своей жизни: ты должен ему следовать всю жизнь.
19. *Помни:* человечество (и ты сам) ничего не потеряет, если расстанется с сигаретой и рюмкой.
20. Будь внимательным и милосердным к детям и старикам: если можешь – помоги

и не проходи мимо чужого горя.

21. Люби нашу Землю – мать и кормилицу, бережно относись к ней и ко всему живому, чему она дала жизнь. Хочешь жить – люби жизнь.

22. Человек будет все дальше и дальше проникать в Космос, но колыбель – наша Земля, и к ней мы всегда будем возвращаться.

23. Мы люди одной судьбы и все должны бороться за Мир и Солнце на Земле: без Мира не будет ни жизни, ни здоровья.

24. Здоровье – наш капитал: его можно увеличивать, его можно и прокутить: хочешь быть здоровым – будь им!

25. Стрессов в жизни не избегай, но и не ищи себе лишних: стрессы могут укреплять и тренировать, могут – ослаблять.

26. Если хочешь быть больным – заболей здоровьем, поверь в великие целебные силы нашего тела и нашей души.

27. Красота укрепляет тело и дух, все безобразное их разрушает.

28. Лучший доктор твоего здоровья – ты сам, 1-ю цени и выполняй советы врача, будь к ним внимательным и уважительным.

29. Не считай дни, проведенные в больнице, а считай дни, проведенные на природе.

Здесь же приведем шесть мудрых советов, проверенных опытом, жизнью многих поколений.

*Первый совет.* Умейте на время отвлечься от забот и даже неприятностей! Для этого необходимо помнить:

- как бы ни были велики обрушившиеся на вас неприятности, постарайтесь избавиться от гнета тяжелых мыслей, переключаясь на другие заботы (на работе или дома);
- ни в коем случае не заражайте своим плохим настроением окружающих;
- будьте разумны и тактичны, не превращайте свою неприятность в «мировую катастрофу»;
- если окружающие доброжелательны к вам, они найдут возможность выразить вам сочувствие и помощь;
- чтобы ни случилось в жизни – помните: жизнь продолжается!

*Второй совет.* Гнев – плохой советчик и негодный метод в работе и отношениях между людьми. Для того чтобы избежать гнева:

- никогда не доводите себя до гнева и не входите в него. Впадая в гнев, остановитесь, сделайте паузу, вспомните мудрых: «Гнев – орудие слабых»;
- осмыслите всю ситуацию, которая привела к гневу, и вы увидите, что вина ваша не меньше других;
- вспышка гнева никогда не приносит облегчения и всегда чревата новыми неприятностями;
- лучшая разрядка гнева – физическая работа: разряжайся не словом, а трудом.

*Третий совет.* Имейте мужество уступать, если вы не правы. Следует помнить:

- упрямство свидетельствует о капризности и незрелости человека;
- умейте внимательно выслушать своего оппонента, уважайте его точку зрения;
- будьте самокритичны к своей точке зрения: не считайте свой взгляд всегда правильным, абсолютной истиной;
- все взгляды относительны, и в каждой точке зрения есть доля истины;
- помните французскую поговорку: «Если женщина не права – извинитесь перед ней»;
- разумные уступки не только полезны для дела, но и вызывают уважение окружающих.

*Четвертый совет.* Будьте требовательны прежде всего к себе! Для этого:

- не требуйте от других того, на что сами неспособны;
- не ожидайте от других того, чего не можете дать сами;

- чрезмерность в требованиях всегда раздражает людей, ибо мера во всем – основа мудрости;
- не стремитесь переделать всех на свой манер: принимайте людей такими, какие они есть, или вообще не имейте с ними дела;
- старайтесь найти в каждом человеке положительное и опирайтесь на эти качества в отношениях с ним.

*Пятый совет.* Мы люди, а не боги и не сверхчеловеки! Каждый из нас должен усвоить следующее:

- нельзя быть совершенством во всем: каждый из нас в чем-то силен и в чем-то слаб;
- не думайте, что вы лучше всех или хуже всех: цените себя реально, достойно, с честью, не унижая себя и людей;
- наши возможности и даже таланты ограничены, но они могут быть значительны и разнообразны;
- в «разноцветий» качеств – ценность людей. Это надо видеть и ценить;
- узнайте свои возможности и делайте то, к чему у вас есть призвание: остальное делайте в силу своих возможностей, но всегда максимально добросовестно, честно и усердно.

*Шестой совет.* Не носите в себе свое горе и не копите неприятности! Опыт человечества свидетельствует:

- не оставайтесь наедине со своими неприятностями и горем;
- горе, как и счастье, надо делить с людьми: исповедь облегчает горе и усиливает радость человека;
- ищите человека, способного вас понять и разделить ваше горе;
- доброжелательных и рассудительных людей немало: они способны разделить и горе, и счастье;
- старайтесь и сами быть участливыми и сочувствующими, добрыми и человечными, милосердными и мудрыми.

Вполне очевидно, что залог сохранения здоровья – здоровый образ жизни. Вполне очевидно также, что если человек не будет любить жизнь, бороться за полноценное духовное и физическое долголетие, то никакая современная наука, лекарства и рецепты не помогут. Для сохранения здоровья не следует надеяться ни на какие чудеса. Прежде всего необходима высокая культура поведения и здоровый образ жизни, высокая культура жизни и культура мысли.

### **Контрольные вопросы**

1. Что собой представляет понятие «образ жизни»?
2. Каковы основные факторы, детерминирующие образ жизни?
3. В чем сущность понятия «здоровый образ жизни»?
4. Каковы основные составляющие и принципы здорового образа жизни?
5. В чем сущность рационального питания?
6. В чем сущность культуры питания?
7. Какое влияние оказывают гиподинамия и гипокinezия на состояние организма человека?
8. Каково значение двигательной активности для поддержания здоровья?
9. В чем сущность личной гигиены и каково ее значение в сохранении состояния здоровья?
10. Каковы основные правила закаливания организма?

### **Литература**

1. Агаджанян Н. А., Ананьев В. А., Андреев Ю. А. и др. Основы валеологии. Кн. 1, 2, 3. – Киев.: Олимпийская литература, 1999.
2. Ананьев В. А., Давиденко Д. Н., Петленко В. П., Хомутов Г. А. Этюды

валеологии / Под общ. ред. Д. Н. Давиденко. - СПб.: СПбГТУ, БПА, 2001.

3. Валеология человека. Здоровье – любовь – красота: В 5 т. Т. 1-5. Физическое и психическое здоровье. – СПб.: Петроградский и К°; Минск: Оракул, 1996-1997.

4. *Волков В. Ю., Ланев Ю. С, Петленко В. П. и др.* Научные основы физической культуры и здорового образа жизни / Под общ. ред. Д. Н. Давиденко. – СПб.: СПбГТУ.БПА, 2001.

5. *Давиденко Д. Н., Зорин В. Е., Борилкевич В. Е. и др.* Социальные и биологические основы физической культуры / Отв. ред. Д. Н. Давиденко. – СПб.: СПбГУ, 2001.

6. *Додали В. А.* Питание как фактор здорового образа жизни // Вестник Балтийской академии. Вып. 9. – СПб.: БПАД996.

7. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Наука, 1960.

## Глава 11. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ НОВОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ<sup>50</sup>

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) поистине можно считать мудрой, фундаментальной основой человеческого бытия в его естественно-природной проекции к духовно-физическому совершенству каждого здравомыслящего человека.

Здоровый образ жизни заложен Законами Природы. Это органичный естественный путь к взаимоусовершенствованию Человека – в Природе и Природы – в Человеке через духовное осмысление Законов Природы.

Почему так важно именно сегодня высветить проблему здорового образа жизни? Причин много, они носят разный характер, но мы выделим главные, связанные с природой человека и его духовностью.

1. Бессилие (при ее величии) современной медицины перед обвальным ростом хронических «болезней цивилизации».

2. Катастрофическое снижение сопротивляемости организма человека к воздействиям окружающей среды, им же разрушаемой.

3. Осознание полной невежественности и безответственности населения по отношению к своему личному здоровью и окружающей среде, обеспечивающей это здоровье.

4. Понимание того, что в сознании людей отсутствует мировоззренческая побудительная основа для естественной повседневной радости – от заботы о своем здоровье до процветания всего общества и Природы.

5. Собственно психологические проблемы, связанные с индивидуальным здоровьем человека, его ЗОЖ:

- 1) последовательность осмысления различных законов и механизмов здорового образа жизни, особенно важных в эпоху негативного воздействия психоэмоциональных факторов;
- 2) состояние сознания (самосознания) современного человека. Сознание позволяет тонко понимать физическое и духовное здоровье и укреплять его обратной биологической связью.

Субъективным аспектом всякого нового состояния сознания является чувство «Я». Самосознание указывает на связь процессов, ощущений и представлений (чувство «Я» или чувство связи всего переживаемого). Эти элементы-представления входят в наиболее близкие отношения с «Я». Они состоят из общих ощущений и представлений собственного тела, возникающих и выделяющихся из совокупности содержания сознания, чувства и представления, тесно сливающихся с чувством нашего «Я». Вундт<sup>51</sup> назвал это качество «самосознанием». Самосознание составляют элементы, входящие в него на основе наиболее близких отношений, возникающих из общих ощущений и представлений собственного тела.

Согласно законам психологического развития, эту взаимосвязь элементов можно рассматривать в трех аспектах: связь волевых процессов, содержание волевых процессов, чувства и аффекты их сопровождения. Таким образом, шаг за шагом происходит самовосприятие самого себя, понимание того, чему отдавать предпочтение, чтобы быть гармоничным.

Что же приоритетно для самовосприятия в движении по пути к здоровому образу жизни?

- «Я» телесное (идентификация собственного «Я» с телом); самоидентичность (осознание себя как одной и той же, но меняющейся личности в течение всей жизни).
- Обретение личной идентичности связано с полом, его проблемами и способами

<sup>50</sup> Новое Просвещение предполагает рассмотрение жизнедеятельности человека в контексте ноосферного мышления.

<sup>51</sup> Вундт В. Очерки психологии. - М, 1877. - С. 261-262. См.: Мясищев В. Н. Структура личности и отношение человека к действительности // Психология личности. - М, 1983. - С. 36-37; Джемс У. Психология личности. - Л., 1989.

разрешения противоречий между сексуальными побуждениями и требованиями морали, а также становлением призвания и определенных жизненных целей.

- Самоуважение (гордость, само-любие) имеет огромное значение в жизни каждого человека, в его социальных связях, так как приобретает форму само-любия и гордости, в том числе и гордости за красивое здоровое тело, здоровый Дух.

Вот поэтому психическая жизнь и поведение приобретают одно из важнейших качеств «Я» – личную определенность, интенциональность (направленность).

В формировании здорового образа жизни эти приоритеты, не фиксированные жестко, становятся ведущими в выражении глубинной сущности «Я». Личностная интериоризация (направленность вовнутрь) внешних отношений, развивающих чувство любви, и составляет благополучие, радость, осмысление страдания Другого человека, влияя тем самым на благополучие образа жизни и здоровья семьи, рода, в целом – народа.

Но личностная интериоризация внешнего мира (принятие в себя) означает расширение самости («Я») за пределы органического тела индивида. Она (интериоризация) имеет место тогда, когда внешние отношения становятся таким содержанием опыта, который интегрируется на высших уровнях индивидуальной организации (самосознание) и означает участие в этом опыте личностного «Я». Этот феномен личностного «Я» получил отражение в отечественной и зарубежной психологии<sup>52</sup>.

Косвенным образом названные выше причины и приоритеты влияют на все проявления человека, в том числе и на его здоровый образ жизни. Вместе с тем зеркальное «Я» – это и представление о том, как нас видят другие, и реакция на эти оценки, которая может выражаться в раздумьях, удовлетворении, чувстве стыда, вины и т. д.

Этот процесс в становлении здорового образа жизни очень важен, так как за последнее тысячелетие потеряна связь поколений в передаче и в повседневном использовании человеческой мудрости, накопленной веками и сконцентрированной в экосберегающих, культурно-оздоровительных и духовно-нравственных традициях, духовной культуре и философском обобщении знаний человечества.

Сам же человек как часть живой природы подвергается в современном мире тяжким испытаниям, что, безусловно, отражается на его здоровье и образе жизни.

Новая эпоха и расцвет России требуют высвобождения природного потенциала нации. Интеллектуальный, нравственный потенциалы здоровья (ЗОЖ) являются основной характеристикой уровня развития государства, «визитной карточкой» культуры, а стиль жизни – прямое следствие всего этого. Здесь важно отметить, что взаимосвязь человека и Вселенной подчиняется объективным законам, которые были известны людям многие тысячелетия назад, и нарушение этих законов приводит к разрушению здоровья.

Главная идея здорового образа жизни – первичная профилактика болезней тела и души. Современное духовно-энергетическое развитие<sup>53</sup> человека в онтогенезе обеспечивается как на государственном уровне – через медицину, просвещение, здоровую стратегию работы государственной машины, так и каждым человеком индивидуально через его мировоззрение, миропонимание, опирающиеся на осознание единства природы и человека, знание законов природы, управляющих не только внешней (внешний гомеостаз), но и внутренней (внутренний гомеостаз) средой человека, его биологией, физиологией, психофизической, духовной и социальной жизнью. Попирание и незнание Законов Природы поставило человечество на грань экологической катастрофы.

Чтобы раз и навсегда защититься от стихии глупости и воинствующего невежества, бушевавшего столетия, человек должен своевременно овладеть знаниями законов природы, понимать предложенные самой природой стратегические ориентиры, авторитет которых непререкаем, для дальнейшего продвижения к духовному здоровью.

---

<sup>52</sup> Таким образом, движение «Я» к своему здоровью в кониегшии индивидуального здорового образа жизни – это такой процесс в сознании индивида, который представляет собой некую генерализованную субъективную, когнитивно-эмоциональную трансформацию реакций социальной среды на его (индивида) собственное поведение.

<sup>53</sup> То есть развитие жизненного потенциала здоровья человека в кризисные периоды его жизни.

Итак, выделим аксиомы, донесенные до третьего тысячелетия лучшими умами человечества.

1. Стратегия природы есть эволюция всего сущего, всех форм жизни во времени и пространстве на пути их *бесконечного совершенствования*.

2. Человек – венец белково-нуклеиново-квантовой формы жизни – облечен особым доверием Природы: свободой совершенствовать самого себя и все вокруг себя. Еще Лао Цзы (китайский ученый, IV–III вв. до н. э.) утверждал, что в Универсуме, где все неизменно и изменчиво, непрерывно и прерывно, едино и единично одновременно, наиболее полным выражением реальности является человек. Причем именно человек выполняет данную ему функцию: он служит картиной мира (космоса), где присутствуют всего его (космоса) элементы, все формы энергии.

Вместе с тем человек – часть социума. Именно поэтому здоровый образ жизни – показатель культуры человечества, которая возникла в процессе стремления человека познать окружающий мир и сформировать свое отношение к нему, свое миропонимание.

И если мы сегодня обратимся к учителям человечества и проанализируем мудрые знания, пришедшие к нам из глубины веков и адаптированные в последующие времена великими умами человечества, то откроем великое руководство для здоровой, радостной и творческой жизни каждого человека и всего человечества в целом, которое базируется на космическом, целостном понимании природы в ее единстве с человеческим естеством.

Н. Ф. Федоров, духовный учитель и наставник основоположника отечественной космонавтики К. Э. Циолковского, разработал оригинальную концепцию воспитания, сущность которой – в «научном воскресении» человека через расширение своего влияния на себя и мир. Влияние действует не за счет «искусственных орудий», продолжающих его органы (приставки), а за счет направленной силы ума, выдумки, расчета, озарения на самого себя, на свои органы, на их «улучшение», на их своевременное обновление и восстановление через естественное «направленное тканетворение», которое осуществляется человеком сознательно, т. е. здоровое творение своего образа жизни. Особенно это важно в эпоху, когда воздействие психоэмоциональных факторов провоцирует пробуждение биологии человека и позволяет раскрыть дремлющие жизненные резервы организма. Именно такое состояние мы называем периодом *социобиологического реверса*<sup>54</sup> (от лат. *reversio* – возврат). Но это возвращение не в смысле атавизма, а смысла возврата к биологическому началу, источниками которого становятся духовно-нравственные и общественно-исторические условия жизнедеятельности человека, а не наследственность.

Гипотеза социобиологической реверсии эволюции человека строится на принципах социокультурной концепции здорового образа жизни нового тысячелетия и формирует культуру здравотворчества. Знания, необходимые для осмысления реверса (движение к единству человека и природы), – это прежде всего новые исследования в области энергетического взаимодействия энергетики человека и энергии вселенной (А. Е. Акимов, Н. П. Бехтерева, И. П. Волков, В. П. Казначеев, А. Н. Клизовский, А. И. Субетто, Г. И. Шипов и др.).

Следует отметить, что до недавнего времени наука апеллировала к четырем типам взаимодействия человека и Природы: гравитационное, электромагнитное (дальнодействующее), а также ядерные и слабые (короткодействующие)<sup>55</sup>, которые индивидуально воздействуют на здоровье человека. Была известна и эффективность этих взаимодействий в разных средах. Но в практике жизни человека они не учитывались прежде всего самим человеком, несмотря на то, что здоровый образ жизни имеет своей целью не просто сохранение и укрепление здоровья, его развитие в соответствии с закономерностями кризисно-адаптационных периодов, но такую осмысленную его трату, которая сама стимулирует становление потенциала здоровья и его расширенное (в рамках возможностей конкретного возраста и условий жизни) движение.

Здоровый образ жизни определяют по-разному.

<sup>54</sup> Татарникова Л. Г. Валеология в педагогическом пространстве. – СПб.: Крисмас+, 1999.

<sup>55</sup> Крикоров В. С. – д-р техн. наук, профессор, лауреат Государственной премии, автор 8-томного издания «Единый Космос» (Владивосток: Дальневосточное отделение АН СССР, 1987-2001).



Здоровый образ жизни – это сознательная и счастливая жизнь индивида, основанная на понимании и толковании различных сфер жизненной реальности человека на основе достаточно строгих законов, «дабы все более приблизить наши представления о вещах к их собственной природе. Так разворачивается наше сознание» [16].

Здоровый образ жизни определяется сознанием человека, вернее, его самосознанием в широком смысле слова. И это в какой-то мере парадоксально. «С одной стороны, нет ничего ближе человеку его тела и его личности, своего собственного "Я", и нет ничего, казалось бы, более важного, чем познание этого своего "Я". И, с другой стороны, нет ничего более непонятного, запутанного, неустойчивого, колеблющегося от одного состояния к другому, чем "Я"» [16]. Все имеет свою причину, свое основание; что же касается нашего собственного «Я», то парадокс заключается в том, что понятность нашего «Я» – лишь представление, складывающееся в исходной рефлексии.

На самом же деле человек – нечто наиболее сложное в мире, поскольку человеческая общность (люди) не результат клонирования некоего единого образца, а громадное разнообразие уникальных сущностных характеристик.

Гегель отмечал, что познание человеком самого себя осуществляется через определенные фазы, периоды, преодоление которых есть движение к самому себе, к знанию о себе как существе, противостоящем миру и другим людям. Этот путь определяет и образ жизни.

При этом ведущим, исходным способом и мотивом самопознания человека является не абстрактное созерцание некой нейтральной сущности, а, напротив, самопостижение, совершаемое под влиянием его страстей, влечений, вожделений, за которыми стоят его потребности, определяющие здоровый образ жизни. И это не безжизненное созерцание и абстракция, а принцип самой жизни.

Интерес для нас представляет рассуждение о человеке Иоанна Сан-Францисского: «Человека мучает собственное тело. Тело человеческое имеет свое собственное понимание счастья и горя, радости и печали. Телесные эмоции бывают для человека новым источником страданий и страхов» [11].

Иоанн Сан-Францисский говорит, что нравственное состояние человека становится особенно трудным, когда его душа включается в какое-либо коллективное зло мира (наркотики, алкоголь, агрессию и т. д.). Тогда люди начинают ненавидеть друг друга и истреблять в силу внешних признаков крови, расы, класса, происхождения или в силу различных изменяющихся идей – и это также образ жизни. Вопрос только в том, как это отражается на здоровье. В коллективном зле как образе жизни нравственная извращенность имеет больше поводов для самооправдания, хотя самооправдание психологически обычно не требует никаких поводов.

Что же разрушает здоровье, по словам Иоанна Сан-Францисского?

- Любовь к неверной и ничтожной славе.
- Любовь к неверным и быстро преходящим ценностям.
- Любовь к телесным наслаждениям и внешнему покою.

Эти три «пре-любви» человеческие, соединяясь в одном круге, концентрируются в страхе.

Здоровье человека, его образ жизни напрямую связан со страхом. Страх разрушает, подтачивает силы человека. Исследуя пневматологию страха, архиепископ Иоанн (Шаховской) пишет: «Страх, как ветер, встречает человека на всех путях его. Чего только не страшатся люди в мире! Отошедшие от своего доверия к Творцу, они строят свою земную жизнь, окруженные тревогами, опасениями, страхом, ужасом...»

И далее: «Утерев свою первую любовь (Откр., 11:4) и еще не научившись последней своей любви, человек озирается в своем огромном и холодном логовище мира и страшился. Так началась его история, которая не изжита донныне человечеством. Он стал истаивать очами от опасности, от неверности своей жизни и жизни другого человека. Злые силы стали мучить его, влечь к себе, дарить ему свои призрачные наслаждения, а после бить его, наслаждаясь его беззащитностью и омраченностью... [1, с. 137, 139, 140]. И человек *привык* (образ жизни – курсив мой. – Т. Л.), и стало его посещать новое

чувство: радость быть злым и страшным для окружающих. И чем более он живет в своей злобной усладе ненависти к другому человеку, властности и гордости, тем более он страшится и опасается другого человека» и самого себя. Подобное состояние разрушает здоровье. Чувствуя это, человек обманывает себя, живя бездушно и бесстрашно. Обман разрушает опыт и образ жизни, делает его уязвимым.

Как бы человек ни организовывал свой образ жизни, он всегда зависит в той или иной степени от жизни других людей; но задача и цель человека в мире состоит в том, чтобы переходить от «низшего плана зависимости» (от всего дурного) в «высший» – Духовный.

Мы задуманы, а не только сотворены. Именно задуманы волей Божественной, предположены ее надеждой, что откликнемся лично на это творение именно образом жизни:

В каждом из нас есть *неповторимое* человеческое лицо, образ благой воли Божией, отражение небесной любви. И всякий раз, когда мы принимаем в себя что-то наносное для нас, это вредит нам и тормозит наш путь к цели основной [11].

Здоровый образ жизни – это и способность/потребность раскрыть присущий именно индивиду данный изначально «талант» – круг физической жизни, душевных способностей, духовных возможностей:

Человеку дается талант. Дается не для закапывания, но *разрабатывания*. Весь круг жизни человеческой может быть уподоблен «полоске земли». Не лежать на ней должен человек, но разрабатывать ее – эту Божью Землю, жизнь, данную ему в управление, как залог лучшей жизни, лучшей Земли. «Верный в малом и во многом верен будет». И вот человеку дается лишь «малое». Как бы ни было велико для земных глаз его «малое», каким бы великим ни величали его люди, – оно остается очень малым по сравнению с тем, образом чего оно является» [11, с. 113].

Но и это малое должно быть пущено в оборот на пользу всего мира. Вероятно, это и есть сущность образа жизни – Здорового образа, психологической логики стиля жизни.

Современный бег человечества, его интересов, его воображения и цивилизации, все ускоряющееся коловращение людей в пространстве и времени вырастают не только и не столько из социальной и культурной связи людей, но и из страшного одиночества человека в мире, от одиночества, которое человек открывает у себя и других, разрушая тем самым и себя, и других.

Глубокая душевная раздвоенность, многими людьми переживаемая и сознаваемая, может быть исцелена только очищением и освящением страха, ибо уничтожить в своих переживаниях всякий признак какого-то ни было страха невозможно. Но «можно возвысить свой страх». В том совершается духовное цветение человеческой личности [11].

Таким образом, можно сказать, что главная задача человечества на пути к здоровому образу жизни – «духовное цветение...»

Какие же проблемы возникают на этом пути?

Человеку, пускающемуся в путь, необходимо иметь представление о том, что будет ему открываться, какие перед ним встанут задачи. Этот своеобразный «атлас» позволит выбрать направление движения и, возможно, учитывая свои новые знания, находить более удачные пути достижения цели, т. е. находить способ сохранения и разумной траты здоровья в процессе активной жизни и реализации творческих замыслов, жизненного потенциала.

Жизненный потенциал определяется жизненной зрелостью (т. е. относительно полной готовностью человека к решению определенных жизненных задач), знанием принципов здорового образа жизни.

Выделим эти принципы.

1. Жить по законам Вселенной – первое движение к здоровому образу жизни, так как в человеке изначально заложены все уникальные свойства Вселенной.

2. Позитивное мышление, позитивное отношение к себе и другим – второй закон здорового образа жизни.

3. Человеку не нужны медикаментозные средства, потому что он создан по законам

Вселенной и способен к самоисцелению; он обладает (должен обладать) гармонией. Но так было до тех пор, пока человек жил в гармонии со Вселенной. Сегодня следует прилагать усилия: вести здоровый образ жизни, чтобы соответствовать этой гармонии.

4. Гармоническое физическое совершенство телесной оболочки человека, приведение ее к гармонии, к красоте за счет собственных усилий и индивидуальной программы здорового образа жизни – единственное условие сохранения человека как вида.

5. Возвращение любви к каждому человеку через осмысленную любовь к себе вернет ему гармонию с миром в широком смысле этого понятия. Когда человек потерял последний дар Вселенной – любовь к ближнему (себе подобному), он перестал быть Человеком. Путь к *Homo valiens* – здравотворяще-му свою жизнь человеку – это не борьба за существование по рецептам, прописанным извне, а достижение семи точек *соглас-ия* (единство логического и интуитивного, материального и духовного, гармонии с Вселенной: согласие человека с Богом; согласие человека с природой; согласие между наукой и религией; согласие между религиями; согласие между народами; согласие людей между собой; согласие с самим собой – гармония). Достижение точек согласия – путь к истинной цивилизации и здоровому образу жизни, обеспечивающему человеку нахождение в этой новой цивилизации, живущей по Закону Вселенского излучения энергии – Закону Любви.

6. Этот принцип интегративен – это принцип «слова – звука»; геометрической формы и числа. Этим принципом определяется жизнь Вселенной.

Данные принципы обобщают новые знания, которые человек приобретает в процессе своей жизни, дополняя и совершенствуя их по мере развития науки и способности человечества освоить не только новый телефон, но и новые знания о самом себе, АВЭ-знания<sup>56</sup>.

Вместе с тем существует и седьмой принцип социобиологического реверса, который позволяет осуществить эволюцию сознания на основе витально-аксиологической концепции личности. Мы не случайно обратились к концепции выдающегося русского ученого, доктора философских наук, академика Петровской Академии наук и искусств, профессора Сержантова Василия Филипповича. Рассматривая психологическую феноменологию личностного «Я», которая решает проблему характера, еще раз понимаешь, как сложен и непонятен человек прежде всего для себя самого. Но именно характер человека дает возможность определить движение к индивидуальному здоровому образу жизни.

Индивидуальное формирование здорового образа жизни зависит от отраженного зеркального «Я» и находится в зависимости от социальной среды, но главным, интегрирующим компонентом системы ценностных ориентации является личностный смысл жизни (ЛСЖ). А. Платонов так определяет его:

Смысл жизни не может быть большим или маленьким. Он непременно сочетается с вселенским и всемирным процессом и изменяет его в свою особую сторону, – вот это изменение и есть смысл жизни<sup>57</sup>.

Последуем за логикой раскрытия феномена ЛСЖ.

Человек, находясь под воздействием той или иной национальной культуры и ассимилируя ее, формирует в себе две эндоморфные психологические структуры:

1. Усваивает культуру как определенное информационное содержание. В этот показатель входят и знания в области здорового образа жизни.

2. Это же содержание, отрефлексированное на личностном уровне, формирует личностную систему ценностей (ЛСЦ). Она становится системой императивов жизни и

---

<sup>56</sup> Интеграция акмеологических, валеологических и экологических знаний как условие движения человека, его развития в гармонии. См.: Татарникова Л. Г., Гагин Ю. А. Природа и человек: два аспекта сообразования/Учебно-исследовательская и практическая деятельность в современном экологическом образовании. – СПб.: Крисмас+, 2002.

<sup>57</sup> Платонов А. Государственный житель. – Минск, 1990. – С. 599-600.

поведения. В этом случае содержание усвоенной (отреф-лексированной и принятой как индивидуально-личностной) культуры приобретает особое, личностно-индивидуальное структурирование, становясь системой аксиологических функций личности, главная из которых есть личностный смысл жизни. Именно ЛСЖ определяет сущность здорового образа жизни индивида.

Исходя из биологических и психологических посылок, философских идей, здоровый образ жизни человека третьего тысячелетия можно было бы определить по следующим Признакам:

1.ЗОЖ есть стратегическая цель жизни, обеспечивающая гармонию длительных периодов индивидуальной жизни, всей жизни;

2.ЗОЖ есть личностная связь целей жизни индивида с жизнью вида (семьи, рода), народа – «сочетание с вселенским и всемирным процессом» (по А. Платонову);

3.ЗОЖ, обеспечивающий гармонию смысла жизни, дан человеку как волевое движение к логической реализации индивидуальных целей и «вселенского процесса. ЗОЖ как смысл гармонического ощущения самого себя дан человеку в форме, характерной для всякой культуры ценностных (аксиологических) форм и проявлений».

Таким образом, психология здорового образа жизни человека реализуется на основе витально-аксиологической концепции (по Сержантову), специфических принципов-законов: жить по Законам Вселенной; позитивно мыслить, позитивно воспринимать себя и других; усиливать волевое движение к осуществимости «Я» как гармоничной сущности; соблюдать индивидуальную программу ЗОЖ; достигать согласия с миром и собой; соблюдать законы слова, звука, числа, цвета, света, геометрических форм – благоговеть перед жизнью.

Благоговение перед жизнью, завершающее (на данном этапе) свод законов, обеспечивающих реализацию здорового образа жизни, – сложное и противоречивое чувство. Диалектическая логика этого противоречия отражена отечественным философом С. Франком:

...Благоговение – это высшее, центральное и объединяющее чувство, вносящее мир и успокоение в нашу душу. Благоговение есть непосредственное единство страха и любовной радости. Благоговение есть страх, преодоленный любовью и насквозь пропитанный и прэбраженный ею (Вопросы философии. – 1990. № 6. – С. 109.

Подведем итог сказанному и выведем формулу здорового образа жизни. Психология здорового образа жизни с позиций витально-аксиологической концепции личности включает следующие компоненты: *само-осознание*, *свобода воли* как осознанная необходимость, *совесть* и *творчество* как условие здорового образа жизни.

Движение к здоровому образу жизни связано с осуществимостью человека. Осуществимость, т. е. то, что можно привести в исполнение, воплотить в действительность – имманентное свойство живого вещества,... потенциала здоровья человека, его различных качеств – ...состоит: 1) в способности к возрастанию потенциала (в соответствии с принципом возрастания внешней работы живого вещества, обоснованного Э. С. Бауэром и В. И. Вернадским; 2) в самореализации потенциала... свойство осуществимости, как и явление осуществления, представляет собой двуединство становления и реализации потенциала (интеллектуального, эмоционального здоровья, индивидуальности) [4, с 86].

ЗОЖ – это способ жизни человека и его развития, проявление внутренней свободы как характерной детерминации, которая есть не что иное, как самодетерминация; ее сущностным проявлением служит творчество, порождение новаций. Поскольку свобода – модус жизни человека, то она не может не быть развитием, «творчеством» и самой личности. ЗОЖ также предполагает развитие периодов жизни как определенного рода новаций по отношению к прошлому и будущему<sup>58</sup>.

Новации же, применительно к ЗОЖ – это новое качество жизни, разрыв со старым, движение к самому себе, но уже новому, осознавшему свое бытие во времени.

<sup>58</sup> Сержантов В. Ф. Человека: его природа и смысл бытия. – Л., 1990.

И в заключение: здоровый образ жизни, как и личность в целом, реализуется не в отдельных актах (занятие физической культурой, сбалансированное питание и т. д.), следовании Законам, культурным и семейным установкам, находящих свое отражение в поступках и чертах характера, а *осуществляется* в судьбе человека, его жизненном пути, наконец – биографии.

### **Контрольные вопросы**

1. Здоровый образ жизни человека включает такое понятие, как совесть. Вместе с тем это понятие неоднозначно. Можно ли отнести категорию совести к одному из компонентов здорового образа жизни исходя из нижеследующего высказывания? Как это можно доказать?

*Совесть – это процесс и результат сличения фактического поведения индивида со структурой его личности...; совесть есть переживание состояния (удаленности) собственных личностных установок индивида... от функционирующих в данном обществе и позитивно оцениваемых систем ценностей...; совесть... представляет собой сличение реального поведения человека с общечеловеческими нравственными чувствами стыда, милосердия, благоговения.*

2. Влияет ли отсутствие новых знаний в области человековедения на организацию индивидуального здорового образа жизни? Какие это знания?

3. Выделите и обоснуйте основные законы здорового образа жизни.

4. «Здоровый образ жизни с позиций современных знаний о человеке – это...» Продолжите определение.

5. Попробуйте на основе рефлексии данного и дополнительного материала составить индивидуальную программу здорового образа жизни. Проследите (отрефлексируйте) изменения в жизни под воздействием этой программы.

### **Литература**

1. Анохин П. К. Социальное и биологическое в природе человека // Соотношение биологического и социального в человеке. – М., 1975. – С. 301.
2. Бартини Р. О. Соотношение между физическими величинами // Проблемы теории гравитации и элементарных частиц. – М., 1996.
2. Бауэр Э. С. Теоретическая биология. – СПб.: Росток, 2002.
3. Вернадский В. И. Биосфера и ноосфера. – М.: Айрис-Пресс, 2002.
4. Воскресенский В. А. Здоровый образ жизни и гигиеническое воспитание подростков. – М.: Знание, 1987.
5. Гагин Ю. А. Концептуальный словарь-справочник по педагогической акмеологии. – СПб., 2000.
6. Гиппократ. О здоровом образе жизни // Клятва. Закон о враче. Наставление. – Минск, 1988.
7. Давыдов Ю. Этика любви и метафизика своеволия. – М., 1981.
8. Еремеева В. Д., Хризман Т. П. Мальчики и девочки: два раз пых мира. – СПб.: Трускара, 2000.
9. Игимуратов А. Семь этюдов о здоровье. – СПб.: ПИК, 1997.
10. Иоанн Сан-Францисский. Избранное. – Святой остров, 1992. – С. 33. Книга о здоровье / Под ред. Ю. П. Лисицына. – М.: Медицина, 1988.
11. Космическое сознание: Сер. Библиотеке восточно-религиозной философии.
12. Лалтеев А. К. Тайна пирамиды здоровья. – СПб.: Петроградский и К°, 1998.
13. Сапунов В. Б., Обухов В. Л. Сущность человека как мост между двумя мирами. – Основы антропоэкологии. – СПб.: Химиздат, 2000. – С. 113-128.
14. Сержантов В. Ф. Характер и судьба. – СПб.: Санкт-Петербургский

философский клуб, 1997.

15. *Субетто А. И.* Творчество, жизнь, здоровье и гармония. Этюды креативной онтологии. – М.: Логос, 1992.

16. *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология. Генезис, тенденции развития. - 2-е изд. - СПб.: РЕУРОС, 1997.

17. *Ухтомский А. А.* Заслуженный собеседник. – Рыбинск: Рыбинское подворье, 1999.

18. *Фромм Э.* Искусство любви. – Минск, 1990.

19. *Юнг К. Г.* Проблемы души нашего времени. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1993.

## Глава 12. ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ

Современные тенденции заболеваемости в развитых индустриальных обществах актуализировали идею индивидуальной ответственности человека за состояние своего здоровья. Ко второй половине XX в. в причинах смертности перестали господствовать острые, преимущественно инфекционные заболевания, их сменили гораздо более сложные по своей природе и трудно поддающиеся лечению хронические заболевания. Известный специалист в области восточной натуропатической медицины доктор Дипак Чопра считает, что для современного человека болезнь – это вопрос не необходимости, а выбора: природа не навязывает нам бактерии или вирусы, вызывающие сердечные приступы, диабет, рак, артрит или остеохондроз, они являются следствием неверных действий человека<sup>59</sup>.

Э. Гюан и А. Дюссер ввели в оборот понятие «**болезни цивилизации**», подчеркивая, таким образом, что многие болезни, широко распространенные в настоящее время, обусловлены особенностями образа жизни человека в современном обществе. Они выделили 4 категории таких заболеваний:

1. «Болезни загрязнения» (следствие техногенной деятельности индустриальных цивилизаций: отравление почвы, воды, атмосферы).

2. «Болезни истощения» (результат физического и нервно-психического переутомления человека).

3. «Болезни потребления» (нарушение режима и структуры питания, употребление веществ, вызывающих химическую зависимость, злоупотребления лекарственными препаратами).

4. «Болезни обратной инадаптации» (вызванные рассогласованием биологических и социальных ритмов жизнедеятельности человека).

Поскольку с каждым годом доля вышеназванных болезней в общей картине заболеваемости растет, еще в начале 1970-х гг. в большинстве западных стран был осуществлен радикальный концептуальный переход в политике охраны здоровья населения от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг к осознанию их первичной активной роли в создании условий, способствующих сохранению здоровья. Эта новая политика, получившая название *Health promotion*<sup>60</sup>, сводилась, главным образом, к стимулированию ориентированного на сохранение здоровья поведения в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки.

В России прогрессивные ценности, утверждающие первичную роль личности в формировании своего здоровья, значительная часть населения пока не осознает, они еще не вошли в их культуру и деятельность. Так, например, результаты массового опроса, проведенного в Санкт-Петербурге<sup>61</sup>, свидетельствуют о том, что большая часть респондентов (54 %) склонна приписывать ответственность за свое здоровье в основном внешним, не зависящим от них самих, обстоятельствам жизни. И только около 25 % опрошенных в ответ на вопрос: «От чего в большей степени зависит состояние вашего здоровья?» – отметили решающую роль собственных усилий в сохранении здоровья.

Интересно, что на другой вопрос анкеты, заданный в безличной форме: «Кто несет ответственность за здоровье человека?», около 50% респондентов убежденно ответили, что именно сам человек, а не государство, врач или семья. Можно предположить, что так называемый двойной стандарт в оценке значимости личных усилий человека в сохранении здоровья объясняется тем обстоятельством, что многие люди, в целом отдавая себе отчет в собственной ответственности за свое здоровье, считают, что в современных условиях внешние обстоятельства жизни, которые они не в состоянии контролировать (экономическая нестабильность, экологические проблемы), ограничивают

<sup>59</sup> Чопра Д. Идеальное здоровье

<sup>60</sup> *Promotion* в пер. с англ. – обеспечение, продвижение.

<sup>61</sup> Браун Дж., Русинова Н. Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б. М. Фирсов. - СПб., 1996. - С. 132-159.

их способность влиять на собственное здоровье.

Таким образом, отношение к здоровью вполне может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую должно быть направлено психокоррекционное воздействие специалиста, работающего в области психологии здоровья. При этом дифференцированный подход к психокоррекционной работе должен опираться на всестороннее изучение особенностей отношения человека к своему здоровью. А концепция «психология отношений», в свою очередь, может быть выбрана как теоретико-методологическая основа изучения здоровья человека, так как отношение к здоровью, с одной стороны, является отражением индивидуального опыта человека, а с другой – оказывает существенное влияние на его поведение.

### **Концепция «психология отношения»**

«Психология отношений» как концепция зародилась в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Ее первые штрихи были набросаны А. Ф. Лазурским и С. П. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». Рассматривая личность как биосоциальный организм, А. Ф. Лазурский подчеркивал в качестве ее главной основы нервно-психическую организацию<sup>62</sup>. Другой важной стороной он считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.). Он придавал отношениям особое значение в достижении душевной гармонии личности, под которой понимал разносторонность, полноту и согласие психических функций человека. Преждевременная смерть А. Ф. Лазурского не позволила ему придать этой теории законченный вид. В дальнейшем «психология отношений» развивалась Владимиром Николаевичем Мясищевым, в творчестве которого представлена вершина разработки идеи отношений в отечественной психологии. Таков один из выводов, к которому приходит Е. В. Левченко, завершая свое обстоятельное исследование истории психологии отношений<sup>63</sup>.

Одно из ключевых положений разработанной В. Н. Мясищевым концепции формулируется так: *сущностью личности является отношение к действительности*. А категория «отношения» – одно из центральных понятий концепции. При психологическом анализе личность, целая и неделимая по своей природе, предстает перед исследователем как система отношений; а отношения, в свою очередь, выступают как структурные первоэлементы личности. «Психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности» [5, с. 210]. Другими словами, отношения рассматриваются как психическое выражение связи субъекта и объекта.

Психологические отношения могут быть описаны и проанализированы с помощью трех компонентов, выделенных В. Н. Мясищевым, а именно эмоционального, познавательного и волевого. Следует отметить, что названные компоненты отношения соответствуют в современной психологии выделению трех сфер психического: эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой. Компоненты отношения не являются составными частями, элементами, входящими в их структуру. Понятие «компоненты отношения» отражает возможность его научно-психологического анализа в трех разных смысловых ракурсах.

В соответствии с теоретической концепцией отношение – плод индивидуального опыта и образуется по механизму временной связи. Все компоненты тесно взаимосвязаны и оказывают взаимное влияние на формирование каждого из них в отдельности. В литературе нет единодушного мнения относительно того, в какой последовательности формируются вышеназванные уровни в процессе индивидуального развития. Результаты ряда исследований позволяют предположить, что их формирование происходит, с одной стороны, параллельно, а с другой стороны, на каждом этапе жизнедеятельности человека какой-то

<sup>62</sup> Лазурский А. Ф. Классификация личностей. – Л., 1925.

<sup>63</sup> Левченко Е. В. История психологии отношений: Автореф. дис.... докт. психол. наук. – СПб., 1995.



уровень выходит на первый план и играет решающую роль для определения особенностей двух Других, видоизменяя и развивая их.

Для анализа категории отношения также важно учитывать фактор времени. Рассмотрение отношения в проекции на ось времени представляет собой рассмотрение становления и динамики отношения. Возникшее в процессе индивидуального развития человека отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется на основе нового жизненного опыта. Так как каждое отношение возникает и развивается в единстве с другими отношениями, то при изменении одного отношения меняются и все другие.

Изменчивость отношения личности – это правило, а не исключение. В то же время следует обратить внимание на то, что изменчивость различных по содержанию отношений весьма не одинакова. Отношения могут быть устойчивые и неустойчивые, варьируя от моментальной ситуативной лабильности до высокой стабильности. Но стабильные отношения могут быть и инертно стойкими. Отношения, входящие в поверхностные слои структуры личности, в той или иной степени непрерывно изменяются. А чем ближе к ядру личности, тем отношения более статичны и неподатливы к изменениям в окружающей среде и во внутреннем мире человека. Важно отметить, что изменения этих глубоких отношений личности, если они происходят, вызывают значительные изменения и в других отношениях.

Отношения выступают как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения в той или иной области (по аналогии с психологическим механизмом самооценки), а следовательно, их изучение выявляет потенциальный план личности, ее систему внутренних механизмов поведения. Однако регуляторная функция отношения вступает в действие лишь на определенном этапе онтогенеза: по мере накопления социального и профессионального опыта регулирующая функция отношения совершенствуется. Так, по мнению В. С. Мерлина, человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир. При этом индивидуальные способы действия по реализации каких-либо целей всегда обусловлены активными отношениями личности. Они проявляются в каждой индивидуальной черте характера и индивидуальном стиле деятельности человека. Если отношения как свойство сознания в целом не нарушены, то это уже само по себе позволяет человеку оставаться личностью, даже в случае поражения его основных психических процессов. И напротив, деформация отношений сознания в целом неизбежно ведет к дезинтеграции личности, даже если при этом особенности психических процессов остались в норме. Личность может деградировать или измениться, если изменяется ее отношения к людям, к труду или коллективу. Только устойчивость и постоянство активных отношений позволяет личности поддерживать собственную надежность и противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и достигать, в конечном счете, поставленных целей, осуществлять реализацию своих намерений.

В настоящее время концепция «психология отношений» довольно широко применяется в различных областях психологических исследований: общей психологии, социальной психологии, психологии развития, медицинской (клинической) психологии, психотерапии. Названная концепция может быть использована и как теоретико-методологическая основа исследований в области психологии здоровья, так как проблема отношений имеет непосредственную связь с обеспечением психического здоровья и надежности личности.

### **Отношение к здоровью**

Исследование проблемы отношения к здоровью предполагает определение самого понятия «отношение к здоровью». Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Отношение к здоровью – один из элементов самосохранительного поведения.

Обладая всеми характеристиками, присущими психическому отношению, оно содержит три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий.

*Когнитивный компонент* характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное (укрепляющее) влияние на здоровье человека и т. п.

*Эмоциональный компонент* отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

*Мотивационно-поведенческий компонент* определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Следует отметить, что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново для психологической науки. Наряду с ним используются такие термины (или концепты), как «убеждение», «установка», «внутренняя картина здоровья» и др. Это отражает, с одной стороны, растущий интерес к данной проблематике, а с другой – многообразие принципов и путей исследования и неустойчивость концептуального аппарата, который используется в рассматриваемой области. Все это вполне естественно для нового, интенсивно развивающегося исследовательского направления, каким является в настоящее время психология здоровья.

Остановимся более подробно на сравнении двух наиболее часто встречающихся в литературе понятий: «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья». Последнее было предложено В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой в 1983 г. по аналогии с понятием «внутренняя картина болезни». Авторы рассматривают внутреннюю картину здоровья как своеобразный эталон здоровья человека, который может иметь достаточно сложную структуру и включать как образные, так и когнитивные представления человека о своем здоровье. Ананьев В. А. определяет внутреннюю картину здоровья, с одной стороны, как совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческие реакции, а с другой – как особое отношение к здоровью, выражающееся в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию [1, с. 62-63].

Таблица 12.1

Сравнительный анализ структурных компонентов понятий «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья»

Концепция	«Отношение к здоровью»	«Внутренняя картина здоровья»
Основные структурные компоненты	<i>Когнитивный компонент:</i> знания о здоровье, осознание его роли и влияния на основные функции и жизнедеятельность человека в целом, понимание основных факторов риска и антириска.	<i>Рациональная сторона:</i> совокупность представлений, умозаключений и мнений человека о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения и укрепления здоровья.
	<i>Эмоциональный компонент:</i> чувства, эмоции и особенности переживания состояния здоровья и ситуаций, с ним связанных.	<i>Чувственная сторона:</i> эмоциональные переживания и комплекс ощущений, формирующие общий эмоциональный фон здорового человека.
	<i>Поведенческий компонент:</i> особенности поведения, способствующие адаптации или дезадаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды, а также выработка стратегии поведения, связанной с изменением состояния здоровья.	<i>Моторно-волевая сторона:</i> совокупность усилий, стремлений и конкретных действий человека, направленных на достижение субъективно значимых целей.

Сравнительный анализ структурных компонентов понятий «отношения к здоровью» и «внутренней картины здоровья», представленный в табл. 12.1, позволяет рассматривать их как синонимичные. Однако в теоретическом плане, как нам представляется, предпочтение следует отдать категории «отношение к здоровью», так как она наиболее обоснована с позиции теории личности. Отношение к здоровью, по сути,

интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие внутренней картины здоровья. Это и знания о здоровье, осознание и понимание роли здоровья в процессе жизнедеятельности человека, его влияния на социальные функции, эмоциональные и поведенческие реакции. Кроме того, категория «отношения» имеет богатую историю разработки, относительно четко определенное содержание, структуру, диктует известную логику анализа. Возможно использование опыта, накопленного при изучении самоотношений, а также отношений к другим объектам окружающей действительности.

Отношение к здоровью – один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья. Поиск ответа на него сводится, в сущности, к одному: как добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека на всем протяжении его жизненного пути, как помочь людям сформировать адекватное отношение к своему здоровью. При этом точнее говорить о степени адекватности или неадекватности, так как в реальной жизни выделение диаметрально противоположных типов отношения к здоровью – адекватного и неадекватного – практически невозможно.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности/неадекватности отношения к здоровью могут служить:

- *на когнитивном уровне* – степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;
- *на эмоциональном уровне* – оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;
- *на мотивационно-поведенческом уровне* – высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены;
- соответствие *самооценки* индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья.

Обобщая результаты экспериментальных исследований, следует отметить парадоксальный характер отношения к здоровью современного человека, т. е. несоответствие между потребностью человека в хорошем здоровье, с одной стороны, и его усилиями, направленными на сохранение и укрепление своего физического и психологического благополучия – с другой. По-видимому, истоки несоответствия кроются в том, что формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью препятствует целый ряд уже обозначивших себя причин. Попытаемся ниже раскрыть их содержание.

*Потребность в здоровье актуализируется, как правило, в случае его потери или по мере утраты.* Здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, как сам собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического и психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным, поскольку и так все хорошо, предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению здоровья.

*Действие механизмов психологической защиты, цель которых – оправдание нездорового поведения.* В сфере здоровья наиболее распространены такие виды психологических защит, как отрицание и рационализация. Так, механизм действия психологической защиты по типу отрицания заключается в блокировании негативной информации «на входе» (например, «этого не может быть») или в стремлении избежать новой информации (например, «мне не надо проходить медицинский осмотр, так как я совершенно здоров»). Рационализация в основном используется для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне.

*Установка на пассивное отношение к здоровью*, находящая отражение в рассуждениях типа «если человеку суждено заболеть, что бы он ни делал, все равно заболеет», обуславливает соответствующее поведение, которое рано или поздно приводит к ослаблению здоровья. Так, довольно типична ситуация, когда люди, испытывая болезненные ощущения, тем не менее не предпринимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение. Одна из основных причин такой установки кроется в недостатке необходимых знаний о здоровье, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

*Влияние прошлого опыта человека.* Значительная часть самосохранительного поведения определяется и опосредуется представлениями (или убеждениями) человека о здоровье, которые формируются в процессе индивидуального развития. В первую очередь это обусловлено избирательностью восприятия, благодаря которой вся информация, поступающая из средств массовой информации, от специалистов-врачей или из других источников, но не соответствующая сложившимся убеждениям человека, просто не воспринимается им или подвергается критике. Следовательно, и вероятность следования рекомендациям по укреплению здоровья, которые не совпадают или расходятся с вышеназванными представлениями, будет невысокой.

*Эффект теории реактивности (reactance theory)* проявляется при планировании, разработке и оценке эффективности рекламы здорового образа жизни, которая часто строится не на пропаганде сохраняющих здоровье формах поведения, а на запрете «нездоровых» привычек (например, «Курить опасно для вашего здоровья!»). В действительности строгий запрет опасен: чем сильнее запреты, тем больше вероятность, что они вызовут обратную реакцию и пробудят интерес к запретной теме. Основная идея теории реактивности заключается в следующем: когда люди чувствуют, что их свобода поступать по своему желанию находится в опасности, у них возникает неприятное состояние реактивности, а избавиться от него можно, лишь совершив запретный поступок (например, закурить).

*Особенности социального микро- и макроокружения.* В рамках теории социального научения Альберта Бандуры социальное одобрение рассматривается как чрезвычайно сильный мотивирующий фактор, заставляющий людей терпеть даже физический дискомфорт, если они рассчитывают на то, что их поведение вызовет одобрение других людей, значимых для них. Примером негативного влияния социального окружения может служить ситуация, когда подросток впервые пробует курить, у него возникают крайне неприятные ощущения, но он продолжает курить, если считает, что курение поможет ему получить одобрение со стороны сверстников.

*Действие эффекта задержанной обратной связи* – одна из главных причин негигиенического поведения людей, пренебрежения ими правилами здорового образа жизни:

- при рассмотрении проблемы формирования мотивации, направленной на поддержание и укрепления здоровья, этот эффект проявляется в том, что люди предпочитают не обременять себя работой над собственным здоровьем, поскольку результат от затраченных усилий не сразу может быть замечен, очевиден. Занятия утренней зарядкой, каким-то видом оздоровительных систем, закаливанием приносят ощутимый позитивный результат далеко не сразу, а через месяцы или даже годы. Не получив быстрого эффекта от полезных для своего здоровья действий, люди часто их бросают и могут не вернуться к ним уже никогда;
- проблема коррекции нездорового поведения также осложняется действием вышеназванного эффекта: нездоровое поведение часто приносит мгновенное удовольствие, а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далекими и маловероятными. Кроме того, нередко люди просто не осознают, с какой опасностью сопряжено то или иное нездоровое поведение (нарушения в сфере питания, личной гигиены, режима труда и отдыха, бытовой культуры).

*Отсутствие государственной политики в области здоровья.* Время от времени

появляется «мода» на здоровье, но нет попыток поставить задачу сохранения и укрепления здоровья в долгосрочной перспективе как государственную проблему.

В заключение хотелось бы еще раз обратить внимание на то, что коррекция неблагоприятных особенностей того или иного отношения, как известно, – длительный и часто болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний. В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности: в процессе воспитания в семье и обучения в младшей школе.

Формирование отношения к здоровью – процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный; он детерминирован 2 группами факторов:

- *внутренние факторы*: демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья;
- *внешние факторы*: характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек.

Рассмотрим более подробно, как некоторые из них влияют на отношение к здоровью.

### **Факторы, оказывающие влияние на отношение к здоровью**

**Тендерные особенности отношения к здоровью.** Говоря о влиянии пола на формирование и проявление отношения к здоровью, мы будем использовать термин «гендерные особенности». Использование данного термина при описании особенностей отношения к здоровью не только правомерно, но и необходимо, так как оно подчеркивает прежде всего социокультурную, а не биологическую обусловленность различий между мужчинами и женщинами.

Данные многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют<sup>0</sup> том, что на протяжении нескольких десятилетий в экономически развитых странах, в том числе и в России, увеличивается разрыв в средней продолжительности Жизни мужчин и женщин, который в настоящее время достигает 10 лет и более.

Известно, что на состояние здоровья оказывают влияние следующие факторы: экологическая обстановка, социально-экономические условия (в том числе качество медицинского обслуживания), генотип (или врожденные особенности организма), а также образ жизни. Остановимся на них более подробно:

- непосредственное влияние социально-экономических условий жизни как фактора, детерминирующего здоровье и продолжительность жизни населения по полу, маловероятно, так как современный уровень развития общества характеризуется ростом благосостояния населения, улучшением культуры быта, постоянно совершенствующимися медицинскими знаниями и услугами для всех людей независимо от их половой принадлежности;
- влиянию окружающей среды мужчины и женщины, проживающие в одном регионе (стране, городе), подвергаются также в одинаковой степени;
- биологическое преимущество женского организма, по данным разных исследователей, колеблется (или составляет) от 1,5 до 2,5 года;
- остается искать объяснение в действии психологических факторов, к которым с полным правом можно отнести и отношение к здоровью.

В чем же заключаются основные отличия отношения женщин к своему здоровью и мужчин? Прежде чем приступить к их рассмотрению, хотелось бы отметить, что, несмотря на бытующее мнение о «противоположности» полов, в отношении к здоровью между мужчинами и женщинами больше сходств, чем различий. Как для тех, так и для других характерно расхождение между нормативными представлениями о здоровье и здоровом образе жизни, с одной стороны, и реальным поведением – с другой.

Анализ тендерных различий начнем с рассмотрения особенностей самооценки. Данные многочисленных экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что у

женщин наблюдается более высокая самооценка здоровья по сравнению с мужчинами. Так, оценивают свое здоровье как «хорошее» 48% женщин и 30% мужчин; как «плохое» – 4 % женщин и 10 % мужчин. Следовательно, мужчины в целом более пессимистично оценивают состояние своего здоровья.

Другой общепринятый и экспериментально доказанный факт: терминальная ценность здоровья у женщин выше, чем у мужчин: высокая ценность здоровья характерна для 50 % мужчин и 65 % женщин. Названные различия, кажущиеся на первый взгляд незначительными, становятся более явными при сравнительном анализе иерархий терминальных ценностей, который показывает: доминирующая потребность в системе терминальных ценностей женщин – здоровье, а мужчин – работа (карьера). Здоровье как ценность в системе терминальных ценностей мужчин находится лишь на третьем-четвертом месте. При этом инструментальная ценность здоровья у мужчин выше. Следовательно, можно предположить, что они в большей степени склонны жертвовать своим здоровьем ради профессиональной карьеры, готовы «сгореть на работе»; это отражает существующие социокультурные нормы.

Несмотря на то что здоровье как ценность занимает достаточно высокое место в иерархии индивидуальных ценностей как мужчин, так и женщин, для тех и других характерен в целом достаточно низкий уровень активности поведения, направленного на сохранение и укрепления здоровья. Однако следует отметить, что отношение женщин к своему здоровью более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни: они раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию, чаще обращаются к врачам в профилактических целях, а также реже практикуют вредные для здоровья привычки. А у мужчин, особенно молодых, из-за ложного понимания мужественности часто наблюдается тенденция принимать и реализовывать программу жизни, которая в будущем ухудшает (или подрывает) их здоровье. Следуя культурным стереотипам «мужского» поведения, они ведут себя в соответствии с принципом «лучше прожить меньше, но в свое удовольствие».

В ситуации ухудшения самочувствия как мужчины, так и женщины в большинстве случаев предпочитают самостоятельно принимать меры для поправки своего здоровья. Но есть и некоторые различия: женщины в случае недомогания более склонны обращаться к помощи неспециалистов (друзей, знакомых, родственников), а для мужчин более характерно не обращать внимания на недомогание, т. е. реагировать по принципу отрицания.

Интересные тендерные особенности обнаруживаются при анализе *эмоций*, возникающих в связи с ухудшением состояния здоровья. Как для мужчин, так и для женщин в такой ситуации наиболее характерны озабоченность, расстройство и сожаление. Чем же отличаются переживания мужчин и женщин? Статистически значимые различия заключаются в том, что в случае ухудшения здоровья у женщин уровень тревожности увеличивается, а у мужчин, наоборот, снижается. Женщины более чувствительны к изменениям своего самочувствия, они чаще испытывают чувство страха, узнав об ухудшении своего здоровья, а мужчины более спокойно относятся к ухудшению своего здоровья. Возможно, что полученные результаты связаны с социально одобряемыми стереотипами мужского и женского поведения, в соответствии с которыми мужчина должен всегда быть сильным и ничего не бояться, а женщина вполне может позволить себе слабость.

Подводя итоги рассмотрения тендерных особенностей отношения к здоровью, можно отметить следующее: в целом для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами.

**Влияние возраста на отношение к здоровью.** Как известно, психическое отношение – это динамичное личностное образование, которое претерпевает определенные изменения в процессе жизнедеятельности. Следовательно, вероятно, существуют некоторые закономерности развития отношения к здоровью в зависимости от возраста человека. В специальной литературе представлено описание подобных закономерностей,

но только в связи с отношением к болезни. Так, утверждается, что отношение к болезни имеет тенденцию меняться от недооценки в молодом возрасте к адекватному пониманию ее в зрелом, переоценке в пожилом и вновь недооценке в старческом возрасте<sup>64</sup>. Возможно, что отношение к здоровью претерпевает схожие видоизменения. Рассмотрим некоторые из этих особенностей более подробно.

Прежде всего необходимо отметить, что существует *возрастная динамика значимости здоровья*. Представители среднего и особенно старшего поколения чаще всего отводят ему приоритетную роль. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага и карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то главным образом его физической составляющей. В их понимании не находит должного места роль психического и социального здоровья.

Одна из наиболее ярко выраженных возрастных закономерностей заключается в следующем: существует обратная зависимость между возрастом и уровнем ответственности за сохранение своего здоровья. Так, например, в возрастной группе до 35 лет около 25% опрошенных связывают состояние своего здоровья преимущественно с внутренними (личностными) характеристиками. По мере увеличения возраста респондентов индекс ответственности снижается<sup>65</sup>. Другими словами, для молодых людей характерна внутренняя ориентация сознания в объяснении возникающих проблем со здоровьем, а для лиц старшей возрастной группы, наоборот, – внешняя. Интернальность/экстернальность в сфере здоровья характеризует уровень развития чувства личной ответственности человека за состояние своего здоровья (самочувствия). В первом случае человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности, он считает, что может управлять ими, и, следовательно, чувствует свою собственную ответственность за эти события. Во втором случае человек полагает, что происходящее с ним – это действие внешних сил (случая, других людей и т. д.); он не видит связи между своими собственными действиями и теми событиями, которые с ним происходят. Есть основания полагать, что эта обобщенная характеристика оказывает регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека и играет важную роль в формировании отношения к здоровью.

Что касается возрастных особенностей поведения, связанного со здоровьем, то важно учитывать тот факт, что от возраста во многом зависит степень регулярности заботы человека о своем здоровье. Так, в первой половине жизни (до 30 лет) она обусловлена, главным образом, сформированностью потребности в самосохранении, а во второй половине – фактическим состоянием здоровья. После 30 лет забота о здоровье становится в большей степени вынужденной и связанной с необходимостью поправлять «плохое» самочувствие.

Возраст и самооценка здоровья находятся в обратной зависимости. Так, например, с возрастом увеличивается количество негативных самооценок и уменьшается количество положительных. Причем рубеж, на котором происходит «скачок» в ухудшении состояния здоровья, – это примерно 35 лет, доказательством чего могут служить существенные различия в самооценке здоровья между возрастной группой 30-34 года и группой 35-39 лет (табл. 12.2). Значит, при планировании профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья, данной возрастной группе необходимо уделять повышенное внимание.

Таблица 12.2

Распределение оценок состояния здоровья по возрасту

Возраст	Самооценка состояния здоровья			
	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Не знаю
30-34	37,9	41,4	3,4	17,2

<sup>64</sup> Квасенко А. В., Зубрев Ю. Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.

<sup>65</sup> Браун Дж., Русинова Н. Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга/Отв. ред. Б. М.Фирсов - СПб., 1996. - С.132-159.

35-39	14,0	67,4	7,0	11,6
-------	------	------	-----	------

Таким образом, можно заключить, что с возрастом отношение к здоровью приобретает более противоречивый характер. Так, с одной стороны, по мере увеличения возраста ценность здоровья (как терминальная, так и инструментальная) возрастает, а с другой стороны, уровень поведенческой активности, направленной на его поддержание и укрепление, снижается. В то же время снижение уровня интернальности в области здоровья является результатом действия психологических механизмов защиты, направленных на маскировку истинных переживаний, связанных со здоровьем.

**Влияние профессиональной деятельности на отношение к здоровью.** Отношение к здоровью современных руководителей или менеджеров имеет свои особенности. Многочисленные исследования свидетельствуют, что управленческая деятельность в настоящее время характеризуется большим количеством стрессоров: оперирование большим объемом информации; необходимость принимать решения в условиях дефицита времени; груз ответственности; постоянное нервно-психическое напряжение; конфликты с подчиненными и вышестоящим руководством; ненормированный рабочий день, гиподинамия и т. д. Установлено также, что среди менеджеров широко распространены такие психосоматические заболевания, как хронические головные боли, бессонница, расстройства пищеварения; кроме того, повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Несмотря на все вышесказанное, здоровье руководителей, по данным зарубежных исследований (в основном), подчиняется так называемому *классовому градиенту*, т. е. всегда лучше, чем у других сотрудников организации. А внимание к профессиональному здоровью руководителей обусловлено, таким образом, не худшим его состоянием по сравнению с другими работниками, а тем, что даже незначительное нарушение нервно-психического здоровья оказывает существенное влияние как на эффективность функционирования (или жизнедеятельности) организации в целом, так и на благополучие отдельных ее сотрудников. Следовательно, умение заботиться о своем здоровье – как физическом, так и психическом – может рассматриваться сегодня как профессионально-важное качество Менеджера, обеспечивающее высокую эффективность управленческой деятельности. Под эффективностью профессиональной деятельности в данном случае имейся в виду не только высокая производительность и качество труда, но и их соотношение с теми усилиями, которые человек затратил для достижения результата. А ситуация, когда «ценой» профессионального успеха становится здоровье, не может считаться нормой современной жизни.

Перейдем непосредственно к рассмотрению особенностей отношения к здоровью современных руководителей.

На когнитивном уровне отношения к здоровью для современных руководителей характерно достаточно адекватное представление о здоровье. Так, результаты ранжирования факторов, оказывающих влияние на здоровье, таких как экологическая обстановка, образ жизни, профессиональная деятельность и качество медицинского обслуживания, в основном совпадают с общепринятой точкой зрения по этому вопросу. Наиболее существенное влияние на состояние здоровья, по мнению менеджеров, оказывает образ жизни, а наименее важное – качество медицинского обслуживания.

Следует отметить, что для менеджеров характерно однобокое представление о влиянии профессиональной деятельности на состояние здоровья. С одной стороны, они имеют вполне адекватное представление о факторах, оказывающих негативное влияние на профессиональное здоровье, а с другой – представление о факторах, способствующих его поддержанию и укреплению, у них практически отсутствует. Установлено:

- Негативное влияние на здоровье оказывают, прежде всего, такие особенности управленческой деятельности, как эмоциональное напряжение, дефицит времени, груз ответственности, а также ненормированный рабочий день. Результаты экспериментальных исследований в области изучения управленческих стрессов в целом подтверждают полученные данные.
- Позитивное влияние на здоровье руководителей оказывают такие особенности



управленческой деятельности, как возможность самостоятельно планировать свою деятельность и проявлять инициативу, возможность пользоваться служебным положением, а также способность получать удовольствие (или радость) от выполняемой работы.

Для поддержания здоровья, как считают руководители, необходимо регулярно заниматься спортом или физическими упражнениями (26%), правильно питаться (18%), беречь нервы (12%), избегать вредных привычек (10%). Таким образом, нормативные представления менеджеров о здоровом стиле жизни в целом соответствуют современным представлениям о поведении, связанном со здоровьем.

Выявлено также, что среди источников информации о здоровье (газеты/журналы, врачи, научно-популярные книги о здоровье, друзья/знакомые, радио/телевидение) руководители отдают предпочтение информации, полученной в процессе непосредственного общения. Так, на их уровень осведомленности в области здоровья прежде всего оказывают влияние врачи, а затем друзья и знакомые. Полученные данные подтверждают важную роль социального микроокружения (семьи, рабочего коллектива, неформальных групп) для передачи и продвижения знаний в области здоровья. Показано, что наименее существенно влияет на менеджеров информация, полученная по телевидению и радиовещанию.

Данные экспериментальных исследований показывают, что для менеджеров характерен достаточно низкий уровень активности поведения, связанного со здоровьем.

Данные самоотчетов менеджеров о регулярности использования различных способов оздоровления свидетельствуют: довольно часто некоторые элементы здорового образа жизни рассматриваются ими, по-видимому, на неосознанном уровне, как способ удовлетворения других потребностей, в настоящее время более важных и значимых для них, чем поддержание и укрепление своего здоровья. Например, посещение бани может быть рассмотрено не только как способ поддержания и укрепления здоровья, но и как возможность общения с друзьями, отдых в неформальной обстановке и т. п. Физическая активность или занятия спортом, которые, по мнению опрошенных, играют существенную роль в поддержании здоровья, в свою очередь, могут отождествляться с определенным социальным статусом и служить атрибутом престижа; а соблюдение диеты – важный фактор поддержания хорошей формы и респектабельного внешнего вида (в деловой среде имидж иногда играет очень важную роль).

Анализ особенностей поведения менеджеров в случае ухудшения их физического и психического самочувствия выявил, что большинство менеджеров не склонны обращаться за профессиональной помощью (как медицинской, так и психологической), предпочитая решать возникающие у них проблемы со здоровьем самостоятельно.

Кроме того, довольно большое количество руководителей (около 30%) в случае ухудшения своего самочувствия предпочитают просто не обращать на это внимания. Таким образом, они реагируют по принципу отрицания проблемы, т. е. стремятся избежать новой информации о состоянии своего здоровья, несовместимой с представлением о том, что они абсолютно здоровы, либо считают, что ухудшение самочувствия – это, скорее всего, результат усталости или переутомления, а не начало какого-либо заболевания. Большинство менеджеров (около 50%) в ситуации недомогания не склонны обращаться за профессиональной помощью (как медицинской, так и психологической), а предпочитают решать возникающие у них проблемы со здоровьем самостоятельно: около 60% руководителей занимаются «самолечением» на основе своего прошлого опыта или следуя советам друзей и знакомых. Полученные результаты могут свидетельствовать либо о недоверии к врачам и психологам, о наличии отрицательного опыта обращения к ним, либо о незнании их возможностей в оказании необходимой помощи.

При этом недостаточную заботу о здоровье менеджеры стремятся объяснять прежде всего объективными обстоятельствами (дефицит времени, наличие более важных дел и т. п.), а не субъективными факторами (отсутствие силы воли или незнание того, что нужно делать для сохранения здоровья). Рассмотрим вышеназванные причины более подробно и проанализируем три наиболее важные из них.

Так, в качестве основной причины невнимания менеджеров к своему здоровью выступает фактор «недостатка времени». В первую тройку факторов также входит и «наличие других более важных дел». Действительно, сочетание названных факторов довольно точно описывает основные отличительные особенности управленческой деятельности в современных условиях: «дефицит времени» – один из основных стрессоров для руководителей, а их занятость в течение рабочего дня общеизвестна. Возможно, названные доводы выглядели бы более убедительно, если бы на второе место – среди причин недостаточной заботы о здоровье – руководители не поставили «недостаток силы воли». Такая расстановка приоритетов позволяет выдвинуть гипотезу о том, что именно субъективные причины лежат в основе безответственного и пассивного отношения руководителей к своему здоровью, а объективные причины скорее способ психологической защиты по типу рационализации, которая предполагает в первую очередь оправдательное отношение к своему поведению или к своим принципам. Причем гармония между реальным поведением человека и его представлениями о должном (или нормативными представлениями) может быть достигнута с помощью двух вариантов рассуждения:

- понижение ценности поступка, который совершить не удалось (например, «Я не забочусь о своем здоровье, так как, когда я здоров, в этом нет необходимости» или «У меня есть более важные дела»; таким образом рассуждают 32% и 40% руководителей соответственно);
- повышение ценности совершаемого действия (например, «нездоровый» образ жизни, в том числе вредные привычки, рассматривается как умение получать от жизни удовольствие, а забота о здоровье, наоборот, – как ограничение себя в чем-либо; такой точки зрения придерживаются около 20% опрошенных).

Таким образом, установлено, что для современных руководителей характерно расхождение нормативных представлений о здоровом образе жизни и реального поведения, связанного со здоровьем.

Возможно, низкий уровень активности связанного со здоровьем поведения обусловлен особенностями мотивационной структуры менеджеров. Как известно, в процессе индивидуального развития у каждого человека формируется своя система ценностей и то, что особенно значимо для него, становится наиболее сильным или доминирующим мотивом. Попробуем разобраться в том, какие потребности доминируют в системе ценностей современного руководителя и как это сказывается на их повседневном поведении. В системе таких терминальных ценностей, как семья, материальное благополучие, друзья, здоровье, работа, признание окружающих, независимость, «здоровье» занимает второе место после «работы (карьеры)».

Потребность в здоровье у большинства руководителей актуализируется, как правило, в случае его потери или ухудшения. Так, около 80% опрошенных начинают задумываться о своем здоровье, когда у них ухудшается самочувствие. А так как для менеджеров в целом характерен достаточно высокий уровень самооценки своего здоровья (например, 5% опрошенных определили состояние своего здоровья в настоящее время как «отличное», 27% – как «хорошее» (или очень хорошее), а 37% – как «нормальное»), то возможно, этим объясняется и низкий уровень активности поведения, направленного на поддержание здоровья.

Результаты экспериментальных исследований также позволяют говорить о том, что наиболее существенное влияние на отношение менеджеров к своему здоровью оказывает должностной статус. Установлено, что более низкий уровень поведенческой активности в сфере здоровья у менеджеров высшего звена обусловлен присущей им более низкой ценностью здоровья (как терминальной, так и инструментальной). Доминирующей терминальной ценностью для руководителей высшего звена является «работа (карьера)».

Итак, подводя итоги рассмотрения особенностей отношения менеджеров к своему здоровью, мы можем отметить, что для современных руководителей характерно расхождение нормативных представлений о здоровом образе жизни и реального

поведения, связанного со здоровьем, т. е. культура самосохранительного поведения у большинства из них практически отсутствует. Для современных руководителей характерно скорее пассивное и потребительское отношение к своему здоровью.

## **Контрольные вопросы**

1. Назовите основные положения концепции «психология отношений» В. Н. Мясищева.
2. Дайте определение понятия «отношение к здоровью».
3. Назовите основные компоненты отношения к здоровью.
4. Назовите критерии степени адекватности/неадекватности отношения к здоровью. Опишите основные тендерные особенности отношения к здоровью.
5. Какое влияние на отношение к здоровью оказывает возраст человека?

## **Литература**

1. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья: Учеб. пособие. – СПб.: Изд-во БПА, 1998.
2. *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999.
3. *Дерябо С, Ясвин В.* Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения // Директор школы. – 1999. – № 2. – С. 7-16.
4. *Журавлева И. В., Шилова Л. С, Антонова А. И. и др.* Отношение человека к здоровью и продолжительность жизни. – М., 1989.
5. *Личко А. Е.* Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С. С. - 1977. - № 2. - С. 1883-1888.
6. *Лоранский Д. И., Водогреева Л. В.* Отношение человека к здоровью – М.: ЦНИИСП, 1984.
7. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.

## Глава 13. ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В сферу интересов сексологии – науки об исследовании пола и сексуальности входят не только проблемы, связанные со здоровьем человека, но и проблемы, относящиеся к образу и смыслу жизни. **Сексология** – это наука о поле и половой деятельности.

Сложность развития данной отрасли науки связана с ее междисциплинарностью, правильнее сказать, с энциклопедичностью: современную сексологию можно представить в виде равностороннего треугольника, одну сторону которого образуют биомедицинские, вторую – социокультурные и третью – психолого-педагогические знания.

Человек все больше осознает, что достижения материальной культуры составляют лишь фон, а смысл существования заключается в обогащении личности через углубление, упрочение межлических связей. Сексуальная культура, как и всякая культура, – это совершенствование себя в области сексуальных знаний и умений. Повышение уровня сексуальной культуры опирается на три базовых составляющих:

- культуру понимания (когнитивный уровень);
- культуру межличесных отношений (эмоциональный уровень);
- культуру взаимодействия (поведенческий уровень).

Данные современные положения соответствуют древним восточным представлениям о гармоничной любви, которая интегрирует в себе три центра: голову, сердце и половые органы.

Сексуальные отношения можно разделить по функциональному критерию:

- прокреационные – функция воспроизведение потомства;
- рекреационные – функция получения удовольствия;
- реляционные – функция интимного общения с близким человеком.

В настоящее время наше общество, встав на путь гуманизации, подошло, наконец, к пониманию того, что сексуальная сфера жизни человека – такая же полноценная и важная часть всей жизнедеятельности индивида, как и любая другая. Отрицание и игнорирование этого факта – суть элементарное лицемерие и ханжество. Результаты ханжеской морали красноречиво отражаются на росте невротических и психосоматических расстройств, поскольку за неудовлетворенностью, несовершенством сексуальной жизни стоит хроническое эмоциональное напряжение. В России, согласно социологическим данным, сексуальная удовлетворенность партнером – это третий по значимости фактор в браке после эмоциональной близости и социально-бытового равенства. То есть из 1000 разводящихся пар 321 указывала на сексуальные дисгармонии [11].

Психология здоровья подчеркивает, что расширение и углубление знаний об интимных сторонах жизни человека способствует обогащению и росту личности.

Если в повседневной жизни слово «пол» (англ. – sex) часто используют для обозначения мужской или женской особи или же физических действий, связанных с половыми органами, то в психологии здоровья **«сексуальность»** обозначает индивидуальное свойство личности и включает в себя не только способность личности к реакции на эротическое воздействие, но сексуальную конституцию, умение «калибровать» не только свои сексуальные желания, но и партнера, понимать не только слова, но и язык тела и многие другие сексуальные проявления всех трех базовых составляющих уровня сексуальной культуры.

Выделяют как минимум три тенденции развития сексуальных правил и норм в России:

- Увеличение открытости темы половых отношений.
- Возросшее признание рекреационной и реляционной функций половых отношений.
- Ослабление стереотипов традиционных «половых ролей» (все чаще встречаются партнерские отношения, равенство полов в сексуальных контактах).

Несмотря на указанные тенденции, у нас существуют причины, тормозящие работу по сексуальному просвещению и половому воспитанию. Среди них прежде всего следует назвать: а) отсутствие необходимого и достаточного материала и выработанной приемлемой терминологии; б) методологические трудности; в) неадекватное

(«целомудренное») отношение многих медицинских, педагогических и других специалистов к проблемам сексологии.

Осуществление задач психологии здоровья в области сексологии должно идти через устранение указанных причин. К видам помощи в области охраны и укрепления сексуального здоровья относятся в первую очередь санитарное просвещение и психологическое консультирование. Эти компоненты составляют основную часть психологии здоровья в области сексологии.

Для осуществления мероприятий по охране и укреплению сексуального здоровья психолог в здравоохранении должен обладать точными знаниями в области воспроизводства и половой жизни человека, быть знакомым с наиболее распространенными сексуальными проблемами и с тем, какими путями, психотерапевтическими методами можно их разрешить.

Основной идеей концепции сексуального здоровья должно быть обогащение жизни и личных взаимоотношений, а не просто профилактика тех или иных сексуальных перверзий и болезней, передающихся половым путем.

### ***Краткий исторический обзор***

Исторический обзор становления сексологии как науки подробно дан в книге известного российского сексолога И. С. Кона «Введение в сексологию» [5].

Проблемами пола люди интересовались всегда, но интересы их строго регламентировались рамками морали времени и общества. Известно, что официальная мораль буржуазного общества в XIX в. была насквозь пронизана антисоциальными установками. Не только половая жизнь, но и весь «низ» считались грязными и непристойными, о чем порядочным людям не положено думать и тем более говорить вслух. В Англии начала XIX в. считалось неприличным даже попросить соседку по столу передать цыплячью ножку, так как слово «ножка» вызывает сексуальные ассоциации. Приходя к врачу, женщина показывала, где у нее болит, не на собственном теле, а на кукле. В некоторых библиотеках книги, написанные женщинами, хранились отдельно от книг авторов-мужчин.

В XIX в. свирепствует моральная цензура. По соображениям благопристойности запрещаются произведения Ронсара, Лафонтена, Руссо, Вольтера, Прево, Беранже и других авторов. В 1857 г. во Франции состоялись два судебных процесса. Автор «Госпожи Бовари» был оправдан, ибо «оскорбляющие целомудрие места», хотя и заслуживают всяческого порицания, занимают весьма небольшое место по сравнению с размерами произведения в целом, а сам «Гюстав Флобер заявляет о своем уважении к нравственности и ко всему, что касается религиозной морали». Бодлера же осудили, а цензурный запрет на 6 стихотворений из «Цветов зла» был снят только в 1949 г. То же самое происходило и в других странах. Поэтому даже сама постановка проблемы пола в этих условиях требовала большого личного мужества.

Врачи первыми занялись систематическим изучением половой жизни, и начали, они, естественно, не с нормальных, а с патологических ее форм. В числе основоположников сексологии обычно упоминаются профессор психиатрии Венского университета Рихард фон Крафт-Эбинг (1840-1902), швейцарский невропатолог; психиатр и энтомолог Август Форель (1848-1931), немецкие психиатры Альберт Молль (1862-1939) и Магнус Хиршвелд (1868-1935); австрийский психиатр, родоначальник психоанализа Зигмунд Фрейд (1856-1939); немецкий дерматолог и венеролог Иван Блох (1872-1922) и английский публицист, издатель и врач Генри Хэвлок Эллис (1859-1939).

В развитии теоретической сексологии XIX - начала XX в. отчетливо проступают две тенденции: 1) постепенное ослабление жесткого биологического детерминизма в пользу более тонких и сложных психологических теорий и 2) усложнение и обогащение самого понятия нормы на основе включения в нее широкого спектра вариаций.

Переориентация сексологической теории с биологии на психологию наиболее отчетливо выражена в работах Хэвлока Эллиса. Его семитомный труд «Исследование по психологии пола» (1897-1928) содержит все, что было известно в то время по психологии

сексуальности. Главный пафос Эллиса – в гуманистическом стремлении понять многообразие форм человеческой сексуальности, а не безоговорочно осуждать все то, что отвечает нормам современной культуры или нашим собственным склонностям. На положения Эллиса во многом опирался известный голландский гинеколог Теодор Хендрик Ван де Вельде (1873-1937) в своей книге «Идеальный брак» (1926) – самой популярной книге по практической сексологии с середины 1920-х до начала 1960-х гг. (в 1967 г. вышло ее 77-е издание). В этой книге женщина едва ли не впервые показана не как простой объект сексуальной активности мужчины, а как его равноправный партнер, интересы которого должны строго соблюдаться.

Какими бы специальными ни казались многие проблемы сексологии, ее развитие было всегда тесно связано с общими тенденциями общественного мнения и социальными движениями. В 1921 г. Хиршфельд организовал в Берлине 1-й Международный конгресс сексуальных реформ. В 1928 г. на съезде в Копенгагене была основана Всемирная лига сексуальных реформ, первыми президентами которой последовательно были Эллис, Форель и Хиршфельд.

В конце 1930-х гг. американский ученый Альфред Кинзи (1894-1956) начал исследование, которое радикально изменило наши представления о человеческой сексуальности. Кинзи прекрасно понимал значение биологических и психологических детерминант сексуальности, но главной, ключевой своей задачей он считал объективное изучение сексуального поведения. Кинзи мечтал собрать 100 тысяч сексуальных историй. Он успел провести около 19 тысяч интервью, каждое из которых содержало от 350 до 520 пунктов информации. Это была поистине титаническая работа, по сей день не имеющая равных. Ее итоги, изложенные в двухтомном труде «Сексуальное поведение мужчины» (1948) и «Сексуальное поведение женщины» (1953), стали подлинной революцией в сексологии. В работах Кинзи сексология впервые получила статистическую основу, обнажив широчайший диапазон индивидуальных и социальных вариаций сексуального поведения.

До 1966 г., когда вышла классическая работа американских ученых гинеколога Уильяма Мастерса и психолога Вирджинии Джонсон «Человеческая сексуальная реакция», сексологическая клиника, как правило, имела дело только с одним пациентом: врачи лечили мужчин «от импотенции», а женщин – «от фригидности», давали консультации по вопросам половой жизни, но сексуальный партнер, супруг или супруга привлекались лишь эпизодически. Как фактически происходит половой акт и каковы психофизиологические реакции партнеров друг на друга на разных стадиях копулятивного цикла ученые знали лишь по собственному опыту да по рассказам друзей и пациентов. Можно ли объективно судить о том, чего нельзя наблюдать? Особенно загадочной была психофизиология женского оргазма. Не зная его, можно ли добиться желанной согласованности мужских и женских сексуальных реакций, чтобы оба партнера получали максимальное удовлетворение? О лабораторных исследованиях полового акта мечтал уже Кинзи. Уильям Мастерс заинтересовался этой проблемой еще на студенческой скамье. А в 1954 г., когда ему было 38 лет, он вместе с Джонсон приступил к осуществлению «проекта исследования пола».

Исследователи начали с того, что попросили своих друзей и университетских коллег направлять к ним людей, готовых подвергнуться сексологическому обследованию. Пришедших 1273 добровольцев детально опросили об их сексуальной жизни. Подробные интервью позволили ученым лично познакомиться с обследуемыми, установить с ними доверительный контакт. Для эксперимента были отобраны 382 женщины и 312 мужчин (296 супружеских пар, остальные – не состоящие в браке) в возрасте от 18 до 78 лет. Им помогли привыкнуть к лабораторной обстановке, а затем во время серии половых актов тщательно измеряли физиологические реакции обоих партнеров. Кроме того, проводился ряд экспериментов мастурбационного типа, например женщины мастурбировали с помощью искусственных половых членов разных размеров, а встроенная в эти приборы электроника фиксировала тончайшие физиологические реакции гениталий. В общей сложности ученые наблюдали и сняли на пленку 7500 законченных женских и 2500 мужских сексуальных циклов. Хотя лабораторные условия сказывались на сексуальных реакциях обследуемых (у мужчин больше, чем у женщин), полученные результаты были

исключительно важны. Изучение копулятивного цикла как единого процесса парного взаимодействия имело громадное значение. В конце 1970-х гг. на этой основе началось экспериментальное изучение такого важного явления, как синхронизация гормональных и психофизиологических процессов супружеской пары.

### **Понятие сексуального здоровья**

Попытки дать универсальное определение сексуального здоровья предпринимались многими исследователями. Однако большинство из них не имели успеха. Связано это с тем, что в каждой культуре существуют свои особенности в установках, представлениях и оценках сексуальности. Культурное своеобразие должно быть учтено при разработке программ санитарного просвещения, первичной профилактики сексуальных дисгармоний, психотерапевтического консультирования и лечения.

Одна из попыток, предпринятых для определения сексуального здоровья, была сделана экспертами Всемирной организации здравоохранения. Оно звучит так:

**Сексуальное здоровье** есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Понятие сексуального здоровья включает три основных элемента:

1. Способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики.

2. Свобода от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения.

3. Отсутствие органических расстройств, заболеваний и «недостаточностей», мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Более приемлемый путь определения нормы в сексуальных отношениях в настоящее время видится в выходе сексологии за пределы клиники, т. е. **сексопатологии**. Для того чтобы разорвать порочный круг, когда норма объясняется через патологию, а патология определяется по отношению к подразумеваемой норме, о которой достоверно ничего неизвестно, необходимо обратиться к изучению поведения, физиологии и мотивации нормальных, здоровых, обыкновенных людей в естественных условиях их жизни.

Как пишет И. С. Кон, кого и что считать нормальным? Понятие нормы в биологии и медицине многозначно. Во-первых, норма понимается как *норматив*, т. е. нечто должное, эталон, на который нужно равняться, оценивая по нему индивидуальное поведение; таковы, например, спортивные нормы или нормы питания.

Такие нормы-нормативы всегда условны и имеют значение только в определенной системе отсчета. Во-вторых, норма понимается как статистически среднее, наиболее часто встречающееся, массовое явление. В современной науке *нормальное* в статистическом смысле включает не только среднестатистическую величину, но и серию отклонений от нее в известном диапазоне. В-третьих, норма понимается как *функциональный оптимум*, подразумевающий протекание всех процессов в системе с наиболее возможной слаженностью, надежностью, экономичностью и эффективностью. Функциональная норма всегда индивидуальна, и ее нарушение определяется не величиной отклонения от статистического среднего, а функциональными последствиями.

Как известно, вариативный размах крайних проявлений сексуальности определяется цифрой 1:4500. Такова чрезвычайная вариативность индивидуальных отклонений в сексуальной жизни, обнаруженных Кинзи в своих опросах. Причины такого разброса нормы:

- 1) биологические (тип сексуальной конституции);
- 2) уровень общей и сексуальной культуры (воспитание);
- 3) личный опыт (субъективность в оценке сексуальной практики).

Как видно, кроме формально-методологических измерений понятие нормы имеет ряд



содержательных параметров, Разговор о норме всегда подразумевает вопрос: «Норма чего?» Нормы морали, физиологии и психологии могут совпадать или не совпадать друг с другом, но это разные нормы, имеющие разные системы отсчета. Интенсивность половой жизни измеряется иначе, чем степень получаемого от нее удовлетворения, и т. д. К сожалению, как раз в рассуждениях о «нормальной» или «ненормальной» сексуальности эти понятия часто не уточняются; моральные нормы смешиваются с психическими или физиологическими, среднестатистические – с функциональными, количественные – с качественными и т. п. В целом, поскольку сексология представляет собой междисциплинарную науку, постольку и сексологическая норма должна представлять собой сочетание норм всех наук.

Для специалиста, работающего в области психологии здоровья, одним из вариативных ориентиров в понимании сексуальной нормы могут быть предложенные К. Имелинским три категории нормы: оптимальная, принятая и терпимая [2].

К **оптимальной** норме следует отнести сексуальные действия и формы поведения, которые, благодаря своим особенностям, наиболее желательны с индивидуальной и социальной точек зрения. Именно по этой причине их можно пропагандировать в виде модели для полового воспитания.

К **принятой** (признаваемой, приемлемой) норме относятся такие сексуальные действия и формы поведения, которые хотя и не являются оптимальными, но не ограничивают индивидуального развития человека и не мешают ему налаживать тесные межчеловеческие контакты, т. е. это действия и формы поведения, не вызывающие принципиальных возражений.

К **терпимой** (толерантной) норме следует отнести такие сексуальные действия и такое поведение, оценка которых может быть различной с точки зрения нормы или патологии и зависит от личностного, ситуационного и партнерского контекста. Сюда относятся такие формы поведения, которые ограничивают возможности гармоничного подбора сексуального партнера и установления с ним тесных межчеловеческих связей. Однако эти ограничения не имеют абсолютно патологического характера, поскольку соответствующий сексуальный выбор может обеспечить гармоничную половую жизнь партнеров.

Все указанные выше категории нормы причисляются в равной мере к сексуальной норме в клиническом понимании, т. е. не требующей никакого терапевтического вмешательства. Иначе обстоит дело с точки зрения педагогики, в которой нормой считается только оптимальный вариант, в крайнем случае – приемлемый, в то время как сексуальные действия и формы поведения в рамках терпимой нормы могут рассматриваться как нежелательные и даже выходящие за рамки.

К числу критериев, определяющих сексуальное здоровье, относится совпадение **«диапазонов приемлемости»** партнеров. Это понятие, введенное в обиход в 1966 г. сексопатологом Н. В. Ивановым, включает все три категории сексуальной нормы. Диапазон приемлемости имеет индивидуальные рамки и относится ко всем сторонам сексуальной активности (от ласк до способов полового акта). Если диапазон приемлемости устраивает обоих партнеров, то, как правило, сексуальные отношения носят гармоничный характер, но если у одного из партнеров он предельно сужен, а у другого, наоборот, расширен, то в этих условиях возникает дисгармоничность сексуальных отношений. Причиной сужения диапазона приемлемости могут быть пуританское воспитание, искаженная информация о половых отношениях, грубость партнера и др. С возрастом и накоплением сексуального опыта диапазон приемлемости, как правило, имеет тенденцию расширяться при условии, что этот процесс грубо не форсируется одним из партнеров.

Подобно определенной поведенческой программе, в ходе онтогенетического развития у человека складывается свой «сексуальный сценарий». Нормативные компоненты сексуального сценария – кто, что, с кем, где, когда, как и почему должен, может или не должен и не может делать в сексуальном плане – в общих чертах задаются соответствующей культурой. Однако это не исключает больших индивидуальных

различий и вариаций количественного и качественного порядка.

Концепция индивидуальных различий по отношению к формам сексуального поведения долгое время отвергалась, несмотря на то, что в медицине она была принята повсеместно. В связи с этим устанавливались узкие и жесткие рамки на диапазон приемлемости, в которых должна протекать сексуальная жизнь человека, чтобы ее можно было рассматривать как «нормальную».

В соответствии с критериями, разработанными Сексологическим институтом в Гамбурге, к норме можно было бы относить все формы сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, которые имеют место между двумя зрелыми лицами разного пола, принимаются ими обоими и направлены на достижение наслаждения, которые не вредят их здоровью и не нарушают норм общежития. Характер сексуальных форм поведения и действий не имеет при этом значения для квалификации их как нормальных или патологических явлений. Это следует из сексологической концепции индивидуальных различий, которая признает за человеком право поиска собственных, индивидуальных путей для достижения наслаждения [2].

Таким образом, исходя из этого определения, можно сказать, что взрослые имеют возможность выбора таких сексуальных действий и форм поведения, которые доставляют им максимальное наслаждение, одобряются ими и при этом не наносят ущерба их здоровью и обществу. Приближение сексуальных отношений к указанным критериям партнерской нормы всегда связано с возрастающей степенью укрепления связи партнеров, что отражается, например, на благополучии отношений в браке. Сама по себе сексуальность – это важный стабилизирующий фактор супружества. Удовлетворенность супругов сексуальной жизнью непременно отражается на углублении и гармонии чувств.

### ***Количественные основы сексуальности***

Нормальное психосексуальное поведение человека – это результат совместного действия природных данных и воспитания. Следовательно, необходимо различать количественную и качественную стороны сексуальности.

Количественная, или энергетическая, сторона сексуальности измеряется силой, длительностью и частотой сексуальных реакций. Г. С. Васильченко, давая ее системное описание и интерпретацию, называет ее «половой конституцией индивида», которую он определяет как совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на определенном уровне половой активности и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью в половой сфере [11].

Разные типы конституции определяются в количественных терминах как «слабая», «средняя», «сильная». Понятие половой конституции существенно прежде всего тем, что оно ориентирует на индивидуальный подход, а не пытается «обуть всех людей в обувь одного размера» и зависит от многих психофизиологических и социальных факторов, о которых мы, к сожалению, знаем очень мало.

В ранних теориях сексуальности все было просто. Количество сексуальной энергии считалось ограниченным. Немецкий ученый О. Эффертц в 1894 г. даже «подсчитал», что каждый мужчина обладает «запасом» в 5400 эякуляций. Давали примерно такое «расписание» для мужчин: «Если вам 20-30 лет, то положено иметь 3 сношения в неделю; от 30 до 40 – 2 раза; от 40 до 50 – 1 раз и если вам более 50 лет, то с целью поддержания здоровья Вам следует иметь одно сношение в 10 дней». Суть подобного подхода к сексуальной деятельности человека заключалась в следующем: чем раньше начинается и чем интенсивнее протекает половая жизнь, тем раньше она заканчивается импотенцией и т. д. Умозрительность таких подсчетов совершенно очевидна. Количество половых актов и частота половой жизни во многом определяются сексуальной конституцией.

Если взять количественную сторону дела (частота половых сношений), то наибольшую сексуальную активность обнаруживают люди до 30 лет. Исследование У. Уилсона, основанное на опросе 911 мужчин и 1370 женщин – жителей США, показывает, что сексуальная активность зависит и от возраста, и от пола, и даже от образования. В качестве иллюстрации возрастной динамики можно привести наблюдения Таллемана-Дорио. В доме одного знатного человека в определенной последовательности висели четыре гобелена. На первом была изображена молодая пара 20 лет в жарких объятиях, а внизу вышита подпись: «В любовную игру, о братья, способен день и ночь играть я!». На втором пара повзрослее, около 30 лет, а надпись гласила: «От вас, друзья, я не скрываю: когда хочу, тогда играю!». На третьем гобелене – мужчина и женщина в возрасте примерно 40 лет и надпись: «И я, друзья, от вас не скрою, частенько занят сей игрою!». И, наконец, на четвертом гобелене были изображены старик со старухой с простертыми к небу руками, а надпись гласила: «О милосердный мой творец, ужель я больше не игрец!». Вот так примерно заканчивается сексуальная активность людей. Снижение сексуальной активности с возрастом, безусловно, имеет свои биологические причины. Однако есть данные, что приблизительно 15% продолжают ее даже после 80 лет, хотя более половины мужчин и женщин прекращают половую жизнь около 60 лет. Данные о сексуальной активности группы пожилых (старше 60 лет) мужчин и женщин можно распределить на 4 типа:

1. сексуальная активность все время отсутствует (женщины – 74%, мужчины – 27%);
  - уменьшается (10% и 31% соответственно);
  - сохраняется (10% и 22%);
2. растет (6% и 20%).

Чем объясняются эти вариации? Отчасти особенностями половой конституции и выработанного на ее основе индивидуального условно-физиологического ритма. Однако дело не в одной психофизиологии. Сексуальная активность супругов зависит не только от их половой возбудимости, но и от того, какую ценность они придают этой стороне жизни, т. е. какое место в иерархии ценностей, наряду с другими формами самореализации (труд, общение и т. д.), занимает этот вид человеческой деятельности. Проблема эта весьма сложна. В качестве примера можно привести слова 60-летнего мужчины, который на приеме после жалоб на снижение эрекции сказал: «Если не вылечусь – зачем жить?», в то же время мужчина 30 лет в сходной ситуации заметил: «Не вылечусь, не больно надо. Больше будет свободного времени».

Известно, что женатые люди чувствуют себя в среднем гораздо увереннее и счастливее, чем холостяки, а имеющие детей – лучше, чем бездетные. Сочетание физической и духовной близости гармонизирует эмоциональные реакции любящих, повышает их эмпатию, что проявляется и в сексуальной сфере. Среди пар, удовлетворенных браком, сексуально совместимыми оказались практически все, а среди неудовлетворенных – только 63%.

При всей связанности с институтами брака и супружества сексуальность все же относительно автономна от них. Существуют достоверные данные, что сексуальная активность супругов и заинтересованность в интимной близости снижаются с их возрастом и стажем супружества. По данным ученых ГДР, средняя частота половых актов на первом году брака составляет 11 раз в месяц, на втором – 9-10, а при стаже от 4 до 10 лет – 8-9 раз. На втором году супружества обнаруживается некоторая рассогласованность желаний мужа и жены: многие женщины проявляют меньшую заинтересованность в половой жизни, нежели их мужья, что снижает у последних удовлетворенность сексуальной стороной брака, но дальнейшего снижения сексуальной удовлетворенности мужчин при брачном стаже от 4 до 10 лет не наблюдается. По-видимому, устанавливается какой-то взаимоприемлемый для обоих супругов ритм. Среди 30-40-летних супругов, обследованных профессором Люкке Арезин (ГДР), желание более интенсивной сексуальной жизни высказали более двух третей мужчин и меньше трети женщин.

В целом у женщин от 15 до 48 лет частота половых сношений с возрастом увеличивается, но в замедляющемся темпе; это соответствует традиционным представ-

лениям о росте женской сексуальной активности. На Востоке говорят: «Женщина до 30 – это волчица, после 40 – уже тигрица». Возраст мужа на частоту половых актов влияет мало, хотя очень небольшое и медленное снижение сексуальной активности начинается уже после 17 лет. Чем продолжительнее брак, тем реже становятся половые сношения, но этот процесс не является линейным: в первые 2-3 года супружества сексуальная активность снижается, затем снова растет сначала в ускоряющемся, а потом – между 6-м и 10-м годом брака – в снижающемся темпе. Однако эти процессы могут быть неодинаковыми в разных когортах.

Средняя частота половых сношений у опрошенных английских мужчин составила 2,5 в неделю.

Таким образом, можно сказать, что современный человек ведет более интенсивную сексуальную жизнь, чем его предки. Улучшившееся питание способствует повышению сексуальной активности, а кризис традиционных религиозных запретов и появление эффективных контрацептивов – большему, чем прежде, отделению сексуально-эротических отношений от репродуктивной функции.

На регламентацию сексуальной деятельности особое влияние оказывала и оказывает культура. В Древнем Китае, например, к занятиям любовью относились как к необходимому для физического и умственного здоровья, получения здорового потомства, достижения душевного равновесия, а также для укрепления семьи. Об этом свидетельствует древнекитайский трактат «Фан чжун», или «Искусство спальни». Три основных понятия отделяют «Дао-любви»<sup>66</sup> от других сексуальных представлений.

*Первое* понятие состоит в том, что мужчина должен найти правильный порядок эякуляции в соответствии со своим возрастом и физическим состоянием. Вот что рекомендовал древний китайский врач Сунь-Сю-Мо (581 г. до н. э.): мужчина 20 лет может эякулировать 1 раз каждые 4 дня, 30-летний – 1 раз в 8 дней, 40 лет – 1 раз в 10 дней, 50 лет – 1 раз каждые 20 дней, а 60 лет и старше вообще может не иметь эякуляций.

*Второе* понятие носит относительно новаторский характер. Древние китайцы учили, что эякуляция и оргазм для мужчины – это не одно и то же.

*Третье* понятие связано с удовлетворением женщины. Суть китайской философии любви хорошо подметил Ли-Дун-Сяня – врач XVII в.:

Мужчина должен развивать способность к задержке эякуляции до полного удовлетворения партнерши... Мужчина должен открыть и развить свою собственную идеальную частоту эякуляций, и она не должна превышать 2-3 раз за 10 сношений.

То есть мужчина может заниматься любовью столько раз в день или в неделю, сколько пожелает, но частота эякуляций должна регламентироваться его физическим состоянием и возрастом, а также в зависимости от сезона:

Весной мужчина может позволить себе эякулировать раз в три дня. Летом и осенью – дважды в месяц. Холодной зимой должен беречь семя и не эякулировать вовсе.

По последним данным сексологи делают вывод, что современный половой акт стал не только чаще, но и длительнее. Если в 1950-х гг. длительность его составляла в среднем 2 минуты, то в 1980-х – уже 10 минут. На этот счет существуют разные точки зрения: по мнению Г. С. Васильченко, нормальным половым актом можно считать акт длительностью 1 минуту, В. И. Здравомыслов говорит о 4 минутах. В данном случае речь идет о временном критерии диагностики преждевременной эякуляции. Общим мнением остается положение древних китайцев о том, что мужчина должен быть способен проводить сексуальную игру, включающую не только фрикции, до полного удовлетворения женщины, и при этом нет необходимости учитывать среднестатистические данные.

### **Качественные основы сексуальности**

Верно, что норма в медико-психологическом аспекте не может определяться только критериями количественного характера (например, частотой). Как пишет К. Имелинский, «под понятием "нормальное" разумеется здоровье, т. е. состояние, необходимое для хорошего физического, а также психического и социального самочувствия,

---

<sup>66</sup> Это сексуальная традиция, изложенная в книге «Дао любви».

независимо от того, встречается оно редко или часто...» [2].

В описании количественной стороны сексуальной деятельности отражаются отдельные поведенческие акты. Однако сексуальная активность человека сама по себе является одной из сторон личности, описание которой всегда будет неполным без изучения жизненного-мира личности как целого во взаимодействии ее с конкретными жизненными ситуациями, от которых зависят содержание и смысл ее деятельности в данный момент. В зависимости от смысла, от того, какие именно потребности удовлетворяет сексуальное поведение, интимная близость может быть:

1. Средством релаксации, разрядки полового напряжения. Это элементарная форма сексуального удовлетворения, когда акцент делается на физиологических потребностях субъекта, а качества партнера почти безразличны (можно обойтись только мастурбацией).

2. Средством прокреации – деторождения, когда важен не столько процесс, сколько его конечный результат. В чистом виде этот тип мотивации выступает в династическом браке монарха, нуждающегося в наследнике, или в поведении одинокой женщины, которая сознательно использует мужчину, чтобы родить ребенка. Эротические соображения играют здесь ничтожную роль, зато очень важны социальные или природные качества «производителя».

3. Средством рекреации – чувственного наслаждения, выступающего как самоцель. Рекреативная мотивация оттеняет игровые аспекты секса; наибольшее значение придается при этом новизне и разнообразию эротической техники. Психологическая интимность при этом не обязательна, сексуальное удовлетворение партнера входит в «правила игры» лишь как средство увеличить собственное удовольствие.

4. Средством познания, удовлетворением полового любопытства. Оно особенно характерно для начинающих половую жизнь подростков, обуреваемых вопросом: «А как это вообще бывает?». У взрослых вопрос конкретизируется: «Что представляет собой данный человек в сексуальном плане?», – но в любом случае партнер выступает прежде всего как объект познания.

5. Средством коммуникации, когда половая близость становится моментом психологической близости двух личностей, выходом из одиночества, слиянием двоих в единое целое. Это самый сложный вид отношений, куда перечисленные выше мотивы входят как подчиненные компоненты. Коммуникативная сексуальность предполагает высочайшую степень индивидуальной избирательности. Именно она обычно подразумевается, когда говорят о половой любви.

6. Средством сексуального самоутверждения, когда на первый план выступает потребность индивида проверить или доказать самому себе и другим, что он может привлекать, нравиться, сексуально удовлетворять. Этот мотив исключительно важен для подростков, у взрослых его гипертрофия обычно связана с чувством тревоги и неуверенности в себе.

7. Средством достижения каких-то внесексуальных целей, например материальных выгод (брак по расчету) или повышения своего социально-психологического статуса и престижа в глазах окружающих.

8. Средством поддержания определенного ритуала или привычки. Например, супружеские поцелуи часто не имеют эротического смысла, но подчеркивают устойчивость и стабильность существующих отношений.

9. Средством компенсации, замены каких-то других, недостающих форм деятельности или способов эмоционального удовлетворения. Навязчивая мастурбация у подростков или донжуанство у взрослых часто служит компенсацией бедности эмоциональной жизни.

Множественность мотивационных схем сексуального поведения подчеркивает его сложность.

## **Мужская и женская сексуальность**

Испокон веков нормы сексуального поведения для разных категорий людей определялись принадлежностью к той или иной культуре, но даже в рамках одной культуры существовали различия. Самое распространенное из таких различий – двойной стандарт, т. е. разные нормы сексуального поведения для мужчин и женщин.

Идеал «вечной женственности» буржуазной морали XIX в. был довольно прост: женщина должна быть нежной, красивой, мягкой, ласковой, но в то же время пассивной и зависимой, позволяя мужчине чувствовать себя по отношению к ней сильным, энергичным и преуспевающим. Эти феминные качества и сегодня высоко ценятся, составляя ядро мужского понимания женственности, но в женском самосознании появились и новые черты. Чтобы стать с мужчиной на равных, женщина должна быть умной, энергичной, предприимчивой, т. е. обладать свойствами, которые раньше считались монополией мужчин. Иметь дело с такой женщиной мужчине гораздо интереснее, но одновременно и труднее.

Стереотип маскулинности остается прежним. «Традиционная» маскулинность выдвигала на первый план такие качества, как физическая сила, подавление нежности, функциональное отношение к женщине и одновременно несдержанность в выражении «сильных» чувств (гнева, страсти и т. п.). «Современная» маскулинность ставит интеллект выше физической силы, допускает и даже требует проявления нежности и душевной тонкости, а также обуздания «грубых» чувств и порывов и т. д. Но эти нормативные ожидания противоречивы, а их соотношение неодинаково в разных социальных сферах (у менее образованных людей представления о маскулинности более традиционны) и на разных этапах жизненного пути.

В чем же проявляются кардинальные различия? Оказалось, что наиболее разительные отличия заключаются в определенных *психологических стимулах*, на которые женщина сексуально реагирует или не реагирует. В статистике Кинзи указаны 33 психологических стимула, которые возбуждают мужчину, – от женских застёжек до стриптиза, от порнографических картинок до эротических фантазий. В сравнении с этим женщина оказывается склонна только к некоторым мечтательным, легким эмоциональным ощущениям, связанным с чем-то вроде наблюдения романтических картин и чтения романтической литературы. Напрашивается вывод, что сексуальная психология женщины в корне отлична от мужской. Ее трудно эротизировать, она краснеет и отступает при мысли о половом сношении и возбуждается только тогда, когда целиком сосредоточивается на своей биологической роли матери. Однако это не совсем так: она не столь уж индифферентна к тем 33 психологическим стимулам, которые, как считают многие, образует пропасть между полами. Например: 32% женщин владеет искусством эротического возбуждения; 48% возбуждается при взгляде на мужские половые органы; 58% возбуждается при взгляде на мужчину, к которому они имеют влечение.

Не только культура, но и время меняет реакции как мужчин, так и женщин на сексуальные стимулы. Так, кинозвезды прошлых лет выражали свою сексуальность неуловимыми движениями тела, намеками, глазами и голосом, в отличие от современных, которым приходится не только обнажаться до предела, но и нередко соблазнять мужчину и требовать от него любви.

Как показывают многие специальные исследования, эротические сны, мечты, фантазии – неотъемлемый аспект нашей половой жизни. Они не только замещают практическую половую жизнь или восполняют ее дефицит, как думал З. Фрейд, но и постоянно сопутствуют ей. Люди, ведущие более активную половую жизнь, отличаются и более интенсивным эротическим воображением, которое подкрепляет, стимулирует и разнообразит их реальный опыт.

Эротические образы выполняют 4 главные функции. Во-первых, они суть средства познания, отражая и фиксируя сексуально значимые свойства и переживания. Во-вторых, служат своего рода психологическими стимуляторами полового возбуждения. В-третьих, расширяют рамки и возможности сексуального удовлетворения, обогащая репертуар сексуального поведения и дополняя его новыми нюансами. В-четвертых, эротическое

воображение позволяет индивиду преодолеть границы реальности, иногда весьма жесткие, и испытать переживания, которые ему физически недоступны.

Эротическое воображение индивида почти никогда не совпадает полностью с его реальным сексуальным поведением, в нем всегда есть элементы, которые личность по разным причинам не может или не пытается реализовать.

Эротические сны и фантазии мужчин и женщин отражают фундаментальные различия их позиций. По данным Шнабля, эротические сны видят три пятых мужчин и около половины женщин. Причем эротические сновидения до начала половой жизни бывают только у 28% женщин, а к 40 годам эта цифра составляет 50%. Из 500 женщин, опрошенных З. В. Рожановской, эротические сновидения были у 240, причем у 111 они сопровождались оргазмом. Как и у мужчин, у женщин возникают эротические фантазии, в том числе во время мастурбации и полового акта, но содержание мужских и женских фантазий различно. По данным Ханта, общая мечта обоих полов – близость с любимым человеком; но в остальном мужские и женские фантазии отличаются. Мужчины чаще воображают половое сношение с посторонними лицами, групповой секс или принуждение кого-то к половой связи; женщины чаще воображают сексуальные поступки, которые они никогда не осуществили бы в действительности, ситуации, где они становятся жертвами насилия.

Еще в древности было замечено, что у мужчины низкий эротический порог: он возбуждается более быстро и более часто, чем женщина. Вы-Сынь писал: «Мужчина принадлежит ян, особенность ян в том, что он легко возбуждается. Женщина принадлежит инь, особенность инь в том, что ее трудно возбудить, но и трудно насытить».

Различия мужчин и женщин явно выражено в длительности основных фаз копулятивного цикла, впервые объективно описанных Мастерсом и Джонсон: 1) возбуждение; 2) «плато», когда половое возбуждение уже не нарастает, но поддерживается на определенном уровне; 3) оргазм и 4) «разрешение», снятие напряжения. Особенность копулятивного цикла для мужчин – быстрое нарастание возбуждения, затем эякуляция и почти моментальное снятие напряжения, в отличие от женщин, у которых более пологая линия возбуждения поднимается до фазы «плато», после чего происходит дальнейшее нарастание возбуждения, завершающегося оргазмом или серией оргазмов, и, наконец, линия возбуждения, плавно снижаясь, завершает фазу «разрешения».

Как образно отмечает Р. Стрит, в половом отношении природа наделила мужчину тремя особенностями: он быстро возбуждается, быстро получает удовлетворение и так же быстро после этого теряет желание продолжать любовную игру. Было бы идеально, отмечает автор, если бы эти особенности были и у женщин, однако их у них нет.

Таким образом, сексуальная возбудимость у мужчин в целом выше, чем у женщин. Чаще всего сексуальная возбудимость женщин тесно связана с хорошим настроением, на фоне которого успешнее осуществляется сексуальный контакт. Эмоциональные реакции и психофизиологическая локализация эротических ощущений у женщин разнообразнее. Мужская сексуальность, так сказать, фаллоцен-трическая: ее кульминацией бывают интромиссия и эякуляция, все «остальное» называется «предварительными ласками» и «завершением». Женская сексуальность более диффузна, в ней участвует больше эрогенных зон. Известно, что наиболее чувствительными и эротическими раздражителями являются участки тела, в которых расположены половые «тельца Догеля». У женщины максимальная плотность расположения их в области клитора, малых половых губ, наружной трети влагалища. Клитор, состоящий из головки, тела и хвостика, имеет неодинаковую чувствительность в силу того, что половые тельца расположены на нем несимметрично. Наиболее чувствительные места у женщины – грудная железа, ореолы и соски. К эрогенным зонам относятся участки вдоль позвоночного столба от головы (темя, затылок) до копчика (примерно 40-сантиметровая полоса). Кроме этого, у женщин достаточно чувствительны ухо, особенно мочки и наружный слуховой проход, веки глаз, язык, губы, небо, слизистая рта; передняя и боковая поверхность шеи; ладонь, особенно мягкие подушечки пальцев, углубление ладони; нижняя треть живота; внутренняя и задняя поверхность бедер и некоторые другие участки тела. У многих женщин главные эротические ощущения связаны с раздражением клитора, а не с последующей

интромиссией. Однако вагинальные ощущения также могут быть весьма острыми. Женщины гораздо более четко, чем мужчины, различают оргазм, достигаемый при мастурбации, и коитальный оргазм. Возможно, это связано с тем, что женщины лучше знают свое тело и точнее вербализуют эмоциональные переживания. Все эти многообразные индивидуальные вариации находятся в пределах психофизиологической нормы, и пренебрежение ими со стороны мужчин, наивно уверенных, что все дело в длине полового члена и глубине интромиссии, – одна из самых распространенных причин сексуальной неудовлетворенности женщин.

Женщина способна к множественному оргазму, т. е. после одного оргазма она может достичь другого, тогда как мужчина, за редкими исключениями, после эякуляции некоторое время не реагирует на сексуальное стимулирование (рефрактерный период, фаза сексуальной невозбудимости). По данным Кинзи, даже в период оптимальной сексуальной потенции, т. е. в возрасте около 20 лет, лишь 15% мужчин способны «через короткое время» совершить повторный половой акт (из мужчин в возрасте 35 лет – лишь 7%). Эякуляция мужчины очень часто способствует созданию особого психологического состояния, которое проявляется во внезапном чувстве потери всякого интереса к женщине. В некоторых случаях возникает даже отвращение к партнерше и брезгливость к самому себе. Греческий мудрец Гален сказал по этому поводу: «После соития все животные печальны, кроме женщин и петухов». Некоторые мужчины с трудом переносят «последствия» полового акта: неспособность мужчины признать временную слабость часто выражается в применении им такого способа психологической защиты, как «рационализация» – самооправдание посредством снижения значимости и достоинств женщины; либо в попытке «заспать свою беспомощность», мучаясь поиском ответа на вопрос: «Как я мог только что любить ее до этого?».

Женские сексуальные реакции больше, чем мужские, зависят от общепсихологических, особенно эмоциональных, факторов. В числе причин, сковывающих женскую сексуальность, называют антисексуальные установки, пуританское воспитание в детстве, отсутствие своевременного сексуального просвещения, примитивную технику сексуального общения, игнорирование подготовительного периода, связанного с любовными ласками, и т. д.

Получаемое женщиной сексуальное удовлетворение, по-видимому, больше, чем у мужчин, зависит от таких психологических обстоятельств, как чувство нежности и любви к партнеру, ощущение близости с ним, удовлетворение от телесной открытости, радость сознания, что она является предметом восхищения, осознание собственной сексуальной компетентности и т. д. Разумеется, эти качества ценят и мужчины, но, по данным Шнабля, на недостаток нежности и тепла со стороны партнера сетуют втрое больше женщин, чем мужчин. По данным Штарке и Фридриха, среди женщин, которые счастливы со своим партнером, всегда испытывают оргазм 51%, а среди несчастливых – только 22%.

Заслуживают внимания некоторые социальные факторы, выходящие за рамки парных отношений. Показано, что работающие женщины, особенно занятые умственным трудом, отличаются более высокой сексуальной реактивностью, ведут более активную половую жизнь и получают большее удовлетворение от нее, чем домохозяйки. Вообще сексуальная удовлетворенность женщин значимо коррелирует с их общей социальной активностью и удовлетворенностью своей жизнью. У мужчин такой зависимости нет. К сожалению, причинная связь этих факторов – влияет ли активный, творческий стиль жизни на сексуальность или же более активный, творческий тип личности лучше чувствует и полнее проявляет себя в разных сферах жизнедеятельности – не изучена. Между тем это весьма важно для понимания социальных факторов женской сексуальности и ее изменений в результате эмансипации женщин и их вовлечения в трудовую и общественную жизнь.

### ***Личностные особенности и сексуальность***

Индивидуальные особенности сексуальных реакций и любовных чувств и принципы их типологизации издавна интересуют людей. Уже в Камасутре классифицируют мужчин



и женщин по размерам половых органов, силе желаний, скорости наступления оргазма, предлагая «оптимальные» способы сочетания разных типов. Научно-психологические типологии включают некоторые эмпирические классификации типов сексуального поведения по какому-либо набору признаков, либо установление взаимосвязи между характером сексуального поведения и отдельными индивидуально-личностными чертами, либо попытки найти общую связь сексуального поведения с типом личности на базе существующих теорий. Уже Кинзи неопровержимо доказал, что сексуальная активность индивида, измеряемая частотой половых сношений, – фактор, относительно устойчивый на протяжении всего жизненного пути, и что разные люди существенно различны в этом отношении. Дополнив материалы клиническими данными, Г. С. Васильченко пришел к выводу, что в основе этих поведенческих различий лежат разные типы половой конституции. Хотя с возрастом сексуальная активность снижается, разница между индивидами, принадлежащими к разным типам, остается значительной. Анализ результатов исследований показал, что чем раньше просыпается либидо и чем активнее сексуальная жизнь мужчины в юности, тем активнее будет она и в зрелом, и в преклонном возрасте, даже после 70 лет.

Серьезная попытка систематического исследования взаимозависимости сексуального поведения, установок и типа личности предпринята Айзенком. На основе многолетних исследований Айзенк выделил три главных измерения (шкалы): *E*– экстраверсию, *N*– невротизм, *P*– психотизм. Также он добавляет и шкалу *L* – лживость, или притворство (отношение к тесту). **Экстраверсия** измеряет такие взаимосвязанные черты, как общительность, импульсивность, активность, беззаботность, живость, любовь к шуткам и т. д. Тех, кто имеет высокий показатель по этой шкале, называют «экстравертами», противоположный полюс составляют «интроверты», а посередине стоят «амбиверты». **Невротизм** обозначает высокую эмоциональную возбудимость, подвижность эмоциональных реакций, которая предрасполагает индивида к обнаружению в стрессовых ситуациях невротических симптомов; его индикаторами служат такие черты, как уныние, частая смена настроения, бессонница, нервность, чувство неполноценности, раздражительность и т. д. В отличие от экстраверсии и невротизма, у здоровых людей **психотизм** включает набор антиадаптивных и антисоциальных черт: неконтактность, жестокость, нечувствительность к чужим переживаниям, враждебность, агрессивность и т. п. Наконец, **притворство** включает такие черты, как лживость, неискренность, приспособленчество и т. д.

В зависимости от типа личности можно обнаружить и некоторые особенности в стиле половой жизни. Так, экстраверты раньше интровертов и амбивертов начинают половую жизнь, чаще имеют сексуальные контакты, с большим числом партнеров и в более разнообразных формах; они придают больше значения эротической любовной игре, быстрее привыкают к сексуальным стимулам и потому больше ориентированы на смену партнеров, ситуаций и т. д. Экстравертам легко дается общение с лицами противоположного пола, они более гедонистичны, получают больше удовлетворения от своей сексуальности и не испытывают в связи с ней тревог или сомнений, без внутренних конфликтов находят оправдание двойной морали.

Сдержанные и заторможенные интроверты тяготеют к более индивидуализированным, тонким и устойчивым отношениям, что часто сопряжено с психологическими проблемами и трудностями. У них также много сексуальных проблем, которые пугают их, часто регистрируются сексуальные дисфункции (отсутствие оргазма у женщин, эрекции – у мужчин).

«Психотики» имеют высокие показатели по либидо и маскулинности, предпочитают безличный секс, переживают сильное половое возбуждение и не признают никаких социальных и моральных ограничений. Однако они редко удовлетворены своей половой жизнью и часто склонны к девиантному поведению, включая групповой секс; их установки отличаются грубой биологизацией пола в противоположность романтическим ценностям.

«Невротики» часто имеют сильное либидо, но не могут удовлетворить его из-за сильного чувства вины и тревоги по поводу своей сексуальной активности, а также трудностей в общении. Показатели сексуальной удовлетворенности у них ниже, чем во

всех остальных группах. Секс часто кажется им опасным и отвратительным, а собственные влечения – ненормальными. Здесь чаще всего встречаются такие психосексуальные проблемы и нарушения, как аноргазмия и фригидность у женщин, преждевременная эякуляция и импотенция у мужчин.

Сексуальное поведение «притворщиков», как и другие стороны их жизни, отличается конформизмом. Придерживаясь ортодоксальных, общепринятых в их среде правил, они отрицают наличие у себя каких-либо необычных чувств и желаний. Половую жизнь они обычно начинают поздно, не одобряют до- и внебрачных связей, избегают сексуального экспериментирования и видят сексуальность скорее в идеалистическом, чем в натуралистическом, свете. Слабое либидо сочетается у них с определенной удовлетворенностью своей половой жизнью, они просто не мыслят себе других возможностей.

По мнению Айзенка, эти личностно-поведенческие «синдромы» приблизительно наполовину обусловлены генетическими, а наполовину – социальными факторами. Имеются экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что экстраверты переживают пик кортикального возбуждения вечером, а интроверты – утром, что, возможно, влияет на предпочитаемое время половой близости.

Одна из попыток классификации психологических типов мужчин и женщин в оценке гармоничности и дисгармоничности сексуальных отношений была предпринята С. С. Либихом. Схема включает в себя следующие типы:

**1. Женщина-мать.** Стремится к опеке своего партнера, увлекается слабыми, больными, неудачниками. Обладает выраженной потребностью помогать, защищать, ободрять, поддерживать, спасать и т. д. Слабость и несчастья мужчин могут выступать в качестве сексуальных раздражителей для них.

## **2. Женщина-женщина.**

➤ *Агрессивный тип.* Насмешлива, иронична, стремится одерживать верх над мужчиной, в поведении и ласках которого ее привлекают зависимость, податливость, подчиненность и приниженность. Часто выражение агрессивности наблюдается именно в психологическом нападении: «На тебя смешно смотреть...», «Глупости ты говоришь...» (самоутверждение через унижение другого).

➤ *Пассивно-подчиненный тип.* Ее идеал – «сильный мужчина», властный, овладевающий ею. В ласках мужчины она предпочитает агрессивность, напор, силу, вплоть до причинения боли.

**3. Женщина-дочь.** Испытывает потребность в протекции мужчины, в общем ни с которым она могла бы чувствовать себя слабой, «маленькой», перед метом внимания и восхищения. Часто предпочитает партнера старше себя, ценя в нем не столько сексуальную силу, сколько опыт, знания и умения. Наблюдается склонность к психологическим возбуждающим влияниям (речевым, музыка и пр.).

Соответствующие типы мужчин:

**1. Мужчина-отец.** Склонен к покровительству, нуждаясь при этом в признании женщиной, восхищении, подчиненности и зависимости. Имеет сексуальный опыт, хорошо поставленный голос, увлекательно говорит.

## **2. Мужчина-мужчина.**

➤ *Агрессивный тип.* Склонен к элементам «насилия», «овладения» в ласках. Представитель «силового», наступательно-доминантного поведения, может быть груб в повседневном общении и ласках.

➤ *Пассивно-подчиненный тип.* Его идеал – «сильная женщина», ему нравятся внешние символы этой силы. Он часто подчеркивает свою приниженность, зависимость, ищет приказов, наказаний, выговоров от женщины.

**3. Мужчина-сын.** Несамостоятельный, подчиняемый, иногда неудачливый, болезненный, психически и физически инфантильный, зависимый. Склонен к подражанию, может быть капризным, ждет и требует всепрощающего понимания своих слабостей.

Взаимодействие указанных типов может быть гармоничным (комплементарным) и

негармоничным. Потенциально гармоничные отношения будут складываться в диадах «мужчина-отец и женщина-дочь»; «женщина-мать и мужчина-сын», а также «женщина агрессивного типа и мужчина пассивно-подчиненного типа»; «мужчина агрессивного типа и женщина пассивно-подчиненного типа».

В заключение следует все же подчеркнуть, что не существует таких психологических черт, которые бы при всех условиях определяли одно и то же поведение. Это верно относительно не только экстраверсии (интроверсии), но и сексуального темперамента.

### ***Гармония и дисгармония сексуальных отношений***

Выше уже говорилось, что из 1000 разводящихся пар 321 указывают на сексуальные дисгармонии.

Не секрет, что у многих супружеских пар интенсивность половой жизни и удовлетворенность ее качеством с течением времени снижаются, причем не вследствие старения супругов – часто это происходит уже в первые годы брака и у молодых людей, – а в результате рутинизации их взаимоотношений, из которых исчезают радость открытия, новизна, спонтанность. Сексуальная неудовлетворенность и дисгармония – одна из существенных причин разводов и нервных заболеваний; по некоторым данным, семейно-бытовые, в том числе и сексуальные, трудности характерны для 65% неврологических больных.

Любые недостатки в физическом и психическом соответствии друг другу мужчины и женщины, влекущие за собой нарушение гармоничных сексуальных отношений, принято определять сегодня термином **«сексуальная дисгармония»**. Сами по себе сексуальные дисгармонии не являются заболеваниями в полном смысле этого слова, а относятся скорее к предболезненным (донозологическим) формам, которые в определенных условиях могут развиваться в функциональные половые расстройства. Очень часто дисгармония половых отношений сводится к тому, что мужчина заканчивает половой акт задолго до того, как женщина получит полное удовлетворение. Сексуальная дисгармония может быть обусловлена недостаточной привлекательностью партнера. Об этом говорит тот факт, что некоторые мужчины создают в своем воображении образ женщины (или женщины – образ мужчины), чтобы добиться большей степени сексуального возбуждения, позволяющего совершить половое сношение. В таких ситуациях снижается возможность создания истинно глубокой связи и откровенного контакта с реальным партнером; нарушается связь, обогащающая личность. Такой сексуальный контакт способствует снятию полового напряжения, но не приносит глубокого эмоционального удовлетворения.

Творческий партнерский союз во многом основывается на осведомленности о потребностях и ожиданиях (экспектациях) друг друга и на стремлении их удовлетворить. Максимальное удовлетворение, по мере возможности, экспектации человека всегда ведет к обогащению обоих партнеров, дающих и принимающих. Эгоизм в совместной жизни приводит к нарушению не только сексуальных контактов, но и по большому счету препятствует установлению глубоких человеческих отношений, поэтому это понятие в современной сексологии рассматривается как девиантный признак. Необходимая оценка уровня развития и зрелости отдельных сторон личности и определение степени дисгармонии между отдельными ее сторонами имеют большое диагностическое и психокоррекционное значение.

Одним из исходных признаков сексуальной дисгармонии можно считать ошибки в выборе партнеров. Несоответствие может захватить внесексуальные сферы совместной жизни, однако влияние на сексуальные отношения оказывается как бы опосредованным. При этом речь идет не столько о соответствии анатомического строения половых органов (редкие случаи нарушений «механики»), сколько о психическом (особенно эмоциональном) соответствии в оценке всего комплекса эротического переживания. Некоторые женщины верят, что степень мужской потенции прямо пропорциональна размерам половых органов. Это одна из многих легенд, до сих пор имеющих хождение в быту, была убедительно опровергнута Мастерсом и Джонсон в их лабораторных исследованиях.

Одна из уже упоминавшихся причин сексуальной дисгармонии – «сексуальный

эгоизм». Аутоэротоман, целиком сконцентрированный на собственном удовольствии, быстро приводит партнершу к хроническому состоянию апатии, безразличию. Ничто так не расстраивает, не разочаровывает женщину, как если она обнаруживает, что ее сексуальный партнер заботится только о собственной эякуляции. В этих случаях, в условиях обедненности эмоциональных отношений между мужчиной и женщиной, оценка полового партнера женщиной сводится к понятию «технологического удовлетворителя». Вместо взаимной нежности и радости общения секс для многих мужчин – просто механическое движение, ничем не отличающееся от мастурбации, как будто женщины не существует. В этих случаях сами мужчины оценивают половой акт как «мастурбация во влагалище». Правильный половой акт не должен только снимать напряжение, но в большей степени обогащать испытанием более тонких эмоциональных чувств.

Сексуальные дисгармонии могут быть обусловлены различиями в степени выраженности сексуальной потребности и в скорости протекания сексуальных реакций. Как было показано выше, эта потребность существенно выше у мужчин, чем у женщин. Однако в удовлетворенности этой потребности наблюдается обратная картина: актуализация потребности у женщин реже, но полная удовлетворенность зависит от более длительного воздействия в техническом смысле и более тесного в эмоциональном. Замечено, что именно женщины теперь часто инициируют генитальную игру. Вместе с тем женщины всех стран жалуются на психологическую нечуткость и сексуальную некомпетентность мужчин, которые озабочены лишь собственными переживаниями и уделяют мало внимания сексуальному удовлетворению и чувствам женщины.

Причинами сексуальной дисгармонии, как уже упоминалось, может быть несовпадение «диапазонов приемлемости» и различий в сексуальной культуре. Суженность диапазона приемлемости часто связана с влиянием пережитков, запретов, отживших представлений и т. п. в интимной жизни. С ослаблением религиозных запретов обогатилась и усложнилась эротическая техника. Доля мужей с университетским образованием, с которым их жены практиковали фелляцию, выросла с 43%, по данным Кинзи (по данным Ханта – до 61%), а мужей со средним образованием – с 15 до 54%. Такой же прирост имеет куннилингус. В 1950-х гг. только треть супружеских пар экспериментировали с позицией «женщина сверху»; в 1970-х гг. эту позицию применяли три четверти пар; вагинальную интромиссию сзади практиковали 10% выборки Кинзи и 40% – Ханта. Анальная интро-миссия у респондентов Кинзи почти не встречалась; среди более молодых (младше 34 лет) пар, опрошенных Хантом, этот способ практиковали четверть. Разумеется, американские данные нельзя экстраполировать на другие страны. Однако сходные тенденции отмечаются и в Европе. Например, опрос Пьера Симона (Франция) также показывает рост сексуального экспериментирования в браке: половина опрошенных пар часто практикуют позицию «женщина сверху», у пятой части муж нередко совершает вагинальную интромиссию сзади (но анальная интромиссия здесь редкость). Существуют четкие возрастные различия: орально-гени-тальные ласки практикуют 72% 20-летних мужчин, 62% 30-40-летних, 47% 50-летних и более старшего возраста.

По данным К. Штарке и В. Фридриха, куннилингус практиковали 83%, фелляцию – 75% молодых мужчин и женщин ГДР, имеющих сексуальный опыт. При обоюдном желании супружеские пары охотно разнообразят сексуальные позиции, не испытывая по этому поводу моральных или эстетических сомнений. Это зависит от личных вкусов, возраста и социальной среды.

Сексуальная гармония во многом зависит от удовлетворения экспектаций, а также от взаимной эмоциональной вовлеченности, находящей отклик в эмоциональных реакциях партнеров. Пожелания многих мужчин часто сводятся к тому, чтобы женщина более отчетливо давала «обратную связь» на любовные притязания мужчины и принимала их не с точки зрения долга, привычки, вынужденной обязанности, а с точки зрения благодарности за взаимодоставленное наслаждение, удовольствие. Женщины часто требуют эмоциональной и речевой поддержки. Выражается это в вопросах вроде: «Ты меня любишь? Скажи, что ты меня любишь. Обещай меня любить всегда». Если не будет такой поддержки со стороны мужчины, то жалобы сводятся к ограниченности в оценке мужских качеств: «Он

на самом деле не любит меня как человека, он хочет только половой близости». Половое общение без адекватной обратной связи приводит к незнанию партнерами условий сексуального удовлетворения, что также является признаком, нарушающим гармонию сексуального взаимодействия. В занятиях любовью, как в парном танце, никто не сможет действительно хорошо действовать с непонимающим партнером. Искажению сексуальной гармонии способствует наблюдающаяся чаще всего после 30 лет «стандартизация и монотонизация половой жизни». За этим понятием стоит ритуальность выполнения своих формальных обязанностей, обеднение техники сексуальных взаимоотношений, исчезновение подготовительного периода, однообразие ласк и т. д. В конечном счете стандартизация и монотонизация половой жизни ведет к неудовлетворенности, притуплению внесексуальных переживаний, что повышает риск супружеской неверности, в целом нарушает стабильность семейных отношений.

Препятствием в достижении полного удовлетворения как мужчины, так и женщины могут быть три причины: 1) мужчина постоянно обеспокоен своей эякуляцией; 2) женщина часто опасается забеременеть; 3) при использовании гормональных препаратов женщина всегда обеспокоена возможными побочными эффектами.

В исследованиях отечественных сексологов выделяют пять вариантов сексуальных дисгармоний:

1. *Сексуально-психологические дезадаптации*: нарушение межличностных связей. Отсутствие чувства любви и уважения друг к другу, негативное восприятие личности партнера, несоответствие взглядов и интересов, морально-этических установок.

2. *Сексуально-поведенческие дезадаптации*: из-за несоответствия полового поведения супругов. Отсутствие приемлемых действий, направленных на сексуальное возбуждение в предварительном периоде, несоответствие выбора позы в половом акте, отсутствие заключительных ласк.

3. *Дезинформационно-оценочный вариант*: ошибочные представления о норме и патологии. Отсутствие знаний о половой жизни.

1. Сексуальные дисгармонии в результате расстройства мужской потенции:

- фиксация на первом неудачном половом акте;
- снижение потенции в связи с напряжением, которое испытывал при
- прерывании полового акта в целях предупреждения беременности;
- из-за вынужденного длительного воздержания;
- из-за слабой половой конституции.

2. Сексуальные дисгармонии из-за первичной фригидности женщин:

- фригидность носила временный характер, и после родов наблюдалась самопроизвольная нормализация;
- вследствие системных прерываний полового акта;
- вынужденное длительное половое воздержание;
- слабость половой конституции;
- срыв условно-рефлекторных механизмов регуляции полового акта.

Перечисленное многообразие сексуальных дисгармоний можно свести к трем интегративным категориям: 1) нарушения, вызванные *физиологическим* несоответствием; 2) нарушения, вызванные *социально-психологическим* несоответствием; 3) нарушения, вызванные *техническим* несоответствием. Наиболее адекватными формами гармонизации сексуальных отношений в подобных случаях является сексуальное просвещение и психокорректирующая работа.

Право на сексуальное удовлетворение, на радость от близости с любимым человеком имеет каждый из партнеров, поэтому стремление получить самому и доставить другому эту радость не включает в себе ничего предосудительного. Партнерам следует идти навстречу желаниям друг друга, полноценно удовлетворяя их, совершенствовать свою половую жизнь. Таким образом, устранение выше рассмотренных сексуальных дисгармоний может быть одним из ориентиров усовершенствования сексуальных взаимоотношений партнеров, что ведет к сплочению и обогащению друг друга.

## **Профилактика сексуальных дисгармоний (Консультации по вопросам совершенствования сексуальных отношений)**

Как уже отмечалось, сексуальные дисгармонии занимают важное место среди половых проблем как у молодых супругов, так и у тех, кто имеет немалый стаж семейной жизни. Некоторые причины таких нарушений связаны с физиологическими особенностями мужчин и женщин. Нормальное «сексуальное» самочувствие складывается из многих факторов: возрастного, состояния сердечно-сосудистой, вегетативной систем и т. д. Все эти факторы существенно «перекрывают» «мифы» об анатомическом несоответствии. Сегодня определенно можно сказать, что уровень и длительность эрекции, а также техника полового сношения влияют на сексуальное удовлетворение женщины гораздо больше, чем размеры полового члена. В свою очередь, излишняя фиксация на качестве эрекции может стать разрушительным фактором сексуального удовлетворения для многих женщин, да и мужчин. Как и в прошлые времена, отношение женщин к эрекции остается неизменным, потенция была и есть желаемое качество, сродни мужеству. Если у мужчины не было эрекции, он стыдился и смущался так же, как и в наши дни. Однако во многих случаях у мужчин наблюдается временная импотенция. Подобный факт (без ипохондрической фиксации) можно сравнить с простудой – неприятно и раздражает, но опасаться нечего. Частота эрекции и напряженности полового члена во многом зависит от психологического насыщения эротической любви, в которой партнеры стремятся к «слиянию» друг с другом. Качество эрекции – это комплекс физиологических реакций мужчины на сексуальные стимулы. Установка на преодоление стыдливости («весь твой, вся твоя»), расширение диапазона приемлемости ласк, в который могут входить как мануально-генитальные, орально-оральные, орально-генитальные, генитально-генитальные контакты, так и любовные слова, эмоциональное восхищение и т. д., а также достаточная стимуляция эрогенных (оргазмогенных) зон в количественном и качественном отношении – все это необходимые составляющие так называемого подготовительного периода, или «прелюдии половой игры», в результате которой мужчина и женщина подготавливаются к осуществлению полноценного полового акта. Подобный подход создает условия возникновения не только физиологического оргазма, «сброса» энергии, мобилизованной до и во время полового акта, но и психологического оргазма, связанного с чувством полного удовлетворения от совместной сексуальной деятельности, выражающегося в благодарности и обогащении партнеров глубокими и тонкими эмоциональными чувствами.

Ознакомление с этапными характеристиками сексуального акта (например, с кривыми В. Мастерса и В. Джонсон) позволит партнерам более адекватно сориентироваться в «сексуальном состоянии» женщины (в основном). Это дает возможность более полного удовлетворения экспектаций женщин относительно введения полового члена во влагалище.

Игнорирование физиологических особенностей партнера иногда приводит к специфическим сексуальным дисгармониям, что особенно часто встречается среди лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (например, лица, перенесшие инфаркт миокарда). Известно, что около двух третей больных с инфарктом миокарда уже в первый месяц после выписки возобновляют половую жизнь. Как показали исследования В. Мастера и В. Джонсон, в период сексуального возбуждения происходят значительные изменения пульса деятельности сердца, а также меняется артериальное давление. Сердечные сокращения значительно ускоряются, достигая в фазе оргазма у женщины 110-180 ударов в минуту и более. У мужчин частота сердечных сокращений также составляет 110-180 ударов в минуту. Результаты исследований свидетельствуют об увеличении сердечных сокращений на 20-87 ударов в минуту. Существенно повышается и давление крови в период сексуального возбуждения, так, в фазе оргазма у женщин его прирост составляет 30-80 мм рт. ст. (верхняя граница) и 20-40 мм рт. ст. (нижняя граница). У мужчин верхняя граница повышалась на 40-100 мм рт. ст., а нижняя – на 20-50 мм рт. ст. В связи с подобными физиологическими сдвигами как у мужчин (25%), так и у женщин (70%) под влиянием сексуального возбуждения обнаруживается так называемый «сексуальный румянец» (поверхностное гиперемическое покраснение на коже, которое

рассматривают как показатель сильного сексуального возбуждения).

Выраженные сдвиги физиологических реакций наблюдаются и в системе органов дыхания. В период сексуального возбуждения происходит учащение и углубление дыхания, причем выраженность этих изменений зависит от степени сексуального напряжения. В фазе оргазма как у мужчин, так и у женщин число дыханий<sup>67</sup> может достигать 40-60 в минуту, причем минутный объем крови может составлять 50 л. В отличие от мужчин, у женщин перед наступлением оргазма появляются довольно значительные задержки дыхания.

Все же надо заметить, что степень повышения частоты сердечных сокращений и дыхания при половом возбуждении сопоставима с той, которая встречается во многих видах повседневной деятельности больных. Другими словами, сексуальная активность сама по себе не представляет опасности для здоровья лиц, страдающих соматическими заболеваниями. В некоторых случаях невозможность продления полового акта до полного удовлетворения женщины может расцениваться как сексуальная дисгармония, которую рекомендуется устранять с помощью более длительного периода предварительных ласк и более позднего начала полового акта (в период после «плато» или предоргастический период). Свою готовность к половой деятельности можно оценивать самостоятельно, анализируя физическое состояние во время бытовой повседневной деятельности, например после быстрого подъема по лестнице, небольшой пробежки и т. д. Если не обнаруживается никаких патологических признаков – значит, «сексуальная гимнастика» в общем не противопоказана. Анализ трагических случаев («смерть в объятиях», «сладкая смерть») показал, что чаще всего такой больной находился в экстремальных условиях, связанных с эмоциональным напряжением. Здесь же встречаются состояния алкогольного опьянения, либо перед тем, как заняться любовью, больной слишком плотно поужинал, принял горячую ванну и т. д. Все эти факторы, влияющие на ухудшение соматического состояния партнеров, должны учитываться не только больными, но и вполне здоровыми людьми.

Профилактика сексуальных дисгармоний тесно связана с решением вопросов психологического порядка половых взаимоотношений мужчин и женщин. Как уже отмечалось ранее, возникновение или невозникновение нарушений в сексуальной жизни зависит от совместимости или несовместимости психологических типов мужчин и женщин. Не менее важен и сексуальный этикет в общении партнеров. Мужчина должен уяснить себе, что женщина не меньше, чем мужчина, любит, чтобы ее чистосердечно хвалили и высоко оценивали, особенно во время занятий любовью. Следует обратить внимание на важные моменты сексуального общения, например:

1. часто полная тишина истолковывается как отсутствие интереса к партнеру или неудовлетворение;
2. следует избегать пользоваться грубыми, отрицательными словами, «ироничными звуками», успешный сеанс любви требует гармоничной и благодарной атмосферы;
3. из общения следует исключить критические замечания или упреки.

Все это может иметь серьезное разрушительное воздействие на потенциальные возможности как мужчин, так и женщин.

Сексуальная деятельность, как любая другая, может иметь свои и позитивные, и негативные стереотипы. Так, к последней группе можно отнести некоторые игры мужчин и женщин, которые часто не осознаются ими, например игра «фригидная женщина» (по Э. Берне). Суть такой игры заключается в постоянном «отпоре» при проявлении сексуальной активности мужчиной: «Все вы грязные, кроме секса, вас ничего не интересует». В то же время, когда мужчина прекращает свои «домогания», женщина как бы ненарочно соблазняет его (скажем, ходит полураздетая и т. д.); при повторении действий мужчина снова получает отказ. Эта игра часто ведет к разрушению семейных отношений, особенно в молодом возрасте.

Можно привести другой дисгармоничный стереотип поведения женщины – игра

---

<sup>67</sup> Цикл «вдох–выдох».

«ночная домохозяйка», когда ближе к вечеру жена спохватывается: «У меня еще не стирано, не глажено...», – как бы целиком включаясь в активную хозяйственную деятельность с одной мыслью: «Быстрее бы уж он заснул». На следующее утро используется еще одна отговорка: «Поздно легла, устала...».

Сам по себе половой акт может показаться многим тяжелейшей работой. Это верно, но именно для «плохого» сношения. Для снятия большой нагрузки в любовных играх часто используют особые способы сексуального поведения. Речь идет о совокупности приемов (взаимных ласк), с помощью которых достигается сексуальное наслаждение, а иногда и оргазм без коитального сношения. Называется этот комплекс техник **петтингом**. Выделяют несколько функций петтинга:

1. сохранение анатомической девственности; предохранение от беременности;
2. предохранение от венерических заболеваний, СПИДа;
3. рекреационная функция;
4. лечебно-реабилитационная.

Использование техник, относящихся к петтингу, свойственно в большей степени подросткам. Взрослые в силу каких-то условий (дефицит времени: «Скорее, завтра рано вставать на работу...», усталости и т. д.) утрачивают интерес к пролонгированным интимным ласкам. Эти факторы, по-видимому, послужили основой для расхожих выражений вроде: «Холодных женщин нет, есть женщины несогретые» или «Холодных женщин нет, есть неумелые мужчины», «Нет импотенции, а есть нечуткие женщины» и т. д.

Составитель Камасутры Ватсаяна описал в своем трактате 84 различные коитальные позиции; ее комментаторы довели число вариаций до 729. Ван де Вельде адаптировал для Европы 32 позиции. Большинство популярных западных руководств по сексуальным вопросам приводят множество живописных позиций, однако слепое копирование их часто приводит к смущению и разочарованию партнеров. Важно, чтобы партнеры смогли подобрать наиболее приемлемые и оптимальные позиции для собственного интереса, чего можно достичь путем самостоятельного экспериментирования. Инструкция в лучшем случае может быть лишь отправной точкой. Процесс обучения обязателен для обоих партнеров, если они стремятся разнообразить свои сексуальные отношения. Этот процесс не нужно останавливать ни после первого, ни после пятого, ни после даже двадцать пятого года совместной жизни.

К основным позициям обычно относят следующие: 1) мужчина сверху; 2) женщина сверху; 3) мужчина и женщина лицом к лицу, но лежат на боку; 4) мужчина сзади. Эти позиции имеют бесчисленные варианты. Например, важно, чтобы мужчина, находясь сверху, поддерживал тяжесть своего тела с помощью рук, он может опираться на локти, поддерживая руками партнершу за спину и плечи, так что тела будут в тесном контакте от головы до пальцев ног, что дает ощущение «любви всем телом, а не только половыми органами». Предложенные варианты должны лишь направить сексуальную деятельность на путь импровизации и экспериментирования. Заниматься любовью все время одним и тем же способом – все равно что есть хлеб с молоком во время каждого приема пищи каждый день. От такой прозаической диеты можно очень быстро устать. Не будет преувеличением сказать, что позиции и составляют, в определенном смысле, пикантность эротической любви, особенно для мужчины, поскольку реакции его возникают как ответ на действие сексуального объекта (вид обнаженной женщины), а у женщины возбуждение в большей мере наступает в связи с идентификацией себя с объектом, возбуждающим мужчину.

Усовершенствование сексуальных отношений между мужчиной и женщиной связывается с использованием техник, способствующих пролонгированию полового акта. Некоторые сексологи предлагают во время занятий любовью испытывать какую-то преувеличенную бесстрастность, чтобы предотвратить эякуляцию. Они советуют мужчинам во время полового сношения думать о политике или делах бизнеса или даже совершенно прекращать занятия для перекура. Подобная психологическая практика «сдерживания», возможно, и эффективна, однако сама по себе ведет к формированию сексуальных



дисгармоний, так как нарушает эмоциональный контакт с партнершей, обедняя тем самым полноту чувств.

В. Мастере и В. Джонсон предложили свой вариант способа увеличения времени полового акта, названный «техника сдавливания». Первоначально она рекомендовалась для предотвращения преждевременной эякуляции. Этот прием довольно эффективен и сегодня используется, например, в рамках сексуальной парной терапии. Однако недостатком ее является ограниченность применения в связи с тем, что она рассчитана только на позицию «женщина сверху». Суть этой техники заключается в том, чтобы женщина в определенный момент по команде мужчины на 3-4 секунды сдавила пальцами коронарное ребро (или уздечку) полового члена. Команда подается тогда, когда мужчина чувствует приближение эякуляции. Давление способствует торможению позыва к эякуляции, при этом теряется от 10 до 30 % эрекции, но в то же время создается реальная возможность продлить половой акт до 10-15 минут. После операции сдавливания необходимо выждать 15-30 секунд, затем можно продолжать половой акт. Эту процедуру можно использовать несколько раз в ходе одного сношения.

Многие мужчины эмпирическим путем добиваются пролонгирования фрикционного периода, часто при этом они используют так называемую *практику Кар-реца*, которая заключается в кратковременной остановке фрикций при оставлении полового члена во влагалище. Один из секретов успешности метода «сдерживания» кроется в распознавании приближения того момента, когда мужчина не сможет далее контролировать эякуляцию? Мастере и Джонсон называют этот момент «стадией неизбежной эякуляции». В данном случае лучше отступить слишком рано, чем чуть-чуть поздно.

Древние китайцы рекомендовали несколько способов продления полового акта как за счет давления на определенную точку, так и за счет совмещения фрикций с дыханием. В последнем случае предлагается, например, на глубоком вдохе – медленный вход до предела с небольшой задержкой, на выдохе – 5-6 частых, но неглубоких толчков («метод мелкой приманки и глубокого толчка»). Использование такого метода дает возможность заниматься любовью столько, сколько необходимо для достижения полного удовлетворения женщины. Такая сексуальная практика в чем-то сходна с гимнастикой, поскольку длительные занятия любовью также тренируют сердце и мышечную систему человека. Получасовой бег трусцой – это по крайней мере 2 тысячи шагов, следовательно, и 30-минутный фрикционный период включает не меньше 1-1,5 тысячи толчков. Таким образом, можно сказать, что эти два занятия равно полезны, но последнее более интересно и приносит больше удовольствия.

Современные специалисты по лечению сексуальных расстройств используют широкий комплекс методов. Этот перечень методов составляет соматическую, медикаментозную терапию; психотерапию как в групповом варианте, так и в индивидуальном порядке. К последней группе методов относятся: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, гипноз, поведенческая психотерапия, геш-тальт-терапия, нейролингвистическое программирование, телесно-ориентированная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, музыкотерапия, семейная психотерапия, а также метод «парной сексуальной терапии», описанный Мастере и Джонсон.

Сексуальная парная терапия является разновидностью комплексной психотерапии сексуальных расстройств и заключается в систематическом проведении с партнерской парой серии сексуальных заданий, выполнение которых откровенно обсуждается с врачом [6].

Следует отметить, что большинство используемых методов лечения в меньшей мере опираются на медицински-ориентированную модель. Поскольку сексуальность сегодня рассматривается в плане взаимоотношения полов, то и лечебный процесс всегда ориентирован на парную терапию, а не на отдельных лиц. Таким образом, решение лечебных задач во многом зависит от возможностей улучшения взаимных контактов партнеров. Многие методы коррекции сексуальных дисгармоний носят четко выраженный просветительский характер. Значительная часть методов работы опирается на консультативные формы и формы «очно-заочной» сексуальной терапии.

### **Контрольные вопросы:**

1. Назовите исторические особенности становления науки сексологии.
2. Опишите сексуальную норму с различных точек зрения.
3. Какова динамика количественных показателей сексуальной активности в зависимости от возраста, стажа супружества и других факторов?
4. Какое влияние оказывает культура на регламентацию сексуальной деятельности?
5. Расскажите о мотивах половой близости.
6. В чем различия женской и мужской сексуальности (психологические и физиологические)?
7. Каковы функции сексуальных фантазий?
8. Как отражаются личностные особенности в сексуальном поведении?
9. Назовите признаки и причины сексуальных дисгармоний.
10. В чем заключаются особенности сексуальных отношений лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями?
11. Перечислите направления и способы психотерапевтического консультирования при сексуальных дисгармониях.

### **Литература**

1. *Ван-де-Вельде*. Супружество и техника идеального брака. – Рига, 1991.
2. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология. – М., 1986.
3. *Каплан Х. С.* Сексуальная терапия. – М.: Класс, 1994.
4. *Комфорт А.* Радость секса. – Екатеринбург, 2000.
5. *Кон И. С.* Введение в сексологию. – М., 1988.
6. *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. – М., 1991.
7. *Кратохвил С.* Терапия функциональных сексуальных расстройств. – М., 1985.
8. *Мастере У., Джонсон В., Колодны Р.* Мастере и Джонсон о любви и сексе. – СПб.: Ретур, 1991.
9. *Прокопенко Ю. П.* Физиология и патология интимной жизни. – М.: Знание, 1989. - Вып.7.
10. *Свядоц А. М.* Женская сексопатология – М., 1991.
11. Справочник: сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990.
12. *Шнабль З.* Мужчина и женщина. Интимные отношения. – Кишинев, 1982.
13. *Яффе М., Фенвик Э.* Секс в жизни женщины. – М.: Медицина, 1992.
14. *Яффе М., Фенвик Э.* Секс в жизни мужчины – М.: Медицина, 1990.

## Глава 14. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

Во все времена глобальные эпидемии, затрагивая судьбы целых поколений, неизбежно приводили к переоценке ценностей и изменению мировоззрения современников своей эпохи. Следствием подобных метаморфоз неизбежно становилось изменение сложившихся моделей поведения с учетом вновь возникших условий, когда следование прежним паттернам создавало угрозу безопасности, а то и жизни человека. Разумеется, изменения такого рода не происходили, да и не могли происходить мгновенно – как правило, для этого требовались годы, десятилетия и даже века. В этом отразилась ригидность общественного сознания, однако же неминуемость адаптации поведенческих реакций во многом определила выживание нашей цивилизации.

Ученые всего мира, специалисты в различных областях не могли оставаться в стороне и вступили в борьбу против эпидемии ВИЧ/СПИДа. Разумеется, степень вовлеченности и способы участия в движении против разворачивающейся глобальной эпидемии определяются спецификой той или иной области научного знания. Если приоритеты естественно-научного знания связаны с работой по созданию вакцины, то специалисты-психологи и социологи задались вопросом о том, возможно ли изменение общественного сознания, а также мировоззрения и поведения каждого отдельного человека таким образом, чтобы свести к минимуму вероятность заражения или последующего распространения ВИЧ-инфекции. Именно эти цели определили направления работы по *первичной и вторичной профилактике ВИЧ/СПИДа*.

Практически сразу после того, как был открыт вирус ВИЧ и идентифицированы пути его передачи, возникло понятие «групп риска» (*risky groups*), или, как сегодня их принято называть, «уязвимых групп» (*vulnerable groups*), отличительной особенностью которых стала распространенность определенных моделей поведения, создающих повышенный риск заражения ВИЧ, – именно они в первую очередь стали объектом внимания специалистов-превентологов.

Возникло понятие **рискованного поведения**, под которым принято понимать те или иные поведенческие проявления, создающие угрозу инфицирования ВИЧ, а именно употребление наркотиков и незащищенные сексуальные контакты.

Поскольку стало известно, что опасность заражения ВИЧ-инфекцией создают незащищенные сексуальные контакты и инъекционное употребление наркотиков общим инструментарием, категорию групп риска составили инъекционные потребители наркотиков, а также люди, занимающиеся коммерческим сексом и ведущие беспорядочную сексуальную жизнь. Но было бы некорректно выделять отдельные группы населения как единственно уязвимые, так как возникает иллюзия, будто все остальные, будучи в полной безопасности, могут игнорировать проблему, не придавая распространению эпидемии ни малейшего значения. Во-первых, подобное разделение неминуемо порождает стигматизацию лиц, подвергающихся наибольшей опасности инфицирования, а во-вторых, становится причиной преступной беспечности «благополучных граждан».

Вне всякого сомнения, эпидемия ВИЧ/СПИДа носит подчеркнуто социальный характер, в связи с чем превентивные действия следует проводить с учетом закономерностей формирования общественного сознания и отношения общества к глобальным явлениям разного рода, к каковым можно смело причислить эпидемию ВИЧ/СПИДа.

### ***Модели поведенческих изменений в свете проблемы ВИЧ/СПИДа***

В поисках наиболее эффективных путей и методов превенции специалисты разработали ряд моделей, в основу которых положены различные конструкты, их структура и динамика взаимодействия.

**Модель представлений о здоровье.** Модель представлений о здоровье была впервые разработана задолго до открытия вируса ВИЧ, в 1950-е гг., для того чтобы объяснить индивидуальные реакции на симптомы болезни, диагнозы, лечение и то, почему люди не участвуют в акциях по общественному здоровью и в медицинских

программах (Rosenstock, Strecher & Becher, 1994). Эта модель строится на традиционной социальной психологии и основывается на тезисе о том, что восприятие личной угрозы служит неотъемлемой предпосылкой осуществления превентивных действий. Модель представлений о здоровье включает в себя 4 основных компонента:

1. индивидуальные различия, которые влияют на поведение;
2. субъективное ощущение уязвимости и серьезности угрозы для здоровья;
3. ценности и ожидания от совершенных действий, в том числе предполагаемые выгоды, препятствия, эффективность и необходимые затраты;
4. «рычаги» во внешней среде, запускающие действие. Считается, что представления об угрозе потенциального риска и возможных исходах формируют готовность действовать, в результате чего представления играют для поведения каузальную роль. Таким образом, модификация системы представлений влечет за собой поведенческие изменения.

Субъективные суждения об уязвимости и серьезности угрозы опосредуются множеством факторов. Прежде всего на превентивные действия человека могут подталкивать внешние и внутренние «рычаги». К защитному поведению человека могут побуждать такие внутренние факторы, как состояние его организма, включая соматические ощущения, а также события вокруг него, например сообщения в средствах массовой информации, и т. д. (Rosenstock, Strecher & Becher, 1994). Представления могут также быть опосредованы социодемографическими характеристиками, личностными особенностями и другими факторами индивидуальных различий.

Осознает ли большинство людей, что ВИЧ-инфекция и смерть от СПИДа – это серьезные проблемы? По-видимому, да. Тем не менее страх смерти или восприятие смерти как серьезной проблемы не всегда присутствует у людей, принадлежащих к группам повышенного риска. В исследовании, посвященном риску ВИЧ среди молодых людей, Хейз и его коллеги (Hays, Kegeles & Coates, 1990) приводят пронзительные слова ВИЧ-позитивного респондента: «Кажется, никому не будет никакого дела, если я умру». Нужно также уделить определенное внимание вероятности того, что осознание тяжести быть отвергнутым и нелюбимым зачастую перекрывает осознание тяжести инфекции и таким образом приводит к занятиям небезопасным сексом.

Большинство показателей тяжести СПИДа, которые нам удалось найти, касались той тревоги, которую порождает СПИД. Например, показатель индивидуальной тяжести, который Монтгомери и его коллеги (1989) использовали в исследовании гомосексуалистов в Чикаго, касается «стресса, связанного со СПИДом, с самого начала и до последних дней». Разумеется, у тех, кто воспринимает СПИД как серьезное заболевание, вероятно, обнаружатся и тревога, и беспокойство. Однако тревога по поводу СПИДа будет оставаться незначительной до тех пор, пока человек не почувствует себя *уязвимым* перед СПИДом.

Данные исследований свидетельствуют о том, что модель представлений о здоровье можно применять к проблеме снижения риска ВИЧ-инфекции, где ощущение уязвимости перед СПИДом, представление о серьезности его, отношение к мерам по снижению риска и такие факторы внешней среды, как знакомство с человеком с диагнозом СПИД, сопоставляются с интересом, проявляемым человеком к шагам, позволяющим снизить персональный риск.

Говоря о модели представлений о здоровье, необходимо отметить, что это модель «ценностей и ожиданий». Практически все ее компоненты, за исключением побуждения к действию и введенной позже саморезультативности (осознание уязвимости, тяжести, препятствий, выгод), носят когнитивный характер, что накладывает значительные ограничения на ее применение, скажем, в работе с наркозависимыми, поскольку, как известно, когнитивная функция у наркоманов снижена и апеллировать к ней нецелесообразно.

Практика показала, что модель хорошо работает, если необходимо провести разовые превентивные акции, скажем, скрининговое исследование, вакцинацию и т. п., но не затрагивает такие фундаментальные вещи, как образ жизни, укоренившиеся привычки, стабильные модели поведения.

**Социальная когнитивная теория.** Социальная когнитивная теория строится на предположении, что поведение человека, влияние внешней среды, отношения и представления носят интерактивный и взаимозависимый характер.

Социальная когнитивная теория объясняет жизнедеятельность человека через триаду взаимообуславливающих компонентов:

1. личностные детерминанты – когнитивные, аффективные и биологические факторы;
2. поведение;
3. влияния внешней среды.

Тем не менее центральное место в социальной когнитивной теории занимает феномен **саморезультативности**, определяемый как «способность человека организовать и реализовать действие в определенном направлении, необходимое для достижения чего бы то ни было» (Bandura, 1997). Саморезультативность связывают с выполнением особых действий в особых условиях и, следовательно, отличают от ожидания исхода, самооценки и осознаваемого контроля.

Осознание саморезультативности связано с представлениями людей о том, что они могут контролировать собственную мотивацию, мыслительные процессы, эмоциональные состояния и модели поведения. Представления людей о своих способностях определяют их выбор в каждой конкретной ситуации, то, насколько они мобилизуют собственные силы; какое упорство они проявляют перед лицом трудностей, подвержены ли они удручающим или воодушевляющим раздумьям, и количество стрессов и депрессий, которые они переживают в пиковых ситуациях. Когда людям не хватает саморезультативности, им не удастся эффективно разрешать ситуации, даже если они знают что делать и владеют необходимыми навыками. Сомнения в собственных силах перевешивают знания и стремление предпринимать охранительные действия.

Связь осознания самоэффективности с поведением, укрепляющим или подрывающим здоровье, была предметом многочисленных научных исследований (Bandura, 1991a; O'Leary, 1985). Результаты свидетельствуют, что осознание саморезультативности может затрагивать все этапы личностных изменений, например: рассматривает ли человек вероятность изменения собственных привычек, связанных со здоровьем; насколько настойчиво он пытается придерживаться выбранного пути; как велики произошедшие изменения и насколько легко удастся придерживаться достигнутого. Помимо влияния на привычки, связанные со здоровьем, низкая результативность совладания со стрессами активирует вегетативную, катехоламинаковую и эндогенную опиоидные системы, которые могут нарушить иммунную функцию (Bandura, 1991a; Maier, Laudenslager & Ryan, 1985).

Социальная когнитивная теория объясняет человеческое функционирование с точки зрения традиционной взаимной обусловленности (Bandura, 1986). Эффективные программы масштабных изменений поведения, вредного для здоровья, включают 4 основных компонента. Первый из них – информационный, предназначен для повышения уровня информированности о поведенческом риске и осознания его. Второй компонент затрагивает развитие социальных и навыков саморегуляции, необходимых, чтобы трансформировать беспокойство по поводу полученной информации в эффективное превентивное действие. Третий компонент нацелен\* на закрепление навыков и формирование саморезультативности путем предоставления возможности практиковаться под руководством извне и корректирующей обратной связи в отношении применения полученных навыков в ситуациях высокого риска. И последний компонент предполагает стремление заручиться социальной поддержкой желаемых личностных изменений.

**Теория обусловленного действия.** Как и модель представлений о здоровье, теория обусловленного действия уходит своими корнями в традиционную социальную психологию. Разработанная Фишбеином (Fishbein), эта теория была призвана объяснить человеческое поведение и потому нашла применение в широком спектре поведенческих практик, связанных со здоровьем (Fishbein & Ajzen, 1975).

Предложенная в 1967 г., теория обусловленного действия небезуспешно использовалась, чтобы объяснить, почему люди оказываются вовлеченными в такой широкий ряд поведенческих практик, как курение, употребление алкоголя, участие в терапевтических программах, пользуются контрацептивами, придерживаются диеты, пользуются ремнями безопасности, занимаются физкультурой и т. д.

В теории обусловленного действия когнитивные процессы, в частности установки в отношении поведения и осознаваемые нормы, порождают намерения, которые символизируют только один шаг прочь от того или иного действия. Сами намерения осуществлять различные формы поведения детерминированы установками, представлениями и перцепциями, каждая из которых, в свою очередь, подвержена влиянию социального контекста и индивидуального опыта человека. Установки и представления, или социальные нормы, разделяемые членами сообщества, служат мощными социальными двигателями, которые воздействуют на намерения и поведение. Таким образом, изменения поведения связаны с основополагающими структурами установок, представлений и восприятия (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994).

Ключевым конструктом здесь служит намерение, которое также определяется по четырем категориям (действие, цель, контекст и время), а также отношением человека к поведению (установкой) и субъективными нормами.

В отличие от других моделей теория обусловленного действия предполагает баланс между внутренним отношением человека и внешним прессингом, выражающимся в позиции значимых других. Фундамент же этой структуры, как и в предыдущих моделях, опирается на когнитивные структуры.

Для успешного проведения интервенции, согласно данной модели, необходимо:

- 1) выбрать и как можно более точно определить поведение, которое хотим изменить;
- 2) эмпирически определить когнитивные детерминанты (представления) данного поведения.

Неоспоримое достоинство данной модели – точность определения каждого конструкта, а взаимосвязь между ними представлена в виде математических формул, приводить которые здесь было бы слишком утомительно, но по сравнению с размытостью формулировок и многозначностью интерпретаций в других моделях подобная скрупулезность дает преимущество: максимально точно просчитать структуру интервенции. Именно благодаря этому данная модель используется для проведения интервенций, направленных на очень узкий поведенческий репертуар, например внедрение практики промывания шприцев в среду подростков-наркоманов.

**Транстеоретическая модель.** Транстеоретическая модель была разработана в качестве всеобъемлющего описания процесса изменения, затрагивающего целый ряд поведенческих сфер (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Первоначально разработанные на основе сравнительного анализа основных психотерапевтических систем, стадии изменения просчитаны таким образом, что образуют континуум, который простирается от неизменяемости через готовность действовать к действию. Модель предполагает, что люди проходят некую последовательность процессов изменения, которые диктуются уровнем мотивации и поведением. Предварительный анализ представляет собой первую стадию процесса изменений, когда человек еще не осознает потенциальную проблему и не имеет ни малейшего намерения что-то менять. Вторая стадия – анализ предполагает, что человек осознает потребность изменить поведение и собирается что-то менять, после чего наступают стадии подготовки, планирования и готовности к действию. На следующей стадии человек предпринимает определенные шаги для претворения в жизнь поведенческих изменений. И наконец, наступает стадия сохранения, характеризующаяся тем, что предпринимаются усилия для поддержания достигнутых поведенческих изменений. Кроме того, модель описывает возможные рецидивы более ранних поведенческих паттернов (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi & Velicer, 1994). Успешность прохождения этих стадий варьирует в зависимости от личностных особенностей каждого человека и специфики поведенческих изменений.

## **Сексуальность и СПИД**

Коль скоро мы решаемся затронуть такую тонкую область, как сексуальность, невозможно не упомянуть о значении для этой сферы человеческой жизни эпидемии ВИЧ/СПИДа, оказавшей колоссальное влияние на сексуальное поведение и самосознание наших современников.

Претворение в жизнь знаний о здоровье и эффективных охранительных действий против СПИДа требует овладения социальными навыками и навыками саморегуляции, а также осознания собственного потенциала по части контроля над своим сексуальным поведением и действиями, связанными с употреблением наркотиков, – двумя основными путями передачи ВИЧ-инфекции. Как совершенно справедливо отметили Гэгнон и Саймон (Gagnon & Simon, 1973), управление сексуальностью предполагает управление интерперсональными взаимоотношениями. Таким образом, с целью снижения вреда необходимо скорее усиление интерперсональной результативности, чем просто изменение каких-то определенных поведенческих моделей. Главная задача – не научить людей техникам безопасного секса (овладеть ими совсем несложно), а вооружить их навыками и верой в себя, которые позволили бы им постоянно использовать теоретические знания на практике, даже при встрече с сопротивлением. Проблемы с реализацией техник безопасного секса часто возникают потому, что самозащита вступает в конфликт с межличностными отношениями и прессингом. В этих ситуациях интерперсонального взаимодействия власть угрозы насилия, соблазны, поиск социального принятия, социальный прессинг, ситуативное принуждение, страх быть отвергнутым, личные затруднения могут оказаться весомее самых обдуманых суждений. Женщины менее всего верят в свою способность контролировать давление, оказываемое привлекательным партнером с целью склонить к незащищенному половому акту, потенциально создающему угрозу инфицирования ВИЧ (Kasen, Vaughan & Walter, 1992). Опыт вступления в нежелательный половой контакт по принуждению, что не так уж и нередко, снижает присущее женщине ощущение саморезультативности в инициации безопасного секса (Heinrich, 1993). Чем слабее осознание саморезультативности, тем больше социальные и аффективные факторы повышают вероятность рискованного сексуального поведения.

Личный контроль за сексуальным поведением, создающим риск инфицирования, требует развития навыков и саморезультативности в открытом обсуждении вопросов секса, методов защиты от инфекции и обеспечении их применения. Некоторые из тех, кто осознает степень личного риска получить инфекцию, передаваемую половым путем, сокращают число половых партнеров и с большей осторожностью относятся к сексу со случайными партнерами. Незнание особенностей сексуальной жизни партнера и употребления им наркотиков становится еще одним новым фактором риска. Но основывать свою самозащиту на рассказах партнеров об их сексуальной жизни и опыте употребления наркотиков отнюдь не безопасно. Усердие в сексе и контроль над собственными впечатлениями нейтрализуют факты рискованного поведения благодаря откровенным признаниям партнера. Большинство людей, имеющих постоянные партнерские отношения, не считают нужным прибегать к защитным мерам, поскольку уверены в моногамности и отрицательном ВИЧ-статусе своего партнера. Как правило, молодые люди проходят через ряд подобных отношений, в результате чего их опыт включает несколько партнеров, чей ВИЧ-статус им не был известен. Более того, эпидемиологические исследования выявляют, что большинство «моногамных» пар являются таковыми лишь на словах, а не на практике. Поскольку вирус СПИДа передается гетеросексуальным путем, половые контакты со случайными партнерами вне стабильных отношений, особенно с бисексуалами и теми, кто так или иначе причастен к употреблению наркотиков, создают ряд потенциальных рисков и для ге-теросексуалов.

Субъективная оценка риска инфицирования ВИЧ чрезвычайно ненадежна, так как ВИЧ-инфекция долго протекает бессимптомно, и сексуальная жизнь ВИЧ-инфицированных и употребление ими наркотиков до поры остаются их частным делом. Не имея достаточной информации об истории поведения и ВИЧ-статусе сексуальных

партнеров, люди чаще всего основываются в своих суждениях на их внешности и социальном положении, которые могут оказаться весьма обманчивыми. Согласно имеющимся данным, большинство мужчин солгали бы о своем сексуальном прошлом ради того, чтобы добиться сексуального контакта (Keeling, 1989), тогда как попытки защититься посредством расспросов создают лишь иллюзию безопасности. На самом деле чем больше человек уверен в своей способности оценить статус партнера на основании расспросов, тем с большей вероятностью он вступит в незащищенный половой контакт (O'Leary, Jemmott & Boccher-Lattimore, 1992). Поэтому усилия по выработке коммуникативной саморезультативности следует в большей степени сосредоточить на формировании навыков обсуждения безопасных сексуальных практик, нежели на историях сомнительной достоверности.

Даже те, кто хорошо осведомлен о способах безопасного секса, нередко ошибаются в субъективных оценках степени своей подверженности риску инфицирования ВИЧ. Бауман и Зигель (1987) обнаружили, что гомосексуалисты, практикующие опасный секс, недооценивают рискованность своего поведения. Неверная оценка степени риска сексуального поведения, как правило, связана с недооценкой личной уязвимости перед инфекцией, с мифом о том, что рискованный секс с немногочисленными постоянными сексуальными партнерами безопасен, и заблуждением, что предосторожности, в реальности не дающие никакого эффекта (принятие душа до и после полового контакта; соблюдение режима; изучение партнера на предмет поражений), компенсируют опасность рискованных контактов. Такие данные подчеркивают необходимость информирующих посланий по снижению риска, в которых не только описываются рискованные сексуальные действия, но и развенчиваются расхожие мифы о не относящихся к делу факторах, окружающих рискованный секс ореолом иллюзорной безопасности.

«Укрощая» собственную сексуальность и отказываясь от внутривенного употребления наркотиков, люди сталкиваются с необходимостью осуществлять контроль над собой, равно как и над другими. Это требует навыков саморегуляции при мотивации и управлении собственными действиями.

**Саморегуляция** действует через внутренние стандарты, аффективные реакции на поведение человека, привлечение мотивирующих механизмов самостимуляции и других форм когнитивного саморегулирования (Bandura, 1986, 1991). Таким образом, навыки саморегуляции формируют интегральную часть способностей к снижению риска. Они частично детерминируют социальные ситуации, в которых оказываются люди, то, насколько удачно они из них выходят и насколько эффективно они противостоят социальному провоцированию к потенциально рискованному поведению. Нечасто встретишь, чтобы люди сознательно «впутывались» в очень рискованные предприятия. Чаще они делают целый ряд невинных на первый взгляд выборов, которые в конце концов выливаются в рискованное поведение. Таким образом, эффективная саморегуляция требует навыков самомониторинга с целью осознания и пресечения потенциально порочных сценариев в самом начале цепочки зловещих решений. Легче контролировать поведение, связанное с принятием предварительных решений, грозящих вылиться в сложные социальные ситуации, чем выпутываться из таких ситуаций. Вот почему первая фаза включает преимущественно предупреждающие мотиваторы, подлежащие когнитивному контролю; фаза вовлеченности вносит более сильные социальные «соблазны».

Убеждение людей, что они сами могут мотивировать себя и управлять собственным поведением, играет решающую роль в том, задумаются ли они об изменении связанных со здоровьем привычек. Они не видят смысла даже в попытке изменения, если полагают, что не в их силах управлять своим поведением и поведением других. Даже те, кто разделяет идею о том, что их вредные привычки, возможно, наносят ущерб здоровью, не слишком преуспевают в ограничении или пресечении такого поведения до тех пор, пока не наберутся сил противостоять подстрекателям. Это наблюдение получило подтверждение в лонгитюдном исследовании сексуального



поведения мужчин-гомосексуалистов, которое проводил Мак-Касик с коллегами (McKusick, Wiley, Coates & Morin, 1986). Исследователи оценивали выраженность нескольких психологических факторов, возможно, влияющих на сексуальное поведение, связанное с риском. Среди них:

- осознание угрозы потенциального инфицирования вирусом СПИДа;
- степень поддержки окружающими;
- принятие безопасного сексуального поведения;
- наличие социальных навыков, необходимых для осуществления охранительного сексуального поведения;
- уровень самооценки;
- осознание саморезультативности, т. е. того, что человек может предпринимать определенные действия, которые уменьшают риск инфицирования ВИЧ.

Вера в способность контролировать собственное сексуальное поведение оказалась самой надежной предпосылкой рискованного сексуального поведения. Чем ниже осознание саморезультативности, тем выше вероятность вовлечения в сексуальную активность, создающую высокий риск инфицирования ВИЧ. Уровень чувства результативности у мужчин, часто посещавших бары и бани, был ниже, чем у тех, кто придерживался моногамных взаимоотношений. Кроме того, социальные навыки реализации защитного сексуального поведения тоже, как оказалось, связаны с сексуальными практиками низкого риска.

Роль осознания саморезультативности в принятии и приверженности охранительному поведению подтверждается и в других направлениях исследования. Хотя люди признают, что практики безопасного секса снижают риск инфицирования, они не прибегают к ним, если полагают, что не в силах контролировать свои сексуальные контакты (Siegel, Mesagno, Chen & Christ, 1989). Осознание саморезультативности при использовании презервативов служит предпосылкой безопасной сексуальной активности и у подростков (Basen-Engquist & Parcel, 1992; Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Jemmott, Jemmott, Spears, Hewitt & Cruz-Collins, 1991; Kasen et al., 1992), и у взрослых (Brafford & Beck, 1991; Heinrich, 1993; O'Leary et al., 1992). Употребление алкоголя и наркотиков в контексте сексуальной активности стимулирует сексуальное поведение с высоким риском инфицирования. Алкоголь и наркотики снижают осознанную способность человека придерживаться правил безопасного секса (Kasen et al., 1992; Rosenthal, Moore & Flynn, 1991). Среди потребителей наркотиков осознание саморезультативности предопределяет успешность регулярного использования чистых игл и презервативов во время контактов с сексуальными партнерами (Kok, deVries, Mudd & Strecher, 1991).

Распространяющаяся угроза СПИДа повлекла за собой значительные изменения сексуального поведения в сообществе гомосексуалистов, что проявилось в сокращении числа рискованных половых актов и количества сексуальных партнеров. В лонгитюдном исследовании предпосылок Мак-Касик и его коллеги обнаружили, что мощное чувство результативности в осуществлении защитного контроля, принадлежность к группам, которые возвели безопасный секс в разряд нормы, и знание ВИЧ-статуса – значимые предпосылки устойчивого сокращения сексуальных практик, создающих высокий риск (McKusick, Coates, Morin, Pollack & Hoff, 1990).

Что касается сексуальной сферы, то наше общество всегда испытывало трудности, когда нужно было откровенно обсуждать вопросы секса и доносить до людей информацию сексуального толка. Поскольку родители обычно отлынивают от исполнения этой образовательной функции, большинство подростков черпают азы сексуальных знаний из источников за пределами дома, зачастую менее заслуживающих доверия и уважения, или обогащаются ими вследствие сексуального экспериментирования на фоне полного вакуума соответствующей информации.

Еще больше усугубляют ситуацию некоторые общественные секторы, активно лоббирующие сохранение завесы молчания, которая покрывает охранительные сексуальные действия, апеллируя к точке зрения, что подобная информация спровоцирует сексуальную неразборчивость. С их точки зрения, панацеей от распространения эпидемии

СПИДа может стать национальная кампания целебата для несостоящих в браке и гомосексуалистов и жесткая моногамия брачных союзов. Они выступают против образовательных программ в школах, где говорится о способах секса, которые обеспечивают защиту от СПИДа.

Общий результат состоит в том, что многие из наших общественных образовательных кампаний по проблеме СПИДа проводятся в десексуализированных поколениях и нередко оставляют их в полном неведении. Для большинства подверженных риску ВИЧ такие отдающие санитарным запахом выражения, как «обмен телесными жидкостями», часто не только неинформативны, но и могут ввести в заблуждение, наделив безопасные телесные вещества мнимой инфицирующей способностью. Даже те, кто уже поднаторел в расшифровывании загадочных медицинских формулировок, не всегда понимают, о чем говорится в превентивном сообщении. Например, программа настойчивой кампании, проходившей в университетском городке и длившейся целую неделю, включала лекции для студентов, бесчисленные дискуссии в комиссиях, презентации в общежитиях и распространение презервативов, причем все это широко освещалось в университетской газете. Систематическая оценка студенческих представлений и сексуального поведения, проведенная несколько недель спустя, выявила, что больше четверти студентов не знают, что такое «безопасный секс», а некоторые из них имеют ошибочные представления о техниках безопасного секса, что, в сущности, создает высокий риск инфицирования (Chervin & Martinez, 1987). Прочие данные, полученные в ходе этого исследования, которые еще будут рассматриваться далее, свидетельствуют о том, что попытки изменить сексуальное поведение, делая ставку только на информацию, серьезно ограничиваются.

Просто убедить людей, что они должны отказаться от рискованных привычек, недостаточно. Многие практикуют рискованное сексуальное поведение и опасное употребление наркотиков, невзирая на высокую степень информированности. Людям необходимо дать руководство о том, как трансформировать свои тревоги в эффективные действия. В уже упоминавшемся выше исследовании в университетском городке (Chervin & Martinez, 1987) выяснилось, что после массовой образовательной кампании менее половины сексуально активных студентов использовали методы безопасного секса, направленные на защиту от инфекций, передающихся половым путем. Большинство из них просто избегали заговаривать об этом со своими сексуальными партнерами. Исследования, проводившиеся в других университетах, также показали, что большинство сексуально активных студентов, осведомленных о СПИДе, не практиковали безопасный секс (Edgar, Friemuth & Hummond, 1988). В среде городской молодежи не наблюдается высокого уровня осведомленности о СПИДе; более того, даже зная ВИЧ-инфицированных и умерших от СПИДа людей, молодые люди не отказываются от поведения, создающего высокий риск инфицирования (Stiffman, Earls, Dore & Cunningham, 1992). Мак-Касик с коллегами (McKusick, Horstman & Coates, 1985) обнаружили, что гомосексуалисты примерно одинаково осведомлены о методах безопасного секса, защищающих от ВИЧ-инфекции, но те, у кого низкий уровень ощущения результативности управления собственным поведением и сексуальными взаимоотношениями, не могут действовать в соответствии с имеющимися у них знаниями.

Компетентность непременно предполагает обширную практику, и это абсолютно справедливо также в области управления интерперсональными аспектами сексуальности. После того как люди приобрели знания о новых навыках и социальных стратегиях, им следует предоставить возможность совершенствования этих навыков под соответствующим руководством. Поначалу тренировка проходит в искусственно моделируемых условиях, где перед людьми ставится задача: научиться не бояться совершить ошибку или выглядеть нелепо. Этого легче всего добиться в ходе ролевой игры, когда они учатся справляться с ситуациями, с которыми сталкиваются в общественной жизни. Они получают информативную обратную связь о том, насколько им это удается и какие корректирующие изменения необходимо ввести. Такая тренировка продолжается до тех пор, пока вырабатываемые навыки не достигнут уровня

непроизвольного выполнения.

Значительная роль, которую играет осознание саморезультативности в регулировании сексуальной активности, отмечалась в исследованиях по использованию средств контрацепции девушками-подростками, подверженными высокому риску, поскольку они часто вступают в незащищенные половые контакты (Kasen et al., 1992; Levinson, 1986). Эти данные показывают, что осознание саморезультативности в управлении сексуальными взаимоотношениями связано с более эффективным использованием контрацептивов. Данная прогностическая взаимосвязь сохраняется, когда контролируемые переменные рассматриваются в контексте демографических факторов, знаний и сексуального опыта.

Гилхрист и Шинке (Gilchrist & Schinke, 1983) применили основные черты многокомпонентной модели личностного изменения для того, чтобы научить подростков держать под контролем ситуации сексуального характера в целях самозащиты. Подростки получили фактическую информацию о поведении, создающем высокую степень риска, и о том, как предпринимать защитные меры. Путем моделирования их учили откровенно обсуждать вопросы сексуального характера и контрацептивы, разрешать конфликты, возникшие на почве сексуальных проблем, и противостоять нежелательным сексуальным претензиям. Подростки отрабатывали применение этих навыков, проигрывая искусственно смоделированные ситуации, и получали обратную связь в форме инструкций. В результате реализации данной программы саморегуляции значительно выросла степень осознания саморезультативности, а также были выработаны навыки управления сексуальностью. Ботвин и его коллеги на базе школ проводят колоссальную по своему размаху программу, которая формирует общие навыки саморегуляции управления сексуальным поведением и противостояния социальному давлению, подталкивающему к употреблению наркотиков и алкоголя (Botvin & Dusenbury, 1992).

Джеммотты разработали и запустили в работу программу превенции СПИДа, включающую основные элементы модели саморегуляции, дополнив ее деталями, развенчивающими мифы о том, будто использование презерватива уменьшает сексуальное удовольствие. Участникам дают информацию о причинах, передаче и превенции ВИЧ. Под руководством специалиста они проходят тренинги для усиления ощущения результативности обсуждения использования презервативов и контролирования ситуации. Их учат тому, как сделать использование презервативов более эротичным и тем самым устранить психологический барьер перед их использованием (Jemmott & Jemmott, 1992). В результате реализации этой программы было замечено существенное снижение риска среди юношей-подростков афро-американского происхождения (Jemmott et al., 1992). При последующей оценке полезности этой программы оказалось, что те, кто лучше был осведомлен о риске инфицирования, менее привержены рискованным практикам и сообщали о более низком уровне рискованного сексуального поведения с несколькими сексуальными партнерами по сравнению с членами контрольной группы. Джеммотт и его коллеги сравнивали свою социальную когнитивную программу с информационными интервенциями, которые повышали уровень информированности либо о превенции СПИДа, либо об общей пропаганде здоровья (Jemmott et al, 1991). Участницами были сексуально активные афро-американские девушки-подростки, которых рекрутировали в клиниках планирования семьи, обслуживавших сообщество бедных семей. По сравнению с интервенцией, сводившейся только к информированию, со-циокогнитивная программа позволяла достигать большего чувства саморезультативности в преодолении препятствий при использовании презервативов.

Подводя некоторые итоги, можно сказать: по всей видимости, наше общество, метнувшееся из одной крайности, когда в стране «секса не было», в другую – нарочитую сексуальную раскрепощенность и демонстративную бесконтрольность, до сих пор не готово признать, что сексуальность как сфера, к которой нам еще предстоит сформировать лишенное тенденциозности отношение, на данном этапе становится

областью, где необходимо сделать еще очень многое, чтобы научиться уверенно противостоять эпидемии ВИЧ/СПИДа.

### **Психологические факторы рискованного поведения**

Известно, что сексуальное поведение, рискованное с точки зрения ВИЧ-инфекции, связано с некоторыми индивидуальными различиями. Представления о СПИДе, восприятие риска и сексуальные мотивы связаны с рискованным поведением в различных популяциях. Результаты самых разных исследований доказывают, что индивидуальные показатели (склонность к риску, поиск ощущений, сексуальный авантюризм и т. д.) связаны с поведением, которое повышает риск ВИЧ-инфекции.

**Особенности личности.** Личностные характеристики (самооценка, уровень нейротизма, присутствие антисоциальных тенденций) являются устойчивыми коррелятами сексуальной активности. К сожалению, большинство исследований личности и сексуальности не учитывали связь с ВИЧ-инфекцией. Импульсивность и сексуальный самоконтроль, например, определяют модели сексуального поведения, которое соотносится с риском ВИЧ-инфекции в соответствующих популяциях.

Склонность к риску, по-видимому, выступает катализатором рискованного сексуального поведения. Наиболее широко изучена предрасполагающая к риску особенность личности – **поиск ощущений** (*sensation seeking*), который тоже определяется как коррелят риска передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Цукерман (Zuckerman) определил поиск ощущений как тенденцию к получению новых, возбуждающих и оптимальных уровней стимуляции и активации.

**Поиск ощущений** представляет собой многомерный личностный конструкт, включающий такие элементы, как склонность испытывать скуку, авантюризм, стремление к впечатлениям и новизне и избегание вреда, каждый из которых фигурирует в исследованиях сексуального поведения, рискованного с точки зрения ВИЧ-инфекции.

Исследования с участием студентов колледжа, подростков и женщин демонстрируют четкую связь между поиском ощущений и высокорискованным сексуальным поведением. Исследования мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, также выявили, что поиск ощущений предопределяет рискованные сексуальные практики. Австралийские исследователи обнаружили, что молодые мужчины, вступающие в незащищенные анальные контакты с анонимными партнерами, занимались этим, потому что им было скучно, хотелось встряхнуться, получить эмоциональную разрядку. Результаты исследования «Совладание и изменения» (*Coping & Change Study*) в когорте города Чикаго свидетельствуют, что сексуальный авантюризм значимо связан с регулярными занятиями незащищенным анальным сексом. Среди гетеросексуальных мужчин, обращающихся в венерологические клиники, те, которые сообщали о нерегулярном пользовании презервативами, демонстрировали более высокие оценки по показателям импульсивности и авантюризма, чем те, которые пользовались презервативами постоянно. Совокупность этих данных доказывает наличие связи между личностными характеристиками, сексуальным поведением и ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Результаты изучения гомосексуалистов и бисексуалов, участвовавших в семинарах по безопасному сексу, также показали, что поиск ощущений предопределяет высокоопасный секс. Используя шкалу, предложенную Цукерманом в работе *Experience seeking scale*, а также шкалу, разработанную специально для оценки поиска ощущений в сексуальном контексте и поиска сексуальных ощущений, Каличман и др. (Kalichman, Heckman & Kelly, 1996) выяснили, что поиск ощущений значимо предопределяет вступление в незащищенные анальные связи, даже если рассматривать употребление психоактивных веществ как часть сексуального контакта. Эти данные свидетельствуют о том, что поиск ощущений может определять широкий ряд поведенческих проявлений, среди которых рискованное сексуальное поведение – это только одна из поведенческих сфер в рамках общей предрасположенности к риску. Представление о том, что поиск ощущений определяет множество рискованных поведенческих проявлений, соотносится

с теоретической формулировкой поиска ощущений как черты, определяющей широкий спектр проявлений активности, не только сексуальной. Это также согласуется с биологическими основами и результатами исследований, которые выявили генетические переменные, соответствующие особенностям личности, сопровождающим поиск ощущений.

Дополнительные доказательства связи между личностными характеристиками и рискованным поведением были получены в ходе исследований сексуального авантюризма – конструкта, концептуально связанного с поиском ощущений. Сексуальный авантюризм оценивался в течение двух лет в ходе девятилетнего когортного исследования, проводившегося в Чикаго с использованием вопросов, отражающих слабый контроль импульсивности, стремление к риску и опасности в связи с целым рядом сексуальных практик. Ди Франческо и др. (DiFranceisco, Ostrow & Chemil, 1996) обнаружили, что мужчины, ставшие впоследствии ВИЧ-инфицированными, имели значительно более высокие оценки по показателю сексуального авантюризма в начале исследования по сравнению с ВИЧ-негативной контрольной группой. У 79% заразившихся мужчин оценка по шкале сексуального авантюризма превышала средние показатели по сравнению с 44% мужчин, не заразившихся ВИЧ. 50% из тех, у кого произошло заражение, были «искателями приключений» (в контрольной группе таких было 20%, что свидетельствует о том, что у мужчин с высокими оценками по сексуальному авантюризму риск заражения в 3,9 раза больше). В этом исследовании были получены исключительные по своей ценности данные, подтверждающие, что личностные характеристики, связанные со склонностью к риску, отчасти определяют распространяемость ВИЧ-инфекции.

Другая личностно-детерминированная переменная, связанная с рискованным сексуальным поведением, – картина будущего. Например, Фратчей с коллегами (Frutchey, Blankenship, Stall & Henne, 1995) сообщают, что многие мужчины-гомосексуалисты в Сан-Франциско считают, что в будущем им «ничего не светит» и придерживаются фаталистской точки зрения на проблему ВИЧ-инфекции. Впоследствии эти данные подтверждались в ходе масштабного исследования, проводившегося на выборке гомосексуалистов и бисексуалов, принимавших участие в гей-фестивале (Kalichman, Kelly, Morgan & Rompa). Мужчины, вступающие в незащищенные анальные контакты с кем-то, кроме своего постоянного партнера, сообщали о фаталистском взгляде на будущее («Мое будущее кажется мне мрачным», «Иногда мне кажется, что мне не на что рассчитывать») чаще, чем те мужчины, которые занимались безопасным сексом. Эти результаты перекликаются с данными, которые получили Рофспен и Рид (Rothspan & Read, 1996): студенты колледжа с позитивным взглядом на будущее больше заботились о снижении риска, чем студенты-фаталисты. Другие исследователи также сообщают, что афро-американские студенты колледжа, имевшие более ограниченное представление о своем будущем, чаще практиковали опасный секс, чем более ориентированные на будущее студенты (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame & Carlone, 1993). И наконец, еще одна группа исследователей, изучая выборку мужчин афро-американцев с низким уровнем дохода, обнаружила, что оценки по шкале фатализма значимо коррелируют с рискованным сексуальным поведением (Kalichman, Rompa & Muhammade, 1996). Эти данные в совокупности доказывают, что фатализм помогает объяснить мотивацию тех людей, которые вступают в рискованные сексуальные контакты.

Копинг-стили. Индивидуальные стили совладания с повседневными стрессами и управление ими связаны с сексуальными практиками. Люди, живущие в трудных или опасных для жизни условиях, оказываются вовлеченными в опасное для здоровья поведение. Особое отношение к риску ВИЧ имеют стрессовые ситуации, которые могут оказать влияние на показатели сексуального поведения и употребление наркотиков (Cohen & Williamson, 1991). Жизнь в бедных кварталах создает возможность совершения преступлений, связанных с насилием, злоупотреблением наркотиками и дискриминацией. Условия жизни отражают растущую частоту рискованного поведения среди женщин и мужчин с низким уровнем доходов, живущих в урбанизированных центрах США (Kalichman, Adoir, Somlai & Weir, 1996).

В самом начале эпидемии СПИДа ученые обнаружили, что гомосексуалисты и

бисексуалы, демонстрировавшие более четкое восприятие риска ВИЧ-инфекции, реже сообщали о сокращении эпизодов вступления в рискованные сексуальные связи (Joseph, Montgomery, Emmons, Kirscht & Kessler, 1987). Мак-Касик и др. выявили, что мужчины-гомосексуалисты говорят о вступлении в незащищенные сексуальные контакты как о способе снять напряжение (McKusick, Hortsman & Coates, 1985). Рискованные сексуальные практики могут служить средством для совладания с напряжением наравне с курением, перееданием и злоупотреблением психоактивными веществами (Folkman, Chesney, Pollack & Phillips, 1992). Употребление алкоголя и наркотиков может быть средством ухода от стрессоров, а употребление психоактивных веществ – повышать риск ВИЧ-инфекции. Следовательно, ограниченность способностей совладания со стрессом, обычно присущая людям, подвергающимся высокому риску ВИЧ-инфекции, не позволяет им справляться с ситуациями сексуального риска (Hobfoll, 1989; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Shepherd, 1993).

Другой путь возможного влияния копинг-стратегий на поведение, рискованное с точки зрения ВИЧ-инфекции, – степень отрицания индивидом его личного риска инфицирования ВИЧ. СПИД поразительным образом вызывает истерию и отрицание, а порой даже их противоречивую смесь.

**Психопатологии и психологические нарушения.** Психологические отклонения, сопровождающиеся гиперсексуальностью, такие как маниакальные эпизоды, могут непосредственно повышать риск ВИЧ-инфекции. Неспособность контролировать сексуальные импульсы может привести к абберантному сексуальному поведению, в том числе – высокой частоте сексуальных контактов с многочисленными партнерами. Неотступные мысли о сексе, связанные с сильными сексуальными желаниями и импульсами, характерны для некоторых психологических отклонений, например: они появляются при чрезмерной сексуально-эротической идеации (*excessive sexually-erotic ideation*) и сексуальной компульсивности (*sexual compulsivity*) (Barth & Kinder, 1987; Boast & Coid, 1994; Money, 1988,1991). Люди, которым свойственна гиперсексуальность, вступают в высокорискованные связи, несмотря на риск инфицирования ВИЧ (Quadlend, 1985; Quadlend & Shattls, 1987). Эти же характеристики могут способствовать сохранению подобного поведения, создающего опасность передачи ВИЧ другим после постановки диагноза ВИЧ-инфекция. Исследовав свыше 200 ВИЧ-позитивных мужчин, посещавших группы поддержки наркозависимых и программы профилактики ВИЧ, исследователи выявили, что 26% из них вступали в незащищенные сексуальные контакты с многочисленными партнерами (Kalichman, Greenberg & Abel, 1997). ВИЧ-инфицированные мужчины, продолжавшие заниматься высокорискованным сексом, характеризовались большей сексуальной компульсивностью по сравнению с теми, кто вообще не имел незащищенных контактов или занимался опасным сексом только с одним партнером. Итак, такие личностные характеристики, как поиск ощущений, представляются нам контролируемыми, в то время как сексуальная компульсивность и связанные с ней проявления неуправляемого сексуального поведения создают перверсивную форму сексуального риска.

Люди, страдающие расстройствами личности, тоже сообщают о поведении, создающем высокий уровень риска передачи ВИЧ половым путем (Kalichman, Carey & Carey, 1996). Неумение прогнозировать будущее, дисфункциональные отношения и саморазрушительное поведение принадлежат к числу факторов, которые могут повлиять на риск ВИЧ-инфекции у таких людей. Употребление психоактивных веществ и эмоциональные расстройства также сопровождают расстройства личности и могут способствовать соответствующим рискам. Хотя исследования не ставили своей целью выявление специфической психиатрической симптоматики или диагностических категорий, которые бы соответствовали повышенному риску инфицирования ВИЧ, существуют данные о том, что пациенты психиатрических клиник в урбанистических центрах с высокой заболеваемостью СПИДом в целом подвергаются значительному риску ВИЧ-инфекции (Kalichman, Carey & Carey, 1996).

В ряде исследований было обнаружено, что психологический дистресс связан с

повышенным риском инфицирования ВИЧ. Депрессия и тревога коррелируют с рискованным сексуальным поведением в выборках мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами, подростков-гомосексуалистов и бисексуалов и наркозависимых. Другие негативные переживания, такие как гнев, тоже оказались связаны с рискованными сексуальными практиками. Взаимосвязь между негативными переживаниями и рискованными сексуальными практиками соответствует связи между стрессом и рискованным сексом, где сексуальная активность порой помогает людям удовлетворить психологические потребности через снижение тревоги, получение поддержки и привязанности. Депрессия и тревога могут также включать элементы пессимизма и ограниченного представления о будущем, причем и то и другое связано с рискованным поведением. Однако механизмы влияния психологического дистресса на сексуальный риск до сих пор точно не определены.

### ***Контрольные вопросы:***

1. Что такое рискованное поведение?
2. Что такое саморезультативность?
3. Каковы основные модели изменения поведения человека?
4. Какие психологические факторы способствуют вовлеченности в рискованное поведение?

### ***Литература***

1. *Кон И. С.* Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1990.
2. *DiClemente R.J., Peterson J. L.* Preventing AIDS. – New York & London: Plenum Press, 1994.
3. *Kelly J. A* Changing HIV risk behavior. Practical Strategies. – New York & London: The Guilford Press, 1995.

## Глава 15. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

### ***Психологические основы первичной профилактики зависимостей***

По данным Всемирной организации здравоохранения, число наркоманов в развитых странах составляет 48 млн человек. В США, Южной Америке, Канаде, Западной Европе потребление наркотических средств, как отмечали эксперты, приняло характер эпидемии. Наркоманией охвачены широкие слои населения: учащиеся и студенческая молодежь, военнослужащие и работники государственного аппарата.

Для России наступили черные дни наркотической эпидемии. Признаки этой эпидемии – неумолимо растущие цифры употребляющих наркотики.

Специалисты выделяют ряд особенностей и тенденций подростковой наркомании и алкоголизации в нашей стране:

- рост объемов наркотических веществ на рынке и их доступность;
- значительное расширение ассортимента наркотиков и алкогольных напитков;
- полинаркомания;
- феминизация (увеличивается количество девушек, употребляющих наркотики);
- неграмотность, бессистемность профилактических мероприятий, приводящих нередко к обратному эффекту;
- дистанцирование взрослых от пугающей их проблемы наркомании и стремление переложить решение этой проблемы на государственные органы (милицию, школу и т. д.);
- привычный «кампанейский»<sup>68</sup> культурно-массовый характер мероприятий по профилактике наркозависимости;
- очевидность неэффективности медикаментозной помощи при лечении наркомании;
- идеологическая опустошенность взрослого населения, неспособного предложить что-либо ясное в формировании карты мира ребенка;
- возрождение связи молодежной субкультуры с употреблением наркотиков (по примеру движения хиппи сегодня появляется психоделическая музыка, рейв-музыка только с экстази);
- наркотическая инфекция поражает все более и более молодое и незащищенное население России (90% первых проб происходят в возрасте от 14 до 17 лет).

Ученики в возрасте от 10 до 14 лет находятся под постоянно возрастающим влиянием притягательности экспериментов с алкоголем и другими наркотическими веществами. Наиболее ранний возраст приобщения к наркогенным веществам среди обследованных российских наркоманов и токсикоманов – 8 лет. С каждым годом возрастает число начинающих потребление наркосодержащих веществ, и особенно интенсивно – в возрасте 13-15 лет. Данные социологических исследований, проведенных в различных городах нашей страны, свидетельствуют о том, что по крайней мере каждый пятый подросток в возрасте от 14 до 20 лет пробовал наркотики. В некоторых регионах эта цифра еще выше. Например, в Самарской области с 1990 по 1998 г. количество лиц, стоящих на учете в наркологических учреждениях, возросло в 8 раз, а несовершеннолетних – почти в 64 раза. Каждый 20-й пациент наркологической службы не достиг 15-летнего возраста. В Санкт-Петербурге 36% детей этого возраста имеют опыт употребления наркотиков, безусловно, что истинных наркоманов в этой группе в 5-6 раз меньше. Но, по данным специалистов, количество лиц, стоящих на учете (в Санкт-Петербурге около 4000), следует умножить на 10, чтобы получить приближенное к реальности число наркозависимых. А если к нему прибавить родственников, друзей этих лиц, то получится не менее 300 тыс. человек, связанных с этой трагедией. Следовательно, как подростки, так родители и особенно учителя нуждаются в более подробной информации о табаке, алкоголе, наркотиках, лекарствах и т. п. Необходимо отметить, что информацию о наркогенных веществах большинство российских подростков-наркоманов получили в компании старших ребят (43,0%) или сверстников (32,3%), и самое опасное – то, что она носила благоприятствующий приему наркотиков

<sup>68</sup> Провели кампанию «Рок против наркотиков» – и забыли.



характер (Д. В. Колесов).

Из сказанного можно сделать важный практический вывод: утверждение некоторых наркологов, учителей, что подрастающему поколению не следует давать правдивую информацию о наркотиках, глубоко ошибочно и практически вредно. Подростки все равно получают эту информацию, но из сомнительных источников, приукрашенную, соблазнительную, провоцирующую прием наркосодержащих веществ. Некоторые специалисты относят к «наркогенной бацилле» именно информацию о наркотиках:

Когда речь идет о наркомании, в роли болезнетворного микроба выступает информация о наркотиках, которая кругами расходуется от потребителей и распространителей (они в данном случае – источник заражения). Поданная соответствующим образом информация поражает незащищенных, и они, в свою очередь, сами становятся разносчиками «заразы». Чем больше людей употребляют наркотики, тем труднее бороться с эпидемией и уберечься от «инфекции» (Речнов Д. Д. и др.)

Исследование, проведенное Фондом «Возвращение» в Санкт-Петербурге, наглядно показало уровень знаний и отношение к наркотикам детей разного возраста.

11-12 лет. Детей интересует все, что связано с наркотиками – их действие, способы употребления. О последствиях злоупотребления они если и слышали, то всерьез не воспринимают. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов, часто пересказанных друг другу. Сами наркотики не употребляют. Только единицы знакомы с теми, кто уже употребляет.

12-14 лет. Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков – марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые. Пробовали наркотик немногие – из любопытства. Знакомы с потребителями почти все. О наркотиках знают много – из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

14-16 лет. В этот период формируется определенное отношение к употреблению наркотиков. По этому критерию можно выделить три группы:

- *«Употребляющие и сочувствующие»:* интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении, с возможностью и продолжительностью употребления без наличия зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.
- *«Радикальные противники»:* «Сам никогда не буду и не дам погибнуть другу» – многие из членов этой группы считают употребление наркотиков недопустимым, признаком слабости и неполноценности.
- *Группа, не определившая своего отношения к наркотикам.* Значительная ее часть может начать употребление под влиянием друзей.

16-18 лет. Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках – они детализируются и становятся более объективными.

В группе «употребляющих и сочувствующих» пожинают первые плоды. В связи с этим наибольший интерес вызывают криминальные последствия употребления, влияние его на разрушающееся соматическое и психическое здоровье.

Среди «радикальных противников» растет число людей, осознающих глобальность проблемы и необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Таким образом, анализ результатов этого исследования показал, что в среде молодежи есть здоровый потенциал сил для противодействия распространению наркомании. Основная задача педагогов, родителей – склонить неопределившихся на сторону здорового и трезвого существования, сформировав однозначное равнодушное отношение к легальным и нелегальным наркотикам.

Для этого необходимо информировать и учителей, и родителей, ибо часто работники школ знают о наркотической проблеме меньше своих учеников.

Правдивая и полная информация о последствиях употребления наркотиков, умение противостоять искушению «решать» жизненные проблемы путем наименьшего

сопротивления может стать настоящей прививкой, надежным фактором защиты от губительной опасности.

## ***Профилактические модели и базовые принципы первичной профилактики зависимостей***

Следует ясно осознать, что для продуктивной работы в области профилактики наркозависимости необходимо опираться на фундаментально разработанную методологию, которая в настоящий момент еще только формулируется. Сегодня в образовательных учреждениях необходима систематическая работа в этом направлении, причем она должна начинаться в младших классах и заканчиваться в выпускных и проводиться с учетом психологических особенностей разных возрастных периодов. Конечно же, проблема наркозависимости – это проблема не школы, это проблема всех институтов общества; чтобы справиться с ней, необходимо формировать целостную наркополитику государства.

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения под первичной профилактикой подразумевается работа с организованными детскими коллективами и общественным сознанием по внедрению идей здорового образа жизни; вторичная профилактика направлена на работу с детьми группы риска; третичная профилактика предполагает работу с химически зависимыми пациентами с целью профилактики рецидива заболевания.

В статье 4 Федерального закона от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» особо отмечается, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду.

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» утверждает в статье 2, что основными задачами деятельности по профилактике отклоняющегося поведения несовершеннолетних являются «предупреждение безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, *выявление и устранение причин и условий, способствующих этому*».

Сегодня в целях устранения причин, ведущих к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), следует формировать профилактическое пространство как систему, где можно определять «мишени» превентивных воздействий. Выделим следующие базовые понятия, определяющие это пространство.

- Профилактическое пространство – сложная динамическая система.
- Эта система состоит из совокупности элементов и их переменных характеристик, связанных между собой как положительными, так и отрицательными обратными связями.
- Важнейшим элементом этой системы, обуславливающим ее динамичность и сетевой, а не линейный (причина-следствие) характер трансформации, является человек.
- Профилактическое пространство имеет:
- *индикаторные переменные*, которые характеризуют состояние системы на какой-то момент времени, зависят от многих других переменных этой системы, но сами значительно на нее не влияют;
- *критические переменные*, воздействуя на которые можно в значительной степени влиять на состояние всей системы.
- Для определения состояния системы необходимо выделить, изучить и проанализировать индикаторные переменные.
- Для обозначения мишеней воздействия необходимо исследовать, что же является критическими переменными, и разрабатывать планы работы в соответствии с ними.

*На макроуровне* профилактическое пространство может быть представлено как

система, состоящая из:

- 1) первичной профилактической социально-поддерживающей среды;
- 2) компенсаторного пространства для представителей «группы риска» – социально дезадаптированных детей и подростков, в том числе страдающих зависимостью от наркотиков);
- 3) реабилитационного пространства как для больных зависимостями несовершеннолетних и молодежи, так и созависимых;
- 4) отношения общества к проблемам молодежи, в том числе к проблеме наркозависимости и алкоголизма.

Взаимоотношения элементов профилактического пространства как сложной динамической системы нелинейные, полифакторные. Первичная профилактическая среда в этой системе основная, так как именно в ней располагаются все остальные элементы.

С другой стороны, *на микроуровне* элементы профилактического пространства для отдельного индивида (ребенка, подростка, молодого человека) представлены составляющими его системы отношений с миром и самим собой.

На *мезоуровне* можно говорить об элементах, с которыми отдельный индивид вступает в определенные отношения в процессе своей жизни, как о подсистемах:

- учебное заведение и его среда;
- семья и ее стиль, атмосфера;
- места проведения досуга и их социально-психологическое содержание (дискотеки, клубы, кафе, двор, улица и пр.);
- учреждения, обеспечивающие возможности трудоустройства и проявления социальной активности (отделы муниципалитета и общественные организации).

Максимальная интеграция деятельности специалистов и работы ведомств на указанных уровнях может серьезно ускорить нахождение оптимальных моделей системы превентивных мер. Это касается не только первичной и вторичной профилактики, но и работы с зависимыми в стадии ремиссии: до сих пор отсутствует система поддержки и ресоциализации этих людей, помочь которым вернуться к нормальной жизни можно только сообща.

Таким образом, по мнению Малыхиной Я. В., специалиста в области практической профилактики зависимостей, необходимо:

- обратить основное внимание на каузальную, ориентированную на исходные причины злоупотребления ПАВ, психосоциальную модель профилактики;
- признать приоритет первичной профилактики наркозависимости, поскольку она создает пространство, в котором могут осуществляться и все остальные виды профилактики;
- уточнить понятия и сформулировать критерии выбора форм и методов работы в разных видах профилактики, признать необходимость их научного психологического обоснования;
- создать условия для реальной интеграции усилий разных ведомств и специалистов в формировании *превентивной социальной политики государства*;
- создать условия формирования профилактической социально-поддерживающей среды для развития несовершеннолетних, основываясь на каузальном подходе, интеграции и активизации социального контроля.

Указ Президента РФ от 6 сентября 1993 г. №1338 «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав» ознаменовал начало более высокой активности государства в сфере работы с чрезвычайно уязвимой категорией населения – детьми и подростками. За этот период сформирована нормативно-правовая база социальной защиты и помощи дезадаптированным несовершеннолетним, принят новый Семейный кодекс, Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Однако реализация этих документов на практике пока только начинается: в зачаточном состоянии система

подготовки профессиональных кадров, методология профилактических программ. Одна из главных проблем – ведомственная разобщенность, когда на первый план выходит не сотрудничество с целью решения судебных конкретных детей, а конкуренция между собой при разделе очередных бюджетных средств, борьба за количество пунктов в отчете.

Проблема эпидемии наркозависимости в среде молодежи и подростков не может рассматриваться как отдельная, вне связи с общими причинами социальной дезадаптации. Более того, сейчас уже трудно выделить четкие критерии принадлежности к «группе риска» по развитию зависимостей школьников. Нередко совсем не внушающие опасений отличники, лидеры в своих коллективах, проживающие в полных обеспеченных семьях, становятся жертвами собственного любопытства или неумения конструктивно решать проблемы своей жизни. Это значит, что грань между первичной и вторичной профилактикой зависимостей в подростковой среде почти отсутствует, скрытая «группа риска» – любой школьник, переживающий трудности социально-психологической адаптации в ходе взросления.

Поэтому современный этап развития превентивных методологий характеризуется *переходом от разовых акций* (лекции, массовые праздники под лозунгами «Нет наркотикам!» или просмотры фильмов о жизни наркоманов) к *системе мер, целостных представлений и последовательных шагов* по организации профилактической работы, направленных на все детское и подростковое население.

Таким образом, нынешняя ситуация требует максимально широких взглядов на проблему девиантного поведения подростков, нуждается в обоснованной превентивной политике государства.

## **Психологические модели алликативного повеления и пристрастия к наркотикам**

**Успокаивающая модель.** Это один из наиболее распространенных вариантов применения ПАВ с целью достижения душевного спокойствия. Их употребление направлено на снятие напряжения, достижение расслабления; хочется успокоиться, забыться, уйти от неприглядной действительности, от сложных жизненных проблем.

Доминирующим мотивом употребления наркотиков оказывается высокий уровень психодинамического напряжения, преобладание пониженного настроения, нередко с раздражительностью, мрачностью.

Отдельные подростки употребляют ПАВ для коррекции эмоционального состояния: снижения уровня тревоги, депрессии, апатии. Употребление ПАВ используется как способ самолечения на начальных этапах развития эмоциональных расстройств.

**Коммуникативная модель.** Данная модель пристрастия к наркотикам может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в себе. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки.

**Активирующая модель.** В одном случае подростки применяют психоактивные вещества с целью подъема жизненных сил, бодрости. Подростки с заниженной самооценкой, не уверенные в своих силах и возможностях, пытаются достичь прямо противоположного – уверенности, бесстрашия, раскованности. В других случаях таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия.

**Гедонистическая модель.** Употребление ПАВ используется также и для получения приятных ощущений, создания психического и физического комфорта. Стремление подростков уйти в фантазийный, галлюцинаторный мир с целью пережить состояние эйфории может привести к формированию болезненного пристрастия.

**Конформная модель.** «Быть со всеми, быть как все». Стремление подростков подражать, быть принятыми группой, самоутвердиться в группе – все это может быть причиной употребления ПАВ. В большей степени эта модель относится к

высоковнушаемым, тревожно-мнительным подросткам, которые слепо подражают своим лидерам, некритически перенимают все правила поведения группы.

**Манипулятивная модель.** Использование психоактивных веществ для манипулирования другими, демонстрации своей исключительности. Для того чтобы привлечь внимание и завоевать авторитет, демонстративные подростки употребляют наркотики или алкоголь.

**Компенсаторная модель.** Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармоничность характера. Жизненные трудности, конфликты в школе, дома могут выступать триггерами, запускающими привыкание к ПАВ, которые используются подростками как демонстрация протеста.

Представленные модели могут стать основой для создания конкретных профилактических программ, где «терапевтическими мишенями» будут базовые причины, лежащие в формировании данных моделей. Одна из таких программ – проект «Перешеек» [2].

При ведении первичной профилактической работы по программе «Перешеек» опора делается на три основных принципа, которые на практике представлены либо в интегративном, либо в контекстуальном виде.

1. *Принцип устрашения.* Речь идет об объективном информировании последствий употребления наркотических средств. Подобная тактика рассчитана только на 5-7% взрослого и 10% детского населения. Примерно такое количество населения имеет выраженные тревожные черты в структуре собственной личности, а это значит, что данная категория людей отличается нормативностью. Использование «запугивающей» информации может возыметь эффективное действие. Однако при проведении «устрашающих» профилактических мероприятий необходимо определять разумную меру, основанную на принципе необходимости и достаточности (эффективной дозированности).

2. *Принцип обращения к здравому смыслу.* Обращение к данному принципу предполагает:

- формирование моды на здоровый стиль жизни (использование кумиров молодежи);
- разработку профилактических областей, альтернативных наркотизации и алкоголизации;
- более активное использование позитивного подхода в профилактике (принцип "за", а не "против");
- объединение усилий различных социальных групп и организаций;
- повышение родительской компетентности в области наркозависимости (формирование групп родителей-волонтеров);
- повышение уровня клубной культуры подростков (формирование не агрессивно настроенных групп подростков-волонтеров, "борющихся с наркотиками и наркоманами", а подростков, любящих "чистую жизнь").

3. *Принцип каузальности.* Данный принцип предполагает работу с перво причиной, а не со следствием. Представив разнообразные модели, мы показали, что основные причины, ведущие к употреблению ПАВ, связаны в большей степени с областью психологии человека. Таким образом, приоритетным направлением ведения профилактики зависимостей становится психология.

В нашей стране принята «Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» от 28 февраля 2000 г. В ней выделены принципы, цели и стратегии всех трех видов профилактики и провозглашается, в частности, что «первичная профилактика наркомании опирается в своей основе на долгосрочную общегосударственную политику, направленную на формирование в обществе непримиримого отношения к употреблению наркотиков», и выражается надежда, что «противостояние наркомании станет действительно общенациональным делом».

Цели комплексной активной профилактики и реабилитации определяются в этой концепции так:

- снижение спроса на наркотики и другие ПАВ;
- снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом, а также сопутствующих расстройств;
- снижение численности групп риска потребления ПАВ;
- снижение тяжести медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

## **Основные принципы первичной профилактики зависимого поведения («Концепции профилактики.».)**

- 1) *Комплексность* – согласованное взаимодействие на межведомственном и профессиональном уровнях.
- 2) *Лифференцированность* – решение задач профилактики наркозависимости с учетом возраста, степени вовлеченности в наркотическую ситуацию, социального и профессионального статуса адресатов превентивных мероприятий.
- 3) *Лксиологичность* – ценностная ориентация учебно-методической профилактической работы, направленная на возрождение общечеловеческих ценностей, представлений о здоровье и успешности жизни.
- 4) *Многоаспектность* – сочетание в профилактической работе различных направлений (социальный, психологический, образовательный, медицинский, правоохранный аспекты).
- 5) *Приоритетность* – признание приоритета психологических знаний в профилактической работе любых специалистов и связанное с этим основополагающее значение первичной профилактики в решении проблем наркомании.
- 6) *Экспансивность* – активное внедрение методологий профилактики наркозависимости в уже имеющиеся формы работы с молодежью (школьные курсы ОБЖ, валеологии, молодежный досуг, использование психологически обоснованной профилактической темы в оформлении предметов молодежной культуры (майки, бейсболки, школьные принадлежности, плакаты, предметы быта).
- 7) *Аинамичность* – разработка и использование гибких профилактических методологий, учитывающих социальные, экономические и правовые изменения в обществе, мифологию среды, обуславливающую наркотическую ситуацию в городе, эффективные средства передачи информации.
- 8) *Компетентность* – научное обоснование и межведомственная экспертиза применяемых форм и методов профилактической работы.
- 9) *Позитивность* – профилактическая работа должна приносить радость участникам, создавая атмосферу светлой перспективы здорового стиля жизни, способствовать максимальному раскрытию лучших человеческих качеств детей и молодежи, их личностному созреванию в активной творческой жизненной позиции на благо своей Родины.
- 10) *Послеловательность* – поэтапная реализация целей и задач профилактических программ.

### **Человечество без наркотиков?**

С тех пор, как существует человек, существуют и наркотики, и споры о том, что такое наркотики, что должно быть разрешено, а что нет. Мы едва ли можем представить себе, что в 1691 г. в Люнебурге, например, за курение табака приговаривали к смертной казни, или что до 1933 г. в США было официально запрещено употребление алкоголя. И сегодня спор о том, какое вещество считается продуктом питания, наслаждения, а какое – запрещенным, одурманивающим, наркотиком или ядом, часто по-разному решается в разных странах. Так, в Индии гашиш не запрещен, в то время как в Иране даже за хранение гашиша и алкоголя полагается строгое наказание.

Что же такое наркотики?

**Наркотики** – это вещества, которые вмешиваются в естественные процессы

функционирования организма и влияют на настроение, чувства и восприятие.

Кофе и чай, сахар и шоколад тоже влияют на организм, воздействуя на восприятие и настроение. Зададимся вопросом: а шоколад – опасный наркотик?.. Важно знать, что одна-единственная таблетка искусственного наркотика может оказаться смертельной, а чашка кофе – нет.

Неумеренное употребление наркотика называется *злоупотреблением*. Употребление некоторых наркотиков в небольших количествах (маленьких дозах) признается как потребление для наслаждения (например, кружка пива). В случае же других наркотиков употребление любой дозы считается злоупотреблением (например, героин). Главным критерием при этом является то, ведет ли употребление наркотика к развитию зависимости (психологической или физической), которая рассматривается как болезнь.

Что такое «пристрастие» и «зависимость»?

В любом объяснении «пристрастия» можно лишь частично описать различные душевные, физические и социальные состояния, относящиеся к этому понятию.

**Пристрастие** часто определяют как стремление (страстное влечение, тоску) к определенному состоянию, переживанию, которому подчиняется разум.

Это стремление не обязательно связано с веществом, это могут быть, например, игра в карты, компьютерные игры... Данные на 1999 г. свидетельствуют о том, что 80% подростков в возрасте 13-16 лет регулярно играют в компьютерные игры, и 10% из этой группы – «патологические игроки».

Пристрастие к наркотику выражается в физической и психологической зависимости от вещества, дозу которого зависимый все время должен повышать, чтобы достичь желаемого состояния.

О *физической зависимости* говорят в тех случаях, когда организм включил наркотическое вещество в обмен веществ и когда после прекращения приема наркотика появляются симптомы абстиненции: выделение пота, тошнота и др.

Понятие *психологической* (душевной) *зависимости* было введено потому, что при употреблении некоторых наркотиков (например, ЛСД, кокаина, гашиша) не наступает физической зависимости. Тем не менее стремление продолжать употребление очень сильно и неуправляемо. При прекращении употребления наркотика появляется чувство недовольства и наступает депрессия. В обоих случаях зависимость означает несвободу. Человек начинает зависеть от наркотического вещества, становится его рабом.

Э. Шиффер считает, что пристрастие имеет много «лиц» и обоснований. Он подразумевает под пристрастием, страстным влечением действие, в результате которого должно измениться внутреннее состояние несчастья. С отсутствием внутреннего умиротворения следует покончить. Но чаще всего по этому пути идут дальше (хотя последствия известны), вопреки «просвещению». «Делать дальше несмотря на саморазрушение» – этот девиз актуален как для зависимости от алкоголя или наркотиков, так и для всех других зависимостей, вплоть до уничтожения нашей планеты при милитаризации планеты. Люди не могут остановить производство оружия, для общества это будет катастрофическая «ломка». Мы делаем, например, оружия все больше, хотя знаем, каковы последствия этого. Наше поведение сегодня – поведение зависимого в широком смысле. Мотивов для этого много.

Сколько существует мотивов для зависимости, столько может быть и зависимостей. Это всегда связано с конкретной личностью, ее окружением, с тем, какие наркотические вещества ей доступны и какие формы зависимости присущи: зависимость от никотина, моды, работы, успеха, развлечений, потребления, телевидения, игровых автоматов, компьютера, привычек... Список можно продолжать бесконечно.

### ***Легальные наркотики***

Табак, алкоголь и лекарства относятся к **легальным** (разрешенным) наркотикам. Их хранение и употребление не подлежат наказанию, их можно купить в магазине или аптеке. Среди **нелегальных** (запрещенных) наркотиков наиболее известны гашиш, ЛСД,

кокаин и героин. Однако оценки «легальный» или «нелегальный» не дают четкого представления об опасности того или иного наркотика. Так, табак и алкоголь, хотя они и относятся к категории легальных, следует классифицировать как самые опасные из наркотиков, принимая во внимание огромное число заболеваний, которые они вызывают.

### **Табак**

Известный ковбой Мальборо Уэйн Мак Ларен умер от рака легких в 52 года. Перед смертью он признался: «Меня погубило курение, оно разрушает доброе и хорошее в человеке».

Согласно только официальной статистике, в благополучной Германии ежегодно от курения умирает около 100 тыс. человек. Это означает, что ежедневно преждевременная смерть уносит жизни около 274 курильщиков (образно: ежедневно гибнет целый «Боинг»!).

Последние данные свидетельствуют о том, что в России курят 75% мужчин и 21% женщин. Проведенные опросы показали, что 84,2% мужчин начинают курить в 19-летнего возраста, а число женщин, начавших курить в школьные годы, составляет 27%. В среднем женщины начинают курить на 3-5 лет позже мужчин.

В мире от курения умирает больше людей, чем от употребления алкоголя, кокаина, героина, а также от СПИДа, насильственной смерти, авто- и авиакатастроф, вместе взятых.

Что такое никотин? Никотин – составная часть растения «табак». В чистом виде это бесцветная маслянистая жидкость, которая под действием воздуха окрашивается в коричневый цвет и распространяет свойственный табаку запах. Табак курят, нюхают или жуют. Следует отметить, что в последнее время в ряде стран распространилось жевание и нюханье табака. Например, в США таким образом употребляют табак не менее 22 млн человек.

Сегодня крупнейшим в мире производителем табака является Китай, производящий 2,7 млн тонн табака в год. За ним следуют Северная Америка, Индия, Бразилия, Турция, СНГ, Италия, Индонезия, Зимбабве и Греция. Важнейшие сорта табака, такие как «Берли», «Вирджиния», «Кентукки», выращиваются в Центральной и Южной Америке, а «Берли», кроме того, – в Африке и Азии.

Фирма «Филипп Моррис», на чьих рекламах изображены сильные ковбои с железной хваткой, скачущие на лошадях по необъятным просторам, – крупнейший на мировом рынке поставщик табака с годовым оборотом в 80-100 млрд долларов.

*Исследования.* Американские ученые недавно отметили связь между депрессией и зависимостью от никотина. Как показали дальнейшие исследования, проведенные среди 3000 курящих и некурящих, это касается не только сильных депрессий, но и легких депрессивных расстройств. Было сделано предположение, что реклама сигарет способствует употреблению наркотиков молодыми людьми, склонными к депрессиям. «Легкость бытия», показываемая в рекламных роликах, особенно влияет на этих молодых людей, считают исследователи.

*Подведение итогов.* Согласно многочисленным опросам, причинами начала курения в детском возрасте можно считать любопытство, пример взрослых и друзей, влияние рекламы, кино, телевидения, наличие карманных денег, баловство, желание не отстать от сверстников и боязнь оказаться немодным и несовременным. Подростки начинают курить из-за переживаний, для повышения, по их мнению, умственной активности и улучшения трудоспособности, от «нечего делать», при зубной боли, для «успокоения нервов», чтобы «закурить» проблемы и т. д.

Существует мнение, что мужчины чаще курят ради удовольствия, тогда как женщины курят в основном для подавления негативных эмоций. Факторы, способствующие началу и продолжению курения, весьма многочисленны и многообразны. В качестве примера можно привести *классификацию этих факторов*:

- Психологические факторы (любопытство, потребность в экспериментировании, вызов, потребность казаться сильным, «досрочная» зрелость).
- Социальное окружение (пример и отношение родителей, старших братьев и сестер, давление товарищей, пример «ключевых» взрослых, например



преподавателей, знаменитых актеров, певцов, т. е. кумиров и пр.).

- Физиологические факторы (эффект никотина и оксида углерода, длительность фазы экспериментирования).
- Воспитательные или познавательные факторы.

Эти факторы могут облегчать или ускорять развитие привычки к курению либо затруднять или замедлять ее.

Интересно, что к основным причинам курения относят также необходимость поддержания в форме массы тела (желание похудеть – причина курения взрослых женщин в 15,6% случаев), уменьшение нервного напряжения, возможность легкого установления контактов с людьми, одобрение сверстников, возможность занять руки, потребность во вкусовых ощущениях при курении, необходимость расслабления, возможность концентрировать внимание.

**Привычка курения у молодежи.** Обследования школьников Санкт-Петербурга в 2000 г. показали, что среди шестиклассников 6% курящих, семиклассников – 12%, восьмиклассников – 18%, десяти- и одиннадцатиклассников – 32%.

По словам Клауса Гуррельманна, занимающегося исследованиями молодежной среды, употребление сигарет 10-17-летними школьниками и школьницами тесно связано с «чувством несостоятельности» в школе. Обращение к сигарете – это попытка повысить заниженную самооценку. Хотя в последние годы употребление табака несколько снизилось, а отказ от курения все более популярен, среди 30% регулярно употребляющих табак растет число тех, кто испытывает серьезные проблемы с требованиями, предъявляемыми в школе. Обращение к сигарете в большинстве случаев указывает на мучительные проблемы, основу которых частично создают родители, предъявляя завышенные требования к учебе, а также то, что многие школьники не получают достаточной поддержки от родителей, позволяющей учиться и справляться с неудачами и кризисами. Таким образом, уверенность школьника в себе падает из-за одной плохой оценки, потому что они ощущают нервозность и неудовлетворенность родителей.

**О пассивном курении.** Г. Реммер, директор Института токсикологии Университета в Тюбинге, считает, что никотин представляет меньшую опасность, чем дым, поднимающийся из пепельниц или от зажженной сигареты. В побочном дыме содержатся высокотоксичные и вызывающие рак вещества.

Пребывание в течение 8 часов в закрытом помещении, где курят, соответствует выкуриванию более 5 сигарет. Поэтому здоровью неродившегося ребенка наносится вред как в том случае, если курит будущая мать, так и в случае, если курит отец.

## **Алкоголь**

Специалисты по различного рода зависимостям говорят об алкоголе как о «наркотике номер один». Годовой оборот алкоголя в России велик: на душу населения в год производят 8,5 л стопроцентного алкоголя. Его торговая сеть лучшая в мире. И у него есть великий покровитель – государство.

Производство спиртных напитков в последние десятилетия достигло астрономических цифр. По данным Ю. Л. Лисицина и Н. Я. Копыта, в последнее время в среднем на одного жителя планеты в год приходится 2,4 л спирта, 8,3 л вина и 17,6 л пива (или же около 5 л абсолютного спирта). Самое большое потребление алкоголя на душу населения – во Франции (18,6 л); в Испании – 11,6 л, Австрии – 13,2 л, Швейцарии – 11,6 л, в Германии – 11,2 л, США – 9,5 л. Сравнительно низкий уровень потребления алкоголя на душу населения отмечается в Польше (4,8 л), Финляндии (4,3 л), Норвегии (3,3 л).

**Что такое алкоголь?** Алкоголь, пригодный для питья, вырабатывается путем брожения или дистилляции различных элементов. Для его производства используются зерна, фрукты и сахарный тростник, причем в производимых напитках – разное содержание алкоголя.

**Исследования.** Согласно К. Гуррельманну и С. Гессе, употребление алкоголя часто начинается под давлением со стороны группы и под давлением социального

конформизма (приспособляемости) в ситуациях компенсации чувства неуверенности и ущемленного чувства собственного достоинства.

Существуют следующие факторы риска злоупотребления алкоголем: неблагоприятные ситуации в семье, недостаточная гармония и продолжительные нарушения отношений, безработица членов семьи и ее социальное падение, алкоголизм родителей. Робкие, замкнутые, чувствительные, с обостренным чувством восприятия, легкоранимые личности, тяжело переживающие разочарования, чаще становятся потребителями алкоголя.

*Негативные последствия.* Пагубное влияние алкоголя на человека было известно уже в античные времена. Согласно греческой мифологии, Вулкан, сын Юпитера, родился хромоногим потому, что был зачат отцом в состоянии алкогольного опьянения.

Ежегодно на Земле несколько миллионов человек погибает от прямых и косвенных последствий алкоголизма. Например, в Германии от последствий употребления алкоголя каждый год умирает около 18-22 тыс. человек. В 1990 г. в ФРГ на алкогольные напитки было истрачено 37,38 млрд марок, что составляет 591 ДМ на человека. По употреблению алкоголя западные немцы занимают одно из ведущих мест в мире. По оценкам специалистов, от 1 до 3,4 млн жителей Германии имеют проблемы с алкоголем. Согласно статистике, 25-30% среди них – женщины, около 10% – молодые люди.

Злоупотребление алкоголем прямо или косвенно является одной из важнейших причин смертности населения нашей страны. Алкогольный цирроз печени – одна из ведущих причин смерти в возрастных группах от 25 до 64 лет. В целом заболеваемость у пьющих выше, чем у непьющих, в 2-3 раза, а смертность от соматических заболеваний – в 3-5 раз. Вследствие действия всех причин, вместе взятых, продолжительность жизни алкоголика сокращается в среднем на 12-18 лет. Ни одно живое существо, кроме человека, не употребляет алкоголь добровольно. Защитный рефлекс срабатывает и у всех в обязательном порядке. Наличие его очевидно и у детей. Абсолютная и резвость, таким образом, – одно из естественных условий нормальной жизнедеятельности.

**Алкоголь – легальный наркотик?** В Германии, согласно закону о защите прав молодежи, продажа алкоголя лицам, не достигшим 16 лет, запрещена.

Коран расценивает потребление алкоголя как «деяния сатаны». В исламских государствах оно клеймено «чертой, присущей западному образу жизни» и расценивается как прегрешение против истинной веры.

В 1919 г. в Америке добились принятия «сухого закона». В 1933 г. он был снова отменен, однако и сегодня производство и продажа алкогольных напитков жестко контролируются, например: потребление алкоголя в общественных местах лицами, не достигшими 21 года, запрещено так же, как и приобретение спиртных напитков в магазинах, имеющих государственную лицензию.

Табак и алкоголь – наиболее распространенные наркотики в нашем обществе. 90% взрослых имеют, как минимум, небольшой опыт регулярного употребления алкоголя.

**Молодежь и алкоголь.** Некоторые впервые пробуют алкоголь в 4 года, а к 10 уже становятся зависимыми. В Германии около 500 тыс. детей и молодых людей больны алкоголизмом. Так, в Шлезвиг-Гольштейнии, например, 19 тыс. зависимых от алкоголя в возрасте от 12 до 24 лет. (Для сравнения: потребителей сильных нелегальных наркотиков – 3400 человек.) Этот наркотик легален и признается обществом, но за этим во всех слоях общества скрывается проблема зависимости номер один.

Согласно исследованию К. Гуррельманна, первый «контакт» с алкоголем происходит теперь намного раньше – в 10-12 лет. Около 5% 13-летних уже регулярно употребляют вино, шампанское, пиво. Почти каждый пятый ученик старшей школы ежедневно «подогревает» себя коньяком или другими крепкими спиртными напитками. Пока только за границей существует статистика тяжелейших последствий пьянства: в Великобритании от алкоголя умирает приблизительно в 10 раз больше молодых людей, чем от кокаина и героина, вместе взятых.

Широко распространено потребление алкоголя среди подростков в России. В 8-м классе оно отмечено у 52% учащихся, в 9-м – у 70%, в 10-11-х – у 81%. По данным анонимного тестирования школьников, из 27 мальчиков алкогольные напитки

употребляют 71,4%, а из 55 девочек – 66,2%. Обследования более старших групп подростков России свидетельствуют о сопоставимости результатов. Так, опрос 275 студентов 4-го курса медицинского института показал, что 76,6% студентов потребляют алкоголь в компании близких друзей. Перед дискотекой это делают 88,2% юношей и 42,6% девушек.

Для молодого поколения алкоголь в основном является групповым ритуалом: выпивают прежде всего по вечерам с друзьями, на вечеринках или при другом приятном совместном общении. Это значит, что вряд ли среди молодежи существуют пьяницы-одиночки. Для некоторого числа опрошенных молодых людей социально-психологические проблемы становятся фактором, вызывающим чрезмерное потребление алкоголя. Так, женщины старше 20 лет относятся к группе пьющих вследствие психологических проблем.

**Отношение общества к алкоголю.** Множество песен и выражений связано с «алкогольной» темой. Злоупотребление алкоголем может губительно сказываться на обществе. Пьянство накладывает на общество огромное бремя в виде:

- экономических потерь;
- снижения творческого потенциала;
- гибели людей;
- преступности;
- распавшихся семей.

По результатам опросов, более 80% подростков как в России, так и в Германии употребляют алкоголь с разрешения и одобрения своих родителей. Детям не составляет никакого труда достать алкоголь: тому, кто пьет, не приходится, как зависимому от героина, опускаться до преступлений, чтобы добыть наркотик.

**Состояния алкогольного опьянения.** В небольших дозах алкоголь повышает настроение, облегчает контакт с другими людьми, помогает преодолевать комплексы, снижает быстроту реакции. В состоянии опьянения возникает глуповато-веселое или агрессивно-раздраженное настроение. При легком или сильном состоянии опьянения наблюдается, прежде всего, возбуждающее влияние алкоголя, эйфория (чрезмерная веселость), повышенная говорливость, повышение агрессивности и снижение половой сдержанности, а также повышенное чувство собственного достоинства. Вслед за тем алкоголь, как правило, притупляет все функции. Наряду со снижением умственной работоспособности происходит снижение быстроты реакции. Повышается также порог восприятия боли. Далее усиливаются сердцебиение и кровообращение, возникает субъективное ощущение тепла (благодаря расширению сосудов), усиливаются слюноотделение и мочеиспускание.

Для состояния сильного опьянения характерно частичное нарушение памяти на недавние события, сопровождающееся «отключением» и «разрывом пленки»; нарушение равновесия вплоть до атаксии (сильного нарушения координации). Дальнейшие симптомы: замедление речи, потеря самоконтроля, беспричинный страх, волнение, ухудшение функций сердца и сосудов, усиление мочеиспускания и повышенное выделение слюны, желудочного сока и сока поджелудочной железы. Кроме того, существует опасность замерзания при низкой температуре воздуха, так как кровеносные сосуды рук и ног расширены, и поэтому может последовать быстрое охлаждение тела.

Содержание алкоголя в крови – это такое количество алкоголя, которое поступает с кровью в головной мозг, определяя тем самым степень опьянения. От 0,01 до 0,02% содержания алкоголя в крови не оказывает большого воздействия на человека. От 0,03 до 0,10% вызывает такие симптомы, как легкость мысли, удовольствие, хорошее настроение и легкое головокружение. При уровне от 0,10 до 0,15% возникают более серьезные симптомы (снижение остроты зрения и слуха), влияющие на навыки управления автомобилем. При 0,20% у выпившего проявляются явные признаки сильного опьянения – затрудненная речь, шатающаяся походка. 0,40% алкоголя в крови приводят к коматозному состоянию. При 0,60-0,70% наступает смерть, причиной которой становится паралич центральных дыхательных путей.

**Какому риску подвергается человек при потреблении алкоголя?** Возможно возникновение психической и физической зависимости. Продолжительное злоупотребление алкоголем влечет за собой изменения внутренних органов, нарушение функций мозга и нервной системы, изменение личности, ухудшение памяти и способности к сосредоточению.

В более поздней стадии возникают галлюцинации и горячный бред. Наиболее известна «белая горячка» (лат. *Delirium tremens* – дрожащее безумие). 6-15% всех алкоголиков вследствие резкого ограничения в алкоголе впадают в психотическое состояние, продолжающееся от 4 до 10 дней.

Алкоголики испытывают сильный страх, беспокойство, у них нарушается правильное восприятие реальности: они видят пресловутых белых мышей при белой горячке и испытывают чаще всего страшные галлюцинации; страдают от дрожи, тошноты, поноса, сильного сердцебиения, повышения температуры и кровяного давления. Без лечения умирает от 15 до 30% больных, но даже при соответствующей терапии погибает от 1 до 8%.

Одно-единственное алкогольное отравление в детском возрасте может оказаться смертельным или иметь самые серьезные последствия – вплоть до нарушения работы головного мозга. Первокласнику достаточно для этого нескольких глотков водки. И это случается нередко: почти 10% всех обращений по поводу детских отравлений вызваны алкоголем.

Чем моложе употребляющий алкоголь, тем быстрее привыкание: молодой человек может привыкнуть к алкоголю уже через несколько недель злоупотребления им, тогда как взрослый – лишь спустя годы. При этом дрожание рук по утрам является только симптомом болезни, которая часто заканчивается сильными галлюцинациями. То, что врачи определяют как «злоупотребление», для большинства 14-16-летних – «нормальная» доза: 3 бутылки пива ежедневно.

Алкоголь на рабочем месте – не такая уж редкость в России. Судебно-медицинское обследование пострадавших от несчастных случаев подтверждает, что 20-40% обследуемых к моменту несчастного случая находились в состоянии опьянения. Согласно статистике, 15-20% замешанных в дорожно-транспортных происшествиях со смертельным исходом перед этим употребляли алкогольные напитки. Раскрепощающее действие алкоголя может привести к исчезновению сдерживающего начала, а это, в свою очередь, – к совершению криминальных поступков (применение силы, убийство, нанесение телесных повреждений, изнасилование). Более 60% всех насильственных преступлений совершаются под воздействием алкоголя. Постоянно растет количество несчастных случаев в местах проведения досуга (например, на спортивных мероприятиях).

Регулярное употребление алкоголя может, например, вызвать сердечно-сосудистые заболевания, или способствовать возникновению хронических желудочно-кишечных заболеваний, или привести к нарушению функций печени. Изменения проявляются сначала в виде легких недомоганий, но затем нередко переходят в хронические заболевания, что может привести к необходимости долгого лечения. У употребляющих алкоголь в больших количествах (1л вина или 2 л пива в день) гораздо более серьезные проблемы со здоровьем.

Женщины, употребляющие алкоголь во время беременности, могут родить ребенка с эмбриональным алкогольным синдромом. У этих детей отмечаются неустраняемые физические уродства и умственная неполноценность. В Германии ежегодно рождаются около 1800 младенцев, страдающих алкогольной эмбриопатией (нарушением роста и развития вследствие употребления матерью алкоголя, особенно в период беременности).

**Крепость алкогольных напитков.** Крепость алкогольного напитка также определяет его воздействие на человека. «Крепость» обозначает концентрацию содержания спирта в напитке. Содержание алкоголя (спирта) определяется путем Деления показателя крепости пополам. Чем выше показатель крепости алкогольного напитка, тем сильнее его опьяняющее действие. Если в водке 80°, то содержание

алкоголя в этом напитке равняется 40%.

Содержание алкоголя в некоторых спиртных напитках

Пиво (изготавливается из зерновых злаков)– 3-4% алкоголя

Сухое вино (изготавливается из виноградного сока)– 10-14%

Крепленое вино– 16-18%

Водка, джин, виски, коньяк, ром (культуры дрожжей в водном растворе сахара для получения спирта. Продукт брожения смеси злаковых культур или фруктов)– 40-50%

**Как возникает алкоголизм?** Науке не известно точно, почему один человек становится алкоголиком, а другой, который пьет столько же, – нет. Но точно известно: если человек пьет регулярно, это еще не значит, что он зависим: зависимость не связана напрямую с количеством и видом употребляемого напитка, временем дня или поведением во время опьянения.

На протяжении веков ведется спор о том, полезно или вредно для здоровья употребление спиртных напитков? Страсти бушуют и в наши дни, но почти гамлетовский вопрос – «Пить или не пить?» – так и повис в воздухе...

**Что вы думаете о «культурном питии»?** Возможно, примирить сторонников крайних точек зрения на эту сложную проблему поможет высказывание великого врача древности Авиценны (Ибн Сины):

Вино – враг пьяницы, оно же друг умеренного. Чуть-чуть его – противоядие, в большом количестве – яд. Оно дозволено умным и запрещено дуракам.

Относительно безвредная доза спиртного определяется в зависимости от возраста, массы тела, пола, индивидуальной чувствительности организма к алкоголю и ряда других факторов.

Если обобщить сведения, опубликованные в разное время и в разных источниках, то безвредной усредненной дозой алкоголя для среднестатистического мужчины является примерно 15 мл чистого спирта в течение суток, что эквивалентно приблизительно рюмке (30-40 мл) водки или другого крепкого напитка, бокалу (200 мл) сухого вина или бутылке (до 500 мл) пива.

В то же время клиницистам известно немало случаев, когда сравнительно небольшие дозы спиртного (100-150 мл) при систематическом употреблении становились причиной психической и физической зависимости от алкоголя, вызывали различную патологию внутренних органов.

Различаются три фазы алкоголизма (в зависимости от поведения): начальная, критическая, хроническая.

*Начальная фаза* характеризуется провалами в памяти после приема большого количества алкоголя, чувством вины из-за количества выпитого, жадным выпиванием первого стакана (чтобы быстрее привести себя в хорошее настроение), тайным употреблением алкоголя, постоянными мыслями о нем, а также увеличивающейся переносимостью алкоголя.

*Критическая фаза*, наряду с прочим, характеризуется изменением системы потребления алкоголя (например, фазы запоя), периодами полного воздержания (способ доказать себе, что можешь перестать пить), обеспечением запаса алкоголя и потерей контроля (потребность выпить еще – неспособность абсолютно свободно принимать решение после первого стакана: пить ли дальше и сколько).

*Хроническая фаза* – показатель алкогольной зависимости. Четыре стадии употребления алкоголя. У подростков можно выделить четыре стадии развития алкоголизма:

1. знакомство с алкоголем;
2. регулярное употребление;
3. навязчивая идея (неотступные мысли о выпивке);
4. химически обусловленная зависимость.

Рассмотрим их подробнее.

*Знакомство с алкоголем.* Подростки часто начинают пробовать спиртное. Некоторые получают «позитивный» опыт: повышается настроение, действительно становится как-то

хорошо. Но нередко этого не происходит: плохое самочувствие из-за выпитого или сильная головная боль протрезвления. Отрицательный опыт может сразу отлучить от алкоголя, и больше этот человек никогда не будет пить спиртное. Однако большинство испытывают удовольствие от употребления алкоголя, и многие из этих детей, продолжающих пить, переходят на следующую стадию развития алкоголизма.

*Регулярное употребление.* Подростки, употребляющие алкоголь регулярно, – это люди, часто пьющие в компании. Они знают, как они будут себя чувствовать, когда выпьют, и предпочитают находить для этого повод. При этом присутствует определенная степень самоконтроля: они способны определить, когда можно пить и сколько, в отличие от тех подростков, которые выпивают, но не способны оценить свои возможности и, как правило, напиваются допьяна.

*Навязчивая идея.* Появляются навязчивые мысли о спиртном, когда подросток пьет не затем, чтобы просто получить удовольствие, а для того, чтобы устранить или приглушить неприятные ощущения, которые могут возникнуть в силу разных причин. Например, поссорился с другом, подругой или родителями – надо справиться с отрицательными эмоциями. И подросток считает, что алкоголь окажет в этом хорошую услугу. Другой пример: желание раскрепоститься на вечеринке, выпить для храбрости и т. д. Все это рационализируется подростком. На самом же деле так он борется со своей тревогой, беспокойством, робостью, нервозностью. Таким образом, получается, что чем больше в жизни психологических трудностей, тем чаще подросток начинает выпивать. Вместо того чтобы как-то иначе решать проблемы, он начинает все больше употреблять алкоголь и даже гордиться тем, что много пьет и не пьянеет, т. е. у него вырабатывается физическая выносливость к воздействию алкоголя. Это и есть основной признак развития алкоголизма.

*Химически обусловленная зависимость (физическая потребность).* Это последняя стадия – стадия алкогольной зависимости, когда наблюдается потеря самоконтроля, осложняющая течение болезни. Алкоголики стараются вести себя как обычные люди, которые иногда употребляют алкоголь. Они прилагают немалые усилия, чтобы создать такое впечатление и доказать родителям и друзьям, что у них нет никаких проблем. Трудно предсказать, сколько дней человек будет пить, какое количество выпьет, как будет себя вести. Основным движущим мотивом на этой стадии является самолечение. Человек с алкогольной зависимостью не получает никакого удовольствия от выпивки. Самое большее, что он получает, – это короткие периоды физического и эмоционального *облегчения* страданий. Причиной, толкающей к выпивке, на этой стадии становится попытка обрести нормальное самочувствие.

Физиолог Э. Д. же л. линек классифицирует типы алкоголиков в зависимости от способа употребления алкоголя:

- *Альфа-пьющие* – пьют для разрешения конфликта и снятия стресса; хотя и контролируют свое потребление алкоголя, часто зависят от него психически.
- *Бета-пьющие* – пьют, когда есть повод или когда не могут устоять перед соблазном. У них, по сравнению с альфа-пьющими, до появления зависимости проходит больше времени.
- *Гамма-пьющие* – испытывают болезненную страсть к алкоголю, зависят психически и физически, очень склонны к повышению количества потребляемого алкоголя, хотя могут долгое время его не употреблять.
- *Дельта-пьющие* – пьют по привычке, имеют сильно выраженную психическую и физическую зависимость, не способны воздерживаться от употребления алкоголя. Чтобы управлять своей жизнью, им все время необходимо определенное содержание алкоголя в крови. При этом их потребность в алкоголе возрастает.
- *Эпсилон-пьющие* – «запойные пьяницы», определенное время они могут вообще не пить, а затем, зачастую много дней подряд, пьют в большом количестве.

К большим алкоголизмом в прямом смысле относятся только гамма- и дельта-

пьющие.

Динамика опьянения

1-я стадия– «Павлин»: пыжится, его движения плавны и величавы. 2-я стадия– «Обезьяна»: начинает шутить и заигрывать. 3-я стадия– «Лев»: гордый, уверенный в своей силе. 4-я стадия– «Свинья»: просто валяется в грязи.

Стадии опьянения

Приподнятое настроение – человек становится разговорчивым, расслабляется. Наблюдается небольшая потеря рассудительности.

Сумасбродное поведение – контроль над поступками явно отсутствует. Человек становится эмоционально неустойчивым. Реакции замедленные. Замешательство – наступает потеря ориентации. Отмечается частая смена настроения, переживания гипертрофированны. Преувеличенные страхи, необузданный гнев. Признак этой стадии– невнятная речь, возможно двоение в глазах. Потеря самоконтроля – человек не способен держаться на ногах или передвигаться пешком, часто спотыкается, едва осознает свои действия; рвота– обычное явление. Бессознательное состояние – от чрезмерной дозы человек может потерять сознание. Возможна смерть от остановки дыхания.

Итак, алкоголь – это наркотик, химическое вещество, влияющее на функционирование организма. То, что алкоголь получил широкое распространение, *не означает*, что он безвреден. Многие последствия употребления алкоголя опасны и могут привести к гибели.

Вот поэтому, несмотря на легальность, оба наркотика (табак и алкоголь) следует классифицировать как самые опасные из наркотиков, принимая во внимание огромное число заболеваний, которые они вызывают.

## **Лекарства**

**Изготовление.** Основой для получения лекарств служат синтетические или натуральные вещества, которые используются для оказания влияния на физическое и душевное состояние.

**Употребление.** В зависимости от способа употребления лекарства глотают или вводят при помощи инъекций (уколов); часто их принимают в комбинации или как заменитель другого наркотика.

Оказываемое действие:

- Обезболивающие средства снимают боли, возбуждают, стимулируют приятные ощущения.
- Снотворные и успокоительные средства снимают страх и напряжение, оказывают успокаивающее и притупляющее действие.
- Средства, снижающие аппетит, а также стимулирующие и возбуждающие средства повышают активность и улучшают самочувствие.

**Существующий риск.** Злоупотребление большими дозами (количеством) может вызвать своего рода состояние наркотического опьянения. При длительном употреблении лекарств в повышенных дозах часто происходит обратный эффект. Если из-за привыкания организма к лекарству желанный эффект больше не достигается, то в таких случаях, как правило, лекарство заменяют каким-нибудь другим.

Долгое употребление может вызвать сильную физическую и душевную (психологическую) зависимость. Постоянный прием лекарств, даже в маленьких количествах, может привести к постепенному отравлению организма, что влечет за собой заболевания различных органов.

Полный курс лечения в клинике может растянуться на несколько недель в зависимости от обстоятельств.

**Неутешительные факты.** Сведения об употреблении лекарств детьми и молодыми людьми противоречивы.

Сообщению о том, что 17,3% всех первоклассников Германии получают психотропные средства (лекарства, оказывающие успокаивающее, притупляющее или возбуждающее действие), противостоят результаты опроса, показывающие, что психотропные средства прописываются отнюдь не для решения повседневных проблем.

По сведениям доктора Герда Глэске, специалиста по лекарственным средствам, в последние годы количество выписываемых детям рецептов на психотропные средства несомненно сокращается: если в 1983 г. детям от 7 до 12 лет было выписано 820 тыс. рецептов на психотропные средства, то в 1990 г. – 490 тыс.

Нужно заметить, что эти цифры относятся только к лекарствам, которые отпускаются по рецептам. О массовом потреблении лекарств, для которых не нужен рецепт, можно только догадываться. Безрецептурные лекарства в среднем дешевле и становятся известны покупателю из интенсивной рекламы. Абсолютным чемпионом среди «самовыдаваемых лекарств» – так еще называют лекарства, которые можно получить без рецепта, – является обезболивающее средство томапи-рин. В 1991 г. через розничную продажу разошлось около 23 млн упаковок этого лекарства.

Лидер рынка томапирин и обезболивающее «Шпальт N» – номер два в «хитпараде» наиболее покупаемых лекарств – это так называемые анальгетики, т. е. комбинированные болеутоляющие. В состав этих лекарств для оказания возбуждающего действия входит кофеин. Уже давно говорится о сильном злоупотреблении такими лекарствами. Подобные медикаменты, отпускаемые без рецепта, могут из-за отсутствия контроля со стороны врачей приниматься в любом количестве. Реклама томапирина говорит сама за себя:

Снимет головную боль вне зависимости от причин, вызвавших ее, и позаботится о том, чтобы ваша голова оставалась ясной.

Последствия же могут быть фатальными.

Когда у нас что-то болит – это всегда сигнал тревоги, и в этом случае необходимо установить причину боли. Обезболивающие лекарства подавляют боль, однако не устраняют причины. Кроме того, таблетка – это снаряд, который бьет и по чужим, и по своим. Долгое неконтролируемое потребление таблеток может вызвать побочные эффекты, такие как язва желудка и язва двенадцатиперстной кишки, воспаление поджелудочной железы или повышенное давление.

**Побочное действие: зависимость.** Среди 20 наиболее часто прописываемых лекарств есть и снотворное «Рохипнол». «Рохипнол» относится к группе бензодиазеперинов, которые в общем-то не являются токсичными веществами и применяются в клиниках при лечении эпилепсии, состояниях сильного страха или при сильном расстройстве сна. Препараты бензойной кислоты пользуются большой популярностью и вне клиник прежде всего потому, что они оказывают успокоительное действие, не одурманивая. Они приглушают повседневные заботы, помогают оставаться спокойными и невозмутимыми и дарят сон.

**Обратная сторона медали: зависимость!** Казалось бы, действие, оказываемое препаратами бензойной кислоты, настолько эффективно, что на побочные эффекты можно не обращать внимания. Однако, как только вы перестаете принимать «таблетки счастья», старые симптомы (страх, бессонница) могут вернуться, но уже с новой силой, и от них снова придется избавляться, принимая лекарства. Новое обращение к таблеткам открывает путь к зависимости.

Успокоительные средства принадлежат к группе наркотиков, употребляемых для расслабляющего или седативного воздействия на центральную нервную систему. Они могут спровоцировать цианоз – недостаток кислорода в крови, вызывающий посинение кожных покровов. Быстродействующие барбитураты – наиболее опасные из успокоительных средств. Они способны парализовать ту часть головного мозга, которая контролирует дыхание, и таким образом вызвать смерть.

Признаки серьезной передозировки антидепрессантов: ослабленное дыхание, цианоз, остановка сердца и дыхания.

Смешивание успокоительных препаратов и алкоголя – одна из наиболее распространенных причин ненамеренной передозировки. Алкоголь и успокоительные средства влияют друг на друга, и скорость, с которой угнетается деятельность головного мозга, сердца и системы дыхания, резко возрастает. Эти наркотики никогда не следует употреблять вместе. Необратимые изменения в головном мозге – обычная проблема,



связанная с передозировкой успокоительных средств и алкоголя.

### **Нелегальные наркотики**

В 1995 г. был проведен анкетный опрос студентов первого курса одного из московских университетов. Цель исследования – выяснить, насколько вошли в жизнь современных молодых людей наркотики, как часто встречаются они в повседневной жизни и каково отношение к ним студентов. В опросе принимали участие 125 человек, в основном девушки (60%). В возрастном отношении подавляющее большинство составили 16- и 17-летние бывшие школьники. Высокий проходной балл и престижность выбранной профессии позволяют утверждать, что эти студенты – молодежь с хорошим уровнем подготовки и социально благополучная. Были получены такие результаты:

- 100% респондентов получали основные сведения о наркотиках из средств массовой информации;
- 78% отметили, что получали информацию о наркотиках также и от своих знакомых, т. е. эта тема нередко бывает предметом обсуждения в молодежной среде;
- 51% имеет среди своих друзей и знакомых людей, употребляющих наркотики;
- 46% – сами получали предложение попробовать тот или иной наркотик;
- 22% – уже испытали на себе воздействие различных наркотических веществ.

Соотношение полов оказалось следующим: 38% юношей и 12% девушек. Причиной своего поступка большинство студентов назвали любопытство, желание испытать себя.

К сведению: нелегальные наркотики

Нелегальными наркотиками называют вещества, которые относятся к наркотическим в соответствии с законом о наркотических веществах. По классификации ВОЗ наркомания относится к разряду психических заболеваний и проявляется в наличии у больного признаков аутодеструктивного поведения (стремления к саморазрушению). Самые известные нелегальные наркотики в настоящее время – героин, гашиш, ЛСА и кокаин.

Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» в России от 1 января 1997 г. (см. приложение «Наркотики и закон») определяет:

- какие вещества считаются наркотическими;
- кто и каким образом имеет право доступа к наркотическим веществам (например, врачи);
- к каким наказаниям приводят запрещенные производство и торговля наркотическими веществами.

Законодательный запрет на эти наркотики обосновывают чаще всего их особой опасностью. Всемирная организация здравоохранения сформулировала условия, на основании которых наркоманами и токсикоманами можно считать следующих лиц:

- у кого вследствие часто повторяемого приема натурального или синтетического ядовитого вещества возникает состояние периодической или хронической интоксикации, представляющей вред и опасность для них самих или их окружения;
- у кого наблюдается почти или совершенно непреодолимое влечение к этому яду;
- кто не в состоянии самостоятельно отказаться от приема наркотика, ибо психически и органически настолько зависит от него, что внезапное прекращение приема вызывает физически тяжелое и психически непереносимое состояние.

Самые известные легальные наркотические вещества – табак, алкоголь, медикаменты, нюхательные вещества, кофеин/теин и сахар. Доктор И. Неллес считает, что если сегодня речь идет о наркомании, то внимание обращают почти исключительно на потребление нелегальных наркотиков. В нашей стране к наркотическим средствам отнесены:

- опий и его производные (морфин, героин, промедол, кодеин, синтетические опиаты – морфин, метадон);
- некоторые психостимулирующие вещества (кокаин и его производные, фенамин, первитин, эфедрон и другие амфетамины);
- галлюциногены или психоделические средства: гашиш (анаша, марихуана), ЛСА

- (диэтиламид лизергиновой кислоты), псилоцибин (псилоцибин);
- психостимуляторы с галлюциногенным компонентом (экстази). К токсическим средствам относятся:
  - разнообразные растворители, лаки, клеи, содержащие ароматические углеводороды (бензол, толуол);
  - снотворные медицинские препараты (седуксен, реланиум, реладорм, тазепам, люминал, фенобарбитал);
  - галлюциногенные медицинские препараты (ииклодол, паркопам, тремлекс, кетамин, калипсол).

Все нелегальные вещества характеризуются прежде всего воздействием на центральную нервную систему, на мозг человека. Из-за них изменяются ощущения и стереотипы, касающиеся прежде всего чувства пространства и времени, искажаются эмоциональные переживания, а также восприятие собственного «Я». Особое воздействие различных нелегальных наркотических веществ известно уже несколько тысячелетий, хотя их потребление не вызывало таких общественных проблем, которые можно было бы даже приблизительно сравнить с сегодняшними. На действие наркотического вещества влияют различные факторы:

- Внутренняя готовность человека к действию наркотика (какое воздействие ожидается, имеется ли уже опыт употребления этого наркотика, есть ли неуверенность или страх и т. д.).
- Концентрация вещества в организме (какое количество наркотика поглощается и за какое время). Уже Парацельс считал, что все ядовито, в зависимости от принятой дозы. Чрезмерное употребление кофе может привести к необратимой интоксикации организма.
- Вид приема (форма применения). Риск острого отравления меньше всего при приеме через пищеварительный тракт (еда/питье); он возрастает при приеме через слизистую носа (вдыхание) и курении и становится максимальным при внутривенной инъекции (прямой прием в кровь).
- Особые условия обстоятельств приема (атмосфера, самочувствие и состояние здоровья, колебания содержания вещества, особый стресс из-за ситуации «черного рынка»).

**«Сильные» и «слабые» наркотики.** Обычно различают «сильные» и «слабые» наркотики (в немецком языке – «жесткие» и «мягкие» наркотики).

В этом обозначении кроется опасность поставить знак равенства между «слабым» и «менее опасным», «сильным» и «более опасным». Однако это неверно: например, алкоголь и никотин, несмотря на то что при их употреблении возможны многочисленные болезненные проявления, чаще всего относят к слабым наркотикам.

Деление на слабые и сильные наркотики основывается на предполагаемой силе воздействия, которое не совпадает с делением на легальные и нелегальные. Опиаты, барбитураты, амфетамины и различные психотропные препараты – сильные, но легальные. Гашиш – слабый, но нелегальный.

Большинство психотропных препаратов (успокоительных и транквилизаторов) являются слабыми, хотя при некоторых обстоятельствах они могут приводить к зависимости и превращать человека в наркомана; большинство эффективных болеутоляющих и возбуждающих препаратов – сильные, точно так же как чистые эйфориканты, например кокаин.

### ***Личность и наркотики***

К личностным предпосылкам, связанным с употреблением наркотиков, чаще всего относят:

- эмоциональную незрелость;
- низкий самоконтроль;
- неадекватную самооценку;
- склонность к регрессивному поведению;
- низкую устойчивость к стрессу;

- слабые адаптационные способности;
- отсутствие навыков конструктивного взаимодействия с ближайшим окружением, с лицами противоположного пола;
- в целом низкий уровень жизненной компетенции.

Учитывая, что все эти характеристики захватывают почти все молодое население страны, следует сделать вывод, что «группу риска» составляют от 70 до 90% школьников.

Зарубежные авторы различают два основных типа наркоманов – сикерс (англ. *seekers* – искатели) и хэдс (англ. *heads* – головы).

*Сикерс(ы)* – это люди, которые в поисках истины проводят эксперименты с наркотиками и их эффектами и, сравнивая их, находят новый смысл человеческого бытия. Они употребляют наркотики не постоянно, а только эпизодически, в перерывах же анализируют пережитые впечатления. Это преимущественно люди импульсивные, склонные к самоанализу, пытливые. Их первоначальная заинтересованность наркотиками возникает от скуки и апатии. Иницирующим фактором для них может стать попытка улучшить настроение или воспринимать себя исследователем глубинного мира. Последнее нередко провоцируется чтением соответствующей литературы: С. Грофа, К. Кастанеды, О. Хаксли, журнала «Птюч» и др. Для большинства подростков интерес к наркотикам не усиливается и после школы может исчезнуть совсем.

*Хэдс(ы)* проявляют до и во время приема наркотиков серьезные личностные отклонения. По причине неразрешенных внутренних конфликтов, постоянно присутствующей неуверенности и депрессии они начинают употреблять наркотики чаще, что приводит к ярко выраженной зависимости на всех уровнях. Так же как и сикерсы, эти наркоманы принимают самые разнообразные наркотики, но в гораздо больших количествах и гораздо чаще. От ровесников, не употребляющих наркотики, они отличаются следующими чертами:

- постоянно присутствующей депрессией (подавленное настроение);
- беспокойством;
- подозрением, что никто их не воспринимает всерьез;
- нарциссизмом или эгоцентризмом;
- частыми размышлениями над собственной индивидуальностью, независимостью и свободой мыслей и слова;
- трудностями в обычном общении с окружающими.
- Отмечено сходство среди семей хэдс(ов) в частности и молодых наркоманов вообще:
  - отец отсутствует или отличается слабым характером;
  - излишне заботливая, уступчивая или, наоборот, властная мать;
  - непоследовательное поведение в воспитании и отсутствие сдерживающих факторов в употреблении ПАВ;
  - враждебность или конфликты между родителями;
  - нереальные запросы (ожидания) родителей по отношению к детям.

К сожалению, в результате многочисленных психологических исследований не обнаружены специфические характеристики личности наркомана, его семьи. Поэтому ставку в профилактической деятельности следует делать на неспецифические факторы. В первую очередь к ним относится повышение уровня психологической культуры подростка, под которой мы понимаем степень усвоения знаний и выработку навыков психического саморегулирования.

Стадии развития зависимости от наркотических веществ (из программы «Перекресток»)

1 этап. Исследовательский. Первые опыты

Для этого этапа характерны:

- естественное любопытство, «желание просто попробовать»;
- активный поиск новых видов «кайфа»;
- трудности с пониманием собственных границ;
- неумение сказать «НЕТ»;

попадание под влияние различных мифов о химических веществах;

- страх прослыть «белой вороной» или «маменькиным сынком»;
- неосознанное (или осознанное) желание убежать от сложностей жизни;
- наплевательское отношение к себе и своей жизни, «пофигизм» как мировоззрение;
- желание сделать свою жизнь интересной и наполненной;
- незнание фактического действия наркотиков на психику и организм человека.

Необычайно высокий пик ощущений в организме, «кайф». Первые дозы наркотика вызывают резкий сбой нейрохимического баланса головного мозга. Очень важно, что наркотики не сами непосредственно вызывают удовольствие, а заставляют организм активизировать свои ресурсы.

2 этап. Удовольствие захватывает. Начинает нравиться

Для этого этапа характерны:

- • осознанное желание получать «кайф» при помощи наркотика;
- планирование употребления;
- поиск разумных оправданий употребления;
  - поиск «подходящей» компании;
  - наркотики становятся необходимым атрибутом веселья и отдыха;
  - наркотики начинают использоваться как
    - средство против «комплексов»,
    - лекарство от стресса,
    - способ общения,
    - «спутник» сексуальных отношений;

рост требуемой для получения нужных ощущений дозы;

- формирование особой «тусовки»: свой вид наркотиков, своя музыка, стиль одежды, юмор.

Закон дозы: если человек продолжает употреблять вещества, изменяющие состояние сознания (наркотики), он переходит с меньших доз на большие и с менее сильных веществ на более сильные.

3 этап. Возникновение и рост проблем

Для этого этапа характерны:

- проблемы со здоровьем (похмелье, ломка, неприятные ощущения после употребления, инфекционные заболевания): «Сначала ищешь наркотик, чтобы было хорошо, а потом— чтобы не было так плохо»;
- потеря контроля над поведением (травмы, насилие, криминал);
- неразборчивость в сексе (венерические заболевания, нежелательная беременность, проблемы в отношениях);
- скандалы в семье;
- проблемы с учебой, неприятности в школе;
- финансовые трудности (долги, продажа вещей из дома, постоянный поиск денег);
- конфликты с друзьями;
- основной круг общения— те, кто употребляет наркотики;
- конфликты с законом, приводы в милицию.

Возникающие проблемы служат оправданием дальнейшего употребления. Употребление вызывает новые проблемы. Причина и следствие меняются местами. Прекратить употребление на этой стадии самостоятельно практически невозможно, необходима помощь специалистов.

4 этап. Употребление становится целью жизни

Для этого этапа характерны:

- употребление ради употребления;
- постоянная потребность в наркотике;
- использование крайних средств в поисках дозы;
- разрушение нравственных ценностей;

- апатия и нежелание жить, утрата смысла существования;
- попытки самоубийства;
- серьезные проблемы со здоровьем, возникновение хронических заболеваний;
- разрыв с семьей, друзьями, обществом.

Абсолютное большинство наркоманов, дошедших *до этой* стадии развития зависимости, погибают от передозировки. Количество вещества, требуемое для возвращения мозга к нормальному функционированию, становится критическим для жизнедеятельности организма в целом.

### ***Молодежь и риск употребления наркотиков***

Школьники российских городов на вопрос: «Как вы думаете, зачем люди употребляют алкоголь, наркотики?», – отвечали:

- для кайфа;
- от горя;
- так легче общаться;
- чтобы было хорошо;
- чтобы было весело;
- забыться;
- чтобы быть взрослее и «круче»;
- просто чтобы испытать, что это такое;
- уйти от боли;
- за компанию;
- чтобы расслабиться для смелости;
- для энергии;
- уйти в другие миры.

На вопрос же: «Почему люди *не* употребляют наркотические вещества?», – отвечали значительно «скромнее»:

- они *боятся* за свою жизнь, здоровье;
- они боятся проблем, родителей и милиции;
- у них есть принципы и убеждения;
- просто они не дураки же убивать себя;
- иногда этого не делают, потому что нет денег – но это временно...

### ***Факторы риска алкоголизации и наркомании среди подростков***

На основании тщательных исследований ученым удалось выделить ряд предпосылок и факторов, которые можно отнести к факторам риска.

Медицинские предпосылки:

- патология беременности и осложненные роды;
- тяжелые и/или хронические заболевания, перенесенные в детском возрасте;
- сотрясение головного мозга (особенно неоднократно).

Объективные факторы:

- *Экономическое/социальное неблагополучие.* У детей из социально неблагополучных, неполных семей, социально изолированных, не имеющих братьев и сестер, живущих в неблагоприятных жилищных условиях, род занятий родителей которых малопrestiжен (или они безработные), больше шансов злоупотреблять алкоголем и наркотиками.
- *Общественная необустроенность.* Районы с высоким уровнем преступности (где расположены вокзалы, общежития и т. п., в которых часто меняются жильцы) способствуют разобщенности людей, создают криминальную обстановку и условия для распространения алкоголизма и наркомании.
- *Переводы и частые переезды.* Переводы подростков из школы в школу сопровождаются ростом употребления алкоголя. Частые перемены местожительства также оказывают отрицательное влияние.
- *Доступность алкоголя и наркотиков.* Доступность алкоголя и наркотиков

объективно связана с вероятностью злоупотребления ими. В школах, где наркотики более доступны, обнаружены и более высокие показатели их употребления.

Субъективные факторы:

- *Семейная предрасположенность.* Дети, рожденные или воспитываемые в семьях с алкогольными «традициями», подвержены большему риску при страститься к алкоголю и другим наркотикам. В этом свою роль играют, видимо, как генетические причины, так и окружение. Например, мальчики, родившиеся в семье алкоголика, даже воспитываясь в другой семье, усыновившей их, подвергаются в 2-4 раза большему риску стать алкоголиками, чем мальчики, родившиеся в нормальных семьях.
- *Неумелое воспитание и его патологические формы.* Для подростка существует повышенный риск «скатиться» в наркоманию или алкоголизм в семьях, где родители постоянно заняты, не устанавливают четких норм поведения, используют вид искаженного воспитания типа гипоопеки (когда дети предоставлены самим себе); непоследовательны в воспитании, когда за один и тот же поступок ребенка могут похвалить и наказать; где родители придерживаются жесткого стиля воспитания или, наоборот, гиперопеки (когда ребенок воспитывается в «оранжерейных» условиях), где ребенок имеет легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и не осознает, как они достаются; а также в семьях, где приняты некоторые другие формы воспитания. Отношения в семье, основанные на любви, принятии и понимании друг друга, на демократическом контроле формируют барьеры, предотвращающие тягу подростка к алкоголю и наркотикам.
- *Антисоциальное поведение и гиперактивность.* Этот фактор риска главным образом связан с мальчиками в возрасте 5-7 лет. Если агрессивное поведение сопровождается гиперактивностью в раннем детстве, существует большая вероятность того, что в юности будут проблемы со злоупотреблением алкоголем и наркотиками.
- *Употребление алкоголя и наркотиков родителями и позитивное отношение к нему.* В семьях, где родители, чтобы расслабиться, употребляют запрещенные наркотики или много пьют, при этом еще и приобщая детей, риск стать алкоголиками и наркоманами резко возрастает.
- *Неуспеваемость.* Неудачи в учебе (начиная с 5-6 класса) усиливают риск злоупотребления алкоголем, наркотиками, ингалянтами.
- *Отсутствие желания продолжать обучение в школе.* Подростки, которым школа ненавистна и которые не стремятся к продолжению обучения, имеют больше шансов пристраститься к алкоголю и наркотикам.
- *Общение с пьющими и употребляющими наркотиками сверстниками.* Это один из надежных индикаторов, указывающих на возможность употребления наркотиков подростками, независимо от того, имеют ли место другие факторы риска. Если друзья выпивают – это сильный аргумент в пользу того, что подросток, возможно, злоупотребляет алкоголем.
- *Положительное отношение к алкоголю и наркотикам.* Когда дети считают, что от спиртного нет вреда, когда алкоголь ассоциируется у них с «хорошо проведенным временем», существует очень большая вероятность того, что они будут выпивать и употреблять наркотики.

Исследования показали, что сочетание факторов риска имеет геометрически прогрессирующий эффект. Например, при наличии двух факторов риска опасность возникновения неблагоприятного поведения возрастает приблизительно в 4 раза. Когда налицо четыре фактора, риск злоупотребления наркотиками возрастает в 10 раз.

### **Факторы защиты**

Некоторые дети, даже когда они подвергаются многим факторам риска, не

употребляют наркотики и алкоголь. Исследования показывают, что от этого их удерживает, по-видимому, целый ряд защитных факторов:

- Чувство юмора.
- Внутренний самоконтроль, целеустремленность.
- Ценность взаимоотношений по крайней мере с одним взрослым человеком помимо родителей (это может быть и более взрослый «трезвый» подросток, и учитель).
- Привязанности и уважение законов и норм общества, школы, общины, семейных стандартов, исключающих употребление алкоголя и наркотиков:
  - любовь и забота в семье;
  - преданность и близость;
  - крепкая связь с родителями;
  - доверительные отношения родителей с детьми;
  - обязательства перед социальной группой и возложение на нее надежды;
  - убеждения и нравственные ценности, совпадающие с принятыми в социальной группе (семья, школа);
  - условия, способствующие возникновению привязанности;
  - возможность активного участия в работе социальной группы;
  - учащийся имеет определенные обязанности и добивается успехов в их выполнении;
  - успешное овладение необходимыми навыками в принятии решений;
  - наличие социальной поддержки;
  - признание и одобрение правильных действий.
- Интерес к учебе, духовному росту.
- Увлечения.
- Интерес к религии.

### ***Спор о легализации***

Одной крайней позиции в этой дискуссии соответствует лозунг «Тотальная угроза обществу», которой опасаются противники контролируемого разрешения сильных наркотиков, другой – «Декриминализация и гуманизация потребления наркотиков», за него выступают сторонники этой позиции.

Сторонники, в подавляющем большинстве представляющие себе модель контролируемого разрешения такой, как она практикуется, например, в Ливерпуле с 1971 г., где героин отпускается наркоманам по рецепту врачей, обещают полное разрушение «черного рынка». И мафия, во всем мире связанная с торговлей наркотиками, якобы таким образом потеряет свои миллиардные прибыли, так как больше не будет наркоманов, зависящих от них как от поставщиков. Потребление наркотиков более не будет причиной преступности, ибо наркоманам не нужно будет приобретать наркотики по чрезвычайно высоким ценам. Мир наркотиков станет поэтому более человечным.

Противоположные аргументы состоят в том, что разрешение всех наркотиков, даже по модели, практикуемой для медикаментов (ведь многие наркотики приобрели известность сначала как медикаменты, например героин и ЛСД), приведет к неконтролируемому их потоку. Противники легализации опасаются массового увеличения потребления наркотиков и прежде всего увеличения числа первичных потребителей. Кроме того, они видят в этом стимул к потреблению.

Все экономические расчеты на моделях останутся чистой спекуляцией, пока ответственные политики не будут считать их осуществимыми. Как правительство России, так и представители учреждений решительно против легализации сильных наркотиков. А вот многие представители учреждений помощи наркоманам в России и Германии придерживаются противоположного мнения.

### ***Политоксикомания***

Смешанное употребление нескольких наркотиков специалисты называют политоксикоманией. В последние годы все большее число зависимых переходит к

употреблению нескольких наркотиков параллельно. Например, употребляющие героин подавляют абстинентные синдромы, проявляющиеся до следующей «иглы», при помощи медикаментов («очень любим» рохипнол) и алкоголя. Часто умершие от наркотиков – жертвы смешанных отравлений (результат злоупотребления несколькими наркотиками).

Сухие цифры статистики (фонд «Возвращение»)

Средний возраст умерших от наркотиков – 21,3 года

Причины смерти:

передозировка – 67%;

сепсис – 10%;

заболевания, связанные с наркотизацией, – 13%;

самоубийства – 2%;

насилие – 8%;

*Умершие употребляли наркотики совместно:* с реладормом и димедролом – 36%; только с димедролом – 25%; только с реладормом – 10%; с алкоголем – 10%; с другим наркотиком – 11 %; остальные 8% употребляли наркотик без добавок.

В среднем каждый наркозависимый имел 2 передозировки. В 41% случаев наркозависимые, имевшие опыт передозировки, связывают это с большим количеством принятого наркотика, в 35% случаев – с реладормом, димедролом или реланиумом, принятыми одновременно с наркотиком, в 7% случаев – с алкоголем, и в 17% – с другими препаратами, принятыми совместно с наркотиком. **Средняя продолжительность жизни наркозависимых после начала систематического употребления наркотиков – 4 года.**

*Бесспорно:* все наркотики воздействуют на центральную нервную систему и мозг человека. Поэтому изменяются восприятие (например, восприятие цвета), переживания, впечатления, чувственные переживания.

*Не выяснено:* до сих пор нет непротиворечивого объяснения, почему человеческий мозг так жаждет наркотиков. Как и прежде, остается загадкой, почему одни люди попадают в наркотическую зависимость, а другие – нет.

*Предложение:* много раз делались попытки объяснить страсть к потреблению наркотиков. Мы хотели бы представить вам и вынести на обсуждение в кратком виде два тезиса:

Вероятность того, что человек начнет потреблять наркотики, наиболее высока в том случае, если самооценка низкая, стиль жизни изнеженный или унылый, а цели нереалистичны; если первичная группа (семья) не предоставляет достаточной поддержки, а в широком социальном окружении господствует отклоняющееся поведение. Согласно опыту Г. Ульберта (инспекция по наркотикам, Берлин), к потреблению запрещенных наркотиков склонны люди определенного склада: беспризорники, хулиганы, которые способны на любую глупость, люди, охотно уваливающие от работы и усилий, маменькины сынки, не умеющие ни к чему прикладывать усилий.

Психологическое изучение подростков, проявивших склонность к алкоголизации или употреблению наркотических и токсикоманических ядов, показало, что все они имели определенные заострения личностных черт. Это обнаруживается в асоциальном поведении, наличии таких особенностей, как замкнутость, угрюмость, своеобразие суждений и непредсказуемость поступков. С другой стороны, среди них отмечались и самоуверенные энтузиасты, склонные к общению, неусидчивые и беззастенчивые, лживые и недружелюбные, с неустойчивыми моральными принципами.

Застенчивые и сентиментальные становятся наркоманами и токсикоманами из-за стремления победить чувство неудовлетворенности собой, раздражительного «стадного» инстинкта и из любопытства.

Среди наркоманов также встречаются лица с физическим и психическим недоразвитием, с дефектами внешности, формирующими у них комплекс неполноценности, с дефектом речи, перенесшие закрытую травму мозга.

К сожалению, наркоманом может стать каждый, кто использует наркотик для решения своих проблем по собственной воле или по чужой инициативе. Задача каждого – научиться решать эти проблемы без наркотика. Ибо наркотик – это не решение, а уход от



решения.

1000 путей ведут в наркоманию – 1000 путей выводят из наркомании!

### **Созависимость**

Наркоман воздействует на окружающих близких людей как радиация: ее не видно, а вред здоровью огромный. Если ваш друг, близкий родственник – наркоман, то вы попадаете в зараженное поле. Психиатры считают, что в результате совместной невыносимой жизни с наркоманом, когда вся жизнь родственников сводится к тому, чтобы удовлетворять его потребности, в прямом смысле каждодневно спасать его от гибели, «нарабатывается» симптом за симптомом психическая патология. Включенность в патологический мир наркомана, влекущая психические изменения, имеет свой диагноз – созависимость.

Созависимостью называется комплекс особых приобретенных черт личности, мешающих нормальной и счастливой жизни, появляющийся у родственников и близких наркомана в результате постоянной психической травмы и попыток приспособиться к ней.

Симптомами созависимости выступают следующие признаки:

- нарушение нормального ритма жизни семьи;
- отказ родителей от работы, от увлечений;
- подчинение жизни семьи состоянию и настроению наркозависимого подростка;
- чувство вины родителей за происходящее;
- постоянные взаимные обвинения;
- невнимание к другим детям, членам семьи.

Формирование созависимости во многом связано с поведением родственников, так к ней могут привести такие пути:

- неправильное понимание сути помощи зависимому человеку; ошибочное представление о своей роли в этой помощи; переоценка своих возможностей;
- игнорирование истинных потребностей ребенка в получении помощи;
- искаженное представление о реально существующей ситуации;
- возложение на себя вины за все, что произошло с ребенком.

Подведем итог. Общего определения наркомании не существует. Есть, однако, два критерия, которые тесно взаимосвязаны с поведением наркомана:

1. Потеря контроля. Это понятие описывает неспособность личности употреблять наркотики в умеренном и разумном объеме, осуществлять определенные действия под контролем (например, азартная игра).

2. Неспособность к воздержанию. Это понятие выражает то, что без посторонней помощи человек не в состоянии отказаться от наркотика либо не в состоянии осуществлять определенные действия.

Если налицо оба критерия, то можно говорить о наркомании. Однако эти критерии не затрагивают историю возникновения наркомании. Также отсутствует стандарт в определении неразумного, неумеренного обращения с наркотиком.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте характеристику наркоэпидемии в России (особенности, тенденции).
2. Что такое физическая и психическая зависимость? Какое поведение соответствует понятию зависимое?
3. Критерии разделения наркотиков на легальные и нелегальные.
4. Какова распространенность курения и в чем состоит опасность употребления табака?
5. Факторы риска и перечень причин, побуждающих людей курить.
6. Что такое алкоголь? Каковы последствия употребления алкоголя?
7. Факторы риска употребления алкоголя.
8. Динамика психического состояния от употребления алкоголя (стадии опьянения).

9. Стадии развития алкоголизма у подростков и взрослых.
10. С какой целью употребляются лекарства без назначения врача? Каковы последствия этого?
11. Какие личностные характеристики можно выделить у зависимых от ПАВ? Охарактеризуйте личностные типы наркозависимых.
12. Стадии развития зависимости от наркотических веществ.
13. Какие вещества относят к наркотическим по закону РФ?
14. Какие факторы влияют на действие наркотического вещества?
15. Факторы риска употребления наркотиков у подростков.
16. Факторы защиты от употребления ПАВ.
17. Ориентировочные индикаторы употребления наркотиков (медико-биологические, неспецифические).
18. Специфические маркеры употребления конкретных наркотических веществ.
19. Что такое созависимость и каковы ее симптомы?

### **Литература**

1. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья. – СПб.: БПА, 1998.
  2. *Ананьев В. А.* Легальные и нелегальные наркотики. – СПб.: ИМ АТОН, 2000.
  3. *Белогуров С. Б., Зефиоров С. Ю., Софронов А. Г. и др.* Предложения по совершенствованию системы медицинской помощи наркоманам в Санкт-Петербурге. - СПб., 1996.
  4. Борьба с эпидемией курения. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением / Пер. с англ. – М., 1980.
  5. *Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я.* Алкоголизм: социально-гигиенические аспекты. - М, 1983.
  6. *Личко А. Е., Битенский Ю. Г.* Подростковая наркология.
  7. Наркомания в России: вызов национальной безопасности. – М., 1997.
  8. *Николаева Л. П., Колесов Д. В.* Уроки профилактики наркомании в школе. – М.; Воронеж, 2000.
  9. Психологические особенности наркоманов периода взросления / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара, 1998.
  10. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина и др. – Самара, 1999.
  11. Сборник методических рекомендаций по организации системы профилактики наркотической зависимости у подростков и молодежи на основе территориальной модели. – СПб., 2000.
  12. *Сирота Н. Л., Ялтонский В. М. и др.* Профилактика наркомании у подростков. – М.: Генезис, 2001.
  13. *Шабалина В. В.* Зависимое поведение школьников. – СПб., 2001.
  14. Школа без наркотиков / Под ред. Л. М. Шипицина, Е. И. Казакова. – СПб.: Образование–культура, 1999.
- Интернет против наркотиков:  
 Проект «Без наркотиков» (<http://nodrugs.magelan.ru>) Проект «НарКом» (<http://www.narcom.ru>)  
 Проект Апокалипсис 2000 (<http://www.apokalipsis.com/win/drugs.html>) Раздел «Наркология для всех» проекта Doctor.ru (<http://www.doktor.ru/people/nark>)  
 Фонд спасения детей и подростков от наркотиков (<http://www.narconon.ru>)  
 «Европейские города против наркотиков» (<http://www.drugwatch.org>)

#### Приложение

##### Наркотики и закон

С 1 января 1997 г. вступил в действие новый Уголовный кодекс Российской Федерации. В главе 25 «Преступление против здоровья населения и общественной

*нравственности»* имеются следующие статьи, определяющие наказание за действия, связанные с наркотическими средствами и психотропными веществами (статьи приведены с сокращениями).

Статья 228. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ.

Незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

Незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой.

Деяния, предусмотренные частью второй настоящей статьи, совершенные:

а) группой лиц по предварительному сговору;

б) неоднократно;

в) в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере, наказываются лишением свободы от пяти до десяти лет с конфискацией имущества или без таковой.

Деяния, предусмотренные частями второй и третьей настоящей статьи, совершенные организованной группой, либо в отношении наркотических средств и психотропных веществ в особо крупном размере, наказываются лишением свободы от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества.

Примечание к статье 228: Лицо, добровольно сдавшее наркотические средства или психотропные вещества и активно способствующее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ.

Статья предусматривает в качестве наказания лишение свободы на срок от трех до пятнадцати лет в зависимости от наличия отягчающих обстоятельств, совершено ли это группой лиц по предварительному сговору, неоднократно, с применением насилия и т. п.

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ.

Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

То же деяние/совершенное:

а) группой по предварительному сговору или организованной группой;

б) неоднократно;

в) в отношении заведомо несовершеннолетнего либо двух или более лиц;

г) с применением насилия или угрозой его применения, наказывается лишением свободы от трех до восьми лет.

Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок от шести до двенадцати лет.

Статья 231. Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества.

Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества, наказывается штрафом в размере от пятисот МРОТ или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев либо лишением свободы на срок до трех лет.

Те же деяния, совершенные:

- а) группой по предварительному сговору или организованной группой;
- б) неоднократно;
- в) в крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

Статья 232. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ.

Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок до четырех лет.

Те же деяния, совершенные организованной группой, наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Постоянным комитетом по контролю наркотиков утвержден список крупных и особо крупных размеров количеств наркотических средств или психотропных веществ, обнаруживаемых в незаконном обороте. Приведем выдержку из этого списка.

	Наименование	Размеры, г	
		крупный	особо крупный
1	Марихуана:		
	высушенная	0,1-500,0	500,0
	невысушенная	0,5-2500,0	2500,0
2	Гашиш	0,1-100,0	100,0
3	Соломка маковая:		
	высушенная	0,2-250,0	250,0
	невысушенная	1,0-1250,0	1250,0
4	Героин	до 0,005	от 0,005
5	Амфетамин	0,02-3,0	3,0
6	Псилоцибин	0,01-1,0	0,1
7	Кокаин	0,01-1,0	1,0

Обнаружение ничтожно малого количества наркотика является основанием для привлечения к уголовной ответственности, которая по статьям, связанным с наркотиками, наступает с 16 лет.

8 января 1998 г. вышел закон РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Статьи этого закона определяют новый порядок лечения наркотической зависимости и по-новому трактуют отношение государства к самому факту употребления наркотических средств.

Статья 40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

В России запрещается потребление наркотических средств без назначения врача.

Статья 44. Медицинское освидетельствование.

Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

Медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией.

Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет по просьбе или с согласия их родителей или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без

назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством РФ об охране здоровья граждан.

В главах 10 «Назначение наказания» и 15 «Принудительные меры медицинского характера» УК. РФ существует ряд непосредственно относящихся к больным наркоманией статей:

В статье 73 «Условное осуждение», в части 5, указано, что в случае вынесения приговора об условном осуждении суд вправе обязать осужденного пройти курс лечения от наркомании.

В части 1 статье 99 определено, какие принудительные меры медицинского характера (т. е. принудительное лечение) может назначить суд:

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением (только для особо опасных и невменяемых преступников).

Критерии диагностики Интернет-зависимости (А.Ф.Шайдулина, 2002)

Должно настораживать и вызывать подозрение в патологическом увлечении, если ребенок примерно через полгода со дня знакомства с компьютером имеет следующие поведенческие признаки:

- Многочасовое пребывание за компьютером, в основном за одной и той же программой, нередко допоздна.
- Постепенное ухудшение успеваемости, регулярные пропуски занятий, учебное время проводится в компьютерном клубе или дома за компьютером.
- Заметно уменьшается общение с друзьями, прежние увлечения теряют свою привлекательность, все чаще темой разговоров становятся компьютерные игры, технологии усовершенствования работы компьютера.
- Попытка запретить пользоваться компьютером дома приводит к конфликтам; ребенок начинает где-то пропадать до поздней ночи, может возвращаться домой под утро.
- Увеличивается количество денег, требуемых на карманные расходы. При этом из дома периодически пропадают деньги.
- Меняется круг знакомств, в основном это теперь приятели из компьютерного клуба.
- После наказаний с легкостью даются обещания «исправиться», т. е. прекратить посещать клуб, красть деньги и т. п.
- Появляется капризность, эгоистичность, раздражительность, порой доходящая до плохо контролируемой агрессии.
- Нарушается сон, ухудшаются внимание и память.
- Снижается острота зрения, возможно появление искривления позвоночника.

### **«Групповой портрет» психоактивных веществ**

Алкоголь. Что это?

*Названия:* этанол, этиловый спирт, водка. *Тип:* депрессант центральной нервной системы (УНС).

*Формы:* чистый спирт, разведенный и/или смешанный с вином, пивом, ликером и т. д.

*Способ употребления:* глотается в виде напитка в смеси с другими спиртами или безалкогольными веществами.

*Легальность:* легален, закон регулирует лишь порядок приобретения и распространения. *Другие формы употребления:* в малых дозах используется в

кулинарии и медицине.

Какие ощущения вызывает?

Расслабление, благодущие, сменяющееся депрессией; гнев, потерю самоконтроля, сонливость. Эффект варьируется в зависимости от индивидуальности.

Как влияет?

*На разум:* понижает способности мозга контролировать поведение и двигательную активность (например, если вы за рулем).

*На тело:* потеря способности осмысленно двигаться и говорить.

Последствия для здоровья

Потеря памяти. Переохлаждение. Снижение сексуального влечения, импотенция, менструальные проблемы, поражения печени и почек, желудочно-кишечного тракта. Потеря чувствительности к боли, кома, раздражительность, бессонница, социально нежелательное поведение. Поражение головного мозга. Нарушение походки. Истощение запасов витаминов и питательных веществ.

Амфетамины. Что это?

*Названия:* амфетамин, дезоксин, декседрин, «кристалл», «меф», «черная красotka», «будильник» и т. д.

*Тип:* стимулянт УНС.

*Формы:* белый кристаллический порошок, растворимый в воле, слабо растворимый в алкоголе (метамфетамин), свободно растворимый и в воде, и в алкоголе; капсулы и таблетки разного цвета.

*Комбинации:* с барбитуратами, с LSD и PCP, метамфетамином, кокаином или героином.

*Способ употребления:* проглатывание (капсулы, таблетки), введение в кровоток с помощью инъекций (растворы), вдыхание (порошок).

*Легальность:* нелегальны, за исключением случаев лицензированного медицинского использования (нарколепсии, нарушения поведения у детей, паркинсонизм, эпилепсия, гипотензивные состояния).

Какие ощущения вызывают?

Всплеск удовольствия, похожий на оргазм или электрошок (после инъекции). Снижение аппетита. Повышенная тревожность, эйфория, возбуждение, ощущение силы. Изменение сексуального поведения. Беспокойство, депрессия, раздражительность. Паранойя, галлюцинации.

Как влияют?

*На разум:* сверхстимуляция УНС.

*На тело:* учащение и нарушение сердечного ритма, дыхания. Сухость и неприятный вкус во рту, диарея. Снижение аппетита. Импотенция. Усиление мочеотделения, потливость, лихорадка, судороги, кома, кровотечения.

Последствия для здоровья

Хроническое расстройство сна, нервозность. Дефицит питательных веществ, сухость кожи, высокое кровяное давление. Паранойя, хронический амфетаминовый психоз, снижение эмоционального контроля, тяжелая депрессия. «Шприцевые» инфекции: гепатит, СПИД, сужение и блокировка кровеносных сосудов. Смерть через самоубийство в состоянии депрессии, от коллапса сосудов головного мозга, сердечной недостаточности, жестокой лихорадки; насильственная смерть.

Факт

Амфетаминовые наркоманы достигают плато, где удовольствие невозможно.

Барбитураты. Что это?

*Названия:* барбитураты, амитал, бутизол, нембутал, люминал, секонал, метаквалон. *Тип:* седативные, гипнотические.

*Формы:* белые, горькие на вкус порошки или таблетки, растворимые в воде.

*Комбинации:* с амобарбиталом и секобарбиталом, «туинал» с буталбиталом, аспирином или кофеином, «фионарином», со слабым уличным героином или метамфетамином.

*Способ употребления:* проглатывание таблеток, капсул или растворов; ректально;

внутривенно; внутримышечно или подкожно.

*Легальность:* легальны в случае, если прописаны для медицинских целей.

Какие ощущения вызывают?

Расслабление, миролюбие, сонливость, приятная интоксикация, снижение активности, головокружение, спутанное сознание, возбуждение, повышенная чувствительность к боли, тревожность, депрессия, раздражительность, галлюцинации, повышенные сексуальные возбудимость и эмоциональность, похмельное состояние.

Как влияют?

*На разум:* подавляет УНС.

*На тело:* прогрессирующие колебания кровяного давления, нарушение сердечного и дыхательного ритма. Тошнота, рвота, абдоминальные боли. Потеря рефлекторного ответа. Понижение температуры тела и крови. Слабый пульс.

Последствия для здоровья

Раздражительность, беспокойство, депрессия. Психотические эпизоды. Ослабление памяти, социальной ответственности и мыслительных способностей. Эмоциональные расстройства. Хроническая бессонница. Нарушение речи, координации движений, зрения. Импотенция, снижение сексуального влечения, нарушение менструального цикла, расстройство дыхания. Смерть от остановки дыхания в результате комбинации барбитуратов с другими депрессантами УНС (такими, как алкоголь), сильные головокружения, самоубийство.

Факт

Барбитураты – одни из самых опасных для жизни наркотиков.

Галлюциногены. Что это?

*Названия:* каннабис (марихуана), ЛСД, мескалин, метилен диоскиамфетамин (смертельный наркотик), триметаксидиамфетамин, атропина, кетамин и др.

*Тип:* галлюциногены, психотомиметики, психоделики.

*Формы:* как природного, растительного происхождения, так и частично или полностью синтетические порошки, растворы, таблетки, ингалянты.

*Способ употребления:* вдыхание, инъекции (внутривенные, внутримышечные, подкожные), курение, глотание, прикладывание к мембранным поверхностям, добавка к пище.

*Легальность:* нелегальны, за исключением применения в лицензированной медицинской практике и в ритуальной практике церкви.

*Другие формы использования:* кетаминовые инъекции используются как анестетики; алкалоиды атропина контролируют спазмы, гастроинтестинальные проблемы, слюноотделение и легочную секрецию, паркинсонизм; применяются для расширения зрачков при обследовании зрения.

Какие ощущения вызывают?

Непредсказуемые изменения настроения, мыслей, восприятия пространства, времени и своего «Я». Резкое обострение всех чувств с переходом от крайнего возбуждения и наслаждения к беспредельному ужасу. **Как влияют?**

*На разум:* распад мыслительного процесса. *На тело:* разлад всех систем, от нарушения сердечного ритма до конвульсий.

оследствия для здоровья

На улиах продается множество галлюциногенов нелегального производства, представляющих для покупателя непредсказуемый риск. Эффект зависит от индивидуальности. Психические и физические реакции предсказать невозможно. У одних это может быть депрессия той или иной степени тяжести, у других – психозы, тянущиеся иногда месяцами и чреватые возвращением вспышек в любое время. Смерть может наступить от конвульсий, отравления при передозировке; причиной ее могут быть самоубийства, вождение «под дозой», замещение или изменение технологии производства наркотиков либо их комбинации. Дети матерей, принимающих галлюциногены, либо погибают недоношенными (выкидыш), либо рождаются с патологиями. **Факт** Все галлюциногены производят непредсказуемое, но всегда

негативное действие.

Героин. Что это?

*Названия:* героин, «пыль», «джонка», «смак», «мексиканская глина», «черный деготь».

*Тип:* полисинтетический, купирующий боль наркотик, опиат.

*Формы:* белоснежный кристаллический порошок, растворимый в воде и горький на вкус.

*Комбинации:* с амфетаминами, кокаином, марихуаной под названием «динамит», «атомная бомба» и др.

*Способ употребления:* введение (водного раствора) внутривенно, внутримышечно, подкожно; вдыхание героиновой пудры, курение, глотание (например, с хлебом).

*Легальность:* в США – нелегален без каких-либо исключений. В некоторых других странах используется для снятия болей на последних стадиях рака.

Какие вызывает ощущения?

Немедленное мощное оргазмическое состояние, сменяющееся благодушием, эйфорией, а затем – сонливостью, пассивностью, утратой способности концентрироваться на чем-либо, потерей аппетита, замедлением дыхания, снижением сексуальной активности, усилением мочеотделения, тошнотой и рвотой, понижением температуры тела, потливостью.

Как влияет?

*На разум:* преобразуется в морфин и подавляет ЛНС; подавляет болевую чувствительность и провоцирует раздражительность.

*На тело:* воздействует на гастроинтестинальную и дыхательную системы, вызывая запоры и замедление дыхания.

Последствия для здоровья

Сонливость может прогрессировать вплоть до комы. Нарушение сердечного и дыхательного ритма, замедление его, что может привести к кислородному голоданию и поражению мозга. «Шприцевые» инфекции могут привести к закупорке вен, гепатиту, эндокардиту или СПИДу.

Передозировка или употребление некачественного уличного героина может привести к смерти. Зависимость формируется даже при употреблении малых доз, так как они вызывают привыкание и потребность в увеличении дозы. Воздержание уменьшает привыкание, но лишь на короткое время. Отказ от героина приводит к депрессии, бессоннице, потере аппетита, беспокойству и раздражительному состоянию, страстному стремлению к наркотику и укреплению психологической зависимости от него.

Ингалянты. Что это?

*Названия:* растворители, аэрозоли, нитриты, окись азота (веселящий газ), трихлорэтан.

*Тип:* седативные/гипнотические, анестетики.

*Формы:* гидрокарбонатные растворители (жидкости и газы).

*Комбинации:* антифризы, газолин, ацетон, моющие и чистящие средства, средства для чистки обуви, обувной клей, дезодоранты и др.

*Способы употребления:* вдыхание газа или паров из баллонов, бумажного или пластмассового пакета, вдыхание паров прямо из контейнера, вдыхание разогретых паров, глотание растворов в смеси с алкоголем, инъекции, впрыскивание аэрозолей в рот.

Легальность: легальны.

Какие ощущения вызывают?

Эйфория, легкость, невесомость, исчезновение окружающего мира, чувствительность к свету, мышечная слабость, раздвоение предметов, звон в ушах, нарушение речи, замедление реакций, сонливость, потеря болевой чувствительности, депрессия, галлюцинации, бред, потеря способности к ориентации.

Как влияют?

*На разум:* в большинстве случаев подавляют ЛНС. Нитриты– стимулируют. *На*



*тело*: перебои сердечного и дыхательного ритмов.

Последствия для здоровья

Интоксикация. Нарушение поведения. Сильная депрессия, токсические психозы. Боли в груди, мышцах, суставах, похмельное состояние, потеря памяти. Кома, поражение головного мозга, паранойя. Поражение печени, дыхательных путей. Поражение костного мозга, нарушение кровообращения, дрожание конечностей, расстройство сна. Истощение, потеря аппетита, спазм бронхов, зуд в носовых ходах и во рту. Носовые кровотечения, диарея, глаукома, поражение кровяных телец. Смерть может наступить от удушья (в пластиковом пакете), опасного для жизни поведения, вождения автомобиля после вдыхания.

Факт

Даже малые дозы ингалянтов могут привести к смертельному исходу.

Кокаин. Что это?

*Название*: кокаин, «К», «кок», «снег», «звездная пыль», «драконова перхоть».

*Тип*: стимулянт L1НС.

*Формы*: лист кустарника кока (ритуальная форма); белый кристаллический порошок (кокаина гидрохлорид); пары свободного кокаина, водный раствор; кокаин в комбинации с содой или аммиаком – «крэк» или «рок».

*Комбинации*: с героином, «динамитом», морфином, с напитками (раствор).

*Способ употребления*: жевание (листьев), курение (паста и «крэк»), вдыхание носом (порошок и пары), втирание в слизистые рта, влагалища, прямой кишки (порошок), инъекции (водный раствор).

*Легальность*: нелегален, за исключением лицензированного медицинского использования для местного обезболивания, используется также в коктейле Бромптона для облегчения страданий в последней стадии рака.

Какие ощущения вызывает?

Оргазмический всплеск, затем – тревога, потеря всякой потребности в пище и сне, болтливость, самоуверенность, ощущение себя несчастным человеком.

Как влияет?

*На разум*: резкая стимуляция, мощная эйфория.

*На тело*: замедление, затем учащение сердечного ритма, повышение кровяного давления, учащение дыхания, сухость во рту, расширение зрачков, суетливость в движениях.

Последствия для здоровья

Дрожь, подергивание мышцы, апоплексические приступы, тревога, навязчивые повторения одних и тех же движений. Паранойя, психоз, нарушение сердечной деятельности, тошнота, рвота. Изменение дыхания, повышение температуры тела, холодный пот, драматический настрой мыслей. Галлюцинации, ощущение ползающих по телу насекомых и другие психотические эффекты. Расстройство сна, ослабление сексуального влечения, разрушение носовых тканей, «шприцевые» инфекции (эндокардит, гепатит, СПИД).

Смерть от передозировки, комбинации с героином, самоубийства, неадекватного поведения.

Факт

К кокаину привыкают сильнее, чем к любому другому наркотику.

Ориентировочные индикаторы употребления наркотиков

Медико-биологические. Медицинские способы узнавания, употребляет ли человек наркотики или нет, связаны с определением их в биологических средах (крови, моче, слюне) лабораторным путем или дома с помощью экспресс-тестов.

Эти тесты называются *Quick Stripes*, что в переводе с английского означает «быстрые полоски». Система тестирования представляет собой бумажные полоски, пропитанные в некоторых местах химическими и белковыми составами. Кончик бумажной полоски опускается, например, в мочу человека; часть полосы, пропитанная определенным химическим составом, войдет во взаимодействие с наркотическим

веществом, если оно есть в моче, и бумага окрасится в какой-либо цвет. Последнее и покажет, употреблял человек наркотик или нет. Каждая такая полоска обычно рассчитана на определение только одного типа наркотиков. Сейчас в Санкт-Петербурге появились экспресс-тесты для обнаружения следующих веществ:

- опиатных наркотиков (все производные, в том числе морфин, метадон и героин);
- кокаина;
- «экстази»;
- тетрагидроканнабиола (алколоид конопли) – на упаковке написано THC;
- амфетамина (фенамин);
- барбитуратов.

Есть надежда, что в скором будущем такие экспресс-тесты можно будет приобретать в аптеках.

**Неспецифические признаки употребления наркотиков.** Специалисты выделяют некоторые признаки, которые могут заметить родители, учителя и соответственно, заподозрить что-то неладное. Трудность заключатся в одном: к чему относить эти признаки – к вполне нормальным явлениям для переходного возраста или к употреблению наркотических веществ. Все же взрослые должны насторожиться, если:

1. Замечается нарастающая скрытность ребенка; он все больше проводит времени на улице, при этом не говорит, куда уходит.
2. Становится все более скрытным, отдаляется от родителей.
3. Позднее стал ложиться спать, а утром залеживается в постели.
4. Падает интерес к учебе, трудно стало даваться то, что раньше легко получалось, пропадает интерес к привычным увлечениям.
5. Увеличиваются финансовые запросы, чаще и больше просит у родителей!! «на карманные расходы».
6. Пропадают деньги из кошельков родителей – это очень тревожный признак.
7. Появляются «новые друзья», или поведение старых приятелей становится подозрительным. Разговоры с ними ведутся шепотом, на непонятном для взрослых жаргонном языке. Интерес к старым друзьям становится все меньше и меньше, значимость их падает все больше и больше.
8. Новых «друзей», употребляющих наркотики, можно определить по таким признакам:

- 1) часто носят неряшливую одежду с длинными рукавами, независимо от погоды и обстановки; никогда не приходят, когда родители дома;
- 2) ребенок скрывает их имена, отмалчивается, отмахивается от вопросов на эту тему;
- 3) возможно, интуитивно или по ряду признаков вы чувствуете, что эти «друзья» как-то влияют на ребенка, управляют им; после посещения ими вашего дома могут пропадать вещи или деньги.
- 4) Необъяснимые перепады настроения, которое меняется по непонятным причинам; оно неадекватно ситуациям: вялость и добродушие в конфликте и, наоборот, раздражительность в спокойной атмосфере. То бурная веселость, то усталость и подавленность.
- 5) Резко меняется аппетит: то полное отсутствие, то «необузданный», «незае-даемый».

Все чаще у ребенка возникают простуды, постоянный насморк.

- 6) Конечно, самым видимым признаком будут следы инъекций на теле.
- 7) Можно обнаружить у ребенка неиспользованный табак, какую-либо сушеную траву, непонятный порошок, разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками или буквами.

Специфические маркеры употребления конкретных наркотиков.

**Вдыхание ингалянтов.** «Распознавателем» увлечения подобного рода на ранних этапах может быть тубик клея в кармане, характерный запах, исходящий от подростка,

затуманенность во взоре, замедление двигательных реакций и речи. Речь становится маловыразительной, вялой и сбивчивой или слишком быстрой и неадекватно громкой. Ребенка вечно клонит в сон, он теряет интерес к тому, что его живо интересовало. Страдают в первую очередь память, внимание, мышление подростка обедняется, он буквально глупеет на глазах. При этом остается высокая самооценка, что ведет к конфликтам с учителями, которые, по его мнению, неверно его оценивают.

Настроение постоянно меняется от возбуждения, даже агрессии, до полной апатии, сонливости на депрессивном фоне. Теряется аппетит, нарушается сон, могут быть жалобы на зуд в носовых ходах и во рту. У систематически употребляющих летучие наркотические вещества кожа становится землистого цвета, переносица и веки несколько отечны, волосы сухие и ломкие.

*Гашиш и марихуана.* Развитие демотивационного синдрома, утрата интересов. Как уже отмечалось, необычная временная «прозорливость». Нарушается внимание, подросток становится рассеянным. Скорость реакций замедляется, подросток может стать подозрительным, скрытным. Иногда появляются своеобразные протяжно-гортанные интонации в голосе. В лексиконе появляются новые слова: «план», «травка», «пыхнуть», «тащиться», «встрять» и т. д.

Внешне это может проявляться в покраснении губ и склер глаз, лица, в жалобах на сухость во рту, учащенное сердцебиение. В этом состоянии подростки подвижны, динамичны. Решения принимают легко и бездумно.

Если доза большая, лицо может быть бледным, зрачок – узким, губы – сухими. При этом подросток становится вялым, заторможенным, погруженным в себя. Говорит «заплетающимся языком». На вопросы отвечает с задержкой, иногда невпопад, односложно. От него может исходить отчетливый запах конопли. Очень длительное употребление конопли приводит к изменениям кожи: она становится желтоватой, дряблой, похожей на кожу стариков.

*Барбитураты.* Тревожный фактор – подозрительный интерес подростка к фармакологии. После приема таблеток может возникнуть сонливость, сон длится до десяти часов, и подросток просыпается вялым, разбитым. «Похмельное» состояние, которое вызывают большие дозы таблеток, характеризуется тревожностью, депрессией, раздражительностью, ослаблением памяти и торможением мыслительных процессов, эмоциональными расстройствами. Интоксикация сопровождается снижением остроты восприятия окружающего мира («оглушенный»), преходящим угнетением мыслительных способностей и потерей морально-нравственных ориентиров. Проявляется в разнузданном поведении, отсутствии чувства такта и навыков вежливости. Голос становится тихим, речь монотонная, маломодулированная, растянутая. Следом возникает хроническая бессонница, импотенция, нарушение менструального цикла. Состояние таблеточного опьянения длится от 2 до 4 часов.

*Искусственные наркотики (психостимуляторы).* Наиболее заметны нарушения сна и снижение аппетита, беспокойство, приступы депрессии, раздражительности. Поскольку поведение при этом сверхвозбужденное, возникает быстрая маниакальная, захлебывающаяся речь (перебивает сам себя); появляются очевидный блеск в глазах, очень частый пульс, резкость или излишняя плавность движений. Периодически куда-то собираются, но могут так никуда и не уйти. Меняется сексуальное поведение: довольно робкая в повседневной жизни девушка может стать «расторможенной» и поддаться мощным сексуальным импульсам. В речи можно услышать такие слова, как «мэф», «черная красotka», «будильник», «эфендий», «мулька», «марцефаль». Воздействие от амфетамина напоминает резкий всплеск, подобно электрическому шоку (после инъекции), следом наступает эйфория, возбуждение, возникает ощущение силы, изменяется половое поведение вплоть до половых извращений.

Следом наступает самая длительная, по сравнению с приемом других наркотиков, депрессия – расплата за 15 часов маниакального состояния. Могут возникнуть ярко выраженные параноидные тенденции с бредом преследования («измена», по словам наркоманов).

*Опиаты.* Если у подростка обнаружен шприц («машина») – это серьезный повод хотя бы осмотреть тело: нет ли следов от уколов. После недавнего приема можно обнаружить суженные зрачки, бледность кожи и сухость слизистой оболочки глаз. Возникает необычная сонливость в самое неподходящее время. В любой позе клюет носом («рубится»). Бывают добродушными, покладистыми, сговорчивыми. Появляется рассеянность, задумчивость. Болевая чувствительность снижена, и подросток может обжечься о сигарету или сковороду, не почувствовав боли. Такое состояние продолжается около 4-5 часов. Привыкание быстрое. Ломка проявляется в том, что подросток мечется, не находит себе места, его трудно удержать дома. Появляется своеобразное чихание, иногда кровотечение из носа, взор встревоженный, зрачки расширены почти во всю радужку. Иногда возникает слезотечение, тошнота, рвота, дикие боли в суставах. На ранней стадии можно отметить нарушение сна, зевоту, озноб, учащение сердечного ритма и повышение кровяного давления, потливость, раздражительность, перепады настроения. В речи можно услышать такие слова, как «терьяк», «опиюха», что относится к различным веществам – опий, морфин, героин. «Ханка», «химанка» – опий-сырец. «Раствор», «ангигидка» – раствор ацетилированного опия. «Кокнар», «сено» – измельченная маковая соломка. Жаргонные слова «морфита», «мария», «марьянка» означают морфин.

*Кокаин.* По способу употребления кокаин («кока», «марафет», «кокс») вдыхают носом (порошок и пары) или курят (паста и крэк). Иногда используют сочетания с героином и морфином. Кокаинисты принимают наркотик по три-четыре раза в день. При употреблении подросток испытывает оргазмический всплеск: энергетический толчок, при котором притупляются болевые ощущения, краски становятся ярче, звуки приглушаются.

Человека, принявшего кокаин, можно определить по шаткой походке, невнятной речи, мелкому дрожанию радужки глаз, двигательному беспокойству, нарушению сна и аппетита. Появляется болтливость, самоуверенность, сексуальная расторможенность.

Отмена наркотика вызывает тремор (дрожание) языка, век, вытянутых рук, тошноту и рвоту, учащенное сердцебиение, высокое давление, головную боль. Могут возникнуть зрительные галлюцинации, идеи преследования.

*Псилоцибин и псилоцин.* Если ребенок зачастил в лес за грибами и приносит не только белые грибы, но грибы на тоненькой ножке, можно также заподозрить неладное. Даже если он просто приходит из леса в возбужденном состоянии, то это тоже может быть настораживающим показателем. К другим проявлениям относятся: снижение памяти, внимания, изменение сердечного ритма, периодически возникающие депрессивные состояния, иногда – жалобы на боли в животе.

*Галлюциногены.* При использовании галлюциногенов подростки начинают чудить, бредят, совершают нелепые поступки, прислушиваются к несуществующим голосам или в течение длительного времени разглядывают рисунки на обоях. Родителям трудно увидеть их в таком состоянии, поскольку они делают это обязательно без свидетелей. Диагностика употребления галлюциногенов очень сложна, так включает много признаков переходного периода: замкнутость, избегание веселых компаний сверстников, робость в отношении противоположного пола, увлеченность общими вопросами философии, религии и мироздания.

## Глава 16. ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ

### *Концепции психической саморегуляции*

Психологический стресс, обусловленный бытовыми проблемами, межличностными отношениями, содержанием профессиональной деятельности, информационными перегрузками, – пожалуй, одна из весьма неприятных сторон образа жизни современного человека. Довольно часто ему приходится пребывать в состоянии эмоционального напряжения, переживать чувство повышенной тревоги, беспокойства, неуверенности в себе. Состояние стресса сопровождается не только нарушением психического равновесия, но и целым рядом негативных изменений в функционировании физиологических механизмов (мышечные спазмы, повышение артериального давления, ухудшение циркуляции крови, учащенное дыхание и др.).

Стрессоустойчивость, защита своего физического и психического здоровья от влияния факторов стресса во многом зависит от самого человека, его желания и умения пользоваться теми или иными приемами психической саморегуляции (ПСР). Предпочтение какого-либо из них должно соответствовать не только вкусам, но и определенным индивидуально-психологическим особенностям личности. Здесь имеется в виду тот же принцип индивидуального подхода, как и в случае формулирования рекомендаций по здоровому образу жизни, которые не должны носить обобщенный характер, поскольку они не могут быть одинаковыми для всех. Важно, выбрав для себя приемлемый вид ПСР, придерживаться в дальнейшем одного неперемennого условия – постоянности и регулярности в овладении ее приемами.

Не только научный, но и практический интерес представляет исследование вопроса о том, почему люди обращаются к занятиям ПСР, какие ими движут при этом мотивы. В. И. Тимофеевым, сотрудником кафедры психологического обеспечения профессиональной деятельности СПбГУ, показано (на группе из 216 человек: 160 женщин и 56 мужчин в возрасте от 27 до 70 лет), что главная причина их прихода на занятия ПСР заключается в неудовлетворенности своим негативным состоянием (ее указали 46% обследуемых). Это выразалось:

- в частой раздражительности;
- неуравновешенности;
- чувстве внутреннего напряжения, плохого настроения;
- депрессии, отсутствию радости жизни;
- частых переживаниях беспокойства, тревоги, страха; усталости, вялости;
- низкой работоспособности, плохой выносливости.

На второе место (25%) вышли проблемы отношений и самооценки:

- отсутствие уверенности в себе и завтрашнем дне;
- отсутствие внутренней свободы и способности влиять на жизненную ситуацию;
- нехватка «силы духа»;
- неудовлетворенность межличностными отношениями;
- неадекватная самооценка (либо заниженная, либо завышенная оценка своей активности, силы своего «Я»).

На третьем месте (22%) оказались болезненные симптомы: плохое самочувствие, частые боли, нарушение сна, проблемы с избыточным весом. 7% объяснили свой приход на занятия потребностью в самореализации, стремлением познать и расширить свои возможности. Этот результат особенно примечателен. Он говорит о том, что идея самосовершенствования пока меньше всего занимает умы людей.

Есть легенда о том, что человеку, упавшему в пропасть и молившему о помощи, Бог ответил: «Да, человек, я дал тебе мало сил, чтобы ты выбрался из этой пропасти, но я дал их достаточно, чтобы ты не попадал туда». Вывод предельно простой: не ждать, пока ситуация застигнет врасплох и только после этого думать, как ей противодействовать, а стремиться предвидеть развитие событий и предпринимать превентивные, профилактические шаги.

Принято считать, что человек способен влиять на самого себя, используя три пути, которые в той или иной степени используются в ПСР: изменение тонуса скелетных мышц

и дыхания; активное включение представлений и чувственных образов; использование программирующей и регулирующей роли слова.

Существует несколько концепций ПСР. А. С. Ромен определяет ПСР как регуляцию различных процессов и действий организма, осуществляемую им самим с помощью своей психической активности (самовоздействия). При этом за основу ПСР принимается самовнушение как сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости – его реализацию (Психическая саморегуляция. Вып. 2. / Под ред. А. С. Ромена. – Алма-Ата, 1974. – С. 7.).

Вопросы управления по праву занимают в системной теории центральное место. Если структура любой системы, образно говоря, представляет ее каркас, способ устройства, то через процесс управления она проявляет присущие ей функции, реализует свое предназначение. Всякий процесс управления предполагает наличие объекта управления и управляющей системы, а их совокупность образует в целом систему управления.

В общем случае под **управлением** принято понимать осуществление воздействий, выбранных из множества возможных на основании определенной информации и направленных на поддержание или улучшение функционирования управляемого объекта в соответствии с имеющейся целью управления.

Функционирование сложных динамических систем обеспечивается не только с помощью процессов управления, но и регулирования. Под регулированием понимается приведение чего-либо в соответствие с установленными нормами, правилами. Процесс регулирования раскрывается как сравнение регулируемой величины с заданным значением, и в случае отклонения (рассогласования) ее от заданного значения в объект регулирования поступает воздействие, восстанавливающее регулируемую величину. Управление и регулирование находятся в определенном соотношении между собой. Управление является более широким понятием по сравнению с регулированием. Иными словами, регулирование рассматривается как частный случай управления. О «прямом регулировании» следует говорить тогда, когда норма или заданное значение – величина постоянная. В этом случае процесс выравнивания отклонений состояния выхода системы от заданного его значения называют **стабилизацией**. Если же норма – величина переменная, то мы имеем дело с регулированием, совмещенным с управлением. В этом случае процесс регулирования заключается в выравнивании отклонений от нормы, каждое значение которой определяется управлением. Таким образом, с помощью процессов управления и регулирования обеспечивается динамическое управление системы, реализуются необходимые программы, достигаются стоящие перед системой цели.

Все системы, которым присущи процессы управления, есть в то же время системы самоуправляемые, саморегулирующиеся. Главный отличительный признак самоуправляемых систем, поясняет Б. С. Украинцев, заключается в том, что они прежде всего выступают как системы функциональные (Самоуправляемые системы и причинность. – М., 1972). Процесс самоуправления в них направлен на сохранение собственной целостности и качественной определенности, самообеспечение системой внутренних и – в известной степени – внешних условий ее сохранения и развития.

В современной психологии еще не сложилось удовлетворительного толкования понятий **самоуправления** и **саморегулирования**. Нередко они используются как синонимы. Вопрос об их специфике затушевывается в рамках все расширяющихся исследований, объединяемых под названием «проблемы психической саморегуляции». Хотя понятно, что если придерживаться единых принципов, сложившихся в теории управления, в понимании содержания и соотношения процессов управления и регулирования в применении к системам различной природы и уровня сложности, то процессы психического самоуправления у человека следует рассматривать шире, чем процессы саморегуляции, как чаще принято говорить в психологической литературе последнего времени. Другое дело, что обоснованное непротиворечивое раскрытие общих и специфических сторон процессов психического самоуправления и саморегулирования –

и по сей день открытый вопрос и в немалой степени по причине того, что пока еще не найдено общепринятого решения в специальной литературе по философии, общей теории систем. Как нередко случалось в истории науки, понадобится время, чтобы преодолеть ошибочные взгляды и прийти в конечном счете к ясному, доказательному изложению искомого ответа на поставленный вопрос. Выскажем собственные соображения по данной теме.

В самом общем случае будем понимать под **психическим самоуправлением** (саморегулированием) сознательные воздействия человека на присущие ему психические явления (процессы, состояния, свойства), выполняемую им деятельность, собственное поведение с целью поддержания (сохранения) или изменения характера их протекания (функционирования).

Мы не можем удовлетвориться теми известными в литературе определениями, в которых делается упор только на какой-то один из возможных объектов самоуправления (саморегулирования), причем в качестве такого объекта чаще всего упоминается психическое состояние или конкретный психический процесс. Такой подход оправдан в контексте конкретных исследований и обусловлен авторскими интересами, но в силу своей ограниченности он не может быть принят за основу при формулировке общего определения. Итак, субъектом самоуправления (саморегулирования) является сам человек, а в качестве объекта могут выступать присущие ему психические явления, выполняемая деятельность или собственное поведение.

Процессы психического самоуправления (саморегулирования) носят обязательно сознательный (но не всегда во всех фазах осознанный) и целенаправленный (следовательно, активный) характер. Конечно, психическое обеспечение деятельности и поведения нельзя представить иначе, как через актуализацию традиционно выделяемых психических явлений. Но из этого всего вовсе не следует, что каждое из них не может стать само по себе объектом специального регулятивного воздействия вне контекста какого-то определенного вида деятельности или какой-то линии поведения. Например, занимаясь психической тренировкой (развитием) памяти, внимания, быстроты реагирования и других процессов или овладевая навыками психической регуляции собственного состояния (с помощью аутогенной тренировки, например), человек может руководствоваться при этом целями общего характера, т. е. самосовершенствования, укрепления своего психического здоровья, безотносительно к тому, в каких именно видах деятельности или поведенческих актах он воспользуется потом своими достижениями.

Овладение методикой ПСР позволяет развить повышенную восприимчивость к самообращениям, самопобуждению, самоприказу и т. д. А. Франс говорил: «Нет магии сильнее, чем магия слова!», а И. П. Павлов утверждал, что слово – это самый острый скальпель, к которому нужно относиться так же «стерильно», как и к хирургическому инструменту.

Установлено, что систематическое применение различных модификаций методик ПСР позволяет нормализовать эмоционально-энергетические характеристики психики, в частности закрепить преимущественно позитивные психические состояния. Обнаружено влияние ПСР на жестко связанные с темпераментом личностные особенности, в том числе на такие показатели, как экстраверсия и нейро-тизм (отмечается тенденция к снижению интровертированности, повышается потребность в социальных контактах), снижаются показатели личностной и ситуативной тревожности, улучшается контроль за проявлением чувств, усиливаются выдержка, целеустремленность. У прошедших обучение ПСР снижается склонность к переживанию состояний неуверенности в себе, замешательства и растерянности, непродуктивной напряженности. Все это в совокупности повышает эффективность профессиональной деятельности, способствует укреплению психического здоровья.

В настоящее время существует значительное количество методических разновидностей ПСР, которые успешно применяются на практике. Наиболее известны из них аутогенная тренировка (АТ), биологическая обратная связь (БОС), медитация, психомышечная, идеомоторная и визуомоторная тренировки. Необходимые сведения об

особенностях их практического использования даются в книгах, перечисленных в списке литературы в конце главы.

### **Виды психической саморегуляции**

**Аутогенная тренировка (АТ).** Это один из широко известных и практикуемых методов ПСР, разработанный И. Г. Шульццем в 1932 г. В основе его лежит применение специальных формул самовнушения, которые позволяют оказывать воздействие на процессы, происходящие в организме, в том числе не поддающиеся в обычных условиях контролю сознания. Название «аутогенная тренировка» происходит от греческих слов *autos* – сам и *genos* – род, т. е. «самопорождающая тренировка».

Как любой научный метод, аутогенная тренировка возник не на пустом месте. Принято выделять следующие *источники АТ*:

1. практика использования самовнушения так называемой малой нансийской школой (Ch. Baudouin, E. Coue);
2. эмпирические находки древнеиндийской системы йогов;
3. исследования ощущений людей при гипнотическом внушении (I. Schultz);
4. психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций (E. Jacobson);
5. разъясняющая (рациональная) психотерапия (Дюбуа, В. М. Бехтерев, С. И. Консторум)<sup>69</sup>.

Основные принципы методики аутогенной тренировки изложены И. Г. Шульццем в монографии «Аутогенная тренировка» (1932) и в совместном с В. Люте шеститомнике «Руководство по АТ» (1969-1973), где авторы указывают на огромные возможности АТ как средства самовоспитания и активизации резервных возможностей человека. И. Г. Шульцц определял АТ как самовоспитание с помощью специальных упражнений и считал ее одним из методов психотерапии [20, с. 9]. К психофизиологическим механизмам аутогенной тренировки относятся: тренировка в переключении и сосредоточении внимания; механизм освобождения от «мышечных зажимов»; снижение уровня бодрствования.

В настоящее время в отечественной психологии под АТ понимается система приемов психического самовоздействия, обучающая управлению некоторыми вегетативными функциями и психическими процессами. Центральное звено АТ – развитие навыка расслабления мышц (релаксация). Владение искусством расслабления необходимо для поддержания здоровья и динамического равновесия в организме, снятия симптомов стрессорного воздействия, для обеспечения полноценного отдыха тела и ума от физических и психических нагрузок. Вместе с тем АТ таит в себе возможности совершенствования личности, развития, усиления психических процессов (например, мышления, воли, внимания и др.), формирования навыков самообладания, стрессоустойчивости. Ключевая роль в успешном овладении методом АТ принадлежит самоконтролю, который сопровождает процесс развития релаксационного состояния.

*Метод прогрессирующей релаксации* (от лат. *relaxatio* – уменьшение напряжения, ослабление) для снятия нервно-психического напряжения был предложен в 1922 г. Д. Джейкобсоном. Занимаясь методами объективной регистрации эмоциональных состояний и мышечного напряжения, он обнаружил, что каждому определенному типу эмоционального возбуждения соответствует и напряжение определенной мышечной группы. Например, депрессивные состояния закономерно сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры; при возникновении эмоции страха напрягаются мышцы артикуляции и фонации<sup>70</sup>, а также затылочные мышцы. Релаксация может быть как произвольной (например, расслабленность при отходе ко сну), так и произвольной, вызываемой путем принятия спокойной позы, представления состояний, обычно соответствующих покою, расслабления мышц, вовлеченных в различные виды

<sup>69</sup> Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка. – Л., 1986. – С. 15.

<sup>70</sup> Артикуляция – ясность и чистота произношения, фонация – высота и сила звучания (цит. по: Вансов- ская Л. И. Руководство по технике речи: методические указания. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1993. – С. 20).



активности.

Согласно основному принципу упражнений, в АТ вырабатывается концентрированное расслабление в шести сферах: мускулатуре, кровеносных сосудах, сердце, органах дыхания, органах брюшной полости, голове. Релаксация вызывается на фоне установки на покой и отдых посредством трех действий: проговаривание определенных словесных формул; управление вниманием; образные представления.

Поскольку цель релаксационного состояния – восстановление сил, то максимальное, чего мы можем добиться, – это хорошее самочувствие и уравновешенность<sup>71</sup>.

Особое место, по нашему мнению, в понимании закономерностей процессов ПСР должно быть отведено изучению индивидуальных особенностей человека. В принципе, этот вопрос может быть рассмотрен в двух аспектах:

1. Какие индивидуально-психологические особенности оказывают влияние на успешность овладения приемами психической саморегуляции состояния, а какие, напротив, затрудняют этот процесс?

2. Как сами индивидуально-психологические особенности изменяются в результате использования приемов саморегуляции?

Х. Линдемман, один из признанных авторитетов по АТ, отмечает, что более успешно овладевают ПСР люди «мягкие», с богатой эмоциональной жизнью, терпеливые, уравновешенные, умеющие хорошо идентифицировать себя с создаваемым образом [14]. Соответственно доминирование таких черт, как повышенная активность, нервность, агрессивность, эгоцентричность, затрудняет выработку навыков саморегуляции психических состояний по методу АТ. Так называемые «сильные личности» тоже, по мнению Линдеммана, не могут рассчитывать на значительные результаты в этом деле. Люди со слуховой или моторно-слуховой конституцией дольше усваивают этот метод, чем люди со зрительным типом восприятия.

Одна из первых попыток изучения психологических аспектов длительного (на протяжении восьми месяцев) применения АТ в условиях производства показала, что регулярность посещения занятий зависит от индивидуально-типологических и личностных особенностей обучающихся<sup>72</sup>. У лиц, систематически посещавших занятия, оказались выраженными такие качества, как низкая подвижность торможения, интроверсия, нейротизм, личностная тревожность (диапазон оценок от 51 до 60 баллов по методике Ч. Спилбергера), дисциплинированность. Соответственно лицам, нерегулярно посещавшим занятия или отказавшимся от них, были присущи высокая подвижность торможения, экстраверсия, личностная тревожность (диапазон оценок ниже 50 баллов или выше 61 балла), экспрессивность поведения, недисциплинированность. Было отмечено также, что в ходе длительных занятий АТ произошло изменение некоторых устойчивых личностных особенностей, направленность которых свидетельствует о преимущественном сдвиге (улучшение) характеристик эмоционально-волевой сферы, оказывающих благоприятное влияние на трудовую деятельность. У лиц, систематически посещающих занятия, наметилась тенденция к снижению интровертированности, более отчетливо проявилось уменьшение эмоциональной лабильности, отмечено статистически достоверное снижение показателя нейротизма и оценок личностной тревожности. Лица, полностью прошедшие длительный курс АТ, стали более выдержанными, спокойными, лучше контролировали свои чувства и поступки. Они в меньшей степени склонны к переживанию неуверенности в себе и фрустрированности.

Существует *три классических положения* для аутогенной тренировки: лежа на спине; сидя; сидя в позе «кучера». Это устоявшиеся позы; но в зависимости от обстановки можно импровизировать. Главное – простота, естественность и устойчивость.

АТ состоит из двух ступеней – низшей и высшей. *Низшая ступень* предназначена

<sup>71</sup> Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова. – Л.: Из-во ЛГУ, 1990. – С. 253.

<sup>72</sup> Нестеров В. М. Психологические аспекты применения аутогенной тренировки в условиях производства: Автореф. дис.... канд. психол. наук. – Л., 1986.

главным образом для снятия нервного напряжения, успокоения, обучения навыкам расслабления и управления своим телом. Эта ступень включает упражнения, направленные на вызывание тяжести (мышечное расслабление), ощущения тепла (расширение сосудов), прохлады в области лба; регуляцию деятельности сердца, органов брюшной полости и дыхания.

К основным классическим формулам самовнушения низшей ступени АТ относятся следующие:

- Я совершенно спокоен.
- Правая (левая) рука очень тяжелая.
- Правая (левая) рука очень теплая.
- Сердце бьется спокойно и сильно.
- Дыхание совершенно спокойное, мне дышится легко.
- Солнечное сплетение излучает тепло.
- Лоб приятно прохладен.

К *высшей ступени* аутогенной тренировки (АТ-2) Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний<sup>73</sup>. Эта ступень включает медитацию на цвете, образе, образе определенного цвета, абстрактной идее, эмоциональном состоянии, человеке.

*Тренировку высших психических функций* обычно представляют в виде пяти блоков<sup>74</sup>:

- Аутогенное погружение.
- Стандартные упражнения АТ-1.
- Упражнение, способствующее концентрации внимания.
- Упражнения по регуляции мышечного тонуса (по Д. Джейкобсону) для развития способности нейтрализовать внешние проявления отрицательных эмоций.
- Упражнения по моделированию эмоций применительно к конкретной жизненной ситуации (активизирующие, мобилизующие, успокаивающие, «сюжетное воображение», идеомоторные представления, «репетиции успеха» и т. п.).

Если для овладения первой ступенью требуется в среднем 3 месяца занятий по 10-30 минут ежедневно, то на овладение второй ступенью АТ уходит около 8 месяцев. Неслучайно низшая ступень АТ получила широкое распространение почти во всем мире, но высшей ступенью занимаются лишь очень немногие специалисты.

К наиболее распространенным *модификациям АТ* относятся:

1. *АТ первой ступени (АТ-1)*: «активное самовнушение» (А. С. Ромен, 1971); психогигиеническая саморегуляция, или репродуктивная тренировка (Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова, А. Г. Попов, 1978, 1980); психорегулирующая (психомышечная) тренировка (А. В. Алексеев, 1966, Л. Д. Гиссен, Фрес-тер, Френер, 1977); эмоционально-волевая тренировка (А. Г. Филатов, 1979); систематическая десенсибилизация (Ю. Л. Ханин); биологическая обратная связь (К. И. Мирковский, W. Luthe); «направленная тренировка органов» (H. Kleinsorge, G. Klumbies, 1965); модификация D. Muller-Hegemann (1957); регуляция мышечного тонуса (B. Stokvis); ступенчатый активный гипноз (E. Kretschmer); психотоническая тренировка (К. И. Мирковский, А. Н. Шо-гам, Э. де Винтер, 1959); коллективно-индивидуальный метод (Г. С. Беляев); активизирующая терапия (К. Келер, Р. Фрестер, 1968, 1972); метод регуляции эмоциональных состояний (В. Л. Марищук).

2. *АТ высших ступеней (АТ-2)*: аутогенная медитация (I. Schultz); аутогенная терапия (W. Luthe); аутогенное отреагирование (W. Luthe); аутогенная вербализация (W. Luthe).

Х. Линдеман, написавший книгу «Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности», осуществил смелый эксперимент, чтобы доказать возможности этого метода оздоровления. Овладев АТ, он в одиночку переплыл

<sup>73</sup> Кондратенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. – Минск, 1993. – С. 182-184.

<sup>74</sup> Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Психогигиеническая саморегуляция. – Л., 1977. – С. 150.

Атлантический океан в надувной резиновой лодке. Главными гарантиями своего успеха он считал убедительную мотивацию, уверенность в своих силах и конечном успехе. Все это позволило преодолеть сомнения и колебания, сопутствующие необычному путешествию. Вспомним в этой связи слова Ле Бона в «Психологии масс»: «Поверить – значит удесяттерить свои силы».

Главный постулат АТ состоит в том, что мысленно воображаемые образы вызывают физические реакции организма, реализующие эти образы. Любопытной в этом плане выглядит история, описанная венгерским писателем И. Рат-Веггом в книге «Пестрые рассказы». Придворный шут по имени Гонелла заслужил немилость своего князя и был приговорен к смертной казни. С завязанными глазами шута привели на эшафот и положили его голову на плаху. Приговоренный был убежден в неотвратимости казни. Князь же, сменив гнев на милость, решил сыграть шутку. По его знаку палач должен был всего лишь вылить на шею провинившегося кувшин холодной воды. Шутка кончилась трагически: Гонелла умер, едва почувствовал холодное прикосновение.

Следует отметить, что проблемой регулирования различных функций человеческого организма с помощью принципа *самовнушения* одними из первых начали заниматься йоги. Система йогов появилась задолго до нашей эры и имела своей целью попытку сделать человека совершенным, добиться высшего счастья – общения, «слияния» с богами. Это блаженное состояние, характеризующееся отрешением от мирской обиденности и «растворением» в божественном начале, йоги называли «самадхи» (нирвана).

В конце прошлого и в начале нашего столетия проблемой самовнушения занимались: Э. Куэ во Франции, Э. Кречмер в Германии, В. М. Бехтерев в России и другие ученые в разных странах. Все они пришли к выводу, что в основе методов самовнушения лежат два главных механизма: дремотное состояние и сосредоточенное ненапряженное внимание.

О силе самовнушения свидетельствуют и известные факты из жизни классиков мировой литературы. Гюстав Флобер, описывая эпизод отравления и смерти Эммы в романе «Госпожа Бовари», ощущал во рту вкус мышьяка, более того, наблюдались явные симптомы отравления. В воспоминаниях жены Горького М. Ф. Андреевой описан такой случай. Работая над повестью «Городок Окуров», где по сюжету муж в припадке ревности убивает жену, писатель потерял сознание. Когда Андреева, пытаясь привести его в чувство, расстегнула рубашку, то увидела на правой стороне груди красную полосу, которая становилась все ярче. Он прошептал: «Ты понимаешь, как это больно, когда хлебным ножом в печень!» Конечно, подобные случаи необычны и свойственны выдающимся творцам, но самовнушение играет немалую роль не только в их жизни. По данным медицинской статистики, зарубежные клиники на 20-25% заполнены так называемыми больными, заболевание которых возникло под влиянием самовнушения.

Хорошо зарекомендовала себя на практике *методика СКР (самоконтроль-саморегуляция)*, созданная В. Л. Марищуком и предназначенная для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний. Сущность методики заключается в формировании у обучающихся навыков и умений управления своим эмоциональным состоянием по внешним проявлениям эмоций. Навык контролировать свое эмоциональное состояние формируется по отношению к трем признакам: сокращению мышц лица, конечностей и учащенному дыханию с сокращенной фазой выдоха. Управление состоянием осуществляется по результатам самооценки мимических проявлений, скованности, статичности позы, мышечного напряжения, частоты дыхания. При эмоциональном напряжении, волнении, нарастающем раздражении воздействие оказывают посредством произвольного расслабления лицевых мышечных групп, принятия комфортного положения тела, ритмического дыхания с удлиненной фазой выдоха. Умению эффективно осуществлять самоконтроль и необходимое воздействие в ответ на ту или иную форму проявления эмоциональной напряженности человек обучается в ходе специальных тренировок.

Эффективной методикой, позволяющей повысить надежность профессиональной

деятельности специалистов, является применение *систематической десенсибилизации* в сочетании с АТ.

Слово «десенсибилизация» происходит от лат. *de* – уменьшение, отрицание и *sensibilis* – чувственно воспринимаемый. Под *психической десенсибилизацией* понимается процесс уменьшения или ликвидации неприятных чувств, тех или иных отрицательных эмоций, например боли, страха, голода, жажды [1, с. 96]. Суть *методики систематической десенсибилизации*, разработанной Дж. Уулпом, заключается в вербальном предъявлении проранжированных психотравмирующих ситуаций человеку со сниженным статусом коры. В психологическом плане невротическая реакция рассматривается при этом как результат приобретения неблагоприятной привычки к тревоге, дезадаптации в конкретной ситуации взаимодействия.

Методика систематической десенсибилизации предусматривает ряд последовательных шагов, включающих составление объективного, без оценок и метафор, описания стрессогенной ситуации, адекватного поведения в ней и многократное воздействие подготовленного текста в состоянии релаксации. Текст, предназначенный для систематической десенсибилизации, должен быть кратким, точно описывающим признаки стрессогенной ситуации. При этом избегается использование частицы «не». Наиболее эффективно 3-5-кратное применение систематической десенсибилизации за 1-2 дня до включения в стрессогенную ситуацию. Мысленные образы, возникающие в связи с формулами психической десенсибилизации, порождают сначала безразличное, а затем и отрицательное отношение к тому или иному раздражителю, явлению, предмету. Вслед за этим исчезает стремление к удовлетворению ненужных, мешающих и вредных желаний.

**Биологическая обратная связь (БОС).** Метод БОС, в основу которого положены различные инструментальные приемы реализации обратной связи, позволяет обучиться сознательному контролю и произвольному воздействию на ряд исходно неощущаемых и несознаваемых процессов (функций) в организме (биоэлектрическая активность мозга, сердечный ритм, показатели температуры тела, давление крови, мышечная релаксация и др.). БОС обеспечивается с помощью электрофизиологической аппаратуры, которая измеряет и представляет (в зрительном или слуховом варианте) текущие результаты воздействия на протекание того или иного произвольного физиологического процесса, тем самым давая постоянную возможность субъекту саморегуляции контролировать характер его развития.

В рамках бихевиоральной медицины, которая начала оформляться в начале 70-х гг. XX в., этот метод зарекомендовал себя как эффективная терапевтическая техника. Он применяется при лечении повышенного кровяного давления, сердечно-сосудистых заболеваний, головных болей, общей и ситуативной тревожности, фобий и ряда психосоматических заболеваний.

Методику БОС впервые описала Б. Браун, выпустившая в 1977 г. книгу «Стресс и искусство биологической обратной связи», в которой рассматривались эффекты комбинированного использования АТ и современных инструментальных техник, позволяющих получать с помощью обратной связи немедленную информацию о физиологических изменениях. Пользуясь возможностью, предоставляемой БОС, человек вырабатывает своеобразный условный рефлекс, научается хорошо владеть той функцией, которая раньше не поддавалась произвольной регуляции<sup>75</sup>. Так, для осуществления осознанного самоконтроля за кровяным давлением можно использовать звучание тона, высота которого будет изменяться в зависимости от уровня давления, а для самоконтроля за частотой сердечных сокращений можно использовать измеритель пульса со световой и звуковой индикацией частоты пульса. В опытах И. С. Бреслава человек научился произвольно поддерживать заданный ему постоянный уровень легочной вентиляции, контролируя себя по показаниям измерительного прибора; используя для самоконтроля звук, тональность которого изменялась в зависимости от

---

<sup>75</sup> Бреслав И. С. Произвольное управление дыханием у человека. – Л., 1975.

уровня кровяного давления, частоты сердцебиения, он обучался поддерживать эти показатели в заданных границах.

Необходимо признать, что в отечественной науке психологические вопросы саморегуляции состояния по методу БОС изучены пока недостаточно. Одним из первых шагов в этом направлении стала работа, выполненная А. К. Польшиным<sup>76</sup>. В ней предпринята попытка выявить закономерности процесса формирования произвольной саморегуляции с помощью данного метода. Как показывают исследования, на эффективность упражнений по методу БОС влияют следующие индивидуально-психологические особенности:

- эмоциональная устойчивость;
- уравновешенность внутреннего мира;
- уровень психической активности и интенсивность эмоциональных реакций;
- преимущественная опора человека на первосигнальные или второсигнальные регулирующие образы.

По данным А. М. Свядоца, после 1,5-2-месячного курса интенсивной АТ в сочетании с БОС у операторов на 49% повышается производительность труда при выполнении заданий, требующих высокой устойчивости внимания; на 21% улучшается решение задач, связанных с оперированием наглядно-образными представлениями; на 22% увеличивается точность оценки временных показателей.

Для повышения функционального уровня у здоровых людей применяются различные виды БОС. Наиболее распространены из них следующие:

- *электромиографическая (ЭМГ) ОС* (используется для расслабления лобной мышцы);
- *электроэнцефалографическая (ЭЭГ) ОС* (служит для контроля конкретного психического состояния);
- *электрокожная ОС* (используется при релаксации в стрессовых состояниях, для измерения уровня возбуждения, а также как вспомогательное средство, например при десенсибилизации);
- *кожнотемпературная ОС* (используется при обучении релаксации);
- *кардиоритмическая ОС* (для произвольного изменения ЧСС).

Метод БОС имеет некоторые особенности практического применения по сравнению с АТ. Одна из них касается способа организации обратной связи: он дает возможность организовать постоянное получение информации о достигнутых результатах обучения и их точной количественной оценке. Другая особенность заключается в самом характере произвольных воздействий, с помощью которых субъект пытается влиять на характер изменения той или иной функции. Если в методе АТ в их основу положены словесные формулы самовнушения, то метод БОС требует от субъекта саморегуляции выработки специальных приемов самовоздействия. Исследования в области инженерной психологии позволяют уверенно говорить о возможности применения БОС в целях контроля текущего функционального состояния человека-оператора, а также для решения вопросов профессиональной ориентации и отбора, повышения качества операторской деятельности в эмоционально осложненных условиях. На основе БОС человека-оператора можно обучить, например, произвольно контролировать и регулировать частоту сокращений сердца, дыхание, кровяное давление, мышечное напряжение, электрическую активность мозга. На наш взгляд, из всех ныне известных способов саморегуляции стресса БОС представляется наиболее перспективным, особенно если он используется в сочетании с идеомоторной тренировкой или десенсибилизацией. В целом можно сказать, что обучение субъекта профессиональной деятельности умению произвольно осуществлять регуляцию своих психических состояний открывает серьезные перспективы для борьбы с последствиями воздействия различных стрессоров, для интенсификации периодов отдыха.

Медитация. В последнее время за рубежом, прежде всего в западных странах, все

---

<sup>76</sup> Польшин В. К. Психологические факторы произвольной саморегуляции состояния: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1983.

большее распространение в формировании стрессоустойчивости находит метод медитации. Слово «медитация» происходит от латинского *meditatio* – «сосредоточенность» и используется для перевода на европейские языки санскритского термина «дхьяна», означающего «размышление, углубление».

**Под медитацией** принято понимать серию мыслительных действий, цель которых – достичь особого состояния организма человека, характеризующегося погруженностью в глубокое физическое и психическое успокоение, отрешенностью от внешнего мира, во время которого сохраняется способность к размышлениям – оперированию образами на заранее намеченную тему.

Достигается медитация путем концентрации внутренне направленного внимания, возможно большего мышечного расслабления (релаксации) и эмоционального покоя. Одно из существенных преимуществ медитации по сравнению с другими методами ПСР заключается в ее сравнительной простоте. Она позволяет снять эмоциональное напряжение, привести психическое состояние к равновесию. Медитация хорошо зарекомендовала себя как эффективная защита организма от разрушительного влияния стресса. Она способствует снижению мышечного напряжения, регуляции дыхания, нормализации пульса, снятию остроты чувства тревоги и страха.

Экспериментально установлено, что человек в состоянии медитации способен увеличивать на продолжительное время частоту пульса до 300 ударов в минуту или же замедлять его до полной остановки, а также контролировать понижение и повышение температуры тела, причем в разных его частях. Доказано, что медитация как система психотехнических приемов, предназначенных для вхождения в определенные состояния сознания и пребывания в них во время выполнения какой-либо деятельности, предполагает достижение следующих эффектов:

- нормализации нервных процессов;
- повышения жизненного тонуса;
- формирования воли;
- развития интеллектуальных способностей;
- улучшения памяти и внимания;
- изменения отдельных черт темперамента и характера;
- улучшения работоспособности;
- снижения конфликтности при взаимодействии с другими людьми;
- предотвращения и преодоления различных заболеваний.

Техники медитирования многообразны. Каждый человек может, в конечном счете, остановиться на том варианте упражнения, который субъективно будет наиболее приемлемым. Однако далеко не все люди останавливают свой выбор на данном методе ПСР. При этом они руководствуются разными соображениями. Одни, например, не решаются даже на время оградить себя от внешних воздействий, освободиться от потока мыслей. Другие считают медитацию частью каких-то религиозных конфессий, с которыми они не хотят иметь ничего общего.

**Йога.** Большинство известных сегодня видов ПСР, используемых в них методических приемов и процедур, так или иначе, прямо или косвенно, но уходят своими корнями в древнеиндийскую систему йогов, созданную усилиями многих поколений людей. Создатель АТ немецкий психотерапевт И. Шульц, прежде чем изложить свою концепцию, посетил Индию и основательно изучил опыт местных йогов. Метод БОС, позволяющий человеку научиться произвольно управлять обычно неосознаваемыми процессами, протекающими в организме, стал применяться в западных странах только во второй половине XX в. Йоги умели в совершенстве овладевать подобными приемами самовоздействия с давних времен и без помощи какой-либо специальной аппаратуры. Ограничимся этими примерами, хотя, в принципе, их можно было бы приводить и дальше.

Йога – это детально разработанная система всестороннего физического и психического развития человека, укрепления и сохранения здоровья. Она рассматривает человека как единое целое, дает исчерпывающие рекомендации по здоровому образу жизни. Одной из основных ее целей является гармонизация физического, психического и

духовного начал в человеке.

Стабильность личности, ее стрессоустойчивость, психическое равновесие она трактует как важнейшие условия здоровой жизни. Наряду с таким подходом существует и мнение о том, что йогу следует рассматривать как религиозно-философское учение. Однако оно встречает категорическое возражение прежде всего со стороны признанных авторитетов в этой области. Один из них, Дхирендра Брахмачари, дает развернутое суждение о сущности йоги. По его мнению, йога означает дисциплину ума и тела. Она не предназначена для какого-то замкнутого круга. Практические занятия йогой не означают, что человек должен стать отшельником и жить в уединении в горах. Это самый обыкновенный человек, живущий нормальной жизнью. Для занятия йогой не имеет значения ни профессия, ни классовая принадлежность, ни религия, ни национальность, ни возраст. В йоге нет ничего мистического, она не является религиозным верованием или обрядом. Цель ее – последовательно развить такие качества организма, которые позволяют понять действительность и утвердить самосознание, поддерживая здоровое функционирование мозга и психики. Этого можно достичь, последовательно проходя по различным ступеням йоги... [цит. по: 8, с. 22].

Большинство авторов, насколько позволяют судить специальные публикации по этому направлению, склонны видеть в йоге прежде всего науку. Так, Шри Сва-ми Рама (1995), йог высочайшей квалификации, ученый и философ, определяет йогу как универсальную науку для самосовершенствования и рассеивания невежества. Все методы саморазвития, считает он, какие только можно найти в различных религиях, уже были описаны в литературе по йоге. Сегодня йога – предмет научных исследований в целом ряде специальных институтов и отдельных лабораторий в самой Индии, а также в США и во многих европейских странах. Их результаты регулярно публикуются в журналах по данной проблематике, монографиях, популярной литературе. Полученные с опорой на современные достижения в области естественных наук и организации эксперимента, они лишь подтверждают в главном те огромные возможности йоги по физическому и психическому совершенствованию человека, укреплению его здоровья, о которых уже хорошо знали те, кто еще с древних времен стояли у ее истоков.

Психологический фактор играет в йоге решающее значение. Его роль настолько высока, что это само по себе позволило говорить о ней как о психологической науке. Именно так, как древнеиндусскую психологическую науку, и квалифицирует йогу известный индийский философ Чаттерджи<sup>77</sup>. А. Д. Неру, один из популярнейших руководителей Индии в недавнем прошлом, полагал, что йога основана на психологической теории и поэтому должна быть в поле внимания современной психологии. В изданиях самого последнего времени тоже проводится мысль о том, что йога проявляет себя прежде всего как строжайшая наука, овладевшая всей глубиной психологии человека. Тщательное изучение практического опыта йогов позволит, по мнению одного из крупнейших специалистов в этой области В. Эванса-Вентца, психологам и физиологам сформулировать совершенно новый взгляд на психологическое и физическое функционирование человеческого организма во время как обычных, так и необычных, удивительных состояний сознания<sup>78</sup>.

Самоконтроль – главное условие успеха в овладении техникой исполнения различных упражнений по системе йога. Самоконтролю и самообладанию йога отводит значительную роль. Систематические и правильно организованные тренировки дисциплинируют проявления эмоциональной сферы, подчиняют их сознательному контролю и управлению, усиливают в целом сопротивляемость стрессу. Постоянное обращение к самоконтролю во время упражнений постепенно приводит к закреплению его как устойчивой личностной характеристики.

Техника медитации йогов связана с такими понятиями, как янтры и мантры [11, с. 169-174]. *Янтры* – это реальные или воображаемые графические изображения. Установлено, что фигуры разнообразной формы и цвета оказывают различное влияние

<sup>77</sup> Чаттерджи С. Сокровенная религиозная философия Индии. – Киев, 1906.

<sup>78</sup> Эванс-Вентц В. И. Тибетская йога и тайные доктрины. – Киев, 1993.

на психическое состояние человека. Так, зигзагообразная линия с острыми углами создает впечатление резкого изменения, накопления и разряда энергии, вызывает у человека чувство напряженности, тревоги. Фигуры с радиально расходящимися прямыми создают иллюзию излучения, квадрат связывают с представлением завершенности, круг – с космической бесконечностью и абсолютной гармонией. Определенное влияние на психическое состояние оказывают и различные цвета. Так, красный цвет возбуждает, а фиолетовый успокаивает; желтый концентрирует внимание, а синий и красный – рассеивают; оранжевый цвет порождает прилив энергии, амбицию и стремление к триумфу. Эффект воздействия формы и цвета на психическое состояние человека лежит в основе практики лайя-йоги. Медитация здесь проводится посредством концентрации внимания на янтрах.

*Мантры* – это звуко сочетания, эмоционально воздействующие на человека за счет выразительности, громкости, музыкальности произнесенных слов. Следует признать, что зависимость силы воздействия человеческой речи от ее структуры – еще мало разработанная область знаний. Слова, смысл которых конкретен (*день, ночь, холод, тепло, кисло*), обладают большей суггестивной силой, чем слова с абстрактным смыслом (*справедливость, честность, искренность*). Чем выше степень абстракции при описании образа, тем меньше его суггестивное воздействие. Таким образом, если стоит задача сформировать образ отдельно взятого человека, следует говорить не о человечестве вообще, а о конкретных качествах конкретного человека.

Суггестивное воздействие речи повышают такие ее качества, как мягкость и сила голоса, паузы, использование эффекта неожиданности. На эмоциональное состояние человека оказывает влияние не только смысл и интонация речи, но и определенное звуко сочетание слов. Такие слова, как *мама, детство, солнце*, вызывают субъективно теплые ощущения, а слова *подъем, команда, ура* – жесткие, стимулирующие к действию. Любопытно, что звук «р» присутствует в слове «красный» почти во всех европейских языках. При воздействии словом важно не только его смысловое содержание, но и звуковая структура. Так, присутствие в слове звука «и» создает впечатление чего-то маленького, узкого, незначительного, холодного, звук «о» вызывает состояние расслабленности, мягкости, теплоты. Наличие звуков «а», «е», «и» создает ощущение чего-то белого, светлого, желтого, красного, яркого; звуки «ы», «о», «у» ассоциируются с мрачным, темным [11, с. 173].

Сознательное воздействие на человека с помощью слов или словосочетаний практиковалось еще в глубокой древности. Многократное повторение определенных, чаще всего бессмысленных, слов широко распространено в практике народной медицины, культовых обрядов, присуще стрессовым ситуациям. В таком воздействии бессмысленного ряда слов на психику человека нет ничего абсурдного, так как в этом случае воздействует не смысловая нагрузка, не информация, а звуко сочетание.

Для занятий медитацией принимаются специальные позы тела, называемые *асанами*. Согласно учителям йоги, ключ к успеху заключается в обязательном соблюдении трех условий: *последовательность, регулярность и умеренность*. Движения ученика должны быть не только правильными, но и плавными, мягкими, не допускающими никакого насилия над собой. Вместе с тем надо поддерживать устойчивое сосредоточение на той части тела (или том физиологическом органе), на которую направлено воздействие асаны. Тот, кто следует этим наставлениям, обязательно ощутит на себе благотворное, оздоровительное воздействие асан. Считается, что человек только тогда овладел асаной, когда он может непринужденно находиться в этой позе не менее 3 часов. Говоря об асанах, мы имеем в виду прежде всего хатха-йогу. *Хатха-йога* – это физическая йога, где, как говорили древние, 99% практики и 1% вдохновения. Но только тот добьется успеха, кто вложит в занятия 100% пота и 100% вдохновения. Асаны, выполняемые на первый взгляд с такой легкостью ведущими гуру Индии, стоят им порой 10-15-часовых ежедневных занятий.

После комплекса асан идут занятия *пранаямой* – системой дыхательных упражнений. Они тоже требуют осознанной и строго контролируемой техники исполнения.



Пранаяма вобрала в себя за многовековую историю йоги уникальные знания о правильной организации дыхания и его возможностях в профилактике заболеваний, укреплении организма, поддержании и восстановлении физического здоровья человека. Лежа с закрытыми глазами либо сидя в любой удобной асане, занимающийся стремится ни о чем не думать и сконцентрировать внимание только на одной точке – у себя на лбу. Кстати, именно это место помечают специальной краской индийцы.

Индийский физиолог и врач В. Бхале со своими сотрудниками провел клиническое изучение пациентов, которые получали лечение йоготерапией по поводу самых разных заболеваний. Было установлено, что даже один только комплекс дыхательных упражнений способен полностью вылечить такие болезни, как хронический бронхит, гастрит, колит. Подобные заявления можно было бы считать фантастикой, если бы они не имели научного подтверждения. На сегодняшний день благоприятное влияние на работоспособность упражнений йогов можно считать доказанным. Но очень важно, чтобы они были подобраны индивидуально. Видимо, не случайно академик Н. М. Амосов включил в свой ежедневный физкультурный комплекс только три упражнения йогов, а академик А. Н. Микулин – лишь четыре асаны. Чрезмерное увлечение ими может навредить.

Классификация техник медитации:

1. Техники *пассивной медитации*: техника негативной концентрации на различных частях тела; техника быстрой релаксации; концентрация на медитативной музыке; концентрация на дыхании; концентрация на позе; мантра-медитация; медитация на определенных фразах; медитация на янтрах; медитация на чакрах; концентрация на муладхаре, свадхистхане, манитуре, анахате, вишудхе, аджне; техника стимулирования деятельности вегетативной нервной системы (лайя-йога); медитация на позвоночнике.

2. Техники *динамической медитации*: медитация на процессе приема пищи; медитация на ходьбе; медитация на позе тела; осознание привычек и автоматизмов; осознание на беседе с другим человеком; осознание на собственном поведении. В Японии одна из самых популярных форм динамической медитации – церемония приготовления чая.

Систематические и правильно организованные занятия йогой влекут за собой коренные изменения личности. Под их воздействием человек становится все более совершенным субъектом самоуправления. Психическое равновесие и стабильность становятся его характерными чертами. Крепкое физическое и психическое здоровье – одно из самых ценных вознаграждений занимающемуся йогой за настойчивость и последовательность на этом пути.

**Психомышечная тренировка.** В апреле 1966 г. в лаборатории психологии ВНИИФКа врачом-психиатром А. В. Алексеевым была разработана новая методика самовнушения, которая в дальнейшем получила название «*психорегулирующая тренировка*» (ПРТ). Она, как, впрочем, и ряд других отечественных методик ПСР, берет свое начало от АТ Шульцта.

В ПРТ две части – «успокаивающая» и «мобилизующая», которые характеризуются следующими особенностями: отсутствует формула «тяжести»; имеется мобилизующая часть; в одном комплексе объединяются успокаивающая и мобилизующая части с разнонаправленным характером действия; последовательность формул систематизирована, и значительно сокращены сроки обучения начальным приемам саморегуляции.

Полный набор формул успокаивающей части ПРТ, применяющийся только при обучении, очень подробный. Он содержит 50 формул, объединенных в пять групп. В каждой группе – стереотипная последовательность, к которой обучающиеся быстро привыкают и которая способствует четкости построения всей структуры ПРТ. Большое число формул в начале обучения позволяет показать участникам последовательность «внутренней работы», в дальнейшем она прокладывает дорогу для будущего, когда такого обилия формул уже не потребуются. По мере овладения приемами успокаивающей части ПРТ число формул постепенно сокращается. Поскольку предшествующими

повторениями рефлекс выработан и закреплён, далее он реализуется целиком, сразу. С этого времени применяются сокращённые наборы формул, обеспечивающие быстрый переход в состояние аутогенного погружения, которое обучающимся остаётся только поддерживать, сосредоточиваясь на расслаблении мышц.

Наиболее сложны и требуют более длительной отработки мобилизующие приёмы так называемой *психотонической тренировки*, разработанной К. И. Мировским и А. Н. Шогомом для лиц с пониженным общим тонусом, гипотонией, астенией, апатией, т. е. для тех, кому противопоказана аутогенная тренировка. Действие мобилизующей части связано с достижением ощущений и представлений, противоположных успокоению, – напряжения мускулатуры, озноба, прохлады. Тонизирующие формулы (как и формулы успокоения) могут быть выражены разными словами. Важно, чтобы они были понятны и доступны занимающемуся. Каждый человек может сам подобрать наиболее выразительные для него формулировки, вспомнить из своей практики наиболее близкие ощущения. Так, для получения ощущения холода на коже можно использовать формулировку «Волосы на руках остекленели», представляя при этом «гусиную кожу», волосы как осколки льдинок.

В психопрофилактической работе необходимо применение двух противоположно направленных приёмов психической саморегуляции – успокоения и мобилизации. Только так можно обеспечить тонко направленное влияние на состояние. Объективные данные о результатах воздействия ПРТ на психическое состояние людей обычно регистрируются с помощью электрокожного сопротивления (ЭКС), температуры кожи, тонуса мышц, частоты сердечных сокращений, коэффициента скорости поглощения кислорода (КСПК).

Предложенный метод ПСР постоянно совершенствовался, и в 1973 г. появился новый, укороченный вариант успокаивающей части ПРТ, названный *психомышечной тренировкой (ПМТ)*.

Психомышечная тренировка как метод психического самовнушения подразумевает, что работа мозга сосредоточивается в основном на тренировке представлений. Основное содержание метода составляют формулы, направленные на создание состояния пониженной активности различных систем организма. В основе ПМТ лежат следующие элементы:

- умение расслабиться;
- способность максимально ярко, с предельной силой воображения, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;
- умение удерживать внимание на избранном объекте;
- умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

При разработке структуры психомышечной тренировки обычно исходят из следующих соображений<sup>79</sup>.

1. Для быстрого отключения и воздействия на нервно-психические и двигательные функции, способствующего достижению необходимого результата, требуется целенаправленная «загрузка» основных мышечных групп, выполняющих эти задачи. Чем специфичнее стоящая задача, тем более различна интенсивность работающих мышечных групп. Поэтому необходима и парциальная их релаксация.

2. Каждый вид физической нагрузки психически воспринимается как приятный или неприятный (трудности начала выполнения упражнения, боли в мышцах, чувство физической слабости, усталость, невозможность сосредоточиться и др.). Поэтому параллельно с парциальной мышечной релаксацией необходимо активизировать общий эмоциональный настрой как важный побудительный компонент.

3. Наряду с парциальной мышечной релаксацией и эмоциональной активизацией создаются ещё и благоприятные предпосылки для активизации когнитивных процессов. В результате релаксации и активизации человек будет полностью соответствовать заданным и даже завышенным требованиям.

Быстрота и прочность овладения ПМТ зависят от особенностей нервно-

---

<sup>79</sup> Некрасов В. П. и др. Психорегуляция в подготовке спортсменов. – М., 1985. – С. 86-87.

психического развития человека. В частности, так называемый «художественный тип» (лучше развита способность к образному, предметному мышлению) овладевает ПСР быстрее, чем «мыслитель», для которого более характерно оперирование абстрактными, отвлеченными понятиями. Человек с подвижными нервными процессами опережает в занятиях того, у кого эти процессы отличаются замедленностью. Главный же фактор, от которого зависит успешность овладения ПСР, – наличие ясно осознанной цели и понимание того, что именно самовнушение способно помочь в достижении этой цели.

**Идеомоторная тренировка.** В середине XIX в. двое знаменитых ученых – французский химик Шеврель и английский физик Фарадей – независимо друг от друга пришли к одинаковому выводу, проделав схожий опыт. Каждый из нас может сейчас проделать этот же огшт. Возьмите обычную нитку длиной около 1 м и привяжите к одному ее концу грузик весом в 5-15 г, а другой конец намотайте на последний сгиб указательного пальца ведущей руки (у правшей – правой, у левшей – левой). Расстояние между пальцем и грузиком должно быть приблизительно 70-80 см. Вытяните прямую руку перед собой на уровне плеча и уравновесьте груз. Затем, сосредоточив внимание на висящем предмете, мысленно представьте, что он начинает раскачиваться как маятник, сначала слабо, потом все сильнее и сильнее. Буквально через несколько секунд грузик действительно придет в движение. Причем движение можно изменить, представляя, что груз движется вперед – назад, вращается по кругу. И груз действительно начнет двигаться по заданной мыслию траектории.

Причина происходящего в том, что мысленное представление о движении автоматически порождает в соответствующих мышцах едва заметные сокращения и расслабления, в результате чего человек начинает выполнять то движение, которое он мысленно представил. Эти микропроцессы в мышцах не всегда заметны на глаз, но легко фиксируются специальной аппаратурой. Процессы, рождающиеся в виде мысленных представлений, идей и реализующиеся в моторике, в движении соответствующих групп мышц, получили название *идеомоторных актов*. Идеомоторные акты обычно произвольны, неосознаваемы и, как правило, имеют слабо выраженные пространственные характеристики. Принцип идеомоторных актов был открыт в XVIII в. английским врачом Д. Гартли и разработан английским психологом В. Карпентером. Дальнейшие исследования показали, что движения, сопровождающие процесс представления движений, не всегда можно отнести к классу произвольных и что мышечные сокращения, вызывающие данные движения, могут быть осознаваемы.

В научной литературе описывается эксперимент, в котором участвовали три группы испытуемых. В начале работы всем участникам предложили выполнить по десять бросков мяча в баскетбольное кольцо. В дальнейшем первая группа ежедневно по часу тренировалась в выполнении упражнения на баскетбольной площадке; представители второй группы, сидя на местах для зрителей, осуществляли броски в корзину лишь мысленно, а третья группа не привлекалась для тренировок. Через неделю провели контрольную проверку. Естественно, первая группа существенно улучшила свои показатели в броске мяча, результаты участников третьей группы остались неизвестными. В то же время среднее количество попаданий в кольцо у членов второй группы, не державших мяча и не выходявших на площадку, но мысленно тренировавшихся, значительно возросло и лишь немного уступало показателям первой.

Суть идеомоторного принципа построения движений состоит в умении непосредственно перед выполнением движения представить его идеомоторно и точно, а также назвать исполняемое движение точными словами [1, с. 128]. Под *идеомоторной тренировкой* обычно понимают планомерно повторяемое, сознательное, активное представление и ощущение осваиваемого навыка<sup>80</sup>. Активное представление реально выполняемых двигательных навыков способствует овладению ими, их укреплению, корректированию, а также ускорению совершенствования.

При разработке индивидуально эффективных идеомоторных программ

---

<sup>80</sup> Некрасов В. П. и др. Психорегуляция в подготовке спортсменов. – М., 1985. – С. 89-90.

учитывается ряд моментов:

- В начальной фазе в процессе выполнения некоторых основных упражнений должна повышаться внутренняя «готовность к воображению» и снижаться интенсивность воздействия внутренних и внешних помех.
- Содержание программ идеомоторной тренировки обучающийся и психолог должны вырабатывать совместно. В процессе обучения изменяется потребность человека в информации. Поэтому программы идеомоторной тренировки часто подлежат корректировке и должны учитывать уровень подготовленности обучающегося в данный момент.
- Часто отвлекающиеся люди, которым легко помешать, могут наговорить содержание программы на магнитофонную ленту и перед идеомоторной тренировкой прослушать запись. Благодаря этому им легче будет сосредоточиться и вообразить услышанное.
- Число повторений в идеомоторной тренировке (2-5) зависит от уровня подготовленности и задач обучения. Сложные двигательные навыки отрабатываются с помощью более коротких повторений во время одного занятия, перерывы между которыми также должны быть сокращены.
- Информация, которую получает человек во время тренировки, должна быть сформулирована ясно и однозначно, сопровождаться объяснениями, как надо выполнять упражнения.

**Визуомоторная тренировка поведения.** В 70-х гг. XX в. в США получила распространение *методика контролируемых снов*, которую позже назвали *визуомоторной тренировкой поведения*. Ее авторами принято считать Ричарда М. Суинна и Джеймса И. Лоэра.

В 1972 г. психолога Университета штата Колорадо Ричарда М. Суинна пригласили помочь специалисту в области электроники, которого прооперировали по поводу расстройства голосовых связок. Последний жаловался на то, что всякий раз, обращаясь к своим руководителям, он едва мог говорить из-за «слабости» своего голоса. Его лечащий врач, однако, настаивал, что никакой физической слабости нет, а проблема заключается в стрессе. Встретившись с пациентом, Суинн понял, что ни волнения, ни стресс не являются причиной возникших затруднений. Больной просто не был в состоянии действовать. Суинн решил изменить общепринятую процедуру лечения фобий. При обычной методике восстановления нормального состояния пациентам, страдающим фобией, предлагают все больше и больше представлять то, чего они боятся, до тех пор, пока связанные с этим чувством отрицательные эмоции не исчезнут. Суинн же решил использовать воображение своего пациента с иной целью: для развития навыков непринужденной речи на публике. Упражнения начались с напряжения и расслабления главных мышц и последующего расслабления всего тела. Затем пациент должен был вообразить себя в качестве работника, готовящего для своего руководства доклад, и мысленно «проговорить» его от начала до конца. «Этот метод оказался настолько удачным, – рассказывал Суинн, – что я задумался над возможностью использовать его для развития и других навыков».

Вскоре к нему обратился член университетского горнолыжного клуба с просьбой помочь спортсменам справиться со стрессом во время соревнований. Психолог разделил команду на две группы – экспериментальную и контрольную. В первой группе проводились тренировки воображения, во второй эта методика не применялась. Спортсмены из экспериментальной группы в течение 20 минут поочередно напрягали и расслабляли мышцы. Это простейший способ расслабления тела и сознания. Затем последовало так называемое состояние контролируемого сна, которое сочетает глубокую сосредоточенность и воображаемый сон с бодрствованием и контролем за пробуждением. В этом своеобразном состоянии им было приказано умозрительно воспроизвести упражнения в слаломе, спуске по крутому склону и даже финишировании. В результате на соревнованиях горнолыжники, занимавшиеся визуомоторной тренировкой поведения, добились лучших результатов, чем их коллеги из контрольной

группы, и последним даже не удалось составить им сколько-нибудь серьезную конкуренцию.

Проведенные учеными исследования показали, что зрительное представление события во время контролируемого сна активизирует вовлеченность организма на самых глубоких уровнях. Контролируемое состояние сна, по мнению Суинна, может стимулировать определенные участки мозга, которые затем используются в деятельности человека, будь то публичное выступление или лыжная гонка.

Комплекс упражнений, которые можно использовать для совершенствования своих навыков в самых разнообразных областях профессиональной деятельности – от тренировки в силе и выносливости до обучения ораторскому и артистическому искусству, включает:

1. Использование зрительных представлений (как основы методики), помогающих в выработке таких навыков, как уверенность, собранность, умение расслабляться или развивать силу и выносливость.

2. «Какой бы ни была ваша цель, в случае, если вам необходим заряд краткосрочной энергии, подумайте о чем-то, что "зарядит" вас, будь то зрительный образ, чувство или звук», – утверждают авторы данной методики. Например, один профессиональный конькобежец перед тем, как выйти на лед, воображал, как он проглатывал звезду, которая затем взрывалась в нем, наполняя весь организм энергией. Ответом нервной системы на этот вызов был приток физической энергии, обусловленный притоком адреналина.

3. Контроль выражения лица, осанки, жестикуляции, голоса. У многих людей переход из одного состояния в другое сопровождается соответствующей перегруппировкой лицевых мышц. Например, обычная улыбка передает нервные импульсы от лицевых мышц в эмоциональный центр мозга. Результатом являются позитивные чувства радости или расслабления.

4. Представление себя в тот момент, когда вы смогли справиться с любым заданием без особых усилий, каким бы сложным оно ни было. Например, случай, когда вам удалось убедить милиционера не выписывать штраф за нарушение правил дорожного движения. Воспроизведите эти эпизоды во всех возможных подробностях, припомните сопутствовавшую обстановку. Необходимо запечатлеть в сознании свое лучшее время так, чтобы вы могли вспомнить его, оказавшись в кризисном положении.

5. Позитивное мышление. Экспериментально проверено, что лишь одна мысль о поражении, неудаче может стать причиной провала, крушения при выполнении ответственного задания. Предлагаемые методики направлены на то, чтобы человек совершал позитивную мысленную работу под лозунгом «Я смогу!». Одним из таких эффективных упражнений является так называемая стоп-тренировка – техника позитивного мышления, которая особенно действенна в борьбе с навязчивыми мыслями негативного или деструктивного характера.

6. Самоутверждение. Упражнение заключается не только в стремлении избавиться от негативных мыслей, но и в превращении их в позитивные. Если что-то не удается, следует повторять: «Я могу этого добиться» или «Мне это нравится».

7. Определение долгосрочных целей.

8. Контролируемые сны.

9. Усилители энергии. Почувствовав, что силы на исходе, вы можете восстановить их кратковременной активной деятельностью. Несколько коротких упражнений «подзаряжают» вас энергией и приводят в состояние готовности.

10. Физические упражнения, направленные на избавление от напряжения.

### ***Контрольные вопросы***

1. Дайте определение психического самоуправления.

2. Какие виды ПСР вы знаете?

3. Раскройте сущность АТ.

4. Что такое БОС, медитация, психомышечная, идеомоторная и визуомоторная тренировки?

## **Литература**

1. *Алексеев А. В.* Себя преодолеть. – М., 1978.
2. *Белкин А. А.* Идеомоторная подготовка в спорте. – М., 1983.
3. *Бемиг У.* Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах. – Минск, 1985.
4. *Водейко Р. И., Мазо Г. Е.* Как управлять собой. – Петрозаводск, 1990.
5. *Гиссен Л. Д.* Время стрессов. – М., 1990.
6. *Горбунов Г. Д.* Учитесь управлять собой. – Л., 1976.
7. *Динейка К. В.* Десять уроков психофизической тренировки. – М., 1987.
8. *Евтимов В.* Йога. – М., 1986.
9. *Зайчковски Л. Д.* Биологическая обратная связь и саморегуляция в управлении соревновательным стрессом // Стресс и тревога в спорте. – М., 1983.
10. *Клейнзорге Х., Клюббиес Г.* Техника релаксации. – М., 1965.
11. *Кондратенко В. Т., Донской Д. И.* Общая психотерапия. – Минск, 1993.
12. *Кушниренко Э. Ю.* Два цветка на древе медицины. Учение индо-тибетской медицины о здоровье и долголетию. – М.; Воронеж, 1999.
13. *Куз Э.* Сознательное самовнушение как путь к господству над собой. – М., 1996.
14. *Линдеман Х.* Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности. – М., 1985.
15. *Лобзин В. С., Решетников М. М.* Аутогенная тренировка. – Л., 1986.
16. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья: Учебное пособие. – СПб., 2002.
17. *Орлов В. А., Гиляревский С. Р.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. – М., 1992.
18. Психология профессиональной подготовки / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПбГУ, 1993.
19. *Свами Рама.* Жизнь среди гималайских йогов (духовные опыты). – М., 1995.
20. *Шульц И. Г.* Аутогенная тренировка. – М., 1985.
21. *Щедрина А. Г.* Онтогенез и теория здоровья. – Новосибирск, 1989.

## Раздел IV. ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

### Глава 17. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

#### ***Перинатальная психология, психопатология и психотерапия***

Охрана здоровья населения – важнейшая государственная задача. Значительно легче предупредить развитие заболеваний, чем лечить их. Причем начинать эту работу необходимо как можно раньше. Уже на ранних этапах онтогенеза человека важно обеспечить благоприятные условия его развития, в том числе и психического.

На Коллегии Минздрава России 15 мая 2001 г. обсуждались проблемы ухудшающегося психического здоровья детей. При этом особо была выделена проблема психических нарушений у детей раннего возраста. В течение 20 лет в различных регионах России (Москва, Волгоградская, Владимирская области и др.) проводился мониторинг психического здоровья детей. Результаты показали, что если в начале 1980-х гг. на 100 малышей до 3 лет приходилось 9 с психическими нарушениями, а 30 составляли группу риска, то к концу 1990-х гг. эти группы соответственно выросли до 16 и 35. Известно, что 35-40% детей-инвалидов стали инвалидами вследствие перинатальных поражений нервной системы. Эти факты послужили одной из важнейших причин того, что 12 февраля 2002 г. Министерство здравоохранения РФ дало указание № 202-У о создании Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях детства и родовспоможения. Цели Координационного совета – развитие медико-психологической службы в этих учреждениях и внедрение в их работу современных технологий клинической (медицинской) психологии и психотерапии.

Все это делает особо актуальным сравнительно новое научно-практическое направление – *перинатологию* (греч. *peri* – приставка, означающая расположение около, вокруг; лат. *natus* – рождение). Традиционно в медицине принято считать, что собственно перинатальный период продолжается с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения. Однако Г. Д. К-райг (G. J. Craig) определяет перинатологию как раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный (внутриутробный) период, роды и первые месяцы постнатального (послеродового) периода (2000).

Он подчеркивает, что эта «новая ветвь медицины» рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения.

Очень важный раздел перинатологии – перинатальная психология, знание которой необходимо любому психологу.

**Перинатальная психология** – это область психологической науки, изучающая обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психологического и психического развития на самых ранних этапах онтогенеза человека от зачатия до первых месяцев жизни после рождения.

Длительность постнатального периода, включаемого в сферу интересов перинатологов, разными авторами оценивается по-разному. Но если считать основными особенностями перинатального периода симбиотическую связь матери с ребенком, неспособность ребенка выделять себя из окружающего мира, т. е. отсутствие четких телесных и душевных границ, несамостоятельность его психики, то признаками его завершения можно считать проявления самосознания, возникающие примерно к концу 2-го года жизни. Психологу очень важно знать закономерности развития ребенка на разных этапах онтогенеза, а также факторы, способствующие или препятствующие развитию здорового ребенка на ранних этапах онтогенеза (с зачатия до 3 лет).

В настоящее время в перинатальной психологии широкое распространение получил *диадический подход* (Rotter J. B., 1966; Mahler M. S., 1975; Stern D. N., 1977; Lebovici S., 1983; Winnicott D. W., 1988; Field T. M., 1990; Батуев А. С., 1997; Мухамедрахимов Р. Ж., 1999; Филиппова Г. Г. 1999 и др.). Согласно этому подходу, мать

и младенец рассматриваются как составляющие одной системы. Именно в рамках этой системы ее элементы взаимно развиваются и приобретают статус матери или ребенка. Благоприятное развитие этой системы – залог здоровья и ребенка, и его матери. Психическое развитие ребенка, формирование его личности во многом связаны с успешностью развития раннего диалога между младенцем и матерью (Emde R. N., 1989; Sroufe L. A., 1989). В процессе диалога, осуществляемого посредством невербального общения и при помощи так называемого проторазговора, устанавливаются экспрессивно-эмоциональные коммуникации, идет становление типа семейного воспитания. При этом состояние здоровья матери и состояние здоровья ребенка взаимозависимы. В связи с этим здоровье беременной женщины, роженицы, кормящей матери также должно быть предметом внимания перинатальной психологии.

Возникающие в результате зачатия диады «беременная–плод», а затем «мать–дитя» являются подсистемами семьи; при этом и семья, и подсистемы взаимно влияют друг на друга.

### ***Влияние особенностей зачатия на развитие человека и его здоровье***

Во многом проблемы здоровья ребенка, его развития связаны с ситуацией и состоянием родителей в момент зачатия. С биологической точки зрения на развитие плода и ребенка, на состояние его здоровья, безусловно, влияют возраст родителей (особенно матери), наличие или отсутствие у них болезней, наследственный фактор, материальное благосостояние семьи, социально-бытовые условия и т. п.

О связи становления психических функций, развития личности будущего ребенка с психосоциальными факторами, определяющими особенности зачатия, писал основатель теории транзакционного анализа Э. Берн (E. Bern, 1972). Он считал, что «ситуация зачатия человека может сильно влиять на его судьбу». Непосредственную ситуацию зачатия он предлагал называть «зачаточной установкой». Независимо от того, была ли ситуация результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия, Э. Берн предлагает анализировать любой из этих вариантов. Необходимо выяснить, каковы были обстоятельства, как подготавливалось это событие, планировалось ли оно, а если планировалось, то как: хладнокровно и педантично, темпераментно, с разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии. В жизненном сценарии будущего ребенка, утверждает Э. Берн, могут отразиться все эти качества, так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку.

На основании своих исследований Э. Берн выделял «родовые сценарии». Наиболее часто, считал он, встречаются сценарии «происхождение» и «искалеченная мать». В основе первого лежат сомнения ребенка в том, что его родители настоящие, в основе второго – знание ребенка о том, как тяжелы были роды для матери.

К сожалению, в настоящее время зачатие в большинстве случаев бывает не запланированным, а случайным. Если в результате этого женщина все же вынашивает нежеланного ребенка, то у нее во время беременности часто отмечаются вегетативные нарушения, обострения психосоматических и хронических физических заболеваний, токсикозы, различные невротические реакции, стертые депрессивные состояния. Все это приводит к искажениям антенатального взаимодействия в системе «беременная–плод». При этом беременные женщины оказываются не готовыми к родам, а ребенок уже в утробе лишается базового доверия к матери и окружающему миру, что впоследствии приводит к повышенной тревожности, снижению чувства собственного достоинства.

Нежеланных детей рожают преждевременно примерно в 8 раз чаще, чем желанных. Но даже у доношенных нежеланных детей в 45% случаев отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Из числа нежеланных младенцев 46,9% нуждаются в интенсивной терапии в связи с возникшими сразу же после родов соматическими и неврологическими осложнениями, среди желанных детей таких лишь 14,8% (Брутман В. И., Северный А. А., 2001).

Выделены следующие факторы риска психической патологии у нежеланных детей:



1. Наследственно-конституциональный (наличие у родителей психических заболеваний и личностных девиаций).

2. Психологическая неготовность женщины к материнству (враждебность к плоду и связанные с ней нарушения сенсорного и гуморального взаимодействия в антенатальном периоде).

3. Психические, поведенческие, соматические нарушения у будущей матери во время беременности.

4. Задержки созревания плода и недонашиваемость.

При выявлении этих факторов желательна консультация у психолога или психотерапевта.

Отвержение еще не родившегося ребенка влияет на его социальную адаптацию в дальнейшей жизни. Многие из таких детей имеют заниженную самооценку, испытывают большие трудности в установлении межличностных отношений. Позднее им трудно выбрать профессию, создать семью. К своим собственным детям они нередко холодны.

Э. Берн придавал большое значение очередности рождения. Наши клинические наблюдения также подтверждают, что особенности развития и состояние здоровья младенца во многом зависят от того, во время какой стадии жизнедеятельности семьи он родился. Супружеские отношения (холод), семья, как и человек, рождается, развивается, болеет; может выздороветь или преждевременно умереть. Иногда «заболевания» семьи приобретают хроническое течение. Рождение ребенка в здоровой семье благоприятно, в больной – чревато нарушениями его развития и здоровья. Иногда супруги или один из них видят в зачатии и рождении ребенка способ выхода семьи из критической ситуации, ее выздоровления. По нашим наблюдениям, рождение ребенка в критической ситуации, а зачастую – попытка разрешить ее с помощью беременности и родов, как правило, unsuccessful. Ребенок при этом не оправдывает надежд, связанных с благотворным влиянием его появления на отношения супругов, установление раннего диалога в системе «мать – дитя» затруднено. Все это отрицательно сказывается на здоровье малыша, препятствует его нормальному развитию.

Существует много вариантов деления жизненного цикла семьи на стадии, этапы, периоды. Часто в качестве основных признаков для определения стадии используют наличие или отсутствие в семье детей, а также их возраст (Duvall E., 1957, Васильева Э. К., 1975). Однако мы считаем, что не рождение ребенка определяет переход семьи на следующую стадию развития, а решение супругов зачать ребенка (или оставить незапланированную, случайную беременность) зависит от стадии формирования супружеских отношений (холода).

Для изучения вопроса о влиянии стадии развития супружеского холода на появление мотивации к зачатию целесообразно выделять стадии развития семьи на основе анализа динамики отношений супругов. Были выделены:

1. стадия добрачных отношений;
2. стадия конфронтации;
3. стадия компромиссов;
4. стадия зрелого супружеского холода;
5. стадия экспериментирования с независимостью;
6. стадия «ренессанса» супружеских отношений.

Закономерность чередования стадий прослеживается в подавляющем большинстве семей, однако сроки смены одной стадии другой весьма переменны. Это связано как с личностными особенностями членов семьи, так и с влиянием факторов внешней среды.

**1-я стадия** продолжается в среднем около 9-12 месяцев. Она характеризуется состоянием эйфории, доминирующими, а иногда и сверхценными идеями любовного содержания, усилением полового влечения. Все представляется влюбленным в розовом свете, недостатки партнера игнорируются. К концу этой стадии отношение друг к другу становится более критичным, замечаются недостатки, на которые ранее не обращали внимания. При этом нередко отношения прерываются. Однако если за это время люди

стали по-настоящему близки и дороги друг другу, принимается решение вступить в брак, цель которого – укрепление отношений.

Незапланированная, случайная беременность может служить своеобразным катализатором развития отношений. Довольно часто заключение брака и образование новой семьи напрямую связано с беременностью и ожиданием родов. Сам по себе ребенок при этом нередко не представляет для молодой женщины особой ценности, а лишь является средством решения личных проблем. В этом случае наблюдаются трудности формирования раннего диалога матери и младенца. Они значительно усугубляются, если ребенок не оправдывает возложенных на него надежд. Воспитание такого младенца, как правило, осуществляется по типу *ги-попротекции*, характеризуется бессознательным или осознаваемым непринятием малыша матерью, что сказывается на его развитии и состоянии здоровья.

2-я стадия: молодожены начинают жить вместе. Каждый из них имеет определенные привычки, взгляды на обязанности и стереотипы взаимоотношений мужа и жены. Строя семью, каждый опирается на свой опыт, полученный в семьях родителей. Зачастую эти представления противоречивы, что приводит к конфликтам. Только начав совместную жизнь, молодожены с удивлением отмечают, что избранник (избранница) сильно отличается от того образа, который они себе создали. То, в какой степени отличаются ожидания от реальности, определяет уровень конфликтности отношений. Родители молодоженов с обеих сторон нередко нарушают границы незрелого супружеского холона, прямо или косвенно убеждая своих детей в том, что только их семьи достойны подражания. В результате противостояние супругов нарастает. Беременность и рождение ребенка в этой ситуации, как правило, не укрепляют, а расшатывают семью. К. Витакер (С. Whitaker, 1989) описывает это следующим образом:

При беременности мать ослабляет связь с отцом и все больше и больше занимается значимым другим, растущим в ее утробе. А «непривязанный» отец находит себе иную привязанность – деньги, секретаршу, новую машину или собственную мать. Когда ребенок рождается, мать привязывается к нему еще сильнее. Отец в еще большей степени вынужден прилепиться к чему-то на стороне, пока ребенку не исполнится года полтора. И тогда мать поворачивается к отцу, а его нет рядом. У нее развивается чувство одиночества.

В подобной ситуации ранний диалог матери с младенцем характеризуется достаточной глубиной и взаимопониманием, но неразрешенные конфликты с мужем, его компенсаторное поведение делают женщину тревожной, эмоционально неустойчивой, что сказывается и на отношениях в диаде «мать – младенец». Часто это выражается в необоснованных по своей сути невротических опасениях за состояние здоровья ребенка, может появиться фобия утраты. Обстановка, в которой при этом развивается ребенок, крайне неблагоприятно сказывается на его здоровье, он начинает часто болеть, что, в свою очередь, еще больше тревожит мать.

**3-я стадия** знаменуется окончанием противостояния. Иногда это происходит постепенно, иногда – стремительно. Во втором случае после очередного серьезного конфликта, приведшего обоих супругов к пропасти окончательного разрыва, они внезапно осознают невозможность существования друг без друга. Страх потерять супруга заставляет идти на уступки, принимать его таким, какой он есть на самом деле со всеми недостатками и достоинствами. Чтобы улучшить отношения, партнеры уже не столько пытаются изменить другого, сколько меняют себя. Совместными усилиями определяются и принимаются семейные роли, права, обязанности каждого из супругов. В этот период они начинают больше понимать, уважать друг друга. Отношения постепенно становятся все более и более конструктивными. Вызывающие столько трений сознательные или неосознанные безуспешные попытки создать копию родительской семьи наконец-то оставлены. Начинается строительство по-настоящему новой семьи, имеющей свои вкусы, ритуалы, обычаи, традиции. Начинается взросление семьи, укрепление ее внешних границ от внешних посягательств. Совместное творчество увлекает, спланирует еще больше. И вершиной этого творчества может стать совместное желание иметь ребенка, а

также деятельность, направленная на достижение этой цели. Новорожденный в такой семье желанен, любим. Для родителей он представляет самостоятельную ценность, а не средство манипуляции, позволяющее решать какие-то личные проблемы. Стабильность отношений родителей, пронизанных взаимопониманием, любовью и благодарностью друг к другу, – главный гарант здоровья и безопасности младенца. В этой стадии условия формирования раннего диалога младенца и матери наиболее благоприятны. Именно при рождении ребенка на этой стадии правомерно говорить скорее не о диаде, а о триаде «мать–младенец–отец». Это связано с тем, что в данном случае отец не чувствует себя лишним и обычно так же, как и мать, устанавливает ранний диалог с ребенком.

**4-я стадия** характеризуется стабильностью и всеми особенностями, характерными для заключительного этапа предыдущей стадии. Неудивительно, что через некоторое время после рождения в предыдущем периоде малыша, приносящего столько радости, у супругов возникает желание иметь еще одного ребенка. В периоде зрелой семьи рождение детей происходит в благоприятной ситуации для формирования раннего диалога младенца с родителями, развития здорового ребенка.

**5-я стадия** часто совпадает с периодом личностного кризиса середины жизни одного или обоих супругов. К этому времени дети подросли, отношения между супругами стали привычными, рутинными, потеряли остроту. Бессознательный страх, что оставшаяся половина жизни будет сплошь состоять из выполнения семейных и служебных обязанностей, которые порядком надоели, заставляет предпринимать попытки каких-то изменений. Человек нередко пытается выйти за рамки своего жизненного сценария, поменяв работу, семью, место и даже страну проживания.

Если до этого семейная жизнь протекала гладко, а супруг был достаточно внимателен к своей «половине», то он своевременно понимает, что с любимым происходит неладное, помогает ему справиться с кризисом. В противном случае возникает реальная угроза разрыва. Попытка предотвратить его с помощью беременности и родов, которые иногда предпринимаются одним из супругов (чаще женщиной) или с обоюдного согласия (реже), к успеху почти никогда не приводят. Ранний диалог с родившимися в результате детьми имеет недостатки, во многом напоминающие отмеченные у рожденных в стадии добрачных отношений, что неблагоприятно для развития и здоровья ребенка.

**6-я стадия** – заключительная стадия развития семейных отношений, на которой может родиться ребенок. Если семья сумела пережить кризис, то нередко отношения между супругами становятся еще более близкими и доверительными, чем до него. Именно в этой ситуации может возникнуть желание родить еще одного ребенка. Так появляются на свет дети, имеющие сибсов, которые старше их на 5-10 лет. Новорожденные любимы, их появление на свет радует всех, включая сестер и братьев. Семейная ситуация благоприятствует формированию раннего диалога. Однако воспитывают этого последнего ребенка, появившегося на свет вследствие примирения папы и мамы, часто по типу потворствующей *гиперопеки*. В результате ребенок нередко растет эгоистичным, изнеженным, несамостоятельным, у него могут развиваться невротические реакции.

Итак, практика показывает, что в процессе становления раннего диалога родителей с ребенком в успешности его развития значительную роль играет стадия развития семейных отношений, во время которой произошло зачатие, протекала беременность, произошло родоразрешение. Если беременность наступила во время 1-й, 2-й, 5-й стадий жизнедеятельности семьи, супругам целесообразно обратиться к психологу, а в сложных случаях – к семейному психотерапевту.

Оптимальными условиями зачатия, вынашивания, рождения и вскармливания здорового ребенка становятся гармоничные отношения его родителей: супруги любят друг друга, их семейная жизнь устоялась, серьезные противоречия разрешены, желание иметь ребенка обоюдно, они перестают предохраняться от беременности, их интимные отношения становятся целенаправленными, осмысленными и приобретают еще большее очарование, доставляют еще большее наслаждение. Совместные хлопоты, решение

проблем, которые предшествуют началу воплощения в жизнь мечты иметь ребенка, заставляют супругов быть более ответственными, укрепляют отношения.

Желательно, чтобы в этот период будущие родители как можно больше времени проводили вдвоем и им никто не мешал. Хорошо, если мужчина и женщина могут связать зачатие своего ребенка с определенной обстановкой, местом, ситуацией, могут в дальнейшем в течение многих лет возвращаться туда в воспоминаниях и наяву. Еще древние считали, что наслаждение прекрасной природой, произведениями искусства способствует зачатию и благоприятно влияет на течение беременности.

В этот период важно вести здоровый образ жизни, рационально питаться. Очень полезно длительное пребывание на свежем воздухе, физические нагрузки. Доказано, что прием поливитаминов супругами в течение 2 недель до зачатия и 2 недель после него предупреждает многие осложнения беременности. Срок 2 недели выбран не просто так. Ведь именно в течение 2 недель созревают мужские половые клетки – сперматозоиды. Учитывая, что они жизнеспособны в течение примерно 3 дней, легко вычислить, что при активной половой жизни здоровых супругов в течение менструального периода есть всего 4-5 дней до и после овуляции, во время которых возможно зачатие.

Когда желание иметь ребенка осмысленно, можно попытаться сделать так, чтобы зачатие произошло в определенный промежуток времени. Зная, что беременность продолжается примерно 40 недель, легко запланировать срок предстоящих родов. Взяв исходной точкой первый день предполагаемой, но не состоявшейся менструации, нехитрые расчеты можно провести следующим образом. От этой даты необходимо отступить 2 недели. Именно в это время ориентировочно произошло зачатие. Затем от полученной даты нужно отсчитать 280 суток, необходимых для вынашивания ребенка.

Таким образом, можно приурочить роды ко времени, свободному от хлопот и переживаний, которые нужно предвидеть (например сессии, защиты дипломов, командировки, ремонт, смена жилья и т. п.).

Некоторые врачи рекомендуют супругам планировать зачатие на август-сентябрь, а роды соответственно на апрель-май. В качестве обоснования этого приводятся следующие доводы: осенние месяцы более благоприятны для зачатия, так как супруги при этом получают много витаминов со свежими овощами и фруктами; при рождении ребенка в весенние месяцы первое полугодие его жизни приходится на весенне-летний период, благоприятный для длительного пребывания на свежем воздухе в легкой одежде.

Рекомендации эти весьма относительны... С нашей точки зрения, совсем неплохо, если роды произойдут, например, в августе и новорожденный будет получать мамино молоко, богатое минеральными солями и витаминизированное плодами природы. Разные сроки зачатия имеют свои недостатки и преимущества, супруги должны выбрать их сами, учитывая реалии их жизни.

Запланированное зачатие, возникающее на фоне гармоничных отношений супругов, создает фундамент для развития здорового ребенка.

## ***Влияние особенностей течения беременности на развитие человека и его здоровье***

В настоящее время традиционные представления о течении беременности и развитии плода, о взаимоотношениях в системе «беременная – плод» пересматриваются с учетом имеющихся в мировой науке наработок. Подобное освещение проблемы может иметь большое практическое значение, так как открываются новые возможности воздействия на развитие плода, течения беременности и родов, профилактики нервно-психических нарушений у новорожденных и матерей.

В процессе развития можно выделить периоды, в которые отмечается особо интенсивное становление и развитие определенных органов и систем. В эти периоды именно они характеризуются повышенной уязвимостью к повреждающим воздействиям. Были установлены следующие *критические периоды онтогенеза* (Анохин П. К., 1966; Светлов П. Г., 1966; Бодяжина В. И., 1967):

- 5-6-й день после зачатия (период имплантации);
- 4-6-я неделя беременности (период развития плаценты);
- 20-24-я неделя беременности (бурное становление многих систем организма, приобретающих к концу этого периода особенности, свойственные новорожденным).

Развитие различных структур головного мозга, идущее в строго детерминированной генетической последовательности, также имеет критические периоды повышенной уязвимости. Они характеризуются высоким темпом размножения клеток головного мозга. В англоязычной литературе подобные периоды получили название *spurt*. Выявление характера «спуртов» в различные сроки беременности уточняет содержание критических периодов внутриутробного развития (Гар-машова Н. Л., Константинова Н. Н., 1985). О. А. Соколовой было установлено, что на формирование эмоциональной сферы ребенка наибольшее влияние оказывают факторы, воздействующие на него в течение 4-го, 5-го и 6-го месяцев внутриутробного развития (2001).

Матка, в которой развивается плод, является для него первичной экологической нишей (Schindler Н., 1985). Во время пренатального периода развития ...ребенок живет практически одной жизнью с матерью. Поэтому сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой<sup>81</sup>.

Испытываемые матерью эмоции испытывает и плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом эндорфины и катехоламины. Эмоции, преобладающие во время беременности (особенно такие, как страх, агрессия), отмечались после рождения и у ребенка.

Таким образом, состояние беременной женщины, особенно в критические периоды развития органов и систем плода, может существенно влиять на его развитие в целом, на особенности формирующихся психических функций будущего ребенка, а значит, и определять во многом его постнатальное развитие и здоровье.

В процессе изучения особенностей протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины И. А. Аршавский, основываясь на учении А. А. Ухтомского о доминанте, предложил понятие *гестационной доминанты* (лат. *gestatio* – беременность, *dominans* – господствующий) (1967). Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма беременной женщины на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры.

Различают физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты. Они соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание и рождение ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты представляет особый интерес для психологов, однако в настоящее время исследован он значительно хуже физиологического.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы, направленные на сохранение гестации и на создание условий для развития будущего ребенка. Особенности ПКГА проявляются в отношениях женщины к своей беременности, к ее будущему ребенку.

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических

<sup>81</sup> Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» // Вестник СПбГУ. - 1994. - Сер: 3, вып. 2. - С. 85-102.

наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный (Добряков И. В., 1996).

**Оптимальный тип** ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания здорового ребенка.

Гипогестогнозический (греч. *hypo* – приставка, означающая слабую выраженность; лат. *gestatio* – беременность; греч. *gnosis* – знание) **тип** ПКГД встречается у женщин двух возрастных групп: младшей и старшей. Представительницы этих двух групп весьма отличаются друг от друга.

Женщины младшей возрастной группы характеризуются некоторой инфантильностью. Беременность у большинства из них незапланированная. Многие из них учатся в институте и не желают брать академический отпуск («чтобы не отстать от группы»), продолжают заниматься с прежней интенсивностью, сдавать экзамены. Они, как и до беременности, посещают дискотеки, занимаются спортом, ходят в походы, как правило, не ограничивают себя в употреблении сигарет и спиртного. Таким образом, беременность они воспринимают как досадную помеху, которую стараются не замечать, чтобы не нарушать свои жизненные планы. Эти женщины стараются как можно дольше «не замечать» беременность, не задумываются о предстоящих родах, материнских обязанностях. В женскую консультацию они обращаются на 4-5-м месяце беременности, посещают ее нерегулярно, игнорируют рекомендации врачей.

Старшая возрастная группа включает зрелых женщин, также не желающих менять свой жизненный стереотип. Большинство из них имеют высшее образование. Они планировали беременность, так как справедливо опасались, что с возрастом риск возникновения осложнений течения беременности и родов повышается. Однако эти женщины, как и представительницы первой группы, не склонны менять жизненный стереотип. Многие из них имеют хорошую профессию, увлечены работой, некоторые занимают руководящие посты. У них не хватает времени, да и желания встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения.

К посещению курсов дородовой подготовки большинство женщин этой группы относятся скептически, что сказывается на течении беременности и родов. У многих после выписки отмечается повышенный уровень тревожности, гипогалактия. Обязанности по уходу за малышом тяготят, женщины стараются переложить их на кого-нибудь из родственников (мужа, мать), как можно быстрее вернуться к прежнему образу жизни. Воспитание детей осуществляется ими по типу гипопротекции, что приводит к появлению у детей невротических реакций.

Выявление гипогестогнозического варианта ПКГД является показанием к психотерапии беременной женщины. Психотерапевтические задачи при этом могут быть разные: улучшение супружеских отношений, коррекция иерархии ценностей, снижение уровня тревожности, повышение эмпатии и ответственности и т. д.

Практика показывает, что своевременное выявление и коррекция гипогестогнозического варианта ПКГД положительно влияет на течение беременности и родов, способствует формированию материнских функций и «надежного» типа привязанности ребенка к матери, что способствует нормальному развитию и хорошему состоянию здоровья ребенка.

**Эйфорический** (греч. *eu* – хорошо; *phero* – переносить) **тип** ПКГД часто отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных

целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравируются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки ими посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

**Тревожный тип** ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.). В других случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, но, к сожалению, беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Нередко именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. Большинство из них нуждаются в помощи психотерапевта. При этом типе ПКГД чаще всего в семейном воспитании формируется доминирующая гиперпротекция, нередко отмечается повышенная моральная ответственность. Выражена воспитательная неуверенность матери. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

**Депрессивный тип** ПКГД проявляется, прежде всего, в резко сниженном фоне настроения беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющими все капризами, непонимающими, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу – всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, у беременных встречаются и ятрогенные депрессии. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны нарушениям, развивающимся при тревожном типе, но более brutальны. Встречаются также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющее ее состояние.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации вынашивания и рождения ребенка, понять, как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания.

Оптимальный тип ПКГД – залог успешного развития здорового ребенка. При выявлении других типов ПКГД перед перинатальным психологом встает задача их коррекции.

Как было показано, нередко неблагоприятный тип ПКГД формируется у женщины в результате хронической психотравмирующей ситуации. Не меньшее внимание следует уделять и острым стрессовым воздействиям на беременную женщину, которые принято разделять *на физиологические, психические и социальные*.

У беременных женщин, находящихся в стрессовой ситуации, формируется имеющий определенные стадии общий адаптационный синдром, который был описан

еще Г. Селье (H. Selye, 1974). При этом длительность стадии тревоги составляет 7-10 дней, стадии резистентности – 1,5-2 месяца с момента стрессового воздействия, а с конца второго месяца уже улавливаются признаки стадии истощения, формируется «системный структурный след» в элементах функциональной системы «мать-плацента–плод». При этом периодически включаются компенсаторные резервы женщины, что обуславливает волнообразное течение процесса.

Острый психоэмоциональный стресс, перенесенный в ранние сроки беременности, увеличивает развитие угрозы прерывания беременности в 3-11 раз, риск появления тяжелых форм гестозов – в 5 раз, неправильного предлежания плаценты – в 2 раза. Риск хронической внутриутробной гипоксии плода увеличивается в 3-4 раза, формирования синдрома задержки развития плода – в 3 раза, преждевременных родов – в 8-10 раз (Мальгина Г. Б., 2001).

В целом наиболее тяжелые последствия для матери и плода возникают, если беременные женщины переносят острый стресс в первой половине беременности.

Через организм матери плод опосредованно испытывает *пренатальный стресс*. Последствия пренатального стресса зависят от того, какого рода стрессорное воздействие и на каком сроке беременности было оказано. Н. А. Полякова считает, что наиболее тяжелые и длительные последствия возникают у пренатально стрессированных особей, матери которых подвергались воздействию физиологического стресса. Последствия психоэмоционального стресса после наступления половой зрелости в большей или меньшей степени нивелируются при благоприятных условиях постнатального развития (2001).

Если женщина здорова, любима, беременна желанным ребенком, у нее оптимальный тип гестационной доминанты, она не испытывает острых стрессов, то плод находится в состоянии комфорта, безопасности и хорошо развивается. О. Ранк (O. Rank) называл внутриутробное существование ребенка «раем». Такого же мнения придерживался Ш. Ференци (S. Ferenczi). Их идеи были развиты С. Грофом (St. Grof, 1985). Он полагал, что бессознательные внутриутробные переживания ребенка и переживания его во время родов отражаются в четырех типичных паттернах, или констелляциях. С его точки зрения, существует глубокое соответствие этих тематических кластеров периоду беременности и клиническим стадиям биологического рождения. Для практической работы весьма удобной оказалась его гипотеза о существовании динамических матриц, управляющих процессами, относящихся к перинатальному уровню бессознательного и названных им **базовыми перинатальными матрицами (БПМ)**.

*Первая базовая перинатальная матрица (БМП-1)* – «опыт исходного симбиотического единства плода с материнским организмом во время внутриматочного существования», спокойствие, удовлетворенность, раскрепощенность (С. Гроф, 1985). В антенатальном периоде опыт первой перинатальной матрицы отражается в оптимизме индивида, его высокой эмпатии, доброжелательности.

При оптимальном типе ПКГА у здоровой беременной женщины биологической и психологической основой БМП-1 является опыт исходного симбиотического единства плода и матери в период безмятежного, почти идеального внутриматочного существования– залога здоровья и благополучного развития ребенка.

## ***Влияние особенностей течения родов на развитие человека и его здоровье***

Здоровье детей во многом зависит от того, насколько благополучно прошло родоразрешение. Роды – это физиологический процесс, требующий максимального физического и психического напряжения женщины, умения владеть собой и выполнять необходимые действия в сложных, близких к экстремальным условиях (Прохорова О. В., Пироженко Е. В., 2001). В последние годы в современном акушерстве активно развивается тенденция к достижению максимальной естественности родов; проблема психологической поддержки в процессе родов становится особенно актуальной.



Роды сами по себе уже становятся для ребенка сильнейшей и физической, и психической травмой, сопровождающейся угрозой жизни. О. Ранк придавал ей большое значение и называл «родовой травмой» (не в акушерском, а в психическом смысле) и «первичным шоком». Роды, по О. Ранку, приводят к переживанию утраты первичного объекта любви (матери). Испытав это, человек на протяжении всего детства, а иногда и во взрослом состоянии, пытается вновь обрести его.

За несколько дней до родов в крови матери возрастает уровень адреналина и норадреналина, подготавливающих организмы будущей матери и ребенка к стрессовым воздействиям.

При стрессе, перенесенном женщиной в конце беременности, последствия его в основном сказываются на формировании доминанты родов. У таких женщин в 2,5-2,7 раза чаще роды наступают позднее положенного срока, в 7,0-7,6 раза чаще обнаруживается вторичная слабость и (или) дискоординация родовой деятельности, в 2,7-2,9 раза чаще возникает патологическая потеря крови. Риск внутриутробной гипоксии плода увеличивается в 3,8-4,4 раза (Мальгина Г. Б., 2001).

Учитывая все это, вряд ли можно считать «спекуляциями» представления о том, что эмоции и телесные ощущения, испытываемые плодом в процессе родов, остаются в его подсознании и в дальнейшем влияют на развитие, нервно-психические особенности.

Начало родов соответствует *второй базовой перинатальной матрице* (БМП-2) по С. Грофу. Ее эмпирический паттерн относится к самому началу биологического рождения, к его первой клинической стадии. При полном развертывании этой стадии плод периодически сжимается маточными спазмами, но шейка матки еще закрыта, выхода нет. С. Гроф считает, что ребенок испытывает при этом неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить источник опасности невозможно. Символическое выражение БМП-2 – бесконечное и безнадежное заточение в помещении без выхода, порождающее чувства беспомощности, неполноценности, отчаяния. Находясь в постнатальном периоде «под влиянием этой матрицы, индивид избирательно слеп ко всему положительному в мире, в своем существовании» (Гроф С, 1985), склонен к депрессиям.

*Третья базовая перинатальная матрица* (БМП-3) отражает вторую клиническую стадию биологических родов. На этой стадии сокращения матки продолжаются, но, в отличие от предыдущей стадии, шейка матки уже открыта. Это позволяет плоду постоянно продвигаться по родовому каналу, что сопровождается сильнейшими механическими сдавливаниями, удушьем, часто непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как кровь, моча, слизь, кал. Однако ребенок уже не обречен на пассивность, он отчаянно борется за выживание. Ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель. В постнатальном периоде фиксация на переживаниях этой матрицы может проявляться в повышенной активности, в склонности к авантюрам, страху и агрессии, к извращенной сексуальности.

Создание рожавшей женщине максимально комфортных условий способствует физиологическому родоразрешению, что снижает количество и интенсивность негативных переживаний как у матери, так и у ребенка. Таким образом, оптимальную организацию процесса родов, грамотное родовспоможение, включающее психологическую помощь роженице, можно считать профилактическими мероприятиями, направленными на предотвращение соматических и нервно-психических расстройств у матери и ребенка.

Психологически благоприятная обстановка на протяжении всего периода родов возникает при полном доверии и понимании между женщиной и медперсоналом. Роженица нуждается в доброжелательном обращении на протяжении всего родового акта и после родов. Важно понимать, что многие женщины во время родов испытывают тревогу, связанную прежде всего с дефицитом информации о происходящем с ней сейчас и о том, что предстоит. Улучшить эмоциональное состояние роженицы может

своевременное и деликатное информирование ее о предстоящих манипуляциях и связанных с ними возможных ощущениях. В случае осложнений женщине необходимо сказать о них. При этом спокойный тон, четкие инструкции должны внушать ей уверенность в благоприятном исходе родов.

Важно также стремиться создать женщине максимальный физический комфорт (удобные родовые столы и другое медицинское оборудование). Целесообразно использование индивидуальных родовых залов, позволяющее предотвратить обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера, индуцирование отрицательных эмоций.

Залогом здоровья роженицы и младенца является создание обстановки психологического и физического комфорта во время родов, своевременное информирование женщины о том, что происходит и что предстоит, оказание ей при необходимости не только квалифицированной врачебной, но и психологической помощи.

### ***Влияние особенностей раннего постнатального периода на развитие человека и его здоровье***

*Четвертая базальная перинатальная матрица* (БПМ-4) связана с заключительной стадией родов, с непосредственным рождением ребенка, которое одновременно становится началом его жизни вне матери. С. Гроф считает, что акт рождения – это освобождение и в то же время безвозвратный отказ от прошлого. Поэтому на пороге освобождения ребенок ощущает приближение катастрофы огромного размаха. Мучительный процесс борьбы за рождение достигает своей кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой: после внутриутробной темноты ребенок впервые сталкивается с ярким светом, происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и ребенок становится анатомически независимым.

После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психологическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития.

От того, как пройдет адаптация ребенка в раннем периоде, зависит уровень его базальной тревоги, развитие, здоровье. Ранний период – это критический период, который характеризуется максимальной восприимчивостью младенца к внешним факторам (Kennel С. Н., Klaus M. N., 1986). В это время идет активное запечатление и формирование видовых индивидуальных избирательных реакций на основе интегративного восприятия и первичного пренатального опыта. Этот же критический период характеризуется влиянием новорожденного на мать. Он становится активным источником сигналов, определяющих ее поведение (Батуев А. С, Соколова Л. В., 1994).

Рассматривая взаимоотношения, возникающие в системе «мать–дитя» после рождения ребенка, исследователи изучают поэтапное формирование в субъективном мире ребенка представлений о внешнем мире. Их интересует, каким образом отношение матери к новорожденному отражает ее собственную историю до и после рождения. Привязанность матери и ребенка возникает не вдруг, а связана с рассмотренными нами ранее мотивами зачатия, отношением к беременности, родам (влияя на их течение), с личностными особенностями беременной и ее отношениями с партнером (отцом ребенка), семейной ситуацией и т. п.

З. Фрейд утверждал, что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему». Только в системе «мать – дитя» запускается процесс, лежащий в основе развития самосознания, который Э. Фромм (E. Fromm) назвал «индивидуализацией». В 1941 г. Э. Фромм писал:

Относительно быстрый переход от внутриутробного к собственному существованию, обрыв пуповины обозначают начало независимости ребенка от тела

матери. Но эту независимость можно понимать лишь в грубом смысле разделения двух тел. В функциональном смысле младенец остается частью тела матери. Она его кормит, ухаживает за ним, оберегает его. Постепенно ребенок приходит к сознанию того, что его мать и другие объекты – это нечто отдельное от него. Одним из факторов этого процесса является психическое и общее физическое развитие ребенка, его способность схватывать объекты – физически и умственно – и овладевать ими. Ребенок осваивает окружающий мир через посредство собственной деятельности. Процесс индивидуализации ускоряется воспитанием. При этом возникает ряд фрустраций, запретов, и роль матери меняется: выясняется, что цели матери не всегда совпадают с желаниями ребенка, иногда мать превращается во враждебную и опасную силу. Этот антагонизм, который является неизбежной частью процесса воспитания, становится важным фактором, обостряющим осознание различия между «Я» и «Ты».

Д. В. Винникотт, подчеркивая неразрывность психической деятельности матери и ребенка, писал: «Нет такого создания, как младенец» (D. W. Winnicott, 1960).

К. Хорни (К. Ноггеу, 1946) считала, что в процессе родов ребенок получает физическую и психическую травму, связанную с угрозой жизни, с резким изменением условий существования. Испытываемый при этом рождающимся ребенком страх и переживание с первых секунд существования чувства враждебности мира формируют «базальную тревогу», уровень которой во многом предопределяет в дальнейшем развитие человека, его поступки. Интенсивность и последствия базальной тревоги можно свести к минимуму, проведя правильную психологическую подготовку женщины к родам и правильно оказав родовспоможение.

К. Хорни выделила три основных типа стратегии поведения, связанных с базальной тревогой:

- стремление к людям;
- стремление от людей (независимость);
- стремление против людей (агрессия).

Один из достаточно широко распространенных подходов к изучению взаимоотношений в системе «мать – дитя» является по сути этологическим. При этом связь между матерью и младенцем трактуется как форма запечатления. То, как происходило общение матери с новорожденным ребенком в первые часы жизни, оказывает большое влияние на их последующее взаимодействие. Согласно теории социального научения, мать и ребенок, реагируя на поведение друг друга, находятся в состоянии непрерывного обучения. Таким образом, их взаимодействие является взаимно вызванным стимул-реактивным поведением.

Лишение новорожденного ребенка физического биологически активного контакта с матерью во время критического периода крайне негативно сказывается на формировании взаимоотношений в системе «мать–дитя», а впоследствии и на здоровье обоих (Flake-Hobson С. и др., 1993).

В случае, если женщин разлучают с младенцами, как это долгое время было принято делать в наших родильных домах, матери страдают от дефицита информации о своих детях, у них растет тревога. Нами было установлено, что 69% женщин, которых сразу же после родов разлучили с детьми, тяжело это переживали; 61% считали, что с ним может что-нибудь случиться, а 34,3% полагали, что детей могут перепутать и подменить. Разлученные с младенцами матери в 3,5 раза чаще были недовольны своим пребыванием в родильном доме, в 4,8 раза чаще имели проблемы с лактацией, чем женщины, находящиеся после родов с ребенком. Дети, разлученные с матерями сразу же после родов, в 38% случаев очень беспокойны в первые месяцы жизни, часто плачут (Добряков И. В. и др., 1997).

Так же пагубно сказывается разлука младенца с матерью после какого-то периода совместного пребывания, что, например, иногда происходит при госпитализации. Р. Шпиз (R. Spitz, 1945) описал анаклитическую депрессию (греч. *ana* – приставка, означающая противоположное действие; *klino* – наклоняться), возникающую у детей 6-9 месяцев жизни после разлуки с заботливой матерью. При этом появляется субдепрессивная

симптоматика: ребенок становится грустным, плаксивым, менее активным, у него снижается аппетит, нарушается сон. Постепенно раздражительность и плаксивость нарастают, общение с окружающими, игрушки перестают интересовать. Через 1,5-2 месяца отмечается развернутая депрессивная симптоматика: малыш перестает плакать, отказывается вставать с постели, может часами неподвижно лежать на животе или в позе эмбриона с открытыми глазами, не обращая внимания на окружающее. Выражение лица ребенка безучастно, установить с ним контакт нелегко. Иногда возникает «аутоэротическая активность» (Langmeier J., Matejcek Zd., 1984). Появляются соматовегетативные дисфункции: диспептические явления, потеря в весе, эпизодические подъемы температуры тела, кожные высыпания. У детей повышается восприимчивость к инфекциям, они часто болеют, причем, как правило, заболевания принимают затяжное течение. При возвращении матери симптоматика аналитической депрессии постепенно редуцируется.

Неблагоприятно протекающая беременность, тяжелые роды, неудовлетворительные отношения в системе «мать – дитя» могут быть причинами возникновения сразу же после родов или в течение первого месяца жизни так называемой младенческой депрессии. Этому может способствовать осознаваемое или неосознанное непринятие ребенка матерью, ее неуверенность в своих силах, высокая тревога, супружеская дисгармония и т. п. Все это может привести к развитию невротической депрессии у женщины, отмечаемой, по данным разных авторов, в первые две недели после родов у 15-50% женщин. Как правило, это *транзиторный синдром невротической депрессии*, известный в англоязычной литературе под названием *blues* (синдром «грусти рожениц») (Yalot I. D., 1968; Щеголева И. Ю., 2000). Его характерные черты – слезливость, чувства тревоги, необъяснимой печали, нарушения сна. Болезненные симптомы возникают сразу после родов, достигают максимума на 3-7-й день. Новорожденные дети очень чувствительны к эмоциям матери и индуцируют их.

Не менее важной причиной возникновения младенческой депрессии может служить дефицит эмоциональных связей ребенка и матери, связанный с ее занятостью (учеба, работа).

Младенческая депрессия характеризуется невозможностью ребенка достичь состояния комфорта. На его лице постоянная гримаса недовольства, он постоянно кричит. Ему никак не занять удобного положения на руках матери, он тянется к ее груди, но тут же ее выплевывает. Для того чтобы малыш уснул, его необходимо подолгу качать на руках. Сон беспокоен, чуток (так называемый «сон волка»). Он сопровождается вскриками, плачем, частыми (до 30 раз за ночь) пробуждениями (Козловская Г. В., 1999). У таких детей выражены соматовегетативные нарушения: срыгивания, неустойчивый стул, подъемы температуры без видимой причины, опрелости и высыпания на коже.

В среднем младенческая депрессия длится около 1-1,5 месяца. Она чревата аффективными расстройствами и у ребенка, и у матери в будущем. При ее выявлении у ребенка совершенно необходима психотерапевтическая помощь матери, а часто – семейная психотерапия. Одной из важнейших психотерапевтических задач при этом является коррекция привязанности ребенка и матери. Изучению привязанности были посвящены работы, выполненные в 1951-1960-х гг. английским психологом и педиатром Д. Боулби (J. Bowlby). В своих исследованиях он показал, что для психического здоровья ребенка необходимо установление теплых, приносящих радость взаимоотношений с матерью. З. Фрейд считал, что основа отношения ребенка к матери – «принцип наслаждения» (1926), так как младенец стремится получить удовольствие, утоляя голод материнским молоком. В отличие от З. Фрейда, не отвергая принцип удовольствия, Д. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Развитие психических и моторных функций детей Д. Боулби связывал с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости – базовая потребность ребенка.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен хныканьем дать ей знак о своих потребностях и получить помощь, т. е. расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Д. Боулби подчеркивает важность ощущения безопасности и развития «его» ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае уровень тревоги высок, растет, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности.

Теоретические положения Д. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсфорт (М. Ainsforth, 1978). Наблюдая детей первых месяцев жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, в плаче ребенка и в игровых моментах. В результате исследований установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с ригидными матерями, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с деревянными лицами»), напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением.

Экспериментальным путем М. Эйнсфорт удалось выделить три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью:

**Тип А.** Избегающая привязанность встречается примерно в 20-21,5% случаев. Характеризуется тем, что на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру. Он не идет на контакт с ней даже тогда, когда мать начинает с ним заигрывать. Детей с подобным поведением называют индифферентными.

**Тип В.** Безопасная, или надежная, привязанность встречается чаще других (65-66%). Характеризуется тем, что в присутствии матери ребенок чувствует себя комфортно. Если она уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

**Тип С.** Амбивалентная привязанность встречается примерно в 10-12,5% случаев. Даже в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

Позднее был выделен еще один тип привязанности.

**Тип Д. Дезорганизованная привязанность** встречается примерно в 5-10% случаев. Этот тип привязанности считается патологическим и характеризуется тем, что ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.

Если проведение эксперимента невозможно, так как ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватает ее и не отпускает от себя, говорят о **симбиотическом типе привязанности**.

Работы Д. Боулби и М. Эйнсфорт поставили под сомнение основные принципы бихевиоризма. Основываясь на принципах оперантного обусловливания и формирования реакции, бихевиористы, оказавшие большое влияние на педагогику, рекомендовали

матерям «не приучать детей к рукам», так как это, с их точки зрения, тормозило исследовательскую деятельность.

Чтобы ребенок рос здоровым и хорошо развивался, чтобы он радовал мать, нельзя разлучать мать и ребенка после родов. Следует помочь ей освоить навыки кормления младенца и ухода за ним. Все это будет способствовать становлению протодиалога между матерью и ребенком, взаимодействию в системе «мать-дитя» и формированию безопасной, надежной привязанности.

### **Контрольные вопросы**

1. Что изучает перинатальная психология?
2. Что такое «зачаточная установка»?
3. В какие стадии формирования супружеского холона и почему зачатие благоприятно?
4. Что такое психологический компонент гестационной доминанты?
5. Какие есть неблагоприятные для здоровья будущего ребенка типы психологического компонента гестационной доминанты?
6. Что такое перинатальная матрица?
7. Какие существуют типы привязанности?
8. Какой тип привязанности благоприятен для здоровья и развития ребенка?

### **Литература**

1. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
2. Гроф С. За пределами мозга / Пер. с англ. – М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.
3. Добряков И. В., Лазарева И. П. Здоровые роды – счастливый малыш. – СПб.: Комплект, 1998.
4. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и дитя: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999.
5. Психика и роды / Под ред. Э. К. Айламазяна. – СПб.: Яблочко СО, 1996.
6. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. – М.: Жизнь и мысль, 1999.

## Глава 18. ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ТРЕХ ЛЕТ

В данной главе представлены основные направления организации ранней помощи междисциплинарной семейно-центрированной программы обслуживания младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями. Приводятся модели психотерапевтических и социально-педагогических программ, описывается отечественная программа ранней помощи (раннего вмешательства), разработанная в дошкольном учреждении системы образования Санкт-Петербурга.

### **Ранняя психотерапевтическая помощь**

Ранняя психотерапевтическая помощь разрабатывается профессионалами в области психического здоровья детей младенческого и раннего возраста и направлена на создание условий для удовлетворения потребностей социально-эмоционального развития ребенка во взаимодействии с наиболее близким взрослым. Работа проводится одновременно с ребенком и родителями, что предоставляет уникальную возможность более широкого наблюдения, быстрого накопления информации и опыта, их отражения и комментирования по сравнению с индивидуальными терапевтическими сеансами отдельно с родителями или ребенком. При таком подходе возникает надежда, что связанные с нарушением отношений и первичного социального окружения негативные тенденции в развитии младенца могут быть изменены в более благоприятную для родителей и ребенка сторону.

Современные модели работы с младенцами и их родителями объединяют традиции психотерапии, накопленные в области детского психического здоровья, с результатами теоретических обобщений психологии развития, свидетельствующих о системных механизмах взаимодействия матери и младенца. В то же время они отличаются друг от друга по заложенным в основу теоретическим положениям, направленности вмешательства на различные элементы системы «мать–младенец», на различные группы матерей и младенцев, по длительности проведения вмешательства и степени привлечения технических средств. Ниже кратко приводятся наиболее известные из этих моделей, широко обсуждаемые в литературе и повлиявшие на формирование этого направления работы с детьми и их родителями.

1. Модель терапевтического раннего вмешательства **«Тренировка взаимодействия»** (*Interaction coaching*) предложена Т. Филд и направлена на изменение поведения взрослого за счет сосредоточения внимания на таких сильных сторонах его поведения, которые ведут к более качественному взаимодействию с младенцем, и еще большего их усиления. В основе подхода лежат данные психологии развития, согласно которым в процессе качественного взаимодействия мать подстраивает свое поведение под поведение младенца и тем самым обеспечивает и поддерживает адекватный индивидуальным особенностям ребенка уровень его стимуляции и возбуждения.

2. Терапевтический подход, названный **«Руководство взаимодействием»** (*Interaction guidance*), был разработан С. Мак-Доноуг как модель кратковременной семейно-центрированной психотерапии, направленной на позитивное изменение отношений родителей и ребенка. Модель была создана для детей младенческого и раннего возраста из группы риска нарушения психического здоровья, связанного с плохими условиями жизни, низким уровнем образования родителей, отсутствием или недостатком социальной поддержки семьи, нарушением психического здоровья членов семьи. В рамках этой модели терапевтическое влияние фокусируется с помощью видеотехники не столько отдельно на ребенке или родителе, сколько на взаимодействии между ними, направлено на повышение вероятности понимания членами семьи поведения ребенка и получения удовольствия от общения с ним, осознание родителями своей роли, усиление позитивных сторон семьи и внутрисемейных отношений.

3. На развитие **психодинамической психотерапии** для детей раннего возраста и их родителей в значительной степени повлияли сделанные С. Фрайберг описания

влияния неосознаваемых родительских фантазий, связанных с прошлым опытом, на психическую жизнь и здоровье ребенка и развитие защитных механизмов у младенцев в ситуации депривации или опасности. Согласно основному теоретическому положению этого направления, психические репрезентации родителя – центральная причина нарушения отношений между родителем и младенцем, и значимые терапевтические изменения не могут наблюдаться до тех пор, пока эти репрезентации не изменятся. Основные симптомы изменения поведения и психического здоровья ребенка рассматриваются как реакции на вторжение со стороны матери. Ранняя помощь направлена на прояснение ядра конфликтных отношений между матерью и ребенком, на ограничение отрицательных влияний патологических проекций матери на ребенка.

**4. Оценивание поведения младенца** впервые было использовано и выделено в виде направления ранней помощи в клинической работе одного из ведущих исследователей развития младенцев педиатра Т. Б. Бразелтона. Оценка поведения новорожденных по предлагаемому им методу проводится в присутствии родителей и помогает им понять способности, темперамент и индивидуальные особенности ребенка. С точки зрения автора, если поведение ребенка используется для привлечения внимания родителей к ребенку, их активного участия в процессе оценивания либо разделения своих беспокойств с клиницистом, то это будет иметь положительное влияние на взаимодействие родителей с ребенком.

**5. Оценивание характеристик взаимодействия** родителя и младенца также может рассматриваться как психотерапевтическое раннее вмешательство. Данное направление интегрировано в наиболее распространенные и требующие специального обучения методы оценки взаимодействия. По мере прохождения всех этапов оценки родителям помогают быть более чувствительными к проявлениям младенца, структурировать и организовывать его поведение.

**6. В системном подходе**, разработанном Д. Штерном и Н. Штерн-Брусчвейлер, отношения в системе «мать–младенец» и направления терапевтического влияния рассматриваются с точки зрения динамического взаимодействия четырех основных компонентов:

- 1) наблюдаемое поведение взаимодействия младенца;
- 2) наблюдаемое поведение взаимодействия матери;
- 3) репрезентация взаимодействия со стороны матери;
- 4) репрезентации взаимодействия со стороны младенца.

В процессе терапевтического взаимодействия к этим четырем элементам модели отношений матери и младенца добавляются еще два:

- 5) поведение взаимодействия с матерью и ребенком со стороны терапевта;
- 6) система репрезентаций терапевта, от которой зависит смысл и форма проведения терапевтического вмешательства.

В качестве «центрального пациента» психотерапии рассматривается диада «мать–младенец» или триада «мать–отец–младенец». Предлагаемая системная модель включает в себя базовые элементы как бихевиористского подхода, так и психоаналитического подхода. Успешное терапевтическое воздействие, которое направлено на изменение любого из этих элементов, в конечном итоге приведет к изменению каждого элемента системы. Авторы считают, что различные терапевтические подходы отличаются друг от друга:

- источником получения клинической информации;
- локусом терапевтического воздействия на систему;
- выбором способа терапевтического воздействия из набора, включающего интерпретацию, прояснение, моделирование, подкрепление, обучение, поддержку, совет, перенос.



## Социально-педагогическая ранняя помощь

Данное направление ранней помощи ориентировано на удовлетворение образовательных, социальных, психологических потребностей детей от рождения, до трех лет и членов их семей. Предполагается, что организация социально-педагогических программ уменьшит вероятность отставания в развитии младенцев и детей раннего возраста из групп риска, повысит способность семей удовлетворять их особые потребности, уменьшит вероятность сегрегации детей и их помещения в специальные институты, увеличит возможность их адаптации и последующей самостоятельной жизни в обществе. Считается, что развитие таких программ уменьшит затраты общества на специальное образование детей с особыми потребностями по достижении ими дошкольного и школьного возраста. Среди наиболее распространенных можно выделить программы, осуществляемые в библиотеках игрушек (лекотеках), и программы раннего вмешательства США. Они и рассматриваются ниже.

За последние 25 лет в мире наблюдается быстрое распространение **библиотек игрушек**, среди которых выделяют четыре основных типа: а) общинные (*community - oriented*) библиотеки игрушек; б) лекотеки для детей с особыми потребностями и их семей (шведское слово *lekotek* от *leko* – игрушка); в) библиотеки игрушек как культурные, социальные центры и центры отдыха; г) библиотеки игрушек напрокат. Библиотека игрушек – служба, обеспечивающая своих потребителей возможностью совместной игры и проката игрушек, предлагающая информацию, поддержку и руководство. Библиотеки игрушек могут различаться по:

- возрасту и уровню развития основной группы обслуживаемых детей;
- индивидуальному или групповому виду обслуживания;
- вовлеченности родителей;
- роли игрушек;
- квалификации библиотекаря и другого персонала;
- источникам фондов;
- основным целям работы.

Общее в работе всех библиотек игрушек то, что подчеркивается роль игры в развитии ребенка, игры и игрушки используются для приобретения ребенком опыта совместного переживания и общения, вступления в социальные отношения.

У *лекотеки* – особая, отличающая ее от других видов библиотек игрушек, роль. Она предоставляет детям с особыми потребностями и их семьям место для встречи с профессионалами, возможность сотрудничества, разработки программ развития. В задачи лекотеки входят удовлетворение образовательных потребностей и психологическая поддержка ребенка и семьи. Окружающая обстановка, акцент на роли игры и игрушек способствуют установлению отношений между родителями и профессионалами, которые проводят оценку уровня развития ребенка, создают и реализуют вместе с родителями программу ранней помощи.

В 1986 г. на основании результатов значительного числа исследований в различных областях развития детей конгресс США пришел к заключению: чтобы уменьшить вероятность отставания в развитии ребенка и повысить способность семей удовлетворять особые потребности детей от рождения до трех лет из групп медицинского, генетического и социального риска, необходимо развивать всестороннюю, скоординированную, междисциплинарную, межведомственную **программу раннего вмешательства**. Раннее вмешательство (*early intervention*) включает:

- всестороннюю систему обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающую раннюю идентификацию, скрининг и направление в места обслуживания;
- определение уровня развития младенца;
- тренинг и консультации семьи, визиты домой;
- специальное образование;
- терапию нарушений речи и аудиологию;
- адаптацию младенца к окружающей среде и организацию адекватной его

- потребностям окружающей среды (*occupational therapy*);
- развитие движения (*physical therapy*);
- психологическую службу;
- социальную работу;
- координацию работы служб, связанных с ребенком и семьей;
- медицинское обслуживание, которое входит в программы раннего вмешательства только в целях диагностики и оценки младенца;
- вспомогательный уход за здоровьем ребенка.

Одними из наиболее важных черт программ раннего вмешательства являются семейно-центрированность и групповой, командный принцип работы ее сотрудников.

### **Программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования**

В системе образования Санкт-Петербурга психолого-педагогическая и социальная работа с младенцами и детьми раннего возраста с отставанием или риском отставания в развитии и членами их семей началась в 1992 г. с открытия первой в России русско-шведской лекотеки. Со временем программа работы лекотеки развилась в междисциплинарную семейно-центрированную программу ранней помощи (раннего вмешательства). При создании программы мы исходили из понимания необходимости объединения психотерапевтического и социально-педагогического направлений ранней помощи. С нашей точки зрения, использование теоретических положений и богатого опыта психотерапевтической работы с детьми раннего возраста с социально-эмоциональным риском может быть плодотворным для раннего вмешательства, направленного на младенцев с медицинским и биологическим риском отставания в развитии и их родителей. Это становится особенно очевидным, если учитывать данные о нарушении взаимодействия матерей и недоношенных младенцев, матерей и младенцев с медицинскими и генетическими факторами риска. В этих случаях ранняя помощь может быть ориентирована на работу одновременно с матерью и младенцем, на организацию их социального взаимодействия. Иными словами, при создании программы ранней помощи мы исходили из приоритетов психического здоровья младенцев и детей раннего возраста из групп не только социального, но и медицинского и генетического риска отставания в развитии.

**Этапы обслуживания ребенка и семьи.** Созданная в Санкт-Петербурге междисциплинарная, семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования направлена на содействие развитию детей от рождения до трех лет: а) у которых обнаружено критическое отставание в развитии в одной из следующих областей: познавательное развитие, развитие движения, языка и речи, самообслуживания, социальное и эмоциональное развитие; б) которые живут в физических или психических условиях высокой вероятности задержки в развитии. В результате проводимой в течение нескольких лет экспериментальной работы по созданию программы междисциплинарная команда сотрудников рекомендует следующие этапы обслуживания ребенка и семьи:

1. Направление.
2. Прием ребенка и семьи службой.
3. Первая встреча с родителями: интервью, заполнение индивидуальной карты регистрации ребенка и семьи.
4. Определение потребностей ребенка и семьи.
5. Междисциплинарное определение сильных и слабых сторон ребенка и семьи.
6. Междисциплинарное обсуждение направления и длительности ранней помощи.
7. Реализация программы ранней помощи: индивидуальное и/или групповое терапевтическое обслуживание ребенка и семьи.
8. Окончание программы ранней помощи, перевод ребенка и семьи в другие программы.

**Направления дальнейшего развития программы.** К настоящему времени командой сотрудников дошкольного образовательного учреждения создана возможность перевода и включения детей, в течение нескольких лет посещавших службу ранней помощи и нуждающихся в продолжении обслуживания после достижения 3-4-летнего возраста, в группы того же детского сада. Организованы группы совместного пребывания здоровых детей и детей из групп риска отставания в развитии. Предлагается модель дошкольного образовательного учреждения, осуществляющего поэтапное и преемственное междисциплинарное семейно-центрированное обслуживание детей младенческого, раннего и дошкольного возраста и состоящего из двух подразделений: 1) службы ранней помощи для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями; 2) подразделения включения детей, прошедших раннее вмешательство, в группы сверстников дошкольного возраста.

### **Контрольные вопросы**

1. Перечислите основные виды ранней психотерапевтической помощи, опишите специфику ее теоретических основ и способов реализации.
2. Перечислите основные виды организации социально-педагогической программы ранней помощи, опишите их основные характеристики.
3. В чем состоит отличительная особенность программы ранней помощи в дошкольном образовательном учреждении Санкт-Петербурга, каковы организованные в ней этапы обслуживания ребенка и семьи?

### **Литература**

1. *Лебович С.* Взаимоотношения «родители–дети» как объект терапии // *Мать, дитя, клиницист: новое в психоаналитической терапии.* – М., 1994. – С. 66-77.
2. *Штерн Д.* Фундаментальные аспекты лечения родителей и детей: общность разных подходов // *Мать дитя, клиницист: новое в психоаналитической терапии.* - М., 1994. - С. 13-23.
3. *Мухамедрахимов Р. Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999.
4. *Мухамедрахимов Р. Ж.* Психология раннего вмешательства: Методические указания к спецкурсу. – СПб., 1998.

## Глава 19. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

### *Теоретико-методологические подходы к исследованию внутренней картины здоровья*

Важное место в общей проблематике психологии здоровья занимает исследование внутренней картины здоровья (ВКЗ), которая является своеобразным эталоном здоровья, имеющим сложную структуру [13]. Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) – это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. В. А. Ананьев рассматривает ВКЗ как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья [3]. Исследование внутренней картины здоровья имеет большое практическое значение. Как справедливо подчеркивал В. Е. Каган, без понимания внутренней картины здоровья невозможно понять внутреннюю картину болезни [6].

Особый интерес представляет изучение внутренней картины здоровья ребенка. Исследований в этом направлении крайне мало, за исключением фрагментарных исследований зарубежных и отечественных авторов.

Сложная структура внутренней картины здоровья ребенка требует тщательного теоретико-методологического подхода к ее изучению.

При исследовании внутренней картины здоровья необходим **системный подход**, предполагающий изучение ВКЗ как сложной системы, звенья которой тесно взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга.

Принцип системного подхода к ВКЗ позволяет выделить не только ее различные уровни и подсистемы, но и основные системообразующие факторы, лежащие в основе формирования ВКЗ у ребенка.

Еще один не менее важный принцип исследования ВКЗ – **личный подход**. В качестве концептуального оформления структуры ВКЗ целесообразно использовать представление о личности как о системе отношений, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях [11]. Отношения представляют собой сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни; эта связь проявляется в его действиях, реакциях, переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания, потребности и выступают в качестве движущей силы развития личности. Наиболее важным в структуре отношений является отношение человека к себе, которое проявляется в самопознании, эмоционально-ценностном отношении к себе. В. А. Ананьев рассматривал отношение к себе как наиболее позднее образование, завершающее становление системы отношений личности и обеспечивающее ее целостность [1].

Кроме системы отношений, особое значение при исследовании ВКЗ ребенка имеет исследование личности с позиций **теории деятельности и социальной ситуации развития**, представленных в работах отечественных психологов. (Выготский Л. С.; Эльконин Б. Д.; Божович Л. И. и др.)

Л. С. Выготский впервые ввел понятие «социальная ситуация развития», которую он рассматривал как особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, как источник формирования личностных свойств и качеств. Социальная ситуация развития – важнейшая характеристика возраста, оказывающая существенное влияние на формирование жизненных ценностей, в том числе и здоровья.

Принципом изучения ВКЗ является и **возрастной подход**. Внешние и внутренние условия развития определяют особенности возраста ребенка как временной характеристики индивидуального развития. Качественное своеобразие каждого возрастного периода определяется на основе социальной ситуации развития ребенка и ведущего вида деятельности. Переход от одной ведущей деятельности к другой определяет смену возрастного периода.

Представленные методологические подходы к ВКЗ имеют несомненное значение при психологическом анализе внутренней картины здоровья ребенка.

ВКЗ – составная часть самосознания личности. Осознанное отношение человека к своим потребностям, способностям, влечениям, мотивам поведения, переживаниям и мыслям невозможно без пристального внимания к своему здоровью. Представления человека о своем психофизическом состоянии с определенными переживаниями отражаются в различных формах его отношения к своему здоровью. В одних случаях это может быть адекватное отношение, в других – пренебрежение, в третьих – повышенное внимание [7]. Особый интерес представляет возрастной анализ внутренней картины здоровья, что имеет важное значение не только в профилактике заболевания, но и в формировании гармоничной личности.

Основной компонент ВКЗ как у взрослых, так и у детей – отношение к здоровью, включающее три уровня отражения здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

*Когнитивный* уровень предполагает представления ребенка о состоянии здоровья, что в значительной степени зависит от его возраста и уровня развития интеллекта.

*Эмоциональный* уровень связан с различными видами эмоционального реагирования на здоровье, что определяется индивидуально-типологическими и индивидуально-психологическими характеристиками ребенка, а также особенностями его эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации.

*Поведенческий* уровень связан с актуализацией деятельности ребенка по сохранению здоровья. Это более высокий уровень отношения к здоровью и требует активной деятельности субъекта, направленной на сохранение и поддержание своего здоровья.

Отношение ребенка к своему здоровью – это часть его Я-концепции. В современной психологии Я-концепция рассматривается как многоуровневая система, состоящая из трех основных блоков:

- описательный (образ «Я»);
- «отношенческий» (отношение к себе или к отдельным своим качествам);
- самооценочный (принятие себя).

Я-концепция как интегрированное понятие включает не только представление индивида о себе в настоящем, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свою деятельность и возможность развития в будущем [4]. Как отмечает Берне, выделение описательной и оценочной составляющих позволяет рассматривать Я-концепцию как совокупность установок, направленных на самого себя. Применительно к Я-концепции выделяются три главных элемента установки:

1. Когнитивная составляющая установки (образ «Я»), включающая представление индивида о самом себе.

2. Эмоционально-оценочная составляющая – это самооценка. Аффективная оценка образа «Я» может различаться по интенсивности как у ребенка, так и у взрослого. Так, конкретные черты образа «Я» могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением.

3. Потенциальная поведенческая реакция, т. е. те конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой [4].

Я-концепция личности – важный регулятор поведения в соответствующих условиях. Она включает в себя две большие подсистемы: личностную и социальную идентичность.

**Личностная идентичность** относится к самоопределению в терминах физических, интеллектуальных и нравственных личностных черт. **Социальная идентичность** определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям: расе, национальности, классу, полу и т. д. Наряду с личностной идентичностью социальная идентичность оказывается важным регулятором самосознания и социального поведения.

Адекватно осознанное и последовательное эмоционально-ценностное отношение личности к себе является центральным звеном ее внутреннего психического мира, создающим его единство и целостность. Эмоционально-ценностное отношение личности к себе возникает на основе переживаний, включенных в рациональные моменты самосознания. Разнообразные чувства, эмоциональные состояния, пережитые человеком

в разное время, в разных жизненных обстоятельствах в связи с размышлением о себе, понимание самого себя и т. д. составляют тот эмоциональный «фонд» личности, который в дальнейшем оказывает существенное влияние на гармонизацию личности, на особенности ее поведения.

В психологии традиционно различаются два вида образа «Я»: Я-реальное и Я-идеальное. Рассматривая структуру Я-концепции, Р. Берне замечает, что образ «Я» и самооценка поддаются лишь условному концептуальному различению, поскольку в психологическом плане они неразрывно взаимосвязаны. Образ и оценка своего Я предрасполагают индивида к определенному поведению; поэтому глобальную Я-концепцию можно рассматривать как совокупность установок индивида, направленных на самого себя. Автор выделяет следующие основные составляющие Я-концепции:

- Реальное «Я» – установки, связанные с тем, как индивид воспринимает свои актуальные способности, роли, свой актуальный статус, т. е. с его представлениями о том, каков он на самом деле.
- Зеркальное (социальное) «Я» – установки, связанные с представлениями индивида о том, как его видят другие.
- Идеальное «Я» – установки, связанные с представлениями индивида о том, каким он хотел бы стать.

Идеальное «Я», в отличие от реального, складывается из целого ряда представлений, отражающих сокровенные чаяния и устремления индивида. Эти представления бывают оторваны от реальности. Как отмечает Хорни, большое расхождение между реальным и идеальным «Я» нередко ведет к депрессии. Идеальное «Я» связано с усвоением культурных идеалов, представлений и норм поведения, которые становятся личными идеалами благодаря механизмам социального подкрепления. Реальное «Я» позволяет принимать решения и брать на себя ответственность за них. Оно ведет к подлинной интеграции и здоровому чувству целостности, тождества (Хорни К., 1998).

Итак, ориентируясь на концепцию Бернса, рассмотрим когнитивные, эмоционально-оценочные и поведенческие составляющие образа «Я» у ребенка.

**Когнитивный** компонент включает в себя знания ребенка о своих возможностях, в том числе и физических. Это и восприятие ребенка своего внешнего облика, своего тела, своих физических качеств (сила, выносливость, ловкость и пр.) Когнитивный компонент не только формирует представление ребенка о самом себе, но и включает отношение ребенка к себе, отражает его уровень самоуважения. Развитие этого компонента образа «Я» в значительной степени зависит от социального окружения ребенка, особенностей его воспитания и жизненного опыта.

**Эмоционально-оценочный** компонент (самооценка) отражает результаты сравнения знаний ребенка о себе с другими детьми. Онтогенез оценочных образов «Я» связан с формированием у ребенка дифференцированных обобщенных знаний о себе в процессе деятельности и общения с окружающими. Аффективная оценка представлений ребенка о своих возможностях может обладать различной интенсивностью. Конкретные негативные или позитивные характеристики образа «Я» могут вызывать у него более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением.

**Поведенческий** компонент образа «Я» включает в себя конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой. Это очень важный компонент в адаптации ребенка к окружающей действительности.

Образ «Я» и отношение ребенка к здоровью различны на разных возрастных этапах.

### ***Возрастные особенности внутренней картины здоровья ребенка***

В психологии принято выделять 6 основных периодов психического развития в онтогенезе:

- младенческий (до 1 года);
- раннее детство (2-3) года;

- дошкольный (4-5 лет);
- младший школьный (6-10 лет);
- подростковый (11-14 лет);
- старший школьный или ранний юношеский возраст (15-17 лет).

**В младенческий период** физическое неблагополучие ребенка проявляется в его многочисленных аффективных реакциях: крики, двигательное беспокойство и пр. Показатель здоровья ребенка – общий положительный фон его настроения. Это заметно не только по отсутствию беспокойства, плача, но проявляется и в поисковой активности младенца. Многообразные предметно-практические манипуляции, коммуникативная активность – все это не только показатели психического развития ребенка, но и его здоровья.

В исследованиях зарубежных и отечественных психологов подчеркивается важная роль ранних эмоциональных контактов в развитии личности ребенка. Известный английский психолог Джон Боулби, наблюдая младенцев, воспитывающихся в сиротских домах, обратил внимание на то, что в более старшем возрасте у них наблюдались различные эмоциональные проблемы, деструктивное поведение, неадекватная самооценка. Эти особенности автор связывал с отсутствием у них ранних эмоциональных контактов с матерью.

Уже сразу после рождения младенцы сосредоточиваются на человеческом голосе и лице, причем многочисленные эксперименты показали, что человеческое лицо они предпочитают другим визуальным стимулам. Примерно в трехнедельном возрасте малыши начинают улыбаться при звуке человеческого голоса, а уже в трехмесячном возрасте улыбаются любому лицу, даже его картонной модели. Именно улыбка младенца способствует взаимному проявлению любви и заботы между ребенком и родителем и формированию эмоционального здоровья. Плач, лепет, хватания, а также поисковые и сосательные рефлексы младенца – тоже социальные реакции. Начиная с трехмесячного возраста социальные реакции младенца становятся более избирательными. Именно в этот период у малыша формируется наиболее сильная привязанность к матери, которая с наибольшей готовностью отвечает на его сигналы. Дальнейшие исследования показали, что степень привязанности годовалых малышей к матерям зависела также от особенностей их реагирования на сигналы о потребностях младенцев. По степени привязанности к матери были выделены три группы младенцев: надежно привязанные, избегающие и амбивалентные младенцы. Наблюдения за младенцами в течение 15 лет убедительно доказали, что наиболее адаптированными оказались дети первой группы (надежно привязанные). В социальной обстановке (в школе, в летних лагерях) они получали более высокие баллы по таким качествам, как отзывчивость и лидерство, т. е. демонстрировали здоровый паттерн развития.

**В период раннего детства**, особенно на втором году жизни, интенсивно развиваются психомоторные функции ребенка. Ребенок проявляет поисковую активность, наблюдается избирательное отношение к окружающим, основным средством общения становится речь, вытесняющая жесты и лепет. Ребенок по-разному проявляет свои эмоции в присутствии посторонних и матери. Разлука с матерью, перемена места жительства, аффективная неустойчивость взрослых может негативно отразиться на состоянии здоровья малыша. Особое значение для здоровья ребенка в этот возрастной период имеют особенности отношений матери к нему. Американский психолог С. Броди выделил 4 типа материнского отношения.

*Матери первого типа* легко и органично приспосабливались к потребностям младенца. Для них было характерно поддерживающее разрешающее поведение. Они не навязывали малышу свои требования и терпеливо относились к его особенностям и потребностям. Например, они не пытались рано приучить ребенка к туалету, а терпеливо ждали, когда он сам «дозреет».

*Матери второго типа* сознательно старались приспособиться к потребностям ребенка, они были склонны к доминированию, что нередко вносило напряженность в процесс общения с ребенком.

Матери *третьего типа* не проявляли большого интереса к ребенку. Основу их материнства составляло чувство долга. В отношениях с ребенком у них не было естественности, теплоты. Наблюдался жесткий контроль за поведением малыша, матери часто делали им замечания.

Матери *четвертого типа* отличались непоследовательностью, плохо понимали потребности своего ребенка, их требования к ребенку были противоречивы, часто не соответствовали возрасту ребенка и его возможностям.

По мнению автора, наиболее неблагоприятным для здоровья ребенка оказался четвертый тип материнского отношения. У детей развивалось ощущение нестабильности, повышенная тревожность, что становилось важной предпосылкой возникновения психического или физического дискомфорта. При третьем типе материнства у детей часто возникало чувство опасности, нередко в дальнейшем наблюдались апатия, депрессия, слабая поисковая активность, любознательность и инициатива.

Нами был проведен специальный анализ особенностей влияния ранних эмоциональных контактов матери с ребенком на развитие его самооценки, в том числе самооценки здоровья. Проводился опрос матерей на предмет их контактов с ребенком в первые три года его жизни. По интенсивности эмоционального контакта с ребенком были выделены три группы матерей:

- Группа 1 – *высокая* степень эмоциональных контактов с ребенком. Для этой группы матерей ребенок был желанным, «запланированным». Мать воспитывала ребенка первые три года, постоянно находилась с ним. Свое эмоциональное состояние матери этой группы оценивали положительно.
- Группа 2 – *умеренная* степень эмоциональных контактов. Дети в этой группе, как и в предыдущей, были желанными, но матери в силу сложившихся обстоятельств не ухаживали за детьми до трехлетнего возраста: они вынуждены были выйти на работу до окончания декретного отпуска, а дети воспитывались бабушкой, няней или посещали ясли. Несмотря на ограниченность общения с ребенком, матери были эмоционально привязаны к ребенку, в свободное время общались с ним, проявляли интерес к его физическому и психическому развитию.
- Группа 3 – *эмоциональное отвержение*. Для матерей этой группы ребенок, как правило, был нежеланным. Некоторые матери испытывали эмоциональный стресс в связи с уходом мужа, безразличием родственников к судьбе ребенка. Многие матери свое психическое состояние в первые три года после рождения ребенка оценивали как негативное, обращали внимание на высокую загруженность, переживания, дискомфорт.

Внутри 3-й группы нами были выделены две подгруппы матерей: матери с открытым и скрытым эмоциональным отвержением ребенка. При *открытом эмоциональном отвержении* матери утверждали, что не испытывали любви и радости при общении с ребенком, что ребенок мешал им в реализации их жизненных планов. *Скрытое эмоциональное отвержение* внешне проявлялось в заботе о здоровье ребенка. Такие матери часто предъявляли претензии медсестрам яслей, няням, бабушкам, что они плохо следят за ребенком. Самооценка здоровья детей оценивалась по методике Дембо–Рубинштейн, адаптированной Прихожан, а также в процессе направленных бесед с ребенком. Ребенку предлагалось оценить свое здоровье, свой ум, свой характер и счастье в настоящем и будущем на бланке, разделенном четырьмя вертикальными линиями размером 10 см. В обследовании участвовали дети в возрасте от 6 до 8 лет. Результаты показали, что наиболее низкий уровень самооценки по всем показателям, в том числе и здоровья, наблюдался у детей матерей 3-й группы (эмоциональное отвержение ребенка). У детей матерей 1-й группы отмечался более высокий уровень самооценок, в отличие от детей 3-й группы, но наблюдалась тенденция к уменьшению самооценок здоровья в отличие от других самооценочных характеристик (ум, счастье, характер). Эти данные указывают на неудовлетворенность детей своим здоровьем и повышенную заботу о нем. У детей матерей с умеренными эмоциональными контактами



(2-я группа) наблюдался гармоничный уровень самооценок по всем четырем показателям: (здоровье, характер, ум, счастье), что отражает гармоничную структуру их личности. Полученные нами данные убедительно показали позитивное влияние ранних эмоциональных контактов на оценку и отношение ребенка к своему здоровью [9].

Примерно в полтора года дети начинают осознавать себя, свои внешние качества, свое внутреннее состояние. О формировании самосознания ребенка на втором году его жизни свидетельствует тот факт, что малыши уже узнают себя в зеркале. Льюис и Брукс-Ганс провели интересный эксперимент. Малышей в возрасте от 9 до 24 месяцев подводили к зеркалу и показывали им самих себя. Затем матери незаметно пачкали детям носы красной краской, после чего их снова подводили к зеркалу. Дети младше 21 месяца, увидев себя в зеркале, никак не реагировали на испачканный нос, а большинство детей 22-24 месяцев дотрагивались до носа. Эти данные указывают на то, что уже в этом возрасте дети реагируют на свой внешний облик и осознают явное различие между собой и другими людьми.

В этот возрастной период активно формируются гигиенические навыки у детей. Развитие гигиенических навыков в значительной степени определяет дальнейшее отношение ребенка к своему физическому состоянию. Опрятный ребенок не ощущает эмоционального дискомфорта, он спокоен, активен. Осознание необходимости личной гигиены формируется у ребенка постепенно и в значительной степени способствует развитию содержательной стороны образа «Я», развитию его личностной и социальной идентичности. Формирование навыков, в том числе и гигиенических, в этот возрастной период основано на подражании взрослому. Способность подражать лежит в основе интеллектуального и психомоторного развития ребенка и является эффективным способом усвоения нового. Наблюдения психологов показывают, что дети более склонны подражать тем формам поведения, которыми они еще только овладевают, чем действиям, которыми они полностью овладели. Очень важна в процессе такого подражания позитивная реакция взрослого. Такая реакция подкрепляет подражательное поведение ребенка, формирует у него положительные установки к усвоению нового, положительно влияет на выбор ребенком новых форм поведения. Например, если ребенок ежедневно наблюдает, что его родители моют руки перед едой, он обязательно станет подражать им, и если родители подкрепляют подражательное поведение ребенка, то у него возникнет устойчивая потребность в осуществлении этих действий.

На третьем году жизни ребенок начинает подражать уже не столько определенным действиям, сколько определенным людям. С двухлетнего возраста ребенок уже способен отождествлять себя с другими людьми по половому признаку. Например, мальчики начинают отождествлять себя с отцом или другими мужчинами, относят себя к этой категории и охотно подражают им. Это очень важно при формировании у ребенка навыков опрятности. Наши наблюдения показали, что у детей с поздним развитием этих навыков в дошкольном детстве наблюдалось своеобразное отношение к своему здоровью. Это проявлялось в неадекватной оценке ребенком своих физических и психических ресурсов, в аффективном реагировании на физическое неблагополучие и недостаточном прогнозировании своего поведения [9].

У детей дошкольного возраста существенное значение в процессе освоения собственного «Я» играет развитие речи и мышления. Речь существенно расширяет познавательные горизонты ребенка, с помощью ее он может заново пережить прошлое, предвосхитить будущее и сообщить о каких-либо событиях другим людям. Кроме развития речи важное значение в формировании мышления ребенка имеет развитие продуктивных видов деятельности: рисование, конструирование, лепка и пр. В дошкольном возрасте дети отличаются повышенной чувствительностью к мнениям и оценкам окружающих; они эгоцентричны, что проявляется в желании быть в центре внимания; испытывают высокую потребность в эмоциональных контактах. В связи с этим очень важно в формировании В КЗ у дошкольника отношение родителей к его здоровью. Адекватная оценка родителями здоровья ребенка в значительной степени отражается на особенностях его поведения и самочувствии. Формирующийся в процессе общения с

родителями и другими взрослыми уровень знаний и представлений ребенка-дошкольника об окружающем мире отражается на особенностях его представлений о собственном теле, внешнем облике, самочувствии. Например, детям в возрасте от 5 до 7 лет мы задавали следующие вопросы: «Что такое здоровье?», «Ты считаешь себя здоровым?», «Почему ты считаешь себя здоровым?» Ответы детей носили конкретно-ситуативный характер, и в них отражалось отношение родителей к здоровью ребенка. Например, на первый вопрос дети отвечали: «Здоровье – это когда кушаешь хорошо», «Моешь руки перед едой», «Хорошо себя ведешь» и пр. Отвечая на второй вопрос, дети утверждали, что они здоровые, и связывали это с оценкой родителей, например: «Я здоровый, так мама говорит. Если я больной, мама меня в детский сад не пускает». Только к концу дошкольного возраста у детей наблюдались собственные суждения о своем здоровье, например: «Я здоровый, потому что не болел».

Таким образом, реальное отражение своего здоровья в дошкольном возрасте в значительной степени обусловлено оценкой и отношением родителей к здоровью ребенка.

Кроме реального отражения своего «Я» дошкольникам свойственно его аффективное отражение, которое может проявляться в многочисленных фантазиях ребенка. Содержание фантазий зависит не только от опыта, интересов ребенка, но и от особенностей отношений ребенка с окружающими. Фантазии в дошкольном возрасте нередко носят защитный характер. Например, ребенок, который чувствует недостаток внимания к себе, может придумать какую-нибудь фантастическую, невероятную историю, чтобы обратить на себя внимание, угодить взрослому, вызвать у него интерес и симпатию к себе. Чрезмерно аффективные переживания родителей о здоровье ребенка могут спровоцировать у него фантазии о его физическом или психическом неблагополучии. Фантазии ребенка могут возникнуть из-за недостатка знаний о своем теле, своих физических возможностей. Дефицит знаний может пополняться фантастическими представлениями, верой в сновидения, в сказки или фантастические истории. У ребенка может возникнуть искаженная оценка собственного облика и физического состояния, которая в дальнейшем может негативно отразиться на его психофизическом развитии.

У детей **младшего школьного возраста**, так же как и у дошкольников, преобладает непосредственно-чувственное отношение к своему здоровью. Например, на вопрос психолога «Что такое быть здоровым?» дети отвечали: «не быть больным», «быть сильным, ловким», «быть красивым» и пр. Чем старше ребенок, тем чаще на первый план выступают эмоциональные оценки здоровья: «быть в хорошем состоянии», «быть веселым», «красивым», «иметь много друзей» и пр. В младшем школьном возрасте отношение к здоровью еще не анализируется, т. е. оно (отношение) не включается в смысловую структуру. Преобладание эмоциональных суждений о здоровье обусловлено конкретно-ситуативным характером мыслительных операций у детей младшего школьного возраста. Например, хорошее здоровье дети этого возраста связывают с хорошим питанием, соблюдением режима, с подчинением требованиям взрослых и т. д. Углубленный анализ окружающей действительности и познание ее сущности формируется у ребенка к концу младшего школьного возраста. С формированием логического мышления повышается осознание ребенком своих физических и психических возможностей. В этот период у ребенка появляется повышенный интерес к своему телу. Осознанная забота ребенка о своем здоровье может проявляться уже в выработке им определенной стратегии поведения по сохранению и укреплению своего здоровья. Это систематическое соблюдение гигиенических норм и правил, умеренное и избирательное питание, знакомство со специальной литературой и т. п.

На отношение к здоровью к концу младшего школьного возраста существенное влияние оказывают средства массовой информации, социальное окружение в школе, во дворе, а влияние семьи в этот возрастной период значительно уменьшается.

Кардинальные изменения в развитии Я-концепции наступают в **подростковом возрасте**. В исследованиях различных авторов, посвященных психологии подростка, подчеркивается, что этот возрастной период является переломным, критическим.

Критический характер подросткового возраста проявляется в противоречивом, неустойчивом поведении, обострении отдельных черт характера.

Среди особенностей подросткового возраста, имеющих первостепенное значение для развития Я-концепции, необходимо выделить следующие.

- Особое место в формировании Я-концепции подростка занимает активное половое развитие. Психофизические изменения, связанные с половым созреванием, разрушают уже сформировавшийся образ «Я» и требуют построения нового телесного «Я».
- Происходит когнитивная перестройка, которая проявляется в качественных изменениях в развитии мышления. У подростка отмечается склонность к предварительному мысленному решению, а также новое отношение к интеллектуальным задачам. Подросток начинает анализ задачи с попыток выяснить все возможные отношения, создает различные предположения об их связях, затем проверяет свои гипотезы.
- В формировании качественно иных отношений в системе «я и общество» проявляется новый уровень овладения социальным опытом. Эти отношения направлены на усвоение норм человеческих взаимоотношений.
- Способность подростков моделировать свою деятельность и предвосхищать ее результаты отражается на их поведении, которое становится более упорядоченным, целенаправленным и волевым.

Описанные новообразования, наблюдаемые в подростковом возрасте, в значительной степени отражаются на содержательной характеристике внутренней картины их здоровья.

Метаморфозы тела, которые начинаются в период полового созревания, негативно влияют на эмоциональное самочувствие подростков. Возникает тревожность, озабоченность, неудовлетворенность своим внешним обликом. Беспокойство по этому поводу продолжает нарастать в течение всего подросткового периода. Сначала подросток переживает диспропорции, затрагивающие отдельные части образа тела (ступни, ноги, руки), затем – общий образ тела (рост, масса) и позже – диспропорции таких социально значимых частей тела, как лицо, конечности [5]. Большую озабоченность испытывают мальчики в связи с развитием половых органов, а девочки – с ростом молочных желез. Высокая чувствительность к телесному образу «Я» у подростков, неудовлетворенность им нередко приводит к аффективным реакциям, таким как депрессивный фон настроения, ипохондрии, фобии, эмоциональная изоляция, фрустрированность, агрессивность.

Совокупность ощущений, представлений и переживаний подростка по поводу своего физического облика может искажать образ «Я». Искажение образа «Я» проявляется в подростковом возрасте по-разному. У некоторых подростков определяющим фактором, искажающим его Я-концепцию, является слабая рефлексия, что обнаруживается в недостаточном осознании своих личностных качеств и неадекватных самооценках. У них наблюдается слабость самоконтроля поведения, импульсивность, низкий уровень познавательной активности. Все это негативно отражается на внутренней картине здоровья. Такие подростки не проявляют интереса к проблеме здоровья, физического развития, но они могут быть чувствительны к своему телу и внешности. Неодинаковое соотношение «телесных» и «морально-психологических» компонентов Я-концепции в значительной степени искажает ее. У некоторых подростков наблюдается ригидность Я-концепции: неадекватно завышенная или заниженная самооценка. При завышенной самооценке у подростка отмечается завышенный уровень притязаний по отношению к своим возможностям. Такие подростки излишне самоуверенны, их отношение к здоровью проявляется в отрицании его значимости, излишнем экспериментировании над своим телом (спать на гвоздях, ходить по раскаленным камням). В наших исследованиях было выявлено, что такие подростки склонны к травматизму. У подростков с заниженной самооценкой наблюдается повышенная фиксация на проблемах здоровья, тенденция к самообвинению, зависимость

от родителей.

Самооценка имеет разные функции. С одной стороны, самооценка – это когнитивный (познавательный) процесс. Подросток заинтересован в объективном знании себя и своих качеств. С другой стороны, самооценка часто служит средством психологической защиты личности. Желание иметь положительный образ «Я» нередко побуждает подростка преувеличивать свои достоинства или преуменьшать свои недостатки. Чтобы сохранить положительное отношение, личность вынуждена прибегать к различным защитным механизмам.

Подростки с адекватной Я-концепцией проявляют адекватное отношение к своему здоровью не только на когнитивном и эмоциональном уровне, но и на поведенческом. Они посещают спортивные секции, у них наблюдается познавательная активность, направленная на оценку здоровья вообще и своего в частности.

Итак, ВКЗ ребенка – важная составная часть его Я-концепции, представляющая собой совокупность установок, направленных им на свое здоровье. Формирование ВКЗ в процессе развития ребенка проходит несколько этапов. Для каждого этапа характерны основные психологические системообразующие факторы, влияющие на адекватное отношение ребенка к своему здоровью.

*Первый этап* охватывает период младенчества. Условно его можно назвать этапом эмоциональной привязанности ребенка к матери. Эмоциональная привязанность – основа здорового эмоционального и социального развития ребенка в последующие годы.

*Второй этап* – этап формирования идентичности и подражания – охватывает период раннего детства. Примерно с полутора до двух лет ребенок начинает осознавать свои качества, возможности и свое состояние. Формирование ВКЗ осуществляется на модели родительского отношения к здоровью, в процессе подражания им.

*Третий этап* – этап конкретно-ситуативного представления о здоровье и эмоционального отношения к нему – наблюдается у детей дошкольного возраста.

*Четвертый этап* – этап осознания и эмоционально-оценочного отношения к своему здоровью (младший школьный возраст).

*Пятый этап* – социальная установка личности подростка на свое здоровье, включающая в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты.

## ***Индивидуально-психологические факторы и их роль в формировании внутренней картины здоровья ребенка***

Внутренняя картина здоровья в значительной степени зависит от индивидуально-психологических особенностей ребенка. Отрицательное влияние на формирование ВКЗ оказывает *эмоциональное неблагополучие* ребенка.

В психологической литературе эмоциональное неблагополучие детей рассматривается как отрицательное состояние, возникающее на фоне трудноразрешимых личностных конфликтов. К собственно психологическим причинам возникновения эмоционального неблагополучия авторы относят особенности эмоционально-волевой сферы ребенка, в частности нарушение адекватности его реагирования на воздействия извне, недостаток в развитии навыков самоконтроля поведения и др. В зависимости от направленности конфликта выделяются три группы детей с эмоциональными нарушениями:

1. Дети, эмоциональные проблемы которых связаны в основном с межличностными отношениями. Они отличаются повышенной возбудимостью, что проявляется в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные аффективные реакции у них могут возникнуть по любому, даже малозначительному поводу.

2. Дети с выраженными внутриличностными конфликтами отличаются повышенной тормозимостью нервных процессов, слабо выраженной общительностью. Они глубоко переживают обиду, у большинства из них наблюдаются необоснованные страхи.

3. Дети, эмоциональные проблемы которых проявляются как во внутриличностном, так и в межличностном конфликтах. В поведении детей этой группы преобладают агрессивность, импульсивность и пр. [10].

Выраженное искажение Я-концепции наблюдается у детей, страдающих неврозами, которые рассматриваются как болезни личности, как особая форма личностного развития [11]. Наиболее часто причиной неврозов становится психическая травма, которая рассматривается как внешний раздражитель, оказывающий патогенное, болезненное влияние на личность ребенка. Психические травмы могут быть двух видов – *ситуационные* и *продолгованные*. К ситуационным относятся неожиданный испуг ребенка или острый межличностный конфликт. Наибольшее патогенное влияние на формирование Я-концепции ребенка оказывают не острые психические травмы, а продолгованные (хронические) травмы. Они могут непосредственно проявляться в семье ребенка, в отношениях между родителями и ребенком или в школе. В структуре личности у таких детей отмечается *высокий уровень тревожности*. Наши исследования показали, что у детей с повышенной личностной тревожностью наблюдается выраженное искажение внутренней картины здоровья и болезни. Отмечается искажение ВКЗ в сторону повышенного внимания к своему здоровью, что проявляется в излишней мнительности. У них также отмечается существенное нарушение адаптивного поведения в период заболевания и лечения, что нередко приводит к вторичным личностным реакциям на болезнь, таким как «уход в болезнь» [9].

Существенную роль в искажении ВКЗ играет уровень *фрустрационной напряженности* у ребенка. У таких детей отмечается тревожно-депрессивный фон настроения, апатия, инактивность. При высокой фрустрационной напряженности ВКЗ может искажаться как в сторону повышенной фиксации на здоровье, так и пренебрежения здоровьем. На поведенческом уровне фрустрационная напряженность может проявляться в агрессивных и аутоагрессивных тенденциях, что впоследствии может способствовать формированию деструктивного (разрушительного) поведения.

Одна из разновидностей деструктивного поведения – *аддиктивное* (зависимое) поведение. Понятие аддиктивного поведения охватывает различные типы поведения: наркотическую зависимость и алкоголизм, курение, компьютерную зависимость, пристрастие к азартным играм и обильной еде, а также гиперсексуальность. Аддиктивное поведение характеризуется широким спектром нарушения поведения – от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости. К аддиктивному поведению предрасположены дети с общей эмоционально-волевой неустойчивостью, которая может быть обусловлена как биологическими, так и социальными факторами. Эмоционально-волевая неустойчивость проявляется в детском возрасте в повышенной эффективности, раздражительной слабости, капризности на фоне трудноразрешимых конфликтов.

В результате нашего исследования дети младшего школьного возраста были разделены на три группы:

- группа 1 – адекватное отношение к здоровью;
- группа 2 – повышенное внимание к своему здоровью;
- группа 3 – пренебрежительное отношение к своему здоровью.

В первой группе детей не наблюдалось значимых расхождений в реальной и идеальной самооценке здоровья. Уровень психической адаптации детей был достаточно высоким. Это проявлялось в низком уровне тревожности и фрустрационной напряженности, в высоких показателях самоконтроля поведения, в общей эмоциональной устойчивости. По наблюдениям педагогов, дети этой группы внимательно относились к своему здоровью, самостоятельно (и постоянно) соблюдали гигиенические нормы и правила, отличались аккуратностью, собранностью. То есть отношение к здоровью у них проявлялось не только на эмоциональном, но и поведенческом уровне.

Дети второй группы отличались повышенной тревожностью, мнительностью, у них отмечалось выраженное расхождение между реальными самооценками здоровья и актуальными за счет заниженных реальных самооценок. По заключению врачей, все дети

этой группы были практически здоровы, регулярно посещали школу, редко болели, не страдали хроническими заболеваниями.

Дети третьей группы высоко оценивали свое здоровье. У них не наблюдалось достоверных расхождений между реальными и идеальными самооценками здоровья, они были вполне удовлетворены своим здоровьем. В структуре личности у детей этой группы наблюдалась выраженная дисгармония: на фоне высокой общительности, социальной смелости отмечался низкий уровень самоконтроля поведения. В ситуациях конфликта преобладали импунитивные (уход от конфликта) реакции, тенденции к эмоциональному замыканию и разрешению конфликта за счет других. Педагоги отмечали дезадаптивное поведение у большинства детей этой группы. У некоторых из них наблюдались склонности к аддиктивному поведению. Они нюхали клей «Момент», курили.

Искажение образа «Я» у ребенка, проявляемое в *неадекватных самооценках*, негативно отражается на *самоуважении* – обобщенном отношении личности к себе. Высокое самоуважение означает, что подросток «принимает» себя, уважает, положительно относится к себе; низкое самоуважение означает острую неудовлетворенность собой, отрицательную оценку своей личности. Дети с высоким самоуважением более самостоятельны, меньше поддаются внушению, их поведение более интегрировано. Пониженное самоуважение заметно в таких поведенческих особенностях, как конформность, зависимость, чувствительностью ко всему, что затрагивает личность подростка. Они болезненно реагируют на критику, порицание, их беспокоит плохое мнение о них окружающих.

Как отмечалось выше, в основе самоуважения подростка лежит самооценка личности вообще и самооценка здоровья в частности. Однако самооценка имеет двоякие функции. С одной стороны, она выступает как когнитивный процесс: подросток активно интересуется проблемой здоровья, саморегуляцией, читает литературу, рефлексиирует с целью улучшения своих физических и психических возможностей. С другой стороны, в подростковом возрасте самооценка нередко служит средством психологической защиты личности.

**Психологическая защита** – это способ эмоционально-личностного реагирования на те противоречивые ситуации, которые предстают перед индивидуумом в качестве объективно или субъективно неразрешимых. С помощью психологической защиты регулируется поведение личности в тех ситуациях, когда интенсивность потребности возрастает, а условия ее удовлетворения отсутствуют. Так, Роджерс отмечал, что защитные механизмы нужны человеку, когда его непосредственный опыт расходится с его представлениями о себе. В этот момент бессознательно включаются механизмы, искажающие этот опыт в сознании. Механизмы психологической защиты направлены на сохранение стабильности самооценки личности, образа «Я» и образа мира. Это может достигаться разными путями, например устранением из сознания источников конфликтных переживаний, трансформацией конфликтных переживаний таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта.

Ф. Б. Бассин подчеркивал, что психологическая защита является механизмом функционирования нормальной психики и предупреждает возникновение у индивида разного рода расстройств. Это особая форма психологической активности, реализуемая в виде отдельных приемов переработки информации для сохранения целостности эго. Все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психологического здоровья и целостности личности. Они формируются первоначально в межличностном отношении, затем становятся внутренними характеристиками человека, т. е. теми или иными защитными формами поведения. Следует заметить, что человек часто применяет не одну защитную стратегию для разрешения конфликта или ослабления тревоги, а несколько. Сегодня известно более 20 видов защитных механизмов. Это регрессия, отрицание, рационализация, проекция, ретрофлексия, идентификация, изоляция, сублимация, подавление и др. Несмотря на различия между конкретными видами защит, их функции сходны: они направлены на обеспечение устойчивости и неизменности представлений личности о себе.

В подростковом возрасте выделяются следующие виды психологической защиты.

**Отрицание** – защита себя от неприятной действительности путем отказа адекватно воспринимать ее. Отрицание как защитный механизм состоит в отвлечении внимания от болезненных идей и чувств, но не делает их абсолютно недоступными для сознания. Например, многие люди боятся серьезных заболеваний и скорее будут отрицать наличие даже самых первых явных симптомов, чем обратятся к врачу.

Этот вид защиты формируется еще в детском возрасте, в значительной степени тормозит развитие Я-концепции и вызывает различные нарушения поведения, вплоть до аддиктивного. Например, у подростка-наркомана погиб приятель от передозировки наркотиков. В процессе беседы с психологом подросток утверждал, что приятель умер от воспаления легких, заболевания сердца и пр. Принятие истинной причины гибели приятеля означало бы для подростка-наркомана осознание серьезной опасности наркотиков для собственного здоровья. Подростки с данным видом защитного механизма не принимают источник тревоги как реальное событие. В структуре личности у них прослеживается неадекватно завышенная самооценка, они не терпят критики, самолюбивы, активно отрицают трудности, сложности в своей жизни.

**Вытеснение** – это подавление, исключение из сознания мыслей, желаний, воспоминаний, которые вызывают тревогу и угрожают внутренней целостности человека. Например, подросток должен принять какое-то трудное решение, связанное для него с длительным волнением и переживанием, и может внезапно «забыть» об этом деле. При вытеснении неразрешимый конфликт может проявляться в тревожности, в эмоциональном дискомфорте, а также в астенических реакциях – усталости, апатии. Одним из ярких примеров вытеснения можно считать анорексию (отказ от приема пищи), которая часто встречается в подростковом возрасте. Как правило, «анорексивное» вытеснение – следствие страха подростка поправиться и, следовательно, дурно выглядеть. Он начинает активно бороться с «полнотой». Некоторые подростки не могут открыто отказываться от еды, настойчиво предлагаемой им родителями. Как только прием пищи окончен, они тут же идут в туалетную комнату, где вызывают рвотный рефлекс. Это, с одной стороны, освобождает подростка от пищи, грозящей пополнением, с другой – приносит психологическое облегчение. Со временем наступает момент, когда рвотный рефлекс уже автоматически срабатывает на прием пищи и в результате формируется заболевание. Первоначальная причина болезни успешно вытеснена, а остались ее последствия.

**Компенсация** наиболее часто встречается в подростковом возрасте. Она проявляется в прикрытии собственной неполноценности через подчеркивание желаемых черт или в преодолении неудач в одной сфере деятельности сверхудовлетворением в других сферах. Например, болезненный, робкий, физически слабый подросток при выборе видов спорта отдает предпочтение боксу или самбо. Испытывая сверхкомпенсаторное желание доказать всем свою значимость в определенном виде деятельности, такие подростки часто делают это в ущерб своему здоровью, подчеркнуто пренебрежительно относясь к нему.

**Идентификация** – это бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку, позволяющий подростку преодолеть собственную слабость и чувство неполноценности. Этот защитный механизм формируется с детства, он важен для усвоения ребенком норм социального поведения. В подростковом возрасте идентификация как защитный механизм нередко проявляется в таких стойких поведенческих реакциях, как подражание. Это может быть подражание знакомым, любимым артистам и даже асоциальным личностям (вор в законе, наркоман, крутой бизнесмен и пр.). Идентификация как защитный механизм часто наблюдается у инфантильных подростков с неустойчивой самооценкой. У таких подростков часто наблюдается неадекватное отношение к своему здоровью. Например, четырнадцатилетний подросток впервые попробовал наркотики, после того как узнал из телевизионной передачи, что его кумир, рок-музыкант «балуется наркотиками».

**Рационализация** – это попытка личности доказать с целью самоутверждения, что

поведение рационально и оправданно и потому социальноодобряемо. Рациональное объяснение как защитный механизм направлено не на разрешение противоречия, лежащего в основе конфликта, а на снятие напряжения с помощью псевдологических объяснений при переживании дискомфорта. Эти «оправдательные» объяснения мыслей и поступков более этичны и благородны, нежели истинные мотивы человека, т. е. рационализация направлена на сокрытие личностью истинной мотивации своего поведения. Например, подросток оправдывается, что много курит, и объясняет: курят все, курили великие люди. Ему обидно признаться, что курение превратилось у него во вредную привычку, что после употребления сигарет болит голова и тошнит. Рационализируя, он находит оправдательные мотивы своего поведения. Причем он может так красиво убеждать и объяснять, что сам начинает верить во все это. Нередко подростки, пользующиеся рациональной защитой, стараются построить свою концепцию как панацею от беспокойства и тревоги. Они заранее обдумывают все варианты своего поведения и их последствия. Эмоциональные переживания у них часто маскируются усиленными попытками рационального истолкования событий.

**Проекция** – защитный механизм, при котором человек приписывает другим людям свои собственные, неприемлемые для сознания инстинкты и желания. Как защитный механизм проекция проявляется в переносе личностью собственных (чаще негативных) характеристик на других людей. Например, подросток нетерпим к самоуверенным, самовлюбленным людям, поскольку сам не чужд этих качеств. Или убежден в чужой непорядочности, а сам втайне склонен к ней. Для таких подростков характерно скрытое желание иметь противников для самоутверждения. Они конфликтны, могут быть агрессивны, склонны к зависти, поиску негативных причин успеха у окружающих. У них наблюдается неадекватно завышенная самооценка или заниженная самооценка здоровья.

**Регрессия** как защитный механизм проявляется в возвращении ребенка или подростка к более примитивным способам реагирования на стрессовую ситуацию. Так, у ребенка это плаксивость, капризность, раздражительность, беспричинное упрямство, перепады настроения. У одних детей наблюдается энурез (недержание мочи), обкусывание ногтей, сосание пальцев. Другие дети и подростки получают успокоение от обильной еды, питья, курения. Преобладание регрессии как защитного механизма часто наблюдается у инфантильных подростков, а также у детей и подростков с задержкой психического развития. Несамостоятельность, инактивность, эмоциональная неустойчивость могут способствовать формированию у них аддиктивного поведения. Для них характерна неадекватная самооценка здоровья, слабая рефлексия, ситуативное поведение. Например, у четырнадцатилетнего подростка сформировалась компьютерная зависимость. Вместо школы он посещал компьютерные салоны, постоянно играл в компьютерные игры. У него появились головные боли, неустойчивый сон, ночной энурез, резко снизилось зрение. Он стал раздражительным, капризным. Но свое здоровье он оценивал как хорошее, отказывался от посещения врачей и убегал в компьютерные салоны.

Итак, защитные механизмы по-разному отражаются на внутренней картине здоровья ребенка. В одном случае ребенок или подросток подавляет в себе мысли о здоровье, отрицая свои внутренние проблемы, связанные со здоровьем (отрицание). В другом – «забывает» о травмирующем событии, связанном с неблагоприятным здоровьем (вытеснение). В третьем – ищет выход в самооправдании и снисхождении к своим проблемам, связанным со здоровьем (рационализация). В четвертом – старается исказить существующую реальность и занимается самообманом (проекция, фантазирование, регрессия).

### ***Роль семьи в формировании внутренней картины здоровья***

Как уже подчеркивалось выше, важную роль в формировании внутренней картины здоровья играет близкое микросоциальное окружение ребенка, т. е. его семья. Систему отношений родителей к здоровью ребенка целесообразно рассматривать по следующим



направлениям:

- удовлетворение потребностей ребенка;
- способы удовлетворения потребностей;
- стили семейного воспитания.

**Удовлетворение потребностей ребенка** в семьях проявляется по-разному. Это может быть постоянное потворствование ребенку, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых его потребностей. Нередко встречается игнорирование потребностей ребенка, особенно духовных, потребностей в эмоциональных контактах, в общении с родителями. Удовлетворение потребностей зависит от материального благополучия семьи, от понимания родителями насущных потребностей ребенка, от личностных особенностей самих родителей и их личностных установок и стереотипов.

Все здравомыслящие родители понимают, что их здоровье и здоровье ребенка – важная жизненная ценность. Однако отношение родителей к здоровью ребенка нередко носит формальный характер. На вопрос «Что нужно ребенку, чтобы он был здоров?» большинство родителей утверждают: «Хорошее питание», «Свежий воздух», «Хорошее медицинское обслуживание» и т. д. Почти никто из них не обратил внимание на то, что для здоровья ребенка важно и полноценное общение с ним, эмоциональные контакты, особенно в раннем возрасте, а также понимание родителями истинных потребностей ребенка.

Крайне негативное влияние на развитие внутренней картины здоровья оказывают ранние психические депривации ребенка. У ребенка, брошенного матерью в раннем возрасте, формируется недоверие к окружающему его миру. В дальнейшем это может проявиться в искаженной самооценке, многочисленных страхах, конфликтном поведении, настороженном отношении к окружающим.

Ранняя психическая депривация может наблюдаться не только у детей, брошенных родителями. Если в материнском отношении к ребенку преобладают отвержение, игнорирование его потребностей из-за погруженности в собственные дела и переживания, то у ребенка возникает чувство опасности, что впоследствии может привести к апатии, депрессии, а также к недостатку инициативы и любознательности, к искажению самооценки.

Искаженная самооценка негативно влияет на оценку здоровья, особенно в подростковом возрасте. В наших исследованиях было выявлено, что в отличие от подростков, воспитанных в семьях, подростки, воспитанные вне семьи, в своих самооценках здоровья ориентируются на оценки окружающих (педагогов, одноклассников), а не на собственные оценки. В их поведении часто наблюдались саморазрушительные реакции, примитивные способы психологической защиты, такие как проекция и регрессия, структура их личности отличалась выраженной дисгармонией.

**Способы удовлетворения потребностей** ребенка, особенно в ранний возрастной период, оказывают существенное влияние на формирование его ВКЗ.

Ребенок очень рано сталкивается с тем, что не все его желания могут быть удовлетворены, а значит, он должен принять ограничения, запреты. В результате возникает конфликт между «хочу» и «нельзя». Например, полуторагодовалый ребенок тянется к новому блестящему утюгу, проявляя познавательную активность. Мать делает ему замечание, останавливает его и тем самым подавляет его инициативу. Обиженный ребенок отходит от утюга, его инициатива погашена. У некоторых детей возникает чувство вины, которое в дальнейшем может исказить его самооценку. Такому ребенку будет трудно научиться доверять себе и адекватно оценивать свои возможности при решении различных жизненных проблем.

Важным в развитии ВКЗ является правильное формирование потребности у ребенка в соблюдении элементарных гигиенических норм и правил. Приучение ребенка к туалету формирует у малыша контроль над своим организмом, поведением и чувствами, т. е. способствует развитию произвольного поведения. Некоторые родители начинают приучать ребенка к туалету уже в первые полгода его жизни. В исследованиях психологов

убедительно доказано, что такие неразумные требования – своеобразная психическая травма для ребенка. Впоследствии у ребенка может развиваться конфликт типа «не хочу, но надо». У детей с такой формой внутриличностного конфликта в более старшем возрасте наблюдается искажение внутренней картины здоровья в сторону повышенной фиксации на проблемах здоровья, в тревожно-мнительном отношении к нему.

Не менее важно в формировании внутренней картины здоровья ребенка отношение родителей к активности и деятельности ребенка. Если родители постоянно обесценивают деятельность ребенка («Ты мог бы лучше»), то у ребенка формируется страх неудачи («Не буду даже пробовать, все равно не получится»), и на этом фоне – личностная зависимость от родителей. Это проявляется в неадекватно низкой самооценке ребенка, в подражательном поведении, в несамостоятельности. Ребенок таких родителей часто ощущает себя нездоровым, слабым, неудачником. В подростковом возрасте могут проявляться такие негативные поведенческие реакции, как отказ, протест, оппозиция. Подросток активно протестует против повышенных требований к нему. Протест может проявляться и в форме ранней алкоголизации, токсикомании, наркомании, причем у таких подростков часто формируется групповая психическая зависимость от алкоголя, наркотиков, компьютеров и пр.

Стили семейного воспитания играют далеко не последнюю роль в формировании ВКЗ ребенка. В отечественной и зарубежной литературе достаточно подробно описаны стили семейного воспитания, негативно влияющие на формирование личности ребенка. Так, В. И. Гарбузов с соавторами выделил три типа неправильного воспитания, практикуемых родителями детей, больных невротами:

- *воспитание по типу А* (неприятие, эмоциональное отвержение);
- *воспитание по типу Б* (гиперсоциализирующее), что проявляется в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социальном статусе;
- *воспитание по типу В* (эгоцентрическое), когда ребенок – «кумир семьи» и внимание всех членов семьи сосредоточено на нем.

Описанные выше стили воспитания оказывают патогенное влияние на отношение ребенка к своему здоровью.

Крайне негативное влияние на ВКЗ оказывает воспитание по типу А. В практике различаются два вида этого типа воспитания: скрытое и открытое эмоциональное отвержение. При *скрытом эмоциональном отвержении* родители формально удовлетворяют все потребности ребенка, обеспечивают его материально, заботятся о его здоровье, обучении. Однако между родителями и ребенком отсутствуют эмоционально-доверительные контакты. У таких детей часто наблюдаются неадекватные аффективные реакции, которые выражаются в конфликтах с окружающими. У некоторых детей наблюдается высокая эмоциональная зависимость от других взрослых. Неудовлетворенная потребность в эмоциональных контактах компенсируется также неразборчивым общением в подростковых компаниях, ранней сексуальностью и пр. Эмоциональное отвержение ребенка может проявляться как в жестком контроле за ним, так и в полном равнодушии родителей к распорядку жизни ребенка. Противоречивость структуры личности таких детей отражается в их неустойчивых самооценках и самооценках своего здоровья. Их искаженный образ «Я» искажает и эмоциональное отношение к своему здоровью. Многие подростки, переоценивая свои возможности, начинают употреблять токсические вещества, наркотики, алкоголь. При эмоциональном отвержении у некоторых детей младшего школьного возраста отмечается неадекватно заниженная самооценка здоровья, и они, чтобы привлечь внимание родителей, симулируют болезнь, придумывая те или иные недуги.

Тип воспитания *Б*, проявляющийся в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, формирует у него ипохондрию, несамостоятельность, комплекс неполноценности. Обостренное внимание и забота о ребенке при таком стиле сочетается с мелочным контролем, обилием ограничений и запретов. В подростковом возрасте этот стиль воспитания формирует нерешительность,

неумение постоять за себя, повышенную тревожность за свое здоровье. У некоторых подростков наблюдается сЕоеобразный уход в болезнь, которой не существует. Однако в отдельных случаях при таком стиле семейного воспитания в подростковом возрасте наблюдаются реакции протеста. Подросток, как бы назло родителям, начинает экспериментировать над собой: голодает, не ест белковую пищу, отказывается надевать теплую одежду в холодное время и пр. Неадекватно заниженная самооценка здоровья, наблюдаемая у детей в младшем школьном возрасте, в подростковом возрасте сменяется неадекватно завышенной самооценкой своих возможностей, что может способствовать формированию деструктивного или аддиктивного поведения.

Тип воспитания *В* способствует формированию у ребенка эгоцентризма, аффективной неустойчивости, что крайне негативно отражается на В КЗ. С одной стороны, у ребенка формируется повышенная фиксация на проблемах своего здоровья, с другой – когда надо принять необходимые меры по поддержанию и сохранению здоровья, такой ребенок испытывает существенные трудности: отказывается от посещения врача, склонен преувеличивать свою болезнь, не соблюдает профилактические мероприятия (занятия спортом, профилактические обследования, соблюдение режима и т. п.).

В процессе психологического анализа влияния особенностей воспитания на внутреннюю картину здоровья следует выделять следующие параметры родительского поведения:

1. **Степень родительского контроля.** Интенсивность контролирующих действий родителей оказывает двоякое влияние на отношение ребенка к своему здоровью. Умеренный родительский контроль способствует развитию у него элементарных гигиенических навыков и адекватного отношения к своему здоровью. Постоянный контроль может сформировать у него склонность к зависимому, подражательному поведению, негативизм при требованиях к выполнению элементарных норм и правил ухода за своим телом. При неразумном контроле у ребенка может возникнуть эмоциональный дискомфорт, что является благоприятным фоном для развития искаженной самооценки здоровья.

2. **Неадекватность требований родителей** по отношению к ребенку, которая может быть обусловлена двумя факторами: непониманием родителями потребностей ребенка или проекцией на ребенка своих нереализованных планов. Например, мать, не достигшая успехов в спорте, требует от соматически ослабленного ребенка систематических занятий спортом, мотивируя тем, что это полезно для здоровья. Неразумные требования родителей к ребенку искажают его самооценку, способствуют формированию комплекса неполноценности, чувства вины или, наоборот, вызывают у ребенка открытый или скрытый протест. Разумные требования в значительной степени определяются знанием физических и психических возможностей ребенка.

3. **Способы общения родителей с детьми.** В практике можно выделить два стиля общения с ребенком: *авторитарный* и *демократический*. Родители с авторитарным стилем общения не склонны четко и однозначно выражать свои требования к ребенку, они раздражаются, прибегают к косвенным методам в форме крика, ругани, жесткого наказания. Например, такие родители, внушая ребенку необходимость соблюдения элементарных гигиенических норм и правил, часто вызывают у ребенка негативную реакцию. Родители с демократическим стилем общения стремятся использовать разнообразные воспитательные методы, чтобы добиться от ребенка послушания, обосновывают свою точку зрения, готовы обсуждать с ребенком проблемы здоровья, выслушивать их аргументацию.

4. **Степень эмоциональных контактов.** Этот параметр проявляется в эмоциональной поддержке ребенка, в способности родителей выражать сочувствие, любовь и теплое отношение к ребенку. Степень эмоциональных контактов зависит от эмоциональной зрелости самих родителей. Отсутствие или слабое проявление эмоциональных контактов искажает Я-концепцию ребенка и негативно отражается на его отношении к своему здоровью.

Итак, внутренняя картина здоровья ребенка в значительной степени определяется особенностями его семейного воспитания. Адекватный контроль, разумные требования к ребенку в сочетании с эмоциональным принятием его и демократическим стилем общения с ним способствует адекватному отношению ребенка к своему здоровью.

### ***Психологическая помощь детям и подросткам с искаженной внутренней картиной здоровья***

Внутреннюю картину здоровья ребенка мы рассматриваем как динамическую систему, включающую в себя систему представлений ребенка о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов.

Внутренняя картина здоровья формируется у ребенка в процессе социализации, воспитания, но имеет и определенные соматические и индивидуально-природные детерминанты.

Развитие ВКЗ ребенка осуществляется поэтапно и по мере его взросления перемещается внутрь личности, проявляясь в его поведении.

Содержательно-структурные характеристики внутренней картины здоровья определяются особенностями психологической защиты личности ребенка.

В связи с вышеизложенным рассмотрим основные направления психологической помощи ребенку с искаженной внутренней картиной здоровья.

Психологическую помощь детям с искаженной внутренней картиной здоровья мы рассматриваем как сложную систему психолого-педагогических воздействий, направленных:

- на укрепление социальной позиции личности ребенка в семье и в коллективе сверстников;
- на формирование системы ценностных установок и ориентации;
- на развитие Я-концепции (самосознание, самооценки, самоотношение);
- на смягчение эмоционального дискомфорта и устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями в связи с искажением Я-концепции;
- на формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Сложность и своеобразие ВКЗ у ребенка и подростка требует соблюдения основных принципов психологической помощи. Это принцип *индивидуального* подхода к ВКЗ ребенка с учетом всех факторов ее формирования: биологического, индивидуально-типологического, психологического, социально-психологического и принцип *комплексного* подхода с привлечением к психологической помощи педагогов, родителей, социальных и медицинских работников.

Психологическая помощь включает в себя три основных уровня организации: общий, частный и специальный.

1. *Общий уровень* психологической помощи включает:

- организацию жизнедеятельности ребенка в школе и в семье с учетом его психофизических особенностей;
- регуляцию психофизических и эмоциональных нагрузок ребенка в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями;
- просветительную работу, направленную на знакомство ребенка и подростка с проблемами физического и психического здоровья.

2. *Частный уровень* психологической помощи представляет собой систему психологических воздействий, направленных на формирование адекватного отношения ребенка к себе и своему здоровью. Сюда входят:

- формирование адекватного самовосприятия;
- развитие самооценочного компонента личности ребенка или подростка;
- развитие самоуважения и адекватных способов межличностного взаимодействия.

3. *Специальный уровень* психологической помощи направлен на коррекцию искаженной внутренней картины здоровья и включает следующие задачи:

- изменение родительских установок и позиций по отношению к здоровью ребенка;
- устранение вторичных личностных реакций, связанных с искаженным представлением ребенка о своем здоровье;
- формирование адекватных способов эмоционального реагирования на особенности здоровья и развитие продуктивных защитных механизмов.

Все уровни психологической помощи взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга.

Формы организации психологической помощи зависят от поставленных перед психологом задач. Это может быть психологическое консультирование, коррекция, а в более сложных случаях – систематическая психологическая поддержка или психологическое сопровождение.

В процессе *психологического консультирования* детей с искаженным отношением к своему здоровью необходимо учитывать сложную структуру особенностей развития Я-концепции ребенка, характер сочетания в его внутренней картине здоровья таких факторов, как социальная ситуация развития, индивидуально-психологические характеристики, особенности межличностного общения в семье и в социуме. Психологическое консультирование мы рассматриваем как один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию личностной структуры детей, снижение эмоционального дискомфорта и нормализацию межличностных отношений.

Психологическое консультирование представляет собой системную модель, состоящую из следующих основных блоков:

- гностического;
- конструктивного;
- организационного;
- коммуникативного;
- оценочного.

Выделенные нами блоки тесно связаны между собой и отражают динамику консультативного процесса.

Основной задачей **гностического блока** консультирования является анализ специфики внутреннего и межличностного конфликта детей, определение роли различных факторов в их возникновении.

Важное значение на данном этапе консультирования имеет установление консультативного контакта. От этого зависит организация и функционирование терапевтической системы «семья–ребенок–психолог». Формирование такого контакта начинается с первой встречи психолога с ребенком и его родителями. Ребенок, если позволяет его возраст, и родители должны почувствовать, что они выслушаны и поняты. Нередко родители обращаются к психологу с готовой моделью желаемого результата консультирования и настаивают на ее осуществлении. Например, мать обращается к психологу с жалобой на то, что сын много времени проводит за компьютером и это вредит его здоровью. Она ставит перед психологом конкретную задачу: внушить сыну, что проводить много времени за компьютером вредно. Перед психологом стоит задача точно и адекватно оценить истинное содержание и значение жалоб родителей. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего понять неосознаваемые родителями мотивы обращения к психологу. В данном случае у матери и сына наблюдались выраженные межличностные конфликты, а увлечение сына компьютером было своеобразной защитной реакцией на сложившуюся конфликтную ситуацию. На первых этапах консультирования психолог может столкнуться со скрытым содержанием жалоб. Это нередко обусловлено неподготовленностью родителей к консультации. Психологу очень важно правильно поставить вопрос, чтобы перевести скрытое содержание родительских жалоб в явные.

Искажение ВКЗ у ребенка и подростка нередко обусловлено тревожностью.

Интенсивность тревожности зависит не только от ситуации, но и от личностных факторов ребенка, причем личностные факторы могут иметь более существенное значение, чем ситуационные. Преобладание личностных факторов указывает на личностную тревожность как личностную черту ребенка, обуславливающую готовность его к тревожным реакциям. В старшем возрасте тревожность проявляется как беспокойство, душевный дискомфорт, а в более младшем – в нарушениях поведения: суетливости, неусидчивости, двигательном беспокойстве. Кроме тревожности следует выделить такое личностное качество, присущее детям дошкольного и младшего школьного возраста, как эмоциональность. Она проявляется в том, что ребенок живо откликается на негативные и положительные изменения в его окружении. Эти переживания в большинстве случаев носят позитивный характер и имеют важное приспособительное значение. Однако при определенных условиях эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовать формированию эмоционального напряжения, что нередко приводит ребенка к невротическим или соматическим расстройствам. Традиционно выделяются три типа проявлений, связанных с эмоциональным напряжением в детском возрасте: 1) преневротические, 2) вегетодистонические и 3) соматические.

К преневротическим проявлениям относятся нарушения сна (трудности засыпания, разговоры во сне, кошмарные сновидения), тики, патологические привычки, навязчивости, беспричинный плач. К вегетодистоническим – головокружения, головные боли, сердцебиения, одышка, обмороки и пр. Соматические проявления включают повышенную жажду, булимию, рвоту после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения, эпизодический кожный зуд, неоднократно появляющиеся кожные высыпания и др.

Искажение ВКЗ может быть обусловлено стрессовыми ситуациями. Степень воздействия стрессовой ситуации на ребенка определяется такими факторами:

- особенности индивидуального опыта ребенка;
- его адаптационные возможности, включающие не только психофизиологический потенциал, но и индивидуальные личностные реакции;
- характер и специфика психологической защиты.

В немногочисленных исследованиях зарубежных и отечественных психологов подчеркивается детерминирующая роль некоторых пролонгированных стрессовых факторов, оказывающих негативное влияние на ВКЗ ребенка [5, 10, 12 и др.]. Это неадекватные методы воспитания ребенка, развод родителей, дисгармоничная семья, трудные условия обучения ребенка, неприятие коллективом сверстников и др.

Как упоминалось выше, на формирование ВКЗ у ребенка большое влияние оказывает отношение родителей к их здоровью. Если родители предъявляют к нему адекватные требования, то у ребенка формируется положительный образ «Я». Если родители не уверены в состоянии здоровья ребенка, постоянно опасаются возникновения заболеваний, то это приводит к аналогичной позиции самого ребенка. У него формируется ущербный образ собственного «Я» и соответствующее отношение к своему здоровью. Неблагоприятный психологический климат в семье и неадекватные стили семейного воспитания способствуют формированию у ребенка состояния беспомощности, эмоционального дискомфорта.

Основная задача **конструктивного** блока психологического консультирования детей с искажением ВКЗ – проектирование консультативного процесса, отбор средств и методов.

В зависимости от результатов первичной диагностики в процессе консультирования может быть поставлен вопрос о специальной диагностике, если некоторые проблемы остались неразрешенными. Следует подчеркнуть нецелесообразность применения единых стандартных тестов, особенно на начальных этапах консультирования. Это может привести психолога к избытку информации, которая затрудняет консультативный процесс. Учитывая, что системообразующим фактором ВКЗ является Я-концепция ребенка, необходимо использовать методы, направленные на ее уровневый и структурный анализ. С этой целью можно использовать прожективные методы: Дембо –

Рубинштейна, метод незаконченных предложений, рисуночные методы, методики КАТ иТАТ, метод Розенцвейга, Рене – Жилия и др.

Главная задача **организационного блока** – обучить участников консультирования (дети-родители) объективизировать психотравмирующие ситуации и причины эмоционального дискомфорта, а также активизировать роль каждого участника консультирования.

Особую сложность представляет консультирование детей и подростков, причина искажения ВКЗ которых кроется в фобиях (страхах), в основе их – глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Например, на глазах ребенка умер дедушка. У ребенка наблюдается страх смерти, он постоянно об этом думает, проявляет тревожную мнительность о своем здоровье. Такое смещение происходит у ребенка вследствие неразрешенных внутренних конфликтов. Психолог не должен поспешно интерпретировать внутренние конфликты ребенка только на основании его конкретной фобии. За одной и той же фобией у разных детей и их родителей могут скрываться разные конфликты. В основе поведения ребенка с преобладанием фобий лежит усиленное стремление избежать тревоги, неосознанное желание обойти породивший ее конфликт. Поэтому ребенок или подросток может спокойно говорить о своем страхе, но внутренние конфликты, связанные с этим страхом, у них не проявляются.

Направленная беседа с родителями имеет большое значение для психологической оценки фобий у ребенка. Как правило, родители на первых этапах консультирования пытаются избежать обсуждения конфликта, а чаще обращают внимание психолога на симптомы (страх заболеть неизлечимой болезнью, страх смерти и пр.) Сопротивление родителей проявляется в различных формах. Нередко родители забывают детали предыстории проблем, которые могли бы пролить свет на суть психологического конфликта у ребенка. Например, возникновение страха болезни у ребенка может быть связано с изменениями жизни семьи, системы отношений, но мать об этом даже не упоминает в беседе, хотя такая информация весьма существенна для понимания природы фобии ребенка. Психолог в процессе консультирования должен учитывать такие особенности поведения родителей и не затрагивать неприятные темы на начальных этапах консультирования. Нередко причиной сопротивления у родителей может быть их дилетантское увлечение психологией. Они много читают психологическую и медицинскую литературу, стремятся самостоятельно, без помощи специалиста испробовать все возможные методы лечения, однако избегают непосредственного обращения к своим внутренним конфликтам. Психологу важно разобраться в истинных мотивах обращения к специалисту. Особые трудности наблюдаются при работе с детьми и родителями, которые агрессивно и враждебно настроены на процесс консультирования. Очень важно понять причины такого состояния у них. Причины враждебного отношения детей к психологу могут быть разными. Чаще всего они связаны с неадекватными представлениями родителей о задачах психологического консультирования. Если врач направляет ребенка на консультацию к психологу, то они переживают, что их ребенок «не такой, как все», «странный», «неудачник» или даже «психически неполноценный». Такие установки родителей негативно влияют на отношение детей к психологическому консультированию. Нередко сам психолог провоцирует враждебность у ребенка длительным бессистемным тестированием, авторитарным стилем беседы и пр. Психолог должен помнить, что враждебность ребенка носит защитный характер и за ней скрывается тревожность. В таких случаях необходимо помочь ребенку разобраться в его подлинных чувствах и тем самым трансформировать враждебность. С этой целью используются разнообразные, доступные ребенку игровые методы, которые способствуют адекватному отражению чувств и переживаний. Гораздо чаще в процессе консультирования встречается скрытая враждебность к психологу со стороны родителей. Большинство таких родителей не готовы к идентификации, и психолог должен помочь им вербализовать свои переживания, открыто выразить их, так как любые невыраженные

сильные эмоции, особенно отрицательные, затрудняют процесс консультирования.

Основная цель **коммуникативного блока** – установление оптимальных взаимоотношений всех участников консультативного процесса, а также формирование новых приемов и способов их общения и поведения. Как упоминалось выше, искажение ВКЗ в детском и подростковом возрасте обусловлено устойчивостью определенных негативных эмоциональных состояний. Эти состояния детерминированы ранними психическими переживаниями, взаимоотношениями в семье, особенностями личностного реагирования ребенка на экстремальную ситуацию. В связи с этим при разработке психокоррекционных технологий, используемых в консультативном процессе, целесообразно использовать методы онтогенетической ориентации. Данные методы предполагают возврат ребенка и родителей к ранним онтогенетическим этапам общения и поведения. Можно использовать также ролевые игры в семейной группе (родитель–ребенок), содержание которых составляли ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям и подросткам можно предложить обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках. Такие занятия способствуют осознанию, рационализации и творческой переработке имеющихся у ребенка конфликтов. Опыт нашей работы показывает, что у детей с искаженной ВКЗ толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям с окружающими обусловлена подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то ребенок с искаженной Я-концепцией подавляет агрессию и продолжает отношения. Внешне такой ребенок кажется вполне спокойным, адекватным, однако психолог не может не заметить его чувствительность к любым проявлениям озлобленности по отношению к себе и к другим. Важнейшая задача психолога – помочь ребенку хотя бы частично выявить скрытую озлобленность, осознать ее, показать, как она отражается в его поведении. Ребенок в силу своего возраста не способен вербализировать свои внутренние переживания. Его необходимо обучать вербализации своих переживаний с помощью использования эмоциональных слов и приемов фантазирования, анализа различных эмоциональных ситуаций в сказках и рассказах. Такие приемы в определенной степени помогают ребенку осознать эмоциональные проблемы и вербализировать их.

**Оценочный блок** связан с эффективностью психологического консультирования, которое оценивается по субъективным параметрам, устанавливаемым на основе отчетов родителей, врачей и педагогов об эмоциональном поведении ребенка до и после консультирования. Целесообразно использовать для оценки цвето-ассоциативные методы, проективные опросы.

Конечно, сам процесс консультирования не исчерпывает всех задач, стоящих перед психологом в процессе психологической помощи ребенку с искаженной ВКЗ. Однако психологическое консультирование – базовое звено в системе психологической помощи детям и подросткам. От эффективности его проведения в значительной степени зависит направленность и эффективность других форм психологической помощи.

### ***Контрольные вопросы***

1. Что такое внутренняя картина здоровья и каково ее значение в исследовании психологии здоровья?
2. Каковы основные принципы изучения внутренней картины здоровья?
3. Каково соотношение структуры Я-концепции и структуры внутренней картины здоровья?
4. Что является наиболее важным в формировании внутренней картины здоровья ребенка в младенческом периоде и периоде раннего детства?
5. Каковы особенности отношения к здоровью у детей дошкольного возраста?
6. Что такое осознание здоровья и какие факторы влияют на его формирование?
7. Каковы особенности ВКЗ в подростковом возрасте?
8. Какую роль играют эмоционально-волевые характеристики личности в развитии ВКЗ?



9. Каковы причины и виды искажения ВКЗ?
10. Какова роль самооценочных компонентов личности в формировании ВКЗ?
11. Назовите формы психологической защиты личности ребенка и их роль в формировании ВКЗ.
12. Какие типы семейного воспитания оказывают патогенное влияние на формирование ВКЗ ребенка?
13. Каково влияние особенностей родительского поведения на отношение ребенка к своему здоровью?
14. Каковы основные направления психологической помощи детям с искажением ВКЗ?
15. Каковы уровни и формы организации психологической помощи детям с искаженной ВКЗ?
16. В чем специфика психологического консультирования детей с ВКЗ и его этапы?

### ***Рекомендуемая литература***

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. – М., 1980.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. – СПб., 1998.
3. Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
4. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М., 1991.
5. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996.
6. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопрос: психологии. – 1993. – № 1.
7. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. – Л., 1980.
8. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М., 1977.
9. Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства. – СПб., 1993.
10. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб., 2001.
11. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л., 1961.
12. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.
13. Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.
14. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993.

## Глава 20. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

### Факторы, влияющие на психическое здоровье студентов

Актуальность исследований психического здоровья студентов определяется наличием стрессогенных факторов в студенческой среде, таких как ситуации экзаменов, периоды социальной адаптации, необходимость личностного самоопределения в будущей профессиональной среде и др. Переживаемый стресс и его последствия составляют серьезную угрозу психическому здоровью индивида. Особенно это относится к молодежному и студенческому периоду в жизни человека, когда личностные ресурсы кажутся неисчерпаемыми, а оптимизм по отношению к собственному здоровью преобладает над заботой о нем. Сильная ориентация на переживание настоящего, высокая мотивация достижений вытесняют из сознания студента возможные опасения, связанные с последствиями длительного стресса. Студенческий возраст характеризуется многообразием эмоциональных переживаний, что отражается в стиле жизни, исключая заботу о собственном здоровье, поскольку такая ориентация традиционно приписывается старшему поколению и оценивается молодым человеком как «непривлекательная и скучная». В это время ограничены также способности к релаксации и отдыху в силу тех же убеждений в неисчерпаемости собственных физических и психических ресурсов. Период активного вхождения в новую социальную среду сопровождается действиями, направленными на получение признания и высокого статуса в группе студентов-ровесников. При этом используются различные средства, не всегда отвечающие профилактике здоровья (никотин, алкоголь, наркотики). Попытки завоевания своего места среди ровесников часто связаны с рискованным поведением, желанием любой ценой добиться этого признания.

Многочисленные исследования в области стресса первоначально были сконцентрированы на описании его факторов, особенностей реакций на стресс, стратегий его преодоления. Психология здоровья особое внимание уделяет определению «цены», которую платит человек в ситуациях повышенных требований, психических нагрузок и перегрузок. Несомненно, студенческая среда относится к таким, в которых эти перегрузки и требования выступают во всем многообразии. С другой стороны, именно в этот период формируется будущий профессионал, состояние психического здоровья которого непосредственно влияет на успешность деятельности и стиль жизни в целом и таким образом приобретает высокое общественное значение. В период острых социально-экономических перемен со всей силой проявляется еще один дополнительный фактор риска по отношению к сохранению психического здоровья – социальная и профессиональная неопределенность будущего специалиста в обществе и необходимость поиска рабочего места, соответствующего уровню образования и подготовки.

**Роль установок и ожиданий в сохранении и поддержании психического здоровья.** К факторам психического здоровья относятся установки и ожидания, связанные с предстоящими событиями. Обобщенно их можно разделить на положительные (оптимистические) установки, которые выражаются в ожидании положительных событий, и отрицательные (пессимистические), о проявлении которых свидетельствует ожидание негативных событий. Первые помогают успешно преодолеть стресс, поскольку эмоции, испытываемые в трудных ситуациях, действуют как механизмы подкрепления деятельности. В случае отрицательных установок эмоции начинают оказывать деструктивное, ослабляющее действие. Ожидания по отношению к ситуации могут меняться в зависимости от конкретных условий, однако можно выделить некоторые генерализированные ожидания, не зависящие от содержания ситуации, отражающие пессимистические либо оптимистические установки индивида.

Ожидания индивида занимают одно из центральных мест в исследованиях стресса и его последствий, таких, например, как феномен психического выгорания (*turnout*). По отношению к результатам деятельности их можно разделить на три группы:

- низкие ожидания положительного подкрепления;
- высокие ожидания наказания;
- низкие ожидания собственного влияния на результаты деятельности.

Потеря контроля над результатами своей деятельности снижает мотивацию индивида, вызывает чувство страха и неопределенности и тем самым ведет к раннему развитию симптомов выгорания. Кратко- и долговременные последствия неконтролируемого окружения проявляются как пассивность и выученная беспомощность. В повседневном поведении человек до тех пор стремится найти эффективные стратегии преодоления стрессовых ситуаций, пока не убедится в бесполезности этих усилий, т. е. придет к выводу о том, что ситуация не имеет выхода.

**Удовлетворенность результатами своей деятельности.** Следующий важный фактор психического здоровья студентов – удовлетворенность результатами своей деятельности. Чувство успешности ассоциируется с переживанием высокого субъективного значения личностных стремлений, а также с высокой вероятностью достижения поставленных целей. Сознательный выбор целей и положительная оценка возможностей их достижения имеют решающее значение в процессах саморегуляции. При этом возрастает убеждение в том, что выбранные цели могут быть достигнуты даже в условиях внешних преград, т. е. речь идет о механизмах влияния на эффекты своей деятельности (ср. теорию эффективности собственных действий Бандуры). Сознание возможности определения целей и способов их достижения способствует формированию стрессоустойчивости и поиску конструктивных стратегий преодоления стресса. Известная аксиома Томаса, автора ситуативных концепций, гласит: «Если человек определяет ситуацию как реальную для себя, то осознает также и реальность способов ее решения и вытекающих из этого последствий». Убеждение в низкой собственной эффективности может приводить к нарушениям когнитивных процессов в ситуации нагрузки, например блокаде памяти и мышления в ситуациях экзаменов.

Подобную точку зрения на значение субъективной оценки эффектов деятельности разделяет Селигман в теории выученной беспомощности. Ожидания неконтролируемости значимых событий приводят к развитию отрицательных эмоций, причем эти ожидания часто сводятся к раннему негативному опыту (например, неудачно сданный экзамен), который становится устойчивым убеждением. Перцепция собственного поведения является центральным аспектом теории эффективности собственных действий Бандуры [2]. Оценка эффективности собственных действий, по мнению автора, связана с ответом на следующие вопросы:

- Какие виды активности могут быть предприняты в данной ситуации? (Человек избегает тех действий, которые, по его мнению, превышают его возможности).
- Сколько усилий необходимо приложить для решения поставленной задачи?
- Как долго нужно предпринимать усилия для решения задачи, если появляются препятствия и трудности?
- Какие суждения могут появляться во время решения задачи?
- Какими эмоциональными реакциями сопровождается антиципация ситуации?

Именно перцепция эффективности собственных действий оказывает влияние на протекание мыслительных, мотивационных и эмоциональных процессов, т. е. становится важным регулирующим механизмом преодоления стресса. Оценка эффективности собственных действий в различных ситуациях показала существование сильной зависимости от содержания ситуаций и незначительное влияние стабильных личностных черт. Активность личности варьируется от ситуации к ситуации и в меньшей степени определяется ее стабильными свойствами.

Сопоставляя концепцию эффективности собственных действий с теорией ожиданий, следует подчеркнуть, что представления об эффективности собственных действий не всегда совпадают с ожиданиями по отношению к последствиям своего поведения, особенно в ситуациях, не зависящих или только частично зависящих от самого субъекта. Различие между понятиями эффективности и ожиданий заключается в следующем: первое описывает убеждение субъекта в том, что он *справится* с ситуацией, второе – его представление о том, что он считает *вознаграждением* за разрешение ситуации. В связи с этим следует вспомнить еще об одном факторе, который, несомненно, играет существенную роль в процессах эффективного преодоления трудных ситуаций. Им является так называемый кризис gratification.

**Кризис гратификации.** Кризис гратификации рассматривается в психологии здоровья как явление, которое может приводить к резкому росту неудовлетворенности результатами своей деятельности, бессилию, разочарованию, фрустрации, снижению мотивации достижений. Причину его возникновения следует искать в несоответствии между вложенным усилием и полученным вознаграждением. Модель кризиса гратификации [9] можно представить как противоречие между высоким уровнем энергетических затрат и низким вознаграждением (рис. 20.1).

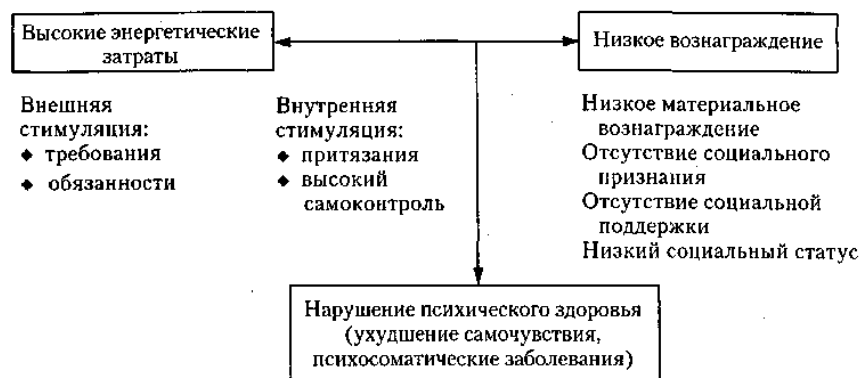


Рис. 20.1. Модель кризиса гратификации (Siegrist, 1966)

Как следует из приведенной модели, противоречие между собственным вкладом и полученным вознаграждением приводит к снижению самочувствия, появлению психосоматических заболеваний, т. е. становится причиной ухудшения психического здоровья индивида. Выход из такой ситуации автор видит в повышении социального статуса, получении признания и одобрения со стороны непосредственного окружения, поддержки со стороны группы, в которую включен индивид.

**Идентификация со средой деятельности.** В исследовании причин студенческого стресса часто отмечается, что одна из них – недостаточная идентификация со студенческой средой, восприятие ее как чуждой, иногда даже враждебной. Особенно это замечается у студентов-первокурсников, впервые столкнувшихся с новыми, отличными от школьных, требованиями. Анонимность студента-первокурсника особенно остро ощущается иногородними студентами, оторванными от дома и семьи, переживающими трудный процесс приспособления к новым условиям жизни. Необходимую помощь в преодолении этого негативного явления может оказать психологическая служба вузов, предоставляя различного рода консультации и помощь в организации учебной деятельности.

Одним из механизмов идентификации со средой деятельности становится *чувство когерентности (Sense of Coherence, SOC)*, описанное в концепции психического здоровья Антоновского [1]. Согласно концепции автора, оно связано с положительной оценкой возможностей разрешения проблемной ситуации, выработкой эффективных стратегий ее преодоления, положительной жизненной установкой. Чувство когерентности складывается из трех основных компонентов:

1. понимания ситуации (*comprehensibility*) как меры предсказуемости ее развития;
2. способности к преодолению стрессовых ситуаций, осознания возможности управления ходом событий (*manageability*) как проявление личностной и социальной компетентности индивида;
3. переживания значимости и смысла ситуации (*meaningfulness*), т. е. восприятие собственной жизни как полной смысла и значения, приводящее к активному поиску решения трудных ситуаций.

Чувство когерентности как механизм преодоления стресса, включенный в процесс идентификации со средой, влияет на формирование положительных ожиданий успешности собственной деятельности, гарантирует рациональное использование своих возможностей и тем самым благоприятствует сохранению психического здоровья.

### **Стресс в студенческой среде**

Исследования, проведенные среди учителей и социальных работников, отчетливо показывают, что в этой профессиональной группе существует опасность раннего

появления отрицательных последствий длительных стрессов. Начальные симптомы психического выгорания возникают уже в группе молодых учителей с малым стажем работы [7]. Поэтому период обучения студентов становится моментом принятия необходимых профилактических мер. Для подтверждения этого положения можно привести результаты обследования студентов педагогических специальностей, обучающихся в Зеленогурском университете [11]. В исследованиях был использован Опросник поведения и переживания, связанного с работой (в оригинальном сокращении – *AVEM, Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*), разработанный У. Шаршмидтом и А. Фишером в Институте психологии Потсдамского университета [6]. Теоретическими предпосылками создания опросника послужили концепции когерентности Антоновского, механизмов преодоления стресса Лазаруса, а также методологические положения теории профессионального выгорания Маслач [5].

Опросник *AVEM* – многофакторный диагностический инструмент, позволяющий определить типы поведения человека в ситуациях профессиональных требований. При создании опросника авторы исходили из предположения о том, что взаимодействие индивида с требованиями профессиональной среды, способствующее психическому здоровью и профессиональному росту, определяют три основные сферы личности:

1. Профессиональная активность, выраженная в категориях субъективного значения деятельности, профессиональных притязаний, готовности к энергетическим затратам, стремления к совершенству при выполнении заданий, а также способности к поддержанию дистанции между личной и профессиональной жизненными сферами. В случае, если субъективные ожидания индивида вступают в конфликт с объективным эффектом деятельности, возникает риск появления первых симптомов психической перегрузки организма и как следствие – синдрома профессионального выгорания.

2. Стратегии преодоления проблемных ситуаций, представленные в категориях тенденции к отказу от дальнейшего выполнения профессиональных заданий, особенно в ситуациях поражений и неудач; активные стратегии преодоления трудностей, а также внутреннего равновесия. Эти признаки отражают два различных способа поведения в трудной ситуации: открытое взаимодействие с проблемами или избегание их решений. Мобилизация собственных сил требует поиска самостоятельных решений и одновременно принятия ответственности за их последствия. Перенос центра тяжести на других людей или ожидание, что «проблема сама собой разрешится», не является стратегией конструктивной, поскольку нерешенная проблема приводит к таким негативным последствиям, как неудовлетворенность собой, чувство собственной неполноценности.

3. Эмоциональная установка к профессиональной деятельности, выражением которой становится чувство социальной поддержки, профессионального успеха и жизненного удовлетворения. Эффективность деятельности в педагогических и социальных профессиях в значительной степени определяется сознанием социальной пригодности и полезности, поскольку основная цель педагога и социального работника – оказание помощи другим людям.

Область поведения и переживания в профессиональной среде описывают 11 шкал опросника, учитывающие три приведенные выше сферы личности (табл. 20.1).

На основе анализа показателей отдельных шкал опросника и их взаимосвязей авторами методики были выделены четыре типа поведения и переживания в профессиональной среде:

1. *Тип G* – здоровый тип (нем. *gesund* – здоровый), активный, способный к решению трудных проблем, конструктивному преодолению ситуаций неудач, которые рассматривает не как источник негативных эмоций, а как стимул для поиска активных стратегий их преодоления; придающий работе высокое значение, контролирующий собственные энергетические затраты.

2. *Тип S* – тип экономный, бережливый (нем. *sparsam* – экономный, бережливый), со средним уровнем мотивации, энергетических затрат и профессиональных притязаний, способный к сохранению дистанции по отношению к профессиональной деятельности,

довольный результатами своего труда. Характерная черта этого типа – общая жизненная удовлетворенность, источником которой могут быть ситуации, не связанные с работой.

3. *Тип А* – тип риска *А*, соответствующий классическому описанию Фридмана и Розенмана, характеризующийся экстремально высоким субъективным значением профессиональной деятельности, высокой готовностью к энергетическим затратам, низкой устойчивостью к фрустрации и стрессу. Преобладание негативных эмоций как следствия психической перегрузки, стремления к совершенству и связанной с этим неудовлетворенности эффектами своей деятельности, а также отсутствие социальной поддержки позволяет отнести этот тип к группе риска с высокой вероятностью быстрого развития синдрома профессионального выгорания.

4. *Тип В* – тип выгорания (англ. *burnout* – выгорание) отмечен низким субъективным значением деятельности, низкой стрессоустойчивостью, ограниченной способностью к релаксации и конструктивному решению проблем, тенденцией к отказу от решения в трудных ситуациях, постоянным чувством беспокойства и беспредметного страха. Приведенные симптомы отражают эмоциональное истощение организма и соответствуют картине синдрома профессионального выгорания.

Использование опросника *А VEM* показало, что среди студенческой популяции значительное место занимают неблагоприятные для психического здоровья типы поведения *А* и *В*, которые составляют почти половину обследованной группы. Такая ситуация тем более тревожна, поскольку речь идет о студентах первого курса (рис. 20.2).

Таблица 20.1

#### Шкалы AVEM, соответствующие трем сферам личности

Профессиональная активность	1	<b>Субъективное значение деятельности (BA)</b>	Место работы и жизни человека Пример утверждения: «Работа для меня – самое важное в жизни»
	2	<b>Профессиональные притязания (BE)</b>	Стремление к профессиональному росту Пример утверждения: «Я стремлюсь к более высоким профессиональным целям, чем большинство других»
	3	<b>Готовность к энергетическим затратам (VB)</b>	Готовность посвятить все свои силы выполнению профессиональных задач Пример утверждения: «Когда требуется, я работаю до изнеможения»
	4	<b>Стремление к совершенству (PS)</b>	Концентрация на качестве выполняемых обязанностей Пример утверждения: «Моя работа всегда должна быть выполнена безупречно»
	5	<b>Способность поддерживать дистанцию по отношению к работе (DF)</b>	Способность к релаксации и отдыху после работы Пример утверждения: «После окончания рабочего дня я забываю о работе»
Психическая устойчивость и стратегии преодоления проблемных ситуаций	6	<b>Тенденция к отказу в ситуации неудачи (ЯГ)</b>	Склонность к примирению с ситуацией неудачи и легкому отказу от ее преодоления Пример утверждения: «Если я не добиваюсь успеха, я быстро сдаюсь»
	7	<b>Активная стратегия решения проблем (OP)</b>	Активная и оптимистическая установка по отношению к появляющимся проблемам и задачам Пример утверждения: «Если у меня что-то не получается, то я говорю себе: "Нет, попробую еще раз!"»
	8	<b>Внутреннее спокойствие и равновесие (IR)</b>	Чувство психической стабильности и равновесия Пример утверждения: «Меня нелегко вывести из состояния спокойствия»
Эмоциональное отношение к работе	9	<b>Чувство успешности в профессиональной деятельности (EE)</b>	Удовлетворенность своими профессиональными достижениями Пример утверждения: «Моя прежняя профессиональная жизнь была весьма успешной»
	10	<b>Удовлетворенность жизнью (LZ)</b>	Общая жизненная удовлетворенность с учетом профессионального успеха Пример утверждения: «В общем и целом я счастлив(а) и доволен(а)»
	11	<b>Чувство социальной поддержки (SU)</b>	Доверие и поддержка со стороны близких людей, чувство социального благополучия Пример утверждения: «Мой спутник/моя спутница жизни обнаруживает понимание к моей работе»

*Примечание:* в названиях шкал сохранены оригинальные немецкие сокращения: *BA* – Subjektive Beclcutsamkeit der Arbeit; *BE* – Beruflicher Ehrgeiz; *VB* – Verausgabungsbereitschaft; *PS* – Perfektionsstreben; *DF* – Distanzierungsfahigkeit; *RT*– Resignationstendenz bei MiBerfolg; *OP* – Offensive Problembewaltigung; *IR* – Innere Ruhe imd Ausgeglichenheit; *EE* – Erfolgserleben ira Beruf; *LZ* – Lebenszufriedenheit; *SU* – Erleben sozialer Unterstutzung

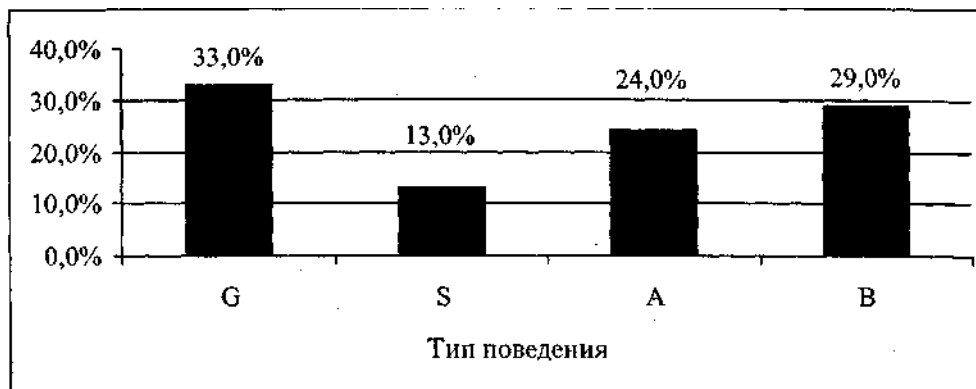


Рис. 20.2. Распределение типов поведения и переживания обследованных студентов согласно опроснику *AVEM*

Оценку степени психической нагрузки студентов отражают отдельные шкалы опросника *AVEM*. В табл. 20.2 представлены средние значения и стандартные отклонения показателей шкал опросника.

Таблица 20.2

Средние значения и стандартные отклонения шкал *AVEM* (N = 155)

Шкала	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>BA</i> – Субъективное значение деятельности	5,12	1,62
<i>BE</i> – Профессиональные притязания	6,36	1,60
<i>VB</i> – Готовность к энергетическим затратам	5,39	1,68
<i>PS</i> – Стремление к совершенству	4,88	1,67
<i>DF</i> – Способность к поддержанию дистанции по отношению к работе	5,48	1,67
<i>RT</i> – Тенденция к отказу в ситуации неудачи	5,60	1,95
<i>OP</i> – Активная стратегия решения проблем	4,20	2,11
<i>IR</i> – Внутреннее спокойствие и равновесие	4,65	1,97
<i>EE</i> – Чувство успешности в профессиональной деятельности	3,88	2,08
<i>LZ</i> – Удовлетворенность жизнью	4,52	1,95
<i>SU</i> – Чувство социальной поддержки	5,17	1,89

Как показывают вышеприведенные данные, студенческая популяция характеризуется высокой активностью в учебной деятельности, что проявляется в повышенной склонности к энергетическим затратам и высоким профессиональным притязаниям. Одновременно отмечается снижение чувства успешности в профессиональной деятельности, общей удовлетворенности жизнью, а также недостаточно сформированные способности к активному решению возникающих проблем. Последнее можно было бы объяснить низким чувством собственной компетентности и сниженным контролем эффектов своих действий. Высокий уровень активности находится в соответствии с умеренной тенденцией к отказу в ситуации неудачи.

Обращает на себя внимание средний уровень чувства социальной поддержки со стороны ближайшего окружения. Это можно объяснить содержанием первичного этапа адаптации студентов-первокурсников к новым условиям деятельности в учебной среде. В этот период происходит формирование новой социальной роли студента, восприятия себя и окружающих как элементов новой социальной среды. Исходя из положений концепции когерентности Антоновского, можно говорить о повышенной чувствительности к актуальной ситуации, ее осмыслению, определению личностной значимости поставленных требований, поиску адекватных стратегий их преодоления. Формирующееся в этот период сознание принадлежности к данной среде, идентификация со средой требует высокого чувства доверия к ней, сознания собственного участия и влияния на происходящее, убеждения в том, что развитие событий будет отвечать ожиданиям индивида. Одновременно это становится основой для формирования активных стратегий преодоления стресса и в результате – для возрастания успешности деятельности. Процесс социальной адаптации студентов-первокурсников характеризует ряд черт, свойственных этапу профессиональной адаптации. На первый план выступают необходимость отбора, конкуренции, предпринимаемые усилия для достижения высокого

социального статуса в студенческой группе. Другой проблемой этого периода обучения становится требование повышенной самостоятельности, умений принимать решения в новых сложных условиях вузовской деятельности.

Для дополнительной интерпретации полученных результатов был проведен сравнительный анализ показателей теста *AVEM* польских и немецких студентов. В результате этого были установлены статистически значимые различия по отдельным шкалам опросника (табл. 20.3)

Таблица 20.3

Средние значения и стандартные отклонения шкал *AVEM* популяции польских и немецких студентов

Шкала	M		SD	
	Польша N=155	Германия N=342	Польша N=155	Германия N=342
<i>BA</i> – Субъективное значение деятельности**	5,12	4,53	1,62	1,59
<i>BE</i> – Профессиональные притязания**	6,36	5,50	1,60	1,61
<i>VB</i> – Готовность к энергетическим затратам**	5,39	3,78	1,68	1,80
<i>PS</i> – Стремление к совершенству**	4,88	4,27	1,67	1,80
<i>DF</i> – Способность к поддерживанию дистанции по отношению к работе**	5,48	5,94	1,67	1,80
<i>RT</i> – Тенденция к отказу в ситуации неудачи**	5,60	4,92	1,95	1,91
<i>OP</i> – Активная стратегия решения проблем	4,20	4,0	2,11	1,87
<i>IR</i> – Внутреннее спокойствие и равновесие**	4,65	5,28	1,97	2,02
<i>EE</i> – Чувство успешности в профессиональной деятельности**	3,88	4,59	2,08	2,19
<i>LZ</i> – Удовлетворенность жизнью*	4,52	5,01	1,95	2,03
<i>SU</i> – Чувство социальной поддержки**	5,17	5,97	1,89	1,97

Примечание: \* –  $p < 0,5$ ; \*\* –  $p < 0,1$

Существенные различия между стратегиями поведения польских и немецких студентов наблюдаются в сфере профессиональной активности: первых характеризует повышенная склонность к энергетическим затратам по сравнению с группой немецких студентов. Одновременно обращает на себя внимание низкая способность польских студентов к поддерживанию необходимой дистанции по отношению к деятельности, т. е. высокая вовлеченность в проблемы учебной среды при недостаточных умениях организации своей работы и свободного времени. Это позволяет объяснить высокое участие неблагоприятных для психического здоровья типов поведения *A* и *B*.

Следующая проблема – неудовлетворенность результатами своей деятельности, ожидание скорее неудач и поражений, чем успехов, присущее популяции польских студентов. Это означает, что среда, в которой функционирует студент, воспринимается им как неблагоприятная для реализации своих целей.

Низкий уровень социальной поддержки в сочетании с общей неудовлетворенностью результатами своей деятельности подтверждает необходимость принятия соответствующих профилактических мер, более активного участия вузовских психологов в создании консультационных пунктов для студентов на территории вуза.

### **Ранняя профилактика психического здоровья студентов**

Представленные результаты исследования типов поведения студентов с помощью опросника *AVEM* указывают на высокую вероятность развития симптомов профессионального выгорания. Ранняя диагностика индивидуальных резервов индивида может позволить определить индивидуальные стратегии преодоления трудных ситуаций, указать характерные способы реагирования на требования студенческой среды.

Исходным пунктом планирования профилактики стресса в студенческой среде может быть концепция когерентности Антоновского. Восприятие ближайшего окружения как доброжелательного, имеющего высокое личностное значение, ожидание положительного подкрепления, антиципация положительных эффектов своей деятельности расширяют социально-психологическую компетентность индивида и



снижают опасность появления симптомов выгорания. Целью психологической профилактики стресса в студенческой среде является формирование умений активного преодоления стресса, формулирования близких и далеких целей деятельности, повышение самоконтроля и регуляции собственной активности, способности к поддержанию необходимой дистанции по отношению к профессиональной среде.

Направления деятельности психологической помощи можно представить в форме некоторых вопросов, которые необходимо решить совместно со студентами для выявления трудностей и проблемных ситуаций:

- 1) Что является для меня самой большой нагрузкой во время обучения: ситуации с другими людьми, конфликты, трудные предметы?
- 2) Какие потребности и интересы я проявляю в этих ситуациях? Что препятствует мне в их реализации?
- 3) Какими возможностями я располагаю для уменьшения нагрузки в ситуациях обучения?
- 4) Могу ли я изменить свою установку по отношению к трудным ситуациям? Если да, то каким образом?
- 5) Что я переживаю в таких ситуациях?
- 6) Как я обычно выхожу из подобных ситуаций?
- 7) Могу ли я представить себе другие возможности для их разрешения?
- 8) Были ли у меня раньше такие ситуации, как я выходил из них?
- 9) Когда я могу приступить к поиску стратегии преодоления трудных ситуаций?
- 10) Какие конкретные шаги я должен предпринять в этом направлении?

## **Социальная поддержка как фактор психического здоровья студентов**

В исследованиях стратегий преодоления стрессовых ситуаций, т. е. копинг-стратегий, выделяется несколько основных форм. К ним относятся:

- конфронтативный копинг;
- дистанцирование по отношению к проблемной ситуации;
- самоконтроль;
- поиск социальной поддержки;
- принятие на себя ответственности за решение проблемы;
- избегание решения трудных проблемных ситуаций;
- планирование собственных действий;
- переоценка значения проблемной ситуации.

Среди перечисленных стратегий поиск *социальной поддержки* занимает особое место, так как переводит анализ стрессовой ситуации от индивидуального уровня к контексту всей ситуации в целом, включающей в себя широкое поле взаимодействия индивида с другими людьми. Это полностью соответствует когнитивному подходу к проблемам стресса, представленному Лазарусом, Фольк-маном и др.

Социальную поддержку (*support*) в обобщенном виде можно определить как всяческую помощь, оказываемую индивиду средой в трудных ситуациях. Сюда относятся прежде всего проблемные ситуации, ситуации стресса, критические жизненные события и т. д.

Социальная поддержка состоит из трех основных элементов:

1. Эмоциональная поддержка: взаимопонимание, эмпатия, положительное подкрепление.

2. Помощь в решении проблем:

- непосредственная: выполнение работы за кого-либо;
- опосредованная: помощь при решении проблем, совместный анализ проблемы, предоставление советов и информации в случае потребности и выраженного желания с другой стороны.

3. Социальная поддержка со стороны конкретных лиц, гарантирующая чувство безопасности, стимулирующая активность индивида, дающая возможность отвлечься от переживания трудной ситуации [8].

Социальная поддержка со стороны близкого окружения может принимать различные формы: совета, необходимой информации, эмоционального сопереживания, беседы, совместных действий. Исходя из самого определения понятия, поддержка означает взаимную помощь, т. е. включает в себя совместное действие. Можно говорить о различных видах поддержки: *формальной* и *неформальной*. Первая предполагает ряд мер, направленных на обеспечение студенческой деятельности: библиотека, стипендии, кураторы и т. д. В большинстве западных университетов функционируют специально созданные консультационные пункты для студентов, помогающие им разрешить проблемы, связанные с организацией студенческой жизни.

В рамках проблематики стресса и психического здоровья на первый план выступает второй вид поддержки – неформальная социальная поддержка. Сюда относится, прежде всего, поддержка со стороны самих студентов, а также преподавателей.

Исследования факторов стресса в профессиональной деятельности убедительно показывают, что социальная поддержка – одно из условий редукации стрессовых состояний. Под этим понимается помощь и содействие со стороны коллег по работе и руководства в решении профессиональных проблем. В критических ситуациях она становится важным защитным психологическим фактором, способствующим психическому здоровью человека. Недостаточная социальная поддержка может приводить к таким нежелательным последствиям, как отчуждение и неудовлетворенность результатами своей деятельности, становится источником фрустрации и разочарования. Типичным примером отчуждения и фрустрации, возникающих в результате недостаточной социальной поддержки со стороны окружающих, является деперсонализация как симптом профессионального выгорания [5]. Несоответствие между собственным вкладом в выполняемую деятельность и положительной обратной информацией приводит к «кризису гратификации», который, в свою очередь, становится причиной резкого снижения мотивации.

Социальная поддержка со стороны профессиональной среды, и в первую очередь коллег по работе, становится источником положительных эмоциональных переживаний, помогает при разрешении конфликтных ситуаций, предохраняет от негативных последствий острой конкуренции. Ожидание положительного подкрепления со стороны окружающих, подтверждение полезности и эффективности собственных действий противостоит отчуждению и эмоциональному истощению в субъект-субъектных отношениях. Особое значение это приобретает в педагогических профессиях, отмеченных необходимостью поддерживания постоянных и тесных интерперсональных контактов. Качество партнерских взаимоотношений определяет степень поддержки и снижает риск раннего появления симптомов профессионального выгорания.

Исследования, проведенные среди польских учителей различных типов школ, показали, что в группе педагогов, проявляющих признаки профессионального выгорания, отмечается низкий уровень показателя социальной поддержки [7]. Сегодня педагоги – та профессиональная группа, в которой отчетливо прослеживается риск профессионального выгорания, а один из способов его профилактики заключается в создании благоприятного психологического климата.

Недостаточная социальная поддержка ведет к развитию чувства отчужденности от результатов деятельности, к неудовлетворенности собой. Согласно положениям теории отчуждения [10], последствиями низкой социальной поддержки становятся разочарование и фрустрация. В случае, если в течение длительного времени человек не в состоянии преодолеть чувство отчужденности, развиваются такие симптомы выгорания, как чувство собственной неполноценности, резкое снижение самооценки, чувство вины, агрессия, направленная на себя и окружающих. Классический «образ» *синдрома профессионального выгорания*, описанный Маслач, складывается из чувства низких личных достижений, собственного бессилия и деперсонализации межличностных отношений. «Выгоревший» человек не только не ожидает поддержки со стороны окружения, но и сам сознательно от нее отказывается, воспринимая ближайшую среду

как безразличную или даже враждебную по отношению к его проблемам.

Внешняя оценка и поддержка как фактор эффективной деятельности – важная предпосылка психического здоровья индивида. На это указывает Шварцер [8], ссылаясь на теорию Бандуры и подчеркивая значение прогноза внешней оценки для личностного развития. Ожидание успеха и положительного подкрепления со стороны окружающих ведет к повышению мотивации достижений, формированию эффективных стратегий преодоления стресса, т. е. способствует сохранению психического здоровья индивида.

Маттиас Буриш [3] связывает развитие синдрома выгорания с факторами среды. К ним относятся: социальное окружение индивида, коллеги по работе, которые способны предоставить необходимую эмоциональную защиту, а также помощь в поиске эффективных стратегий решений проблем. Смыслом социальной поддержки является прежде всего эмоциональное сопереживание и поддержка в трудных ситуациях. В категориях чувства когерентности эмпатию можно представить как своего рода настроенность на одну и ту же волну, глубокое взаимопонимание, действие в унисон друг с другом.

Противоположностью эмоциональной защиты со стороны профессиональной среды и окружения становится острая конкуренция, недоброжелательность и зависть, порождающие многочисленные интерперсональные конфликты в среде. Качество партнерских взаимоотношений Буриш называет важным стабилизирующим фактором психического здоровья.

Проблематика социальной поддержки в течение многих лет находится в центре внимания исследований психической нагрузки, стратегий преодоления стресса. Многочисленные исследования показывают взаимозависимость между степенью психической нагрузки, подверженностью психосоматическим заболеваниям и мерой социальной поддержки (рис. 20.3).

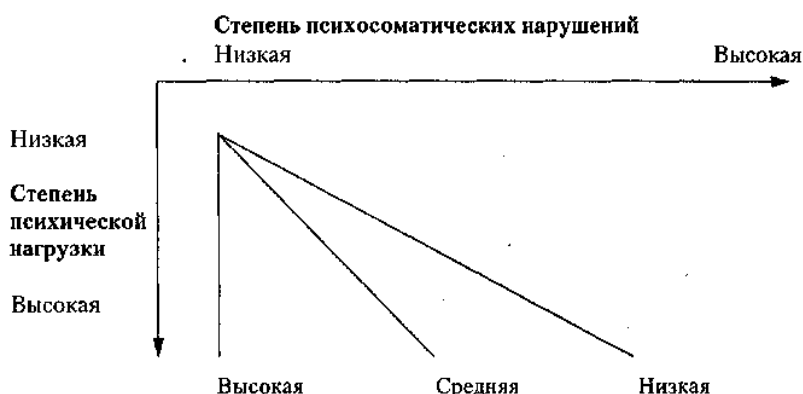


Рис. 20.3. Соотношение между социальной поддержкой, степенью психической нагрузки и психосоматическими нарушениями (House & Wells, 1978).

Как следует из представленной зависимости, эффект редукации стресса в случае высокой социальной поддержки становится очевидным. «Амортизирующее» действие поддержки показывает, что эмоциональное сопереживание и подкрепление со стороны других людей становится важным источником психического здоровья. При этом значительно снижается «цена», какую платит человек на пути разрешения проблемных ситуаций, из которых в значительной степени складывается путь профессиональной самореализации личности.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие факторы можно отнести к наиболее важным для сохранения психического здоровья студентов?
2. Что является содержанием и смыслом концепции когерентности Антоновского?
3. В чем проявляются ранние симптомы стресса и выгорания в студенческой среде?
4. Какие меры можно отнести к профилактике синдрома выгорания в учебной среде?

## **Литература**

1. Ронгинская Т. И. Профилактика стресса в студенческой среде // «Ананьевские чтения-2001». – СПб., 2001.
2. Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.
3. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. - 1977. - V. 84. - P. 191-215.
4. Burisch, M. Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung. – Berlin: Heidelberg: Springer, 1989.
5. House, J. S., Wells, J. A. Occupation stress social support and health. – NIOSH-Publ., 1978.-P. 78-140.
6. Maslach, C Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon // Job, Stress and Burnout / W. S. Paine (Ed.). – Beverly Hills: Sage, 1982.
7. Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit // Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie - 1997. - V. 18, Heft 3. - S. 151-163.
8. Schaarschmidt, U., Arold, H., Ronginska, T. Untersuchungen zur psychischen gesundheit bei Lehrern – ein Populationsversuch, [w:] Science-Research-Education. Proceedings of the Polish-German Symposium. – Zielona Gyr, 2000.
9. Schwarzer, R. Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema // Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch (3-20) / Schwarzer (Hrsg.). – Göttingen: Hogrefe, 1990.
10. Siegrist, J. Soziale Krisen und Gesundheit. – Göttingen: Hogrefe, 1966.
11. Stokols, D. (). Toward a psychological theory of alienation // Psychological review. - 1975. - V. 82. - P. 26-44.

## Глава 21. ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

### ***Проблема профессионального здоровья: исторический аспект***

Можно сказать, что первые признаки проявления внимания к вопросам обеспечения здоровья работников, занятых в промышленной сфере, относятся к началу XX в. и связаны прежде всего с оформлением движения за научную организацию труда (НОТ), одним из основоположников которого был американский инженер Ф. Тейлор. Правда, в творческом наследии самого Тейлора эта тема не получила какого-либо специального развития. Известно, что в своих работах он исходил из концепции «экономического человека», рассматривая рабочего не более как обособленную единицу, элемент производственного процесса. Социальная природа, психическое и физическое благополучие индивида его не интересовали.

Но вот у его соратника Ф. Джилбрета, по праву считающегося одним из вождей движения за научную организацию труда, уже просматривается достаточно четко выраженная ориентация на «человеческий фактор». Он видит смысл НОТ в том, чтобы каждый занимался тем делом, которое больше всего соответствует его физическим и психическим способностям (*Джилбрет Ф. Алфавит научной организации труда. – М.; Л., 1925*). При этом основным вопросом научной организации труда он считал человека, его отношение к работе, разумное обращение с ним. Каждый должен испытывать радость труда, ибо последнее – главный успех НОТ. А первым условием радости труда и его продуктивности Джилбрет называет здоровье рабочих. Чтобы рабочие были здоровы, необходимо целесообразное устройство их рабочего места и расположение инструментов, но главное, рабочему надо обеспечить необходимый отдых, уменьшить воздействие на него всякого утомления. Джилбрет выступил инициатором проведения Дня борьбы с утомлением, впервые организованного в Америке (впоследствии он ежегодно проводился в декабре). Он настаивал на привлечении психологов для разрешения проблем персонала в производстве. Нельзя недооценивать, подчеркивает Джилбрет, значение психологического фактора для решения одной из «великих», по его выражению, задач: предотвращения несчастных случаев на производстве, обеспечении безопасности труда рабочих.

Есть основания полагать, что на гуманистическое мировоззрение Джилбрета существенное влияние оказала его супруга Лилиан Джилбрет, которая стала первой женщиной в Америке, получившей квалификацию доктора психологии. В научной организации труда ее особенно интересовали психологические аспекты (*Джилбрет Л. Психология управления предприятием. – Петроград, 1924*). По ее мнению, научное управление предусматривает и моральное развитие работников, которое достигается культивированием чувства ответственности за себя и других, чувства профессиональной гордости, способности к самоконтролю, чувство справедливости. Центр тяжести успешного управления лежит в человеке, а сама работа является «великим воспитателем». Хорошая организация труда, считает Л. Джилбрет, должна рассматривать тело и душу не только в отдельности, но и в их взаимной связи; должна не только ориентироваться на профессиональное, умственное и нравственное развитие работников, но и формировать у них стремление к здоровому образу жизни.

Вопросы профессионального здоровья в той или иной постановке начинают активно обсуждаться и в Англии в начале XX в. Профессор Кембриджского университета Б. Мессиио одной из важных задач промышленной психологии считает соблюдение правил охраны труда (*Мессиио Б. Рациональная организация труда и психология. – Л., 1924*). Он видит в переутомлении работников, влекущем за собой ослабление правильности восприятия, памяти и сосредоточения внимания, одну из главных причин несчастных случаев на производстве. Если дать возможность человеку делать то дело, к которому он от природы наиболее приспособлен, то он будет работать легко, с удовольствием и практически не уставая. Энергозатраты работника при выполнении производственных заданий должны быть совместимы с хорошим состоянием его здоровья.

Директор психологической лаборатории в Кембридже Ч. Мейерс резко осуждает «промышленное варварство», «утонченную жестокость», «бессовестную жадность»,

«бессмысленнейшую эксплуатацию рабочих», которые, по его мнению, царят на многих предприятиях Америки и Англии (*Мейерс Ч.* Психика и труд. – М., 1923). Он считает, что психологический фактор – основной важный фактор, который определяет будущее промышленности. Его главный тезис: надо уважать в рабочем достоинство, человеческую личность. Рабочий должен стремиться – и в этом ему надо способствовать – к более полной, интересной и интеллектуальной жизни. А важнейшее условие подъема производительности труда, по мнению Мейерса, заключается в формировании уверенности работников в безопасности производства и создании для этого необходимых предпосылок.

Один из основателей промышленной психологии Ф. Уотте делает особый акцент на организации досуга работников. Он пишет:

...Улучшив и увеличив возможность рабочего пользоваться здоровыми развлечениями, мы сможем сделать его досуги более полезными и духовно, и физически, и его увеличивающаяся вследствие этого жизненная энергия отразится и на его работе (*Уотте Ф.* Методы повышения производительности труда. – М., 1925. – С. 127).

Соответственно задача психолога на предприятии, согласно Уоттсу, – создать оптимальные духовные и физические условия для осуществления работы самого высокого качества.

Расширение работ в области НОТ не осталось незамеченным и в Германии. Критический анализ особенностей его становления предприняла И. Витте (*Vitthe I.* Америка. Германия (Тейлор, Джилбрет, Форд). – М., 1925; *Друри Н., Vitthe I.* История и критика НОТ в Америке. – Л., 1924), не отрицая ценности методов, положенных в основу НОТ, она предостерегает от механического их заимствования и «попытки превратить Европу в Америку». Признавая широкий масштаб мероприятий (особенно на крупных предприятиях) по социальному обеспечению рабочих, сохранению их здоровья и предупреждению несчастных случаев, Витте вместе с тем замечает, что вовсе не человеколюбием объясняется эта заботливость, а рационализмом: больной, увечный или обеспокоенный семейными проблемами рабочий не в состоянии быть работоспособным. Американские предприниматели, продолжает Витте, хорошо поняли, что они получают гораздо больше свободы в своих решениях и действиях, если рабочие будут не только послушными, но и здоровыми. Не приемля такую позицию в целом, Витте видит перспективы преобразования труда на основе этики, духовных ценностей, самостоятельности рабочих. Нашим лозунгом, говорит она, должна быть не автоматизация как самоцель, а одухотворение работы и самого рабочего. Схожей точки зрения придерживался видный немецкий ученый Э. Крепелин, известный своими исследованиями факторов оптимальной организации труда, а также феномена утомления и его влияния на работоспособность. В целом он рассматривал труд не как прискорбную участь угнетенных, а как привилегию здорового человека.

В Советской России тема профессионального здоровья была достойно представлена в научной и практической деятельности В. М. Бехтерева, который очень много внимания уделял изучению трудовых процессов. По его инициативе и под его руководством в 1918 г. в Петрограде создается Институт по изучению мозга и психической деятельности, в состав которого вошла лаборатория труда. Главная задача лаборатории заключалась в разработке мер по сохранению здоровья и развитию личности трудящихся. В основу исследований был положен комплексный подход к изучению работающего человека. Под председательством В. М. Бехтерева в январе 1921 г. в Москве прошла 1-я Всероссийская инициативная конференция по научной организации труда и производства. В докладах самого Бехтерева и его коллег рассматривались вопросы гармонизации и оздоровления трудового процесса, гигиены труда и охраны здоровья рабочих. При Институте мозга было организовано издание небольших по объему и рассчитанных на широкий круг читателей научно-популярных книжек по различным вопросам общей гигиены и гигиены труда. 1-я работа в этой серии была подготовлена профессором В. П. Кашка-дамовым (Труд и здоровье. – Л., 1926). Автор проводил мысль о том, что здоровье работающего человека может быть

обеспечено при соблюдении «общего порядка жизни», который предусматривает организацию правильного питания, соответствующие условия проживания, атмосферу семейных отношений, содержание профессиональной деятельности, характер отдыха и развлечений и др.

В 1920 г. советский теоретик и практик научной организации труда А. К. Гастев создает в Москве Центральный институт труда (ЦИТ). Под его руководством сотрудниками института были разработаны теория трудовых движений в производственных процессах, вопросы оптимальной организации рабочего места, методика рационального производственного обучения. Гастев говорил о работнике прежде всего как о субъекте самосовершенствования, оставляя за ним право на личную инициативу в организации технологических процессов. Особое внимание он уделял обеспечению физического и психического здоровья работников. Для решения этой главной задачи предусматривалось: создание необходимых условий труда; предотвращение утомления; тренировка физических возможностей работника; развитие у него наблюдательности, двигательных возможностей, воли, умения управлять собственным временем и др. Он утверждал, что основная цель НОТ в нашей стране – максимальная активизация работников в сочетании со сбережением сил и здоровья, экономным расходом их энергии.

20-е гг. XX в. были отмечены оживленной дискуссией о путях становления управленческой науки в нашей стране. В развернувшейся полемике едва ли не все ее участники так или иначе, но затрагивали проблему профессионального здоровья. В качестве примера остановимся на некоторых положениях, высказанных крупным организатором НОТ Н. А. Витке (Организация управления и индустриальное развитие. – М., 1925). Придавая большое значение трудовой мотивации, он призывал наряду с элементарной охраной здоровья работников заботиться о том, чтобы обстановка труда стимулировала рабочий процесс, а не угнетала его. Работа должна привлекать исполнителей, а не отталкивать от нее. Испытывая чувство удовлетворения от собственного труда, работник обретает в нем уверенность и самоутверждение. Этому способствуют понимание общественного смысла выполняемой деятельности, хорошее владение средствами труда, получение вполне исполнимых и вместе с тем не слишком легких заданий. Работник, по мнению Витке, – это «биосоциальное существо», и поэтому в обеспечение необходимых условий гигиены его труда должны привлекаться соответствующие знания из физиологии, психологии и социологии. Нельзя, продолжает автор, ограничиваться только опросом трудящихся об их самочувствии – необходимо регулярно производить объективное и тщательное исследование их работоспособности.

В наше время проблема профессионального здоровья привлекает к себе все большее внимание специалистов. Современный труд может оказывать на человека как положительное, так и негативное воздействие. Последнее может быть вызвано влиянием неблагоприятных условий труда (перенапряжением, перегрузками, психотравмирующими факторами и т. д.), которые способны повлечь за собой не только профессиональные деформации личности, но и в крайних случаях их проявления – профессиональные заболевания, вплоть до необходимости сменить род занятий или вовсе прекратить профессиональную деятельность.

Продуктивной основой для анализа комплекса вопросов, относящихся к проблеме профессионального здоровья, может стать концепция психологического обеспечения профессиональной деятельности [7, 9]. Она нацелена на сквозное психологическое обеспечение профессиональной деятельности – от «входа» в профессию и до «выхода» из нее. Процесс непрерывного психологического сопровождения рассматривается в качестве обязательного условия становления специалиста и его последующего профессионального функционирования. Таким образом, данная концепция ориентирует практическую психологию на формирование целостного (т. е. не усеченного по составу исследуемых проблем) и достаточно сбалансированного (по степени их изученности) знания о психологическом обеспечении субъекта деятельности на всем протяжении его профессионального пути.

Пока еще не сложилось общее мнение о том, какое содержание следует вкладывать в понятие профессионального здоровья. Определенные соображения на этот счет уже высказываются. Так, В. А. Пономаренко [8] рассматривает профессиональное здоровье как свойство организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности. Центральный пункт в данной трактовке – вопрос о функциональных состояниях и, соответственно, оценке функциональных резервов. Чем более они выражены, тем больше вероятность продления профессионального долголетия. По мнению А. Г. Маклакова [4], профессиональное здоровье следует понимать как определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность.

Теперь остановимся, следуя логике концепции психологического обеспечения профессиональной деятельности, на обсуждении ряда вопросов профессионального здоровья и долголетия. Сразу оговоримся, что их современное освещение в литературе представлено явно неполно и неравномерно, что не позволяет пока дать исчерпывающие ответы на многие из этих вопросов.

### **Психологическое обеспечение профессионального здоровья**

Профессиональное самоопределение

Выбор будущей профессии, определение своего места в жизни – одно из самых главных решений, которое приходится принимать человеку. Выбор профессии в наше время рассматривается как основа жизненного самоутверждения человека в обществе. В лице человека, не занятого своим делом, не нашедшего себя в труде, общество несет невосполнимые духовные и материальные потери. При этом огромный ущерб терпит и сама личность вследствие неудовлетворенности, сознания неспособности внести в работу элемент творчества. Гармоничное развитие личности обязательно предполагает правильное профессиональное самоопределение.

Еще И. И. Мечников заметил в свое время, что профессия влияет на продолжительность жизни. Можно сказать, что она оказывает и несомненное влияние на состояние физического и психического здоровья субъекта профессиональной деятельности. Если выбор профессии оказался неудачным, то последствия этого проявятся в характерных негативных признаках: у человека пропадает удовлетворенность от выполняемой работы, желание совершенствоваться в ней, снижается производительность его труда. По данным зарубежных исследований, *низкая удовлетворенность трудом и низкий социальный статус* – самые значимые факторы смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Неудачный выбор профессии влечет за собой возрастание несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Весьма вероятны и деформации в психическом самочувствии человека. Правильная и своевременная профессиональная ориентация, замечает Ю. А. Андреев, имеет самое прямое отношение к обеспечению крепкого здоровья (Три кита здоровья. – СПб., 1996). Если человек окажется неудачником по этой причине, то перспективы его жизненных успехов и бодрого настроения сомнительны, но зато весьма вероятно, что жить он будет «вяло», у него нередко будет пониженный тонус, он будет срывать негативное самочувствие, свое недовольство на семье и окружающих его людях.

В начале XX в. директор Центрального института педологии профессор Н. А. Рыбников высказал немало ценных мыслей и наблюдений, которые нашли отражение в современной теории и практике профессионального самоопределения (Психология и выбор профессии // На распутье / Под ред. М. А. и Н. А. Рыбниковых. – М., 1917). Автор делает акцент на «самознании» как определяющем условии адекватного выбора профессии. Человек должен уметь выявить свои преобладающие стремления, способности, психологические черты. Школа и семья, как отмечает Рыбников, практически не помогают молодому человеку в развитии этой самопознающей способности (самоанализа). Он обращает внимание на то, что в неправильном выборе



профессии нередко повинны члены семьи, которые ориентируются не на подлинные способности и призвание молодого человека, а на преходящие факторы (заработок, преемственность профессий в семье, доступность получения профессии и т. д.). Влияние членов семьи в этом вопросе зачастую носит форму не совета, а категорического требования. Автор указывает и на большую долю случайного выбора профессии: по совету товарищей, знакомых, по причине поверхностной привлекательности профессии и т. д. В настоящее время считается, что на процесс профессионального самоопределения наиболее сильное влияние оказывают несколько факторов.

- Интересы, на формирование которых, в свою очередь, влияют способности, прошлый опыт, представление о будущей профессии. Статистический анализ показывает, что менее 40% выпускников при выборе профессии руководствуются специально полученной информацией о профессии, в которой не только раскрываются привлекательные стороны, но и приводятся сведения о ее содержании, в том числе касающиеся и негативных аспектов.
- Индивидуальные особенности, а именно: черты характера, темперамент и свойства нервной системы.
- Уровень подготовки, который включает в себя культурный кругозор, мировоззрение, школьную успеваемость.
- Состояние здоровья.
- Ряд социальных факторов: место жительства, профессия и советы родителей, рекомендации учителей, товарищей, средств массовой информации.

#### Профессиональная подготовка

За выбором профессии, естественно, следует этап профессиональной подготовки, в процессе которой субъект, потенциально пригодный к тому или иному виду профессиональной деятельности, должен овладеть необходимой совокупностью профессиональных знаний, умений и навыков. Организация профессиональной подготовки обуславливается характером самой деятельности и основывается на анализе ее психологического содержания. Профессиональная подготовка протекает тем успешнее, чем более всесторонне и глубоко реализуются общие психолого-педагогические принципы:

- обеспечение единства обучения и воспитания;
- построение учебного процесса на основе сознательного и активного участия обучаемых;
- наглядность и доступность изложения учебного материала;
- систематичность, последовательность построения процесса подготовки;
- учет индивидуальных особенностей обучаемых;
- обеспечение контроля за прочностью усвоения и характером протекания профессиональной подготовки.

Профессиональная подготовка обязательно включает теоретическое обучение, основная цель которого – формирование у обучаемого правильного понимания сущности предстоящей деятельности и усвоение им необходимых знаний. Теоретическое обучение сочетается или сменяется практической подготовкой, т. е. собственно процессом тренировки, нацеленным на формирование у обучаемого необходимой системы профессиональных умений и навыков.

Несовершенство профессиональной подготовки, просчеты, допущенные на этом этапе, могут повлечь за собой серьезные последствия для здоровья. Человек, поставленный перед фактом своей профессиональной неполноценности, ущербности, тяжело переживает такое положение. Если эта ситуация окажется труднопоправимой и достаточно устойчивой во времени, то ее разрушительное влияние обязательно скажется в той или иной форме на соматическом и психическом здоровье работника.

Как уже говорилось выше, в ряду приоритетных ценностей человека здоровью отводится первостепенное значение. Работа, доводящая до потери здоровья и укорачивающая жизнь, по мнению Г. Спенсера, достойна не похвалы, а порицания. Это суждение авторитетного философа в полной мере сохраняет свою справедливость, когда

мы говорим о профессиональном пути человека, в том числе и о периоде его профессиональной подготовки. Цели любой образовательной системы ни в коей мере не могут быть признаны оправданными, если их реализация будет противоречить обеспечению здоровья обучаемых. Благо нам принесет только такое образование, подчеркивал Х. Гуфеланд (1996), которое предоставит возможность человеку наиболее полно совершенствоваться в физическом и нравственном отношении. Эта мысль находит продолжение в тех задачах, которые ставятся сегодня перед валеологическим сопровождением образовательного процесса. Его основная ориентация подчинена всемерному содействию всем субъектам обучения в формировании их здоровья. Жизнь и здоровье – главные ценности, а само образование должно быть подчинено обогащению этих ценностей [2].

Профессиональное долголетие будущего специалиста должно закладываться уже на этапе профессиональной подготовки. Решение этой задачи в значительной степени находится в руках самого субъекта обучения. Для этого он должен соответствующим образом научиться организовывать свое поведение, уделив в нем особое место программе профессионального самосохранения [6]. Эта программа предусматривает целый комплекс мер, которые человек должен осуществлять по отношению к себе, опираясь на необходимые знания и умения. Сохранение целостности личности, ее здоровья – главный результат успешной реализации такой программы. Наполнение конкретным содержанием программы профессионального самосохранения есть процесс достаточно индивидуальный, ибо в этом деле не может быть каких-то раз и навсегда заданных стандартных решений. Вместе с тем можно было бы отметить ряд пунктов такой программы, которые ориентированы на поддержание физического и психического здоровья человека, включенного в профессиональную деятельность. К ним относятся следующие:

- готовность к постоянному самоизменению;
- внутренняя личностная ответственность за собственное здоровье;
- способность жить в согласии с самим собой, внутренняя сбалансированность;
- овладение приемами самовосстановления после перегрузок;
- выработка адекватных средств преодоления нежелательных состояний;
- овладение приемами психической саморегуляции и нормализации уровня работоспособности, устранения последствий профессионального утомления;
- предупреждение возможных личностных деформаций в своей профессии;
- противодействие профессиональному старению и поддержание своего интеллектуального, творческого потенциала;
- исключение из своей жизни саморазрушающих стратегий поведения;
- развитие навыков самоконтроля за течением мыслительного процесса, умения в нужное время осуществлять умственную релаксацию (достигать «тишины» ума, умственного покоя).

Профессиональная адаптация

**Профессиональная адаптация** есть процесс становления (восстановления) и поддержания динамического равновесия в системе «субъект труда – профессиональная среда». После завершения образования каждому субъекту профессиональной деятельности предстоит пройти этап первичной адаптации, под которым понимается первоначальное (после специальной подготовки) вхождение в профессиональную деятельность<sup>82</sup>.

Адаптация осуществляется по нескольким направлениям, к которым относятся:

- условия деятельности (рабочее место, физическая среда);
- профессиональные задачи;
- руководство;
- социальные факторы профессиональной среды (формирование отношения к организации, коллективу; установление межличностного контакта в рабочей

---

<sup>82</sup> Соответственно различают и вторичную адаптацию, которая имеет место при радикальном изменении профессиональных задач и социального окружения (смена профессии, смена места работы).

группе и др.).

Судить об успешности прохождения первичной профессиональной адаптации можно с помощью следующих критериев:

1. Удовлетворенность выполняемой работой.
2. Установление деловых отношений с руководством.
3. Социально-психологическая совместимость (вхождение в коллектив; принятие целей и внутреннего распорядка организации).
4. Успешность выполняемой деятельности:
  - своевременность и безошибочность профессиональных действий;
  - умение не создавать предпосылки себе и другим для травм и аварий;
  - осуществление деятельности без угрозы для здоровья (цена психофизиологических затрат должна быть адекватна выполняемой деятельности).

В специальных исследованиях выявлены основные недостатки в организации и условиях труда, которые негативно влияют на его эффективность, процесс профессиональной адаптации и состояние здоровья работников. В их число входят:

- неудобное рабочее место;
- недостаточная обеспеченность необходимыми материалами;
- неясность в определении должностных обязанностей;
- неритмичная работа («штурмовщина»);
- неудобный режим работы (начало и окончание рабочего дня, степень свободы и др.);
- удаленность работы от места жительства;
- невысокая заработная плата;
- отсутствие возможности повышения квалификации;
- неясные перспективы продвижения по службе (карьеры);
- недостаточная квалификация руководства;
- негативные особенности социальной среды (неудовлетворительный социально-психологический климат в коллективе; ограниченные возможности социального обеспечения работников и др.).

Среди объективных факторов, влияющих на особенности прохождения адаптационного процесса, можно отметить следующие.

**Возраст.** Молодые люди лучше адаптируются к условиям деятельности, профессиональным задачам; с возрастом накапливается опыт социальной адаптации, что находит выражение в поведении работников, в их способности проявлять гибкость, идти на компромисс, избегать категоричных суждений.

**Пол.** У женщин преобладает ориентация на социальную адаптацию, у мужчин – на адаптацию к содержанию профессиональной деятельности.

Индивидуальные особенности:

- тип нервной системы (особенно по характеристике подвижности – инертности);
- мотивация;
- самостоятельность;
- склонность к сотрудничеству;
- адекватная самооценка (своих личностных качеств и профессиональных возможностей);
- самоконтроль;
- эмоциональная устойчивость;
- степень тревожности.

Исследования, проведенные в последнее десятилетие [4], позволили выявить личностный профиль, который присущ лицам, заболевшим в ходе первичной адаптации к условиям военной службы. Эти люди обладали:

- пониженной нервно-психической устойчивостью;
- повышенным нейротизмом;
- повышенной тревожностью;

- заниженной самооценкой;
- отсутствием конкретной установки на предстоящую деятельность (ни положительной, ни отрицательной);
- конфликтностью;
- моральной неготовностью к выполнению предъявляемых им требований.

Напротив, хорошие адаптивные возможности к воздействию факторов реальной угрозы жизни и сохранности профессионального здоровья продемонстрировали те, кому были свойственны такие характеристики:

- высокий уровень функционирования механизмов психической саморегуляции (вследствие высокой эмоциональной устойчивости, низкой тревожности и невысокого психического напряжения);
- высокие коммуникативные способности;
- сохранение ориентации на соблюдение моральных норм поведения, несмотря на значительные перенесенные психоэмоциональные нагрузки.

Завершив обучение и пройдя первичную профессиональную адаптацию, человек выходит на самый длительный в его профессиональной биографии этап, исчисляемый в общем случае не одним десятком лет и связанный с регулярным исполнением служебных обязанностей. Проблема обеспечения его профессионального здоровья на этом временном интервале рассматривается в соответствующем ракурсе.

### ***Надежность профессиональной деятельности***

По данным отечественных и зарубежных социологических опросов, среди всех сфер жизнедеятельности трудовая оказывает самое сильное влияние на здоровье, главным образом ухудшая его. Из всех факторов образа жизни, отрицательно влияющих на здоровье, трудовую деятельность респонденты называют чаще всего. Причем постоянное нервное напряжение, утомление отмечаются в качестве самого отрицательного фактора профессиональной деятельности с точки зрения его влияния на здоровье. Вместе с тем к субъекту профессиональной деятельности предъявляются определенные требования по надежности ее исполнения. В принципе, истоки психической ненадежности могут быть связаны с ошибками в протекании тех или иных психических процессов, с нарушениями в саморегуляции психических состояний, с недостаточной выраженностью определенных черт личности. Надежность профессиональной деятельности предполагает безошибочное выполнение человеком возложенных на него профессиональных обязанностей (функций) в течение требуемого времени и при заданных условиях деятельности. Достижение безошибочного и своевременного выполнения действий и деятельности в целом является результатом нормального, здорового функционирования различных подсистем организма и психики человека. Специалист, обладающий необходимыми профессионально важными качествами и требуемой квалификацией, все равно останется потенциально опасным в смысле профессиональной надежности, если с его физическим или психическим здоровьем не все благополучно. Так, например, исследования В. А. Пономаренко [8] показали, что у военных летчиков, имеющих какие-либо проблемы со здоровьем, регистрируется больше предпосылок к летным происшествиям, больше ошибочных действий при переучивании и освоении новой техники, чаще встречаются затруднения в профессиональной деятельности.

На надежность работы человека, приступившего к регулярной профессиональной деятельности после необходимой подготовки и первичной адаптации, будут оказывать влияние различные факторы. К числу наиболее значимых среди них можно отнести поддержание мотивации к выполняемой деятельности, переживаемые в процессе труда функциональные состояния (утомление, монотония, психический стресс), психологический климат в трудовом коллективе и др. Очень многое зависит и от того, насколько полно и правильно учтены психогигиенические факторы. Прежде всего, это установление режима труда и отдыха, организация рабочего места, обеспечение эстетических условий труда, учет факторов физической среды и др. Основу надежности

личности, включенной в профессиональную деятельность, составляют определенные черты характера и уровень ее нравственности. Причем ряд из них выступает в таком качестве едва ли не в любом виде профессиональной деятельности [7]. В их число входят самоконтроль, ответственность, чувство долга, дисциплинированность, самооценка, воля и самообладание. Напомним, что эти свойства личности уже назывались нами выше, когда речь шла о классификации критериев психического здоровья.

Не только профессиональное мастерство, но и нравственные качества работников влияют на их профессиональное долголетие, надежность и безопасность их труда. Гордость за качественно выполненную работу, профессиональная честность, осознание не только юридической, но и моральной ответственности перед людьми, благополучие, а нередко и жизнь которых вверены ему по долгу службы, – все это обязательные слагаемые моральной надежности специалиста. Особое место среди них принадлежит совести или, иначе говоря, нравственному самоконтролю личности (вспомним, что и эти черты нравственной сферы человека тоже были названы нами при обсуждении состава критериев психического здоровья).

Оправданный поиск возможных причин ненадежных действий субъекта труда осуществляется в соответствии с раскрытием динамики работоспособности, характеристикой ее основных фаз (вработываемости, устойчивой работоспособности и ее падения), выявлением тех факторов, от которых зависит их продолжительность.

Для фазы *вработываемости* характерно постепенное нарастание работоспособности. Эта фаза сопровождается процессом адаптации человека к новым требованиям. Соответственно она предполагает определенные затраты времени приближения работающего человека к зоне требуемых значений по безошибочности, точности и скорости выполняемых действий, т. е. переход его в фазу *устойчивой работоспособности*.

Наступление третьей фазы сопровождается *падением работоспособности*, обусловленным развитием утомления. Это психическое состояние – одно из самых распространенных в практике профессиональной деятельности. Устойчивое пребывание в нем представляет серьезную угрозу соматическому и психическому здоровью работника. Его характерные признаки проявления заключаются в следующем.

Общее снижение работоспособности осознается человеком как невозможность продолжать свою деятельность должным образом. Внимание – один из психических процессов, на который утомление оказывает наиболее сильное воздействие. Расстройство внимания выражается в сужении его объема, ухудшении переключения и распределения. Затруднения в сенсорной области сводятся к увеличению абсолютных и дифференциальных порогов чувствительности. В моторной сфере утомление вызывает нарушение ритма, точности и координации движений. Увеличивается время простой сенсомоторной реакции и реакции выбора. Снижаются показатели кратковременной памяти, темп мышления, точность и скорость образования логических взаимосвязей. В целом отмечается ухудшение качества умственной работы. Снижается эффективность самоконтроля и соответственно возрастает число ошибочных действий. В состоянии утомления ослабляются важные характеристики воли: решительность, настойчивость, выдержка. Развивается сонливость, влияющая на безопасность деятельности.

Понятно, что измерение утомления представляет собой задачу исключительной практической важности. Приоритет в ее решении принадлежит русскому психиатру И. Сикорскому, который в 1879 г. впервые попытался измерить утомление. Для этой цели он предлагал ученикам утром, а затем после окончания занятий писать диктант, длившийся 15 минут. Оказалось, что после завершения учебного дня число ошибок возрастало на 33 %. Интересные мысли по обсуждаемому вопросу были высказаны немецким педагогом М. Оффнером (Умственное утомление. – СПб., 1911). Он предложил различать субъективный и объективный методы в измерении утомления. В основу первого могут быть положены переживания субъективных симптомов утомления, доступные только самому утомленному лицу. Однако, поясняет Оффнер, субъективные симптомы нельзя

признать абсолютно надежными, а для измерения утомления они явно недостаточны. Настроение сильно влияет на переживание чувства усталости. Например, когда мы веселы, то не чувствуем утомления. Напротив, если грустим, находимся в подавленном состоянии, то работа может вызвать в нас чувство усталости. В состоянии испуга или страха мы нередко забываем об утомлении, как бы оно ни было сильно выражено. Глоток вина, чашка крепкого чая или кофе на некоторое время снимают усталость, придавая нам обманчивое чувство свежести и полной работоспособности. Объективный же метод, предложенный Оффнером, предполагает физиологические и психологические измерения утомления, осуществляемые другими лицами. В их основе лежат подлинные изменения физиологических функций, а также характер физических и психических действий субъекта утомления. Оффнер особо подчеркивает, что соответствие между субъективными симптомами и реальным психофизиологическим состоянием довольно шатко, поэтому создается определенный простор для рискованных заключений относительно степени выраженности чувства усталости.

Эта тема получила дальнейшее развитие в 1960-1970-е гг. в отечественной инженерной психологии в связи с разработкой концепции объективного контроля за состоянием человека-оператора, управляющего сложными техническими системами. Для такого контроля было предложено использовать методы автоматического распознавания образов и объективные критерии, с помощью которых в процессе работы можно регистрировать качественные характеристики состояния оператора: напряженность, усталость, степень концентрации внимания, готовность к выполнению действия и др. Введение объективного контроля за психофизиологическим состоянием оператора было прежде всего направлено на предотвращение временно-устойчивых отказов в его работе (например, из-за чрезмерного переутомления) и исключение возможных аварийных последствий. Такое своевременное «схватывание» начала развития угрожающего состояния у оператора давало возможность передать его функции оператору-дублеру или перевести систему на режим автоматического управления. Чтобы выполнять свое предназначение, контроль за состоянием оператора должен отвечать определенным требованиям:

- отличаться высоким быстродействием;
- осуществляться непрерывно;
- обеспечивать простоту регистрации психофизиологических характеристик;
- его аппаратные средства не должны стеснять действия оператора.

Обычно в качестве источников информации о состоянии оператора используются биоэлектрические процессы (электроэнцефалограмма, кожно-гальваническая реакция), незлектрические характеристики дыхания, давления крови, температуры тела, речи. Сравнительно недавно показана возможность использования для этих целей биоэлектрических характеристик биологически активных точек.

Сегодня проблема объективного контроля психофизиологического состояния ставится шире, т. е. не только применительно к профессиям операторского профиля. Речь идет о необходимости соответствующих мероприятий, направленных на постоянный контроль за состоянием здоровья человека, включенного в реальный производственный процесс [10]. Для этого предлагается вводить мониторинг физиологических функций человека, на основании которого можно было бы осуществлять экспресс-диагностику состояния и выявлять лиц, работающих с высоким уровнем психоэмоционального напряжения («группа риска»). По мере оптимизации режимов труда и отдыха, совершенствования системы профессионального подбора персонала необходимость в непрерывном контроле состояния работников уже не будет столь выраженной и можно будет переходить к контролю, носящему эпизодический характер.

Еще одно современное направление по обеспечению надежности профессиональной деятельности связано с разработкой оздоровительных программ для персонала. Конкретный опыт их применения уже накоплен в целом ряде зарубежных организаций. В основу таких программ положены следующие предпосылки:

1. Образ жизни оказывает важное влияние на здоровье человека.

2. Люди могут изменить свои привычки, если им оказать соответствующую помощь.

3. Рабочее место наиболее эффективно для помощи такого рода, так как люди проводят на рабочем месте много времени.

Руководство организаций должно быть заинтересовано в реализации программ поддержки здоровья, так как они позволяют повысить надежность и производительность труда, сократить количество больничных листов, снизить затраты на оплату страховки, улучшить психологический климат в коллективе.

Обычно реализация программ «за хорошее здоровье» разворачивается во времени в следующей последовательности.

1. Работников знакомят с основными факторами риска для здоровья. Это, прежде всего, неправильное питание; недостаток физической активности; курение; употребление алкоголя, наркотиков; излишний вес.

2. Работники получают информацию относительно их собственных факторов риска. Этому предшествует медицинское обследование и заполнение опросника о стиле жизни.

3. Чтобы снизить влияние фактора или факторов риска, разрабатывается индивидуальный план здорового образа (стиля) жизни. Он включает информацию о принципах здорового образа жизни, обучение техникам самоуправления стрессом, обучение навыкам измерения кровяного давления, рекомендации по изменению образа жизни с целью улучшения и поддержания здоровья и др.

4. Организация оказывает поддержку своим работникам в изменении их образа жизни. Все исследования проводятся в рабочее время, на добровольной основе; оплачивается медицинская страховка.

Безусловно, принимая во внимание современные особенности жизнедеятельности человека, в том числе и его трудовой деятельности, надо признать, что од-ним из наиболее опасных факторов, представляющих большую угрозу состоянию «здоровья и в целом профессиональному долголетию, является психологический тресс. Остановимся на этом вопросе специально.

## ***Стресс в профессиональной деятельности***

Сначала сделаем некоторые предварительные замечания.

Термин «стресс» (давление, напряжение) английского происхождения. В XIV в. в Англии в литературных источниках появляются различные трактовки этого понятия. Однако научный подход к пониманию стресса начал складываться только в XIX в. Этому способствовало изучение вопросов о защитных силах организма, о его способности противодействовать разрушающим воздействиям извне. Считается, что у истоков исследования проблемы стресса стоял знаменитый французский физиолог Клод Бернар. Во второй половине XIX в. он высказал и обосновал идею о внутренней среде организма, о ее постоянстве как необходимом условии жизни. Основная мысль Бернара заключалась в том, что благодаря постоянству внутренней среды (вода, температура, воздух, давление, химический состав и др.) организм обретает определенную независимость от воздействия внешних факторов. Бернар считал, что на сохранение внутренней среды, ее биологических констант (кислород, сахар, соли и т. д.) направлена деятельность определенных витальных механизмов, но он не раскрыл содержание этих механизмов.

Ответ на этот вопрос дал американский физиолог Уолтер Кэннон. Он вошел в историю науки как автор учения о гомеостазе. Под гомеостазом понимается состояние поддержания относительного динамического постоянства (равновесия) внутренней среды организма в физиологически допустимых пределах (обеспечение постоянства температуры тела, кровяного давления, концентрации сахара в крови и т. д.). Механизм гомеостаза действует на уровне целостного организма, отдельного органа, клеточном и молекулярном уровнях.

Кэннон подходил к трактовке гомеостаза с дарвиновских позиций, рассматривая его как продукт естественного отбора. Он подчеркивал, что механизмы гомеостаза не даны изначально, они сформированы в процессе развития живого и имеют фило- и онтогенетический аспекты рассмотрения.

В общем механизме гомеостаза Кэннон различал два основных компонента:

1. Сигнальные устройства (периферические сенсорные окончания), чувствительные к изменениям, ставящим под угрозу стабильность организма. Иначе говоря, это контрольные по своей сущности элементы, вырабатывающие сигнал рассогласования между тем, что должно быть, и тем, что есть в действительности.

2. Устройства коррекции, действие которых направлено на восстановление нарушенного равновесия и нейтрализацию угрозы. Такое понимание гомеостаза можно рассматривать как формулировку общего принципа саморегуляции, содержащего в себе идею обратной связи. Кэннон рассматривал гомеостаз как один из защитных механизмов организма.

Крупный вклад в изучение проблемы стресса был внесен канадским врачом и биологом Гансом Селье. Он открыл феномен неспецифической реакции организма в ответ на разнообразные специфические повреждающие воздействия. Автор назвал этот феномен общим (генерализованным) **адаптационным синдромом**, под которым понимал усиление приспособляемости организма к изменившимся условиям. Селье считал, что на воздействия разного рода (температурные, инфекционные, механические, потеря крови, усталость и др.) организм отвечает неким общим, однотипным физиологическим процессом вне зависимости от того, какой именно раздражитель действует на него в данный момент. С помощью этого процесса организм мобилизует себя на самозащиту, на адаптацию к новой ситуации. В его основе лежит гормональная реакция: выделение в кровь с определенной закономерностью гормонов гипофиза и коры надпочечников прежде всего. Под воздействием гормонов усиливается иммунитет. Селье не отрицал ведущего значения высших отделов нервной системы при стрессе (психики), однако сам непосредственно не изучал эту проблему.

Начало интенсивной разработки проблемы стресса относится ко второй половине XX в. В зависимости от характера внешних воздействий в настоящее время принято различать **физиологический** и **психологический** стресс. О физиологическом стрессе можно говорить, когда имеет место негативное воздействие на органы и ткани организма. Характерной особенностью его является боль. Субъективное чувство боли – это основная форма участия центральной нервной системы в этом виде стресса. Физиологический стресс особенно обстоятельно изучается в медицине. Он был и остается основным предметом внимания в научной школе Г. Селье.

Психологический (эмоциональный, второсигнальный) стресс – это та разновидность континуума стрессовых состояний, которые в значительной части следует отнести к области отрицательных и положительных чувств и эмоций. Видов и форм проявления психологического стресса бесконечно много, так как они обусловлены личностными качествами человека, его прошлым опытом, особенностями воспитания и образования и т. д. Можно сказать, что это самая обширная и трудная область исследования стрессовых состояний. До настоящего времени нет общепринятого понимания термина «психологический стресс». Обычно его связывают с таким видом психической напряженности, который возникает у человека под влиянием эмоциональных, мотивационных и интеллектуальных стрессоров (причин, приводящих к состоянию стресса); иначе говоря, в условиях деятельности, связанных с большими умственными перегрузками, с необходимостью быстрого отыскания решений, помехами, неудачами, реальной опасностью, повышенной ответственностью за выполняемую работу и т. д. В более общей форме можно сказать, что психологический стресс создается факторами, носящими характер угрозы или помехи.

В настоящее время существует немало профессий, для которых стресс если и не хроническое явление, то, во всяком случае, вероятность его возникновения весьма велика. В этом смысле не требуют особого пояснения профессии космонавта, летчика, авиадиспетчера, оператора атомных электростанций и др. Любопытны данные социологических исследований, проведенных во Франции. В этой стране в число наиболее стрессогенных попали профессии авиадиспетчера, машиниста поезда, преподавателя в школе, продавца в супермаркете, официанта. Среди мест службы,



наиболее опасных для жизни, на первое место вышла финансовая биржа. Оказалось, что инфаркты и инсульты здесь во много раз превышают аналогичные заболевания в других профессиях. А вот по оценкам психологов и социологов США, рейтинг профессий, тесно связанных с ситуациями стресса, выглядит следующим образом: президент страны, водитель такси, пожарный, менеджер, автогонщик и т. д.

Ученые приходят к выводу, что из всех видов стресса наиболее опасен **социальный**, вызванный теми или иными жизненными обстоятельствами. Известны попытки выстроить шкалу социальных стрессоров, расположив их в порядке силы воздействия. Между этими шкалами существуют определенные расхождения, но объединяет их то, что на первое место в качестве самого мощного потрясения выходит смерть супруга (воздействие этого стрессора оценивается в 100 баллов). Потеря спутника жизни в 10 раз повышает опасность заболевания раком. Ниже мы приводим с некоторыми сокращениями шкалу стрессоров (авторы – американские исследователи Т. Холмс и Р. Рей<sup>83</sup>).

Таблица 22.7

Шкала оценки стрессовых ситуаций

Событие	Его значимость (в баллах)
Смерть супруга	100
Развод	73
Раздел имущества	65
Тюремное заключение	63
Смерть кого-то из близких	63
Травма или болезнь	53
Брак	50
Выход на пенсию	45
Сексуальные затруднения	39
Пополнение семьи	39
Семейные ссоры	35
Уход детей из семьи	29
Изменение условий жизни	25
Смена школы	20
Смена религии	19
Изменение привычек в еде	15
Незначительные нарушения закона	11

Одна из характерных примет настоящего времени – необходимость выполнять профессиональные обязанности в экстремальных условиях, в состоянии повышенной психической напряженности. Некоторым профессиям фактор стресса просто сопутствует, например работе авиадиспетчера, связанной с переживанием психической напряженности в силу высочайшей ответственности за принимаемые решения. Работа в условиях стресса представляет собой серьезное испытание физического и психического здоровья специалиста, критической проверкой степени его профессиональной надежности.

Профессиональная деятельность человека может осложняться воздействием стрессоров разной природы. Опираясь на доступные литературные источники, попробуем классифицировать по разным основаниям наиболее типичные, распространенные в профессиональной деятельности стрессоры.

#### **Организация и содержание трудовой деятельности:**

- условия труда;
- чрезмерная перегрузка, напряженная психическая деятельность или явная недогрузка в объеме выполняемой работы;
- однообразии выполняемой работы;

<sup>83</sup> Стресс, депрессия: 250 способов самозащиты без таблеток дома, в пути, на работе. – М., 1998.

- изменение продолжительности или условий труда;
- неудобные часы работы;
- неблагоприятное воздействие факторов физической среды (температура, шум, вибрация, влажность, кислородная недостаточность, голод, жажда, воздействие перегрузок и т. д.);
- внезапное или систематическое отвлечение внимания (неожиданный раздражитель или постоянное воздействие помех и, как следствие, развитие преждевременного утомления);
- трудность выполняемой деятельности, в том числе дефицит или неполнота информации, дефицит времени, повышенные требования к безошибочности и скорости действий и др.;
- сменная работа;
- качество оборудования;
- опасность для жизни и здоровья, риск;
- новизна, реорганизация на работе;
- повышенная ответственность;
- обеспокоенность последствиями ошибочных действий, страх совершить ошибку;
- неблагоприятное функциональное состояние организма в процессе выполнения деятельности;
- нарушение биологических ритмов (в том числе нарушение сна);
- необходимость принимать слишком много решений;
- отсутствие или малое участие в процессе принятия решений.

#### **Профессиональная карьера:**

- проблема статуса;
- неудовлетворительные перспективы продвижения по службе;
- неясно очерченный круг обязанностей и прав, присущих данной должности;
- изменение служебных обязанностей;
- перспектива сокращения (увольнения, безработицы) или преждевременного ухода на пенсию;
- фрустрация из-за достижения предела своей карьеры;
- чувство «заложника» выполняемой работы (профессиональный «капкан»): ничего лучшего не найти;
- недостаток необходимых профессиональных знаний и умений;
- несбывшиеся надежды;
- переход на другую работу.

#### **Оплата труда:**

- отсутствие ясности в оплате труда;
- переживание несоответствия между затратами сил на выполняемую работу и ее оплатой;
- неравная оплата труда.

#### **Взаимоотношения на работе:**

- конфликт (неприятности) с руководством;
- плохое руководство;
- взаимоотношения с коллегами по работе;
- ограничения свободы поведения;
- интриги;
- изоляция в рабочей группе.

#### **Внеорганизационные источники стресса:**

- проблемы в семье;
- жизненные кризисы;
- финансовые проблемы;
- конфликты личностных ценностей с ценностями, декларируемыми организацией.

Практический опыт профессиональной деятельности убедительно

свидетельствует, что самое существенное влияние на характер развития стресса, глубину и последствия его переживания оказывают индивидуальные особенности человека. Некоторые из них, как было установлено, обеспечивают стрессоустойчивость работника, усиливая его возможности в противодействии стрессогенным факторам. Среди главных психологических свойств, способствующих приспособлению к стрессу, его преодолению, можно назвать оптимизм, чувство юмора, волевые качества, доброжелательность, самоуважение.

Особо следует отметить самообладание. Это очень важная черта характера, которая помогает человеку управлять самим собой, собственным поведением, сохранять способность к выполнению деятельности в самых неблагоприятных условиях. Человек с развитым самообладанием умеет при любых, даже чрезвычайных обстоятельствах не поддаваться панике, сохранять ясность ума, подчинять свои эмоции голосу рассудка, не позволяя нарушить организованный строй его психической жизни. Для некоторых видов профессиональной деятельности, предполагающих работу специалистов в экстремальных условиях, самообладание становится одним из определяющих условий обеспечения надежности их деятельности. Основное содержание этой черты характера составляет функционирование двух психологических механизмов: самоконтроля и коррекции (воздействия).

С помощью самоконтроля субъект следит за своим эмоциональным состоянием, выявляя возможные отклонения (по сравнению с фоновым, обычным состоянием) в характере его протекания. С этой целью он задает себе контрольные вопросы, например: «Не выгляжу ли я сейчас взволнованным?»; «Не слишком ли я жестикулирую?»; «Не говорю ли я излишне тихо (или, наоборот, громко)?» и т. п. Если самоконтроль фиксирует рассогласование, то этот факт служит толчком к запуску механизма коррекции, направленного на подавление, сдерживание эмоционального «взрыва», на возвращение эмоционального реагирования в нормативное русло. Воздействия на собственные эмоции могут носить и упреждающий (в некотором смысле профилактический) характер. Это значит, что еще до появления явных признаков нарушения эмоционального равновесия, но предвидя вполне реальную возможность такого события (ситуация опасности, риска, повышенной ответственности и др.), человек с помощью специальных приемов самовоздействия (самоубеждения, самоприказа и т. д.) стремится предотвратить его наступление. Таким образом, можно заключить, что практическая реализация самообладания как свойства личности осуществляется по гомеостатическому принципу (Никифоров, 1989). Выявление признаков стрессового состояния человека, осуществляющего профессиональную деятельность, и их регистрация представляют задачу особой важности. Отличительная черта состояния стресса – общее возбуждение, которое охватывает различные уровни функционирования организма. На уровне *поведенческих реакций* состояние стресса может проявиться в виде:

- характерных особенностей мимики и пантомимики;
- скованности (непроизвольное напряжение мышц, закрепощенность позы, пассивное поведение);
- особой подвижности, иногда немотивированной, нехарактерной для изучаемого субъекта;
- непроизвольных движений глаз;
- изменения цвета кожи лица (покраснение, побледнение);
- выраженных изменений в артикуляции, в интонациях голоса;
- неадекватных поступков и ответов на вопросы;
- нарушения критичности мышления, четкости выражения мыслей;
- резкой смены настроения и др.

Изменения в сфере *познавательных процессов и психомоторике* человека в условиях стресса могут быть зафиксированы при измерении целого ряда показателей, к которым относятся, например:

- время и ошибки сенсомоторных реакций, в частности реакций на движущийся объект;

- острота зрения, абсолютные и дифференциальные пороги световой и цветовой чувствительности;
- критическая частота слияния мелькания;
- показатели долговременной и кратковременной памяти на звуковые и зрительные стимулы;
- точность усилий;
- характеристики внимания (устойчивость, концентрация, распределение, переключение и объем);
- координация и точность движений;
- данные глазомера;
- показатели тремометрии и др.

*Физиологические реакции* организма в условиях стресса обычно регистрируются путем измерения следующих показателей:

- частота и ритм сердечных сокращений;
- величина артериального давления;
- показатели дыхания (с оценкой его частоты и соотношений фаз вдоха и выдоха);
- показатели температуры тела;
- зрачковый рефлекс;
- кожно-гальваническая реакция;
- величина потоотделения;
- показатели электроэнцефалограммы, электроокулограммы, электромиограммы.

Наконец, в качестве *биохимических показателей* состояния стресса могут использоваться, например, показатели общего анализа крови, выделения гормонов (прежде всего коры надпочечников), содержания сахара в крови и др.

В исследовательском и практическом плане вызывает интерес изучение особенностей психологического реагирования субъектов профессиональной деятельности в зависимости от специфики воздействующего на них стрессора. Проиллюстрируем сказанное на примере сенсорной изоляции, которая предполагает нахождение человека (и осуществление им профессиональной деятельности) в социально обедненной среде. В таких условиях работают экспедиции полярников, геологические партии, дальняя авиация, космонавты, участники автономного плавания и др.

Под воздействием сенсорной изоляции у человека могут возникнуть необычные психические состояния. Сначала они носят функциональный, обратимый характер, но при значительном увеличении сроков изоляции переходят в патологические и проявляются в виде нервно-психических заболеваний (неврозы, психозы). Нарушения в сфере перцептивных процессов, находящие выражение в виде обманов чувств (иллюзии, галлюцинации), наиболее типичны для сенсорной изоляции. Изменения в эмоциональной сфере могут быть связаны с переживаниями апатии, тоски, тревоги, страха, скуки.

Характерные изменения отмечаются в сфере самосознания: они могут выражаться в утрате единства «Я», в чувстве его раздвоения [3]. Этот феномен развивается как результат саморегулирования отношений с самим собой в условиях одиночества, при отсутствии или существенном ограничении межличностного контакта. Он может проявляться в виде спонтанной речевой активности: монологах (деятельность комментируется вслух); диалогах (разговор, спор с самим собой и т. п.); ведении дневников и др. В условиях изоляции привычные для человека формы общения нарушены, и он вынужден приспосабливаться к новым для него условиям существования, обращаясь к новым (нетипичным) механизмам регулирования своего поведения (речь из внутренней становится внешней). Установлен ряд индивидуально-психологических особенностей, которые способствуют снижению адаптационных возможностей человека в условиях сенсорной изоляции. К ним относятся:

- преобладание первой сигнальной системы, предполагающей доминирование

чувственного отражения (тип «художников» по И. П. Павлову);

- эгоцентрическая направленность личности;
- склонность к поспешному, недостаточно обоснованному принятию решений;
- высокая потребность в обратной связи (в подкреплении своих действий извне);
- повышенные тревожность, внушаемость, мнительность, впечатлительность;
- недостаточный жизненный опыт приспособления к новым условиям.

С другой стороны, выявлены и такие индивидуально-психологические особенности, которые помогают усилить противодействие негативному влиянию данного стрессора. Это:

- хорошая координация (баланс) первой и второй сигнальных систем при ведущей роли последней;
- исследовательские способности (анализ, синтез при встрече с неизвестными явлениями);
- целенаправленность;
- уверенность в своих силах;
- умение подавлять неприятные ощущения;
- умение занять себя и освоить неизвестную ситуацию;
- самоуправление (самоконтроль, самообладание); чувство юмора.

Понятно, что наряду с систематизацией возможных видов стрессоров профессиональной деятельности, выявления специфики их воздействия на физическое и психическое здоровье человека предметом особой заботы исследователей и тех, кто наделен функциями управления организациями, должен быть поиск соответствующих решений по обеспечению защищенности работников от появления и негативного влияния экстремальных факторов в их деятельности. В общий комплекс мероприятий по укреплению стрессоустойчивости работников обычно входят вопросы эффективного психологического подбора персонала, его должной профессиональной подготовки, научной организации условий труда и отдыха. Однако все большее признание находит точка зрения, в соответствии с которой борьба со стрессом должна осуществляться не только на групповом, но и на индивидуальном уровне. В связи с этим сравнительно недавно за рубежом стали уделять внимание разработке различных видов программ, семинаров, тренингов по управлению стрессом. Акцент в них делается на формирование у работников соответствующих умений и навыков самовоздействия с целью предотвращения развития стресса, предупреждения тревожных состояний и психического напряжения. Наряду с программами по повышению степени физической тренированности стрессоустойчивость все чаще развивают с помощью различных методов психической саморегуляции, в том числе аутогенной тренировки, биологической обратной связи, медитации и др.

### **Безопасность труда**

Самое непосредственное отношение к проблеме профессионального здоровья и долголетия имеет обеспечение безопасности труда. Согласно данным Международного бюро труда, основная причина смертности среди лиц до 41 года приходится на травматизм и несчастные случаи. Установлено также, что примерно в 80 % несчастных случаев и травм повинен сам человек. *Несчастный случай* принято понимать как внезапное непреднамеренное повреждение организма человека (препятствующее нормальному осуществлению деятельности), происшедшее в результате воздействия на него опасного производственного фактора или собственного опасного поведения. Изучение психологических причин несчастных случаев, возникающих в процессе труда, и путей использования психологических знаний для повышения безопасности деятельности человека составляет главную задачу психологии безопасности как одного из направлений исследования.

Причинами несчастных случаев могут быть как объективные, так и субъективные факторы. В первом случае немалое их число кроется в самой организации деятельности. Это могут быть:

- дефекты или неудовлетворительное состояние оборудования;

- отсутствие или недостатки средств защиты и безопасности;
- плохая организация рабочего места;
- неблагоприятное воздействие факторов физической среды (шум, недостаточная освещенность, воздействие токсических веществ и т. д.);
- чрезмерная интенсивность или монотонность труда, его тяжесть, дефицит двигательной активности и т. д.;
- недостаточная четкость и полнота инструкций по охране труда;
- отсутствие климата «безопасности» в коллективе;
- плохие производственные отношения (психологический климат) и др.

Что же касается причин несчастных случаев по вине самого субъекта профессиональной деятельности, то достаточно условно их можно классифицировать по основным формам проявления психики: процессы, состояния, свойства.

Процессы:

- недостатки в сфере внимания: концентрация, распределение, переключение;
- различные изъяны органов чувств (например, частичная потеря зрения, глухота и др.);
- нарушения связи между сенсорными и двигательными центрами высших отделов нервной системы (по мнению большинства специалистов, изучавших причины несчастных случаев, такие функциональные нарушения играют главную роль в возникновении большинства из них);
- дефекты, возникающие в согласованности, координации движений;
- недостаточная способность различения слабых сигналов (предвестников опасности);
- недостаток наблюдательности (осмотрительности);
- слабо выраженная критичность мышления;
- недостаточная способность к прогнозированию развития событий;
- трудности в оценке ситуации и выборе способов поведения в ней.

Состояния:

- агрессивность, враждебность;
- импульсивность: действия опережают анализ, оценку ситуации;
- эмоциональная неуравновешенность;
- депрессия;
- низкая выносливость;
- переутомление;
- тревожность (беспокойство, страхи, нарушенное душевное равновесие);
- неудовлетворенность повседневной жизнью (не знает чего хочет, не видит путей достижения своих расплывчатых желаний);
- состояние стресса;
- алкоголизм;
- наркомания.

Свойства:

- эгоцентризм (не склонен считаться с мнением, интересами, настроениями других людей; невнимателен и нечувствителен к заботам и чувствам других; неуважение к окружающим);
- склонность к риску (чрезмерно высокая или низкая, неадекватная ситуации);
- беспечность, халатность, небрежность;
- фатализм;
- асоциальные установки;
- некомпетентность;
- нетерпимость к замечаниям;
- неадекватная самооценка;
- дефицит самоконтроля;
- чрезмерная самоуверенность;
- конфликтность;

- избегание ответственности;
- низкая мотивация к работе (неудовлетворенность работой, отсутствие интереса к ней оказывает сильное отрицательное влияние на удовлетворенность жизнью в целом, физическое и психическое здоровье);
- пренебрежение правилами безопасности.

На последнем факторе остановимся подробнее в силу его особой важности. В связи с ним уместно вспомнить одно из высказываний Сократа:

Я решил, что перестану заниматься изучением неживой природы и постараюсь понять, почему так получается, что человек знает «что хорошо», а делает «что плохо».

Что касается безопасности труда, то сегодня специалисты уже имеют определенные ответы на этот вопрос. Во всяком случае, можно говорить о некоторых причинах сознательного нарушения правил безопасной работы [5]. В их число входят:

- экономия сил (сохранение энергетических ресурсов);
- экономия времени (за счет увеличения темпа работы; сокращения объема или пропуска отдельных операций, необходимых для безопасности);
- адаптация к опасности (или недооценка опасности и ее последствий);
- самоутверждение в глазах коллег (рискованное поведение, «хождение по лезвию ножа»);
- стремление следовать групповым нормам («план любой ценой»);
- ориентация на авторитеты (подражание «авторитетным нарушителям»);
- самоутверждение в собственных глазах (неуверенность в себе или упреки со стороны);
- переоценка собственного опыта;
- привычка работать, нарушая правила безопасности;
- ситуационный риск (в присутствии зрителей, аудитории, референтных лиц: женщина, приятель и т. д.).

Соответственно практический опыт, накопленный в исследованиях проблемы безопасности труда, позволяет нарисовать обобщенный психологический портрет человека, которому не свойственно наносить ущерб собственному здоровью и допускать несчастные случаи в своей профессиональной деятельности. В этом портрете «нетравматика» мы не найдем пессимизма, недоверчивости, тревожности, эгоцентризма, агрессивности, максимализма, экспрессивности. С другой стороны, не составит труда разглядеть в нем такие характерные признаки, как целеустремленность; настойчивость; преобладание волевой сферы над эмоциональной; общительность; интерес к работе; ясное представление о целях и способах их достижения; уважение к правам других и самоуважение; надлежащий самоконтроль; наличие одного или нескольких друзей.

К настоящему времени проясняются и некоторые тендерные аспекты безопасности труда. Можно утверждать, что женщины реже создают опасные ситуации и с ними реже происходят несчастные случаи. Правда, эта тенденция справедлива преимущественно для нормальных условий работы. А вот в экстремальных, непредвиденных обстоятельствах, существенном усложнении работы безопасность труда женщин резко снижается по сравнению с мужчинами. В этих условиях женщины совершают и большее число действий, приводящих к травмам, несчастным случаям. В целом на безопасность трудового поведения женщин значительно сильнее влияют социальные конфликты (на работе), семейные неприятности, настроение, тревожность, страх.

Забота о безопасности и здоровье работников входит в число первостепенных задач руководства организации. Она требует к себе постоянного внимания. Только при комплексном подходе к влиянию и роли различных факторов можно надеяться на эффективное решение этой задачи. Сегодня психологическое обеспечение безопасности труда предполагает осуществление на практике следующих мер:

- профессиональный подбор (отбор) персонала;
- выявление лиц (групп) риска;
- профессиональное обучение: формирование индивидуального безопасного стиля деятельности, мотивации к безопасной работе;

- выявление и устранение неблагоприятных условий труда, в случае необходимости – обеспечение работников соответствующим защитным оборудованием; наглядная агитация за безопасный труд;
- оптимальная организация режимов труда и отдыха;
- обеспечение должной мотивации труда;
- индивидуальная и групповая профилактика безопасного поведения (обучение технике, тренинги безопасности).

### **Контрольные вопросы**

1. Проанализируйте работы зарубежных и отечественных авторов, относящиеся к проблеме профессионального здоровья.
2. Раскройте концепцию психологического обеспечения профессиональной деятельности применительно к вопросу профессионального здоровья.
3. Покажите, в чем заключается обеспечение надежности профессиональной деятельности и его влияние на профессиональное здоровье.
4. Рассмотрите природу возможных стрессоров в профессиональной деятельности и признаки вызываемых ими стрессовых состояний.
5. Проанализируйте объективные и субъективные факторы обеспечения безопасности труда.

### **Литература**

1. *Гуфеланд Х.* Искусство продлевать человеческую жизнь (макробиотика) // *Время жить.* - СПб., 1996.
2. *Колбанов В. В.* Валеология. Основные понятия, термины, определения. – СПб., 1998.
3. *Котова Л. А.* Психологическая адаптация к пенсионному статусу и психическая декомпенсация в позднем возрасте // *Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста/Под ред. М. М. Колбанова.* –Л., 1990.
4. *Лебедев В, И.* Личность в экстремальных условиях. – М., 1989.
5. *Маклаков А. Г.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дис. ... докт. психол. наук. – СПб., 1996.
6. *Мариненко Н. В.* Уроки безопасности. – М., 1991.
7. *Маркова А. К.* Психология профессионализма. – М., 1996.
8. *Никифоров Г. С.* Самоконтроль человека. – Л., 1989.
9. *Никифоров Г. С.* Надежность профессиональной деятельности. – СПб., 1996.
10. *Пономаренко В. А.* Психология жизни и труда летчика. – М., 1992.
11. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб., 1991.
12. *Судаков К. В.* Диагноз здоровья. – М., 1993.
13. *Якокка Л.* Карьера менеджера. – М., 1991.



## Глава 22. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ КАК КРИТЕРИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

### Понятие профессионального здоровья

Абсолютных критериев здоровья и болезни нет, стало быть, нет и четкой однозначной границы между этими двумя состояниями. Однако практика вполне обоснованно требует проводить эту границу условно, руководствуясь главным образом социальными обстоятельствами.

Практика медицинского освидетельствования при отборе для определенных видов профессиональной деятельности свидетельствует, что окончательный вывод в этой ситуации звучит так: «По состоянию здоровья – годен (не годен)». Общеизвестно, что требования, которые определяют такой вывод, могут различаться в степени весьма значительной как качественно, так и количественно. Вот поэтому два человека после посещения обычной районной поликлиники могут быть оценены как практически здоровые люди, однако после прохождения, например, врачебно-летной комиссии один из них может быть признан годным, а второй не годным по состоянию здоровья к летной деятельности.

В повседневной жизни такие обстоятельства встречаются достаточно часто, что и обусловило появление такого понятия, как **профессиональное здоровье**.

Под **профессиональным здоровьем** принято понимать интегральную характеристику функционального состояния организма человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью на протяжении заданного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность.

Отсюда следует, что главным показателем профессионального здоровья является *работоспособность*, отражающая указанные возможности человека. Вместе с тем, несмотря на широкое распространение и употребление этого термина, необходимой однозначности в его понимании нет. Прежде всего следует обратить внимание на принципиальное семантическое отличие от таких понятий, как *трудоспособность*, используемое во врачебно-трудовой экспертизе и отражающее способность к труду (без четкой его конкретизации), зависящую от состояния здоровья работника, а также *дееспособность* как юридически правовое понятие.

Используется как нормативный термин *работоспособность человека-оператора* – свойство, определяемое состоянием физиологических и психических функций, характеризующее его способность выполнять определенную работу с требуемым качеством в течение заданного интервала времени (ГОСТ 26387-84). В этом определении обращает на себя внимание некоторое противоречие между способностью и заданными параметрами деятельности. Достаточно очевидно, что они могут оказаться ниже уровня способности человека, а потому не отражают потенциальные возможности человека.

Более последовательным и логичным представляется подход немецкого физиолога труда Г. Лемана:

Работоспособность представляет собой тот максимум работы, который в состоянии выполнить человек [2].

Это определение может быть развернуто до более конкретного понятия – профессиональная работоспособность.

**Профессиональная работоспособность** – максимально возможная эффективность деятельности специалиста (т.е. максимально возможная производительность), обусловленная функциональным состоянием его организма с учетом ее физиологической стоимости.

При этом под *физиологической стоимостью работы* (ФСР) принято понимать величину затраченных физических и психических резервов организма в процессе деятельности. Для характеристики ФСР обычно используют два обобщенных показателя: уровень энерготрат за период работы и выраженность утомления к концу деятельности.

Таким образом, понятие «профессиональная работоспособность» связывает в естественный комплекс функциональное состояние организма, его изменения при том или ином виде деятельности, физиологическую и психологическую цену этой деятельности, эффективность профессиональной деятельности и, следовательно, психическое, физическое и социальное благополучие.

Отсюда следует, что ведущим критерием, показателем профессионального здоровья может быть только профессиональная работоспособность.

### **Факторы профессиональной работоспособности**

Представляется весьма актуальным конкретизировать факторы профессиональной работоспособности. Накопленный опыт психофизиологического обеспечения различных видов профессиональной деятельности в обычных и экстремальных условиях свидетельствует о целесообразности выделения трех групп факторов.

Во-первых, это *физический статус*, нередко обозначаемый как физическая работоспособность. Ведущими здесь являются следующие показатели:

1. Физическое развитие, т. е. антропометрические данные – рост, масса, объем грудной клетки, живота, жизненная емкость легких и ряд других.

2. Физическая подготовленность – сила (в ее различных разновидностях), быстрота (ранее обозначаемая как скорость), выносливость, координиро-ванность.

3. Показатели вегетативного обеспечения физической деятельности. Наиболее распространенные, имеющие международные стандарты, – это аэробная производительность, оцениваемая по максимальному поглощению кислорода (МПК), анаэробная производительность, определяемая по максимальному кислородному долгу (МКД), и тест PWC<sub>170</sub> (аббревиатура от английского Physical Working Capacity – физическая работоспособность).

Во-вторых, это показатели *психического статуса* (нередко обозначаемого как умственная работоспособность). К ним в первую очередь относят:

1. Степень адекватности состояния психической активности (континуум от состояния функционального покоя до психоэмоционального стресса) применительно к определенным конкретным условиям.

2. Характеристики внимания: активность, направленность, широта, переключаемость, концентрация, устойчивость.

3. Восприятие как совокупность процессов, в результате которых формируется субъективная (идеальная) модель объективно существующей реальной действительности и которые заканчиваются опознанием (распознаванием) этого образа. Критериями опознания образа принято считать его вербализацию или адекватное реагирование на него.

4. Научение, проявляющееся в личностных особенностях к обучаемости и по виду информации или навыков, и по скорости, и по способу и т. д.

5. Память (имеются в виду ее различные виды, скорость консолидации, длительность, сохранение способности к воспроизведению и другие характеристики).

6. Мышление – «психическая деятельность, направленная на обобщенное и опосредованное познание объективной действительности путем раскрытия связей и отношений, существующих между познаваемыми предметами и явлениями» (К. К. Платонов. Вопросы психологии труда. – М.: Медицина, 1970) в его различных формах: наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое с учетом скорости, креативности и других характеристик.

7. Свойства личности, что в современной психологии и психофизиологии имеет наиболее неоднозначную трактовку. Однако, как показал опыт психологического и физиологического обеспечения трудовой деятельности, чаще других оказываются достаточно существенными, т. е. влияющими на поведение человека и эффективность деятельности, нервно-психическая неустойчивость, личностная и реактивная тревожность, конформность, способность к психологической защите, а также специальные способности.

И в-третьих, несомненную значимость имеют *социальные и социально-*

*психологические факторы.* Из их числа наиболее важны следующие:

1. полная или достаточная укомплектованность коллектива;
2. профессиональная подготовленность специалистов;
3. материально-техническая обеспеченность;
4. налаженное эффективное управление;
5. надежная связь (передача информации);
6. межличностные отношения, благоприятный психологический климат в коллективе;
7. сработанность коллектива;
8. мотивация к деятельности.

Таким образом, количество факторов, влияющих в большей или меньшей степени на профессиональную работоспособность, оказывается достаточно велико. И для решения практических задач нет необходимости учитывать их все. Посредством профессиографического исследования устанавливаются *профессионально значимые качества* (ПЗК), т. е. такие показатели функционального состояния, которые количественно и качественно наиболее существенны для эффективности деятельности на заданном уровне. Как правило, даже при использовании факторного анализа оказывается, что и для очень сложных видов деятельности таких ПЗК насчитывается от 5 до 7-10, хотя по сложившимся традициям (а в определенной степени из-за юридической перестраховки) порой используется значительно большее количество показателей. Вместе с тем в реальной жизни встречаются летчики с полноценным зрением только на один глаз, водители автомобильного транспорта с аномалиями цветового зрения и т. п.

Организм человека обладает огромной способностью к *викарированию* (от лат. *vicarius* – заменяющий, замещающий) – способности компенсировать утраченные или ослабленные функции за счет других. Это обстоятельство делает более мягкими требования к показателям функционального состояния организма для оценки профессионального здоровья, т. е. пригодности к тому или иному виду профессиональной деятельности.

Нередко для вынесения окончательного суждения используются испытания на специальных тренажерах, на которых, по сути, исследуются прямые показатели работоспособности.

В целях поддержания профессионального здоровья, по существу, профессионального долголетия, разработан комплекс мероприятий по сохранению (на протяжении рабочей смены), восстановлению (за период отдыха) и повышению (что оказывается необходимым в экстремальных условиях) работоспособности. Эти мероприятия базируются на двух основных принципах:

1. предотвращение или устранение неблагоприятных сдвигов в организме, развивающихся в процессе трудовой деятельности;
2. расширение функциональных резервов организма или повышение возможности их мобилизации.

Естественно, что в такой комплекс входят мероприятия, проведение которых реально в тех или иных конкретных условиях. В общем виде они включают:

- режим труда и отдыха;
- оздоровительную и укрепляющую физическую культуру;
- рациональное питание;
- исключение или, по крайней мере, сведение до минимума вредных привычек (никотин, алкоголь, психоактивные вещества);
- закаливание;
- ультрафиолетовое облучение;
- дополнительную витаминизацию;
- использование адаптогенов.

К мероприятиям, применяемым в экстремальных условиях, относятся:

- дыхание кислородом при нормальном давлении;
- дыхание кислородом при повышенном давлении;

- воздействие импульсным электрическим током;
- применение электросна;
- использование фармакологических препаратов исключительно по назначению врача-физиолога (психофизиолога) и под его контролем.

Понятие о профессиональном здоровье, как было отмечено выше, предполагает и устойчивость, резистентность организма специалиста к воздействию факторов и условий, связанных с конкретной профессиональной деятельностью. Вместе с тем трудно представить стопроцентную надежность такой устойчивости. Вот поэтому параллельно с проблемой профессионального здоровья всегда рассматривается и проблема профессионального нездоровья, или **профессиональной патологии**.

**Профессиональная патология** – отрасль медицинной науки, изучающая влияние неблагоприятных условий труда на состояние здоровья человека. Предметом изучения профессиональной патологии является этиопатогенез, клиника, профилактика и терапия различных заболеваний, в развитии которых играют определенную роль профессиональные вредности (Большая медицинская энциклопедия. – 2-е изд. – Т. 26.– С. 1231).

В профессиональной патологии выделяют, прежде всего, *профессиональные болезни*, т. е. заболевания, возникающие исключительно или преимущественно при воздействии на организм профессиональных вредностей.

Профессиональный характер болезни проявляется в первую очередь в том, что она возникает исключительно при работе с данными вредностями или во много раз чаще, чем в иных условиях. Типичными примерами такой патологии может служить, в частности, кессонная болезнь, возникающая вследствие перепадов барометрического давления, или лучевая болезнь, развивающаяся в результате воздействия на организм человека ионизирующего излучения.

Вместе с тем профессиональные вредности могут служить не только определяющим этиологическим фактором – они могут оказывать существенное влияние на возникновение, течение и исход обычных заболеваний.

Общепринятой классификации профессиональных болезней не существует, но для практических целей удобна классификация по этиологическому принципу, т. е. заболевания, вызванные:

- положением тела во время работы и перенапряжением отдельных органов и систем;
- действием пыли;
- неблагоприятными метеорологическими условиями;
- ионизирующими излучениями;
- повышенным атмосферным давлением, шумом;
- вибрацией;
- ультра- и инфразвуком;
- токсическими веществами;
- инфекционными и паразитарными факторами и др.

Постановка диагноза профессионального заболевания – очень существенное обстоятельство для заключения врачебно-трудовой экспертизы.

### **Профессиональная реабилитация**

В соответствии с концепцией здравоохранения, принятой в нашей стране, к числу мероприятий, направленных на сохранение и восстановление здоровья, относится и **реабилитация**.

Следует заметить, что этот термин, впервые возникший в юридической практике (восстановление в правах, от лат. *rehabilitatio* – восстановление), значительно расширил свое семантическое поле и применяется в различных областях человеческой деятельности, что порождает определенные недоразумения и не вполне четкую смысловую идентичность используемых определений.

К настоящему времени накоплено очень много сведений относительно частных

аспектов реабилитации в здравоохранении, хотя ряд принципиальных вопросов рассматривается не всегда однозначно.

Представляется, что в интересах медицины, связанной с трудовой деятельностью человека, наиболее целесообразен профессиоцентрический подход к данной проблеме, а профессиональную реабилитацию следует рассматривать как комплексное понятие, касающееся лиц с утраченной полностью или нарушенной частично работоспособностью, применительно к определенной профессии (специальности) вследствие хронического или острого заболевания (профессионального или неспецифического), в результате воздействия неблагоприятных факторов трудовой деятельности, а также истощающих нагрузок.

К сожалению, нередко приходится сталкиваться с ситуацией, когда человека «выписывают» на работу после исчезновения соответствующей специфической симптоматики, но с далеко не полноценной профессиональной работоспособностью.

Учитывая определения, данные на IX Совещании министров здравоохранения и социального обеспечения стран Восточной Европы, состоявшемся в 1967 г. в Праге, а также во Втором отчете Комитета экспертов ВОЗ в 1969 г., наиболее приемлемой можно считать следующую формулировку:

**Профессиональная реабилитация** есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма, профессиональной работоспособности и социального статуса человека.

Как известно, целенаправленные реабилитационные мероприятия относительно инвалидов стали проводиться в конце Первой мировой войны, когда возникла социальная необходимость трудоустройства большого количества пострадавших (главным образом в связи с утратой конечностей или зрения). Наиболее широкое распространение эти мероприятия получили в Англии, но имели место и в России, хотя и в ограниченных масштабах. Они принципиально отличались от создания, например, так называемых «домов призрения», которые в различных вариантах известны человечеству очень давно.

В медицине термин «реабилитация» впервые был использован применительно к больным туберкулезом, когда в 1946 г. в Вашингтоне состоялся конгресс по этой проблеме. Данное понятие в то время отражало преимущественно медицинские мероприятия, поэтому и возникает термин «медицинская реабилитация». Он получил широкое распространение, вошел во многие официальные документы, хотя против него было немало возражений.

Если речь идет о реабилитации в широком, комплексном смысле этого слова, т. е. о профессиональной реабилитации, то, очевидно, по конкретной *целевой направленности* можно выделить ее следующие составные компоненты:

1. Восстановление физической работоспособности, т. е. функционального состояния всех физиологических систем, обеспечивающих двигательную активность, характерную для повседневных бытовых условий и профессиональной деятельности с полной компенсацией всех возможных сдвигов в состоянии внутренней среды организма. Критерии, по которым можно судить о физической работоспособности и, соответственно этому, об эффективности реабилитационных мероприятий, в настоящее время хорошо апробированы и стандартизированы. О них речь шла выше.

2. Нормализация психического статуса, т. е. состояния функций, составляющих основу психики: восприятия, уровня психической активности, эмоций, внимания, научения, памяти, психосоматических взаимоотношений (психомоторики и психовегетатики), речи, мышления, структуры личности, поведения, сознания и некоторых других.

3. Восстановление способности в повседневных условиях жизнедеятельности выполнять все бытовые акты в необходимом объеме.

4. Восстановление, а при невозможности – создание нового, приемлемого для данного конкретного человека положения в обществе, в семье, в коллективе или в

социуме более крупного масштаба.

5. Восстановление всех знаний, навыков и умений, необходимых для осуществления на должном уровне профессиональной деятельности по ранее приобретенной специальности. В том случае, когда это в принципе оказывается невозможным, то параллельно с врачебно-трудовой экспертизой может решаться вопрос о выборе посильной трудовой деятельности.

*Теоретическую основу* профессиональной реабилитации составляет ряд устоявшихся в психологии, физиологии и медицине концепций, к числу наиболее значимых из них относятся следующие:

1. Представления о функциональных резервах, резервных возможностях организма, механизмах их расширения и мобилизации, об их пределах.

2. Концепция функциональной системы, сформулированная академиком П. К. Анохиным; на ее основе профессиональную деятельность следует рассматривать как системообразующий фактор, для достижения которого организм имеет несколько программ эфферентного возбуждения. 3. Взгляды о комплексном характере адаптации человека, всегда включающей в себя компоненты физиологической, психологической и социальной адаптации и реализуемой посредством как общих, неспецифических, так и сугубо специфических механизмов.

Непосредственные причины снижения профессиональной работоспособности (следовательно, и ухудшения профессионального здоровья) весьма разнообразны. Они включают острые и хронические заболевания различного генеза, травмы, ранения, стрессовые ситуации, истощающие нагрузки, неблагоприятные социально-бытовые факторы и др.

Таким образом, профессиональная реабилитация охватывает очень широкий спектр состояний человека, конкретная сущность которых требует определенной *конкретной программы реабилитации*, но практически всегда в большей или меньшей степени включающей комплекс следующих мероприятий:

1. Медицинские мероприятия, часто обозначаемые как восстановительное лечение, а по существу – лечение всеми приемами и способами, проводимыми в стационарных, санаторных и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

2. Психологические мероприятия, преследующие психологическую подготовку больного (пострадавшего) к предстоящему лечению, а также реадаптацию к социальным, профессиональным и бытовым условиям.

3. Педагогические мероприятия, или восстановительное обучение, т. е. восстановление утраченных профессиональных навыков путем специального целенаправленного обучения. Как известно, такое обучение оказывается необходимым даже после длительного перерыва в работе, связанного с отпуском.

4. Технические мероприятия – использование приспособлений различной сложности, основанных на разных технических принципах, для восстановления функциональной полноценности специалиста или улучшения эргономических характеристик рабочего места.

5. Правовые мероприятия, устанавливающие организационные нормы, права, обязанности и ответственность соответствующих должностных лиц, в известной степени – льготы для реабилитируемых и реабилитированных.

Очень важным положением, которое порой в решающей степени определяет эффективность реабилитации, является комплексность и преемственность проводимых мероприятий на всех *этапах реабилитации*. Выделяют такие этапы:

1. Этап *специализированного стационара*, куда больные и пострадавшие попадают как в плановом порядке, так и в порядке оказания неотложной помощи. Именно здесь вместе с проведением соответствующего лечения должна быть, в принципе, сформирована и зафиксирована программа реабилитации в целом. Следует иметь в виду, что нередко контроль за реализацией этой программы осуществляется самим больным, а потому он должен быть информирован по всем соответствующим вопросам в необходимом объеме.

2. Этап *реабилитационного отделения* (учреждения), где в максимальном объеме сконцентрированы средства и способы, применение которых позволит довести пациента до санаторного или амбулаторного этапов.

3. Этап *санаторно-курортного учреждения* реабилитационной направленности.

4. *Амбулаторно-поликлинический* этап, который может занимать очень значительный промежуток времени даже после восстановления трудоспособности. Этот этап, помимо непосредственно реабилитационных мероприятий, включает также и необходимые контрольные исследования.

Проведение реабилитационных мероприятий при чрезвычайно большом разнообразии их конкретных форм должно соответствовать ряду *принципов*. Важнейшие из них следующие:

1. Раннее начало, практически с самого начала лечения, которое должно учитывать конечную цель реабилитации, т. е. с самого начала это должно быть восстановительное лечение, вопреки бытующему мнению, что реабилитация должна начинаться после выздоровления.

2. Принцип комплексного характера реабилитационных мероприятий с учетом всех поставленных задач. Это достигается за счет участия в данном процессе медицинских работников, психологов, педагогов, социологов, представителей руководства, органов социальной защиты, профсоюза, юристов, членов семьи, трудового коллектива. Деятельность этих специалистов и представителей может быть скоординирована только лечащим врачом.

3. Принцип индивидуализации системы реабилитационных мероприятий (учитывается пол, возраст, личностные особенности, причины снижения работоспособности, характер профессиональной деятельности).

4. Принцип осуществления реабилитации в коллективе больных или в своем трудовом коллективе, что морально переносится легче, а по эффективности оказывается выше.

5. Принцип непрерывного поэтапного проведения всех реабилитационных мероприятий в соответствии с описанными выше этапами в той или иной последовательности в зависимости от характера заболеваний и реальных организационных возможностей.

6. Возвращение больного (пораженного) к активному социально значимому ТРУДУ (принцип восстановления профессиональной работоспособности).

Конкретные программы реабилитации разрабатываются для решения специальных профессиональных вопросов и проводятся в первую очередь медиками и психологами.

### **Контрольные вопросы**

1. Раскройте понятие «профессиональное здоровье».
2. Какие факторы влияют на профессиональную работоспособность?
3. Дайте определение профессиональной реабилитации, назовите ее принципы, методы, этапы.

### **Литература**

1. *Виноградов М. И.* Физиология трудовых процессов. – М.: Медицина, 1966.
2. *Леман Г.* Практическая физиология труда. – М.: Медицина, 1967.
3. Руководство по физиологии труда / Под ред. З. М. Золиной и Н. Ф. Изме-рова. - М.: Медицина, 1983.
4. *ШеррерЖ.* Физиология труда (Эргономия) / Под ред. З. М. Золиной – М.: Медицина, 1973.

## Глава 23. ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Задумывались ли вы о том, насколько хрупка человеческая жизнь? Параметры условий, в которых организм человека может нормально функционировать, весьма ограничены. Достаточно повысить или понизить температуру тела всего на 1 градус, как человек начинает чувствовать себя некомфортно. Обычно это состояние принято называть болезненным, поскольку в обычных условиях в большинстве случаев подобное явление обусловлено болезнью организма. Однако если изменить температуру тела уже на 5-6 градусов, то могут начаться необратимые процессы, приводящие к гибели человеческого организма.

Аналогично температурным режимам другие параметры внешней среды имеют незначительный интервал изменения характеристик, в рамках которых человеческий организм может нормально функционировать. На протяжении всей своей жизни человек постоянно сталкивается с ситуациями, грозящими ему гибелью. Одни обусловлены природными явлениями, другие возникают при неразумной деятельности или поведении самого человека. Тем не менее человек живет, действует и создает, несмотря на хрупкость своего организма. Что же позволяет ему выжить?

Можно говорить о разных факторах, обуславливающих выживание человека как биологического вида, но все они связаны, с одной стороны, со способностью организма регулировать параметры внутренней среды, а с другой – со способностью человека опосредованно отражать объективную действительность. Только хорошо развитая нервная система и такой феномен, как психика, определяют возможность выживания человека в целом как вида.

Внешние факторы, несущие в себе угрозу жизни человека, могут быть различного происхождения. Их проявление и сочетание во многом определены условиями, в которых протекает деятельность человека. Рассмотрим более подробно основные факторы, обуславливающие возникновение реальной угрозы для жизни, и особенности некоторых видов деятельности человека, которые предполагают возможность возникновения такой угрозы.

### **Общая характеристика и классификация экстремальных условий деятельности**

Деятельность человека всегда осуществляется в определенных условиях внешней среды. Все условия деятельности, в зависимости от выраженности угрозы для жизни человека, можно разделить на три категории: *обычные* (или нормальные), *особые* и *экстремальные*.

Следует отметить, что существует много различных подходов к построению классификаций условий внешней среды и деятельности. Все они относительны и, как правило, построены на каком-то одном или нескольких внешних показателях среды. Приведенная выше классификация также весьма условна, поскольку среда обитания человека чрезвычайно динамична, и даже самые обычные, на первый взгляд, условия деятельности внезапно могут превратиться в экстремальную ситуацию. Тем не менее данная классификация опирается на вполне объективные критерии и потому может считаться наиболее общей классификацией условий деятельности человека.

К критериям, которые легли в основу данной классификации, относятся: *степень нервно-психического напряжения*, сопровождающего выполнение деятельности, или адаптацию к изменившимся условиям деятельности, а также *степень выраженности реальной витальной угрозы*.

Даже самая простая деятельность сопровождается определенным уровнем нервно-психического напряжения. Это обусловлено тем, что на человека всегда воздействует множество раздражителей внешней среды. Данное явление было названо П. К. Анохиным **обстановочной афферентацией**. Организм учитывает эти раздражители и отвечает на них определенной реакцией, что обеспечивает его сохранность и целостность. На одни внешние воздействия организм отвечает привычной, свойственной



ему ответной реакцией. Такие реакции принято называть **специфическими**. На другие, необычные или непривычные воздействия, организм отвечает **неспецифической** реакцией, которая, как правило, сопровождается напряжением всех механизмов регуляции и мобилизации энергетических ресурсов. Это происходит потому, что организм не знает, как реагировать на незнакомый раздражитель. Ему необходимо время, чтобы сформировать адекватную реакцию на незнакомое внешнее воздействие. Вполне вероятно, что первые ответы организма будут неправильными, ошибочными. И ему придется неоднократно начинать с начала, пока не будет найдена или сформирована адекватная ответная реакция. Каждая новая попытка будет сопровождаться все более высоким уровнем напряжения регуляторных механизмов и приводить к значительной трате энергии. Поэтому чем более сложны условия деятельности, тем больше незнакомых или неспецифических факторов воздействуют на живой организм и тем выше уровень нервно-психического напряжения.

Возвращаясь к вышеприведенной классификации условий деятельности, следует отметить: рассматриваемые в ней условия деятельности действительно различаются по степени нервно-психической напряженности. Наименьший уровень напряженности свойствен обычным условиям деятельности, поскольку они привычны. Наивысший уровень напряжения характерен для экстремальных условий деятельности, так как в этих условиях на человека воздействует целый комплекс необычных для него раздражителей внешней среды.

Однако уровень нервно-психического напряжения не может рассматриваться как единственный и независимый критерий, по которому можно разделить все условия деятельности в соответствии с приведенной выше классификацией. Для подобного утверждения есть по крайней мере два основания.

Во-первых, каждый человек индивидуален. Два человека, находясь в одних и тех же условиях, выполняя одну и ту же деятельность, могут обладать различными функциональными состояниями и, соответственно, будут иметь различный уровень нервно-психического напряжения. Подобное явление обусловлено целым рядом причин: различием в отношении людей ко всему происходящему вокруг них или различием в отношении к выполняемой ими деятельности; различной оценкой значимости результатов выполняемой деятельности; различным уровнем профессиональной подготовки и др. Например, два человека одинаково быстро и качественно выполняют какую-то работу. Однако один из них более опытен и имеет более высокий уровень профессиональной подготовки, а другой – новичок. Соответственно новичок, стараясь достичь такой же производительности, как у более опытного товарища, вероятно, затрачивает значительно больше сил, поэтому уровень его нервно-психического напряжения будет существенно выше, хотя работают они в одних и тех же условиях. Подобное явление было названо В. И. -Медведевым и А. Б. Леоновой «ценой» деятельности [7]. «Цена» деятельности – это условная плата, которую человек платит для того, чтобы достигнуть определенного уровня производительности, или надежности деятельности. Чем выше «цена» деятельности, тем быстрее и больше расходуются функциональные резервы организма.

Во-вторых, человек как биосоциальная система обладает свойством, присущим всем живым существам, – способностью адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды. С течением времени он адаптируется к самым разнообразным условиям деятельности. Поэтому можно столкнуться с таким явлением: два человека, несмотря на то что выполняют какую-то одну деятельность, но в различных по сложности условиях, обладают примерно одинаковым уровнем нервно-психического напряжения. Следовательно, необходим еще хотя бы один критерий, который позволял бы более точно дифференцировать условия деятельности в соответствии с вышеприведенной классификацией. Таким критерием служит степень выраженности реальной витальной угрозы.

Бесспорно, чем выше степень выраженности реальной угрозы для жизни человека при выполнении деятельности в определенных условиях, тем выше его уровень нервно-

психического напряжения. Бесспорно и то, что к реальной витальной угрозе человек не может адаптироваться. Любому психически здоровому человеку практически невозможно привыкнуть к мысли о том, что он может погибнуть в любую минуту. Если же он привыкает к этой мысли, то, вероятно, правомочен вопрос о степени сохранности его личности или психической сферы. Таким образом, степень нервно-психического напряжения и выраженность реальной витальной угрозы, взятые во взаимосвязи друг с другом, становятся тем критерием, который позволяет дифференцировать все условия деятельности на обычные, особые и экстремальные.

Рассмотрим данную классификацию более подробно.

**Обычные условия.** К категории обычных, или нормальных, условий деятельности относятся условия, которые обеспечивают нормальное функционирование всех систем организма человека и не вызывают чрезмерного нервно-психического напряжения. В свою очередь, нормальное функционирование систем организма человека означает, что воздействующие на него факторы внешней среды не несут пагубных воздействий, не причиняют ему вреда, т. е. в этих условиях человек чувствует себя достаточно комфортно. Причем данное определение относится как к физическим и химическим показателям условий внешней среды, так и к социальным.

В то же время следует отметить, что определить параметры условий внешней среды, которые были бы оптимальными для всех людей, весьма сложно. С одной стороны, это обусловлено индивидуальными различиями между людьми. С другой стороны, ухудшение экологии, отмечаемое в последние годы, вносит свои коррективы в понятие «оптимальные условия среды обитания».

К **особым условиям** следует отнести условия деятельности, при которых могут внезапно возникать ситуации, опасные для жизни субъекта деятельности или окружающих его людей. Причем факторы, вызывающие возникновение экстремальных ситуаций, по своему характеру могут быть как физическими или химическими, так и социальными, но главная их особенность в том, что они являются нештатными, или внеплановыми. Например, к особым условиям деятельности могут быть отнесены особенности профессиональной деятельности летчиков, моряков, водителей автотранспорта, машинистов поездов и др. Во всех этих видах деятельности существует определенная вероятность внезапного возникновения экстремальных ситуаций. |

К категории **экстремальных условий** относятся условия жизни и деятельности, в большей или меньшей степени характеризующиеся наличием реальной витальной угрозы, а следовательно, чрезмерно высоким уровнем нервно-психической напряженности. В подобных условиях протекает профессиональная деятельность пожарных, военнослужащих, принимающих участие в ведении боевых действий, спасателей и представителей многих других профессий.

Вместе с тем следует отметить, что в условиях экстремальной деятельности или экстремальной ситуации могут оказаться не только люди определенной профессии, но и те, чья жизнь и деятельность обычно протекают совершенно спокойно и никак не связаны ни с какими опасностями. Это происходит в тех случаях, когда возникают чрезвычайные ситуации. Рассмотрим более подробно чрезвычайные ситуации как подкласс экстремальных условий деятельности.

### ***Общая характеристика чрезвычайных ситуаций***

**Пол чрезвычайной ситуацией** подразумевается совокупность проявлений дестабилизирующих факторов, нарушающих заданное функционирование социальной системы.

К дестабилизирующим факторам относятся: природные (стихийные бедствия), антропогенные (чрезвычайные ситуации, вызванные деятельностью человека), биологические (эпидемии), экологические (окружающая среда), социальные.

По темпам распространения все чрезвычайные ситуации могут быть «взрывными» и «плавными». В категорию «взрывных» входят чрезвычайные ситуации, которые возникают внезапно и в очень короткое время охватывают значительные по площади

территории, а также подвергают реальной угрозе жизнь большого количества людей. «Плавные» чрезвычайные ситуации характеризуются прогно-зируемостью появления и относительно медленным распространением по пограничным с эпицентром чрезвычайной ситуации территориям.

Все чрезвычайные ситуации можно охарактеризовать по крайней мере по двум параметрам: *масштабности* и *причинам происхождения*. К основным критериям масштабности относятся: количество пострадавших и площадь территории, на которой возникла чрезвычайная ситуация, размер экономического ущерба. Специалисты, решающие проблемы ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, чаще всего разделяют все чрезвычайные ситуации на шесть категорий по уровню масштабности: локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные.

*Локальные* чрезвычайные ситуации связаны с реальной витальной угрозой, возникшей в пределах какого-либо объекта (например, автомобильная или железнодорожная катастрофа). *Местные* чрезвычайные ситуации охватывают площадь в пределах небольшого населенного пункта. *Территориальные* чрезвычайные ситуации более масштабны по сравнению с первыми двумя. Они охватывают значительную по площади территорию (например, территорию, равную одному или нескольким районам, площади крупного города). Чрезвычайные ситуации, охватившие целый регион, *называются региональными*, а чрезвычайные ситуации в пределах одного государства – *федеральными*. В случае, когда чрезвычайная ситуация охватывает территорию двух и более государств, принято говорить о *трансграничных* чрезвычайных ситуациях.

Следует подчеркнуть, что масштабность чрезвычайной ситуации или катастрофы обусловлена не только территорией охвата. Связь масштабности катастрофы и территории (что отражено в классификации чрезвычайных ситуаций) обусловлена и тем, что чем больше охват территории, тем большее количество людей подвергается смертельному риску, тем более масштабны экономические потери и разрушения.

По причине возникновения чрезвычайные ситуации можно разделить на четыре основных типа: *стихийные бедствия* (геоклиматические или природные), *технологические катастрофы* (техногенные), *экологические* и *социальные* катастрофы (социогенные). Следует отметить, что эти виды катастроф можно было бы объединить в две группы. Так, техногенные, экологические и социальные катастрофы могут быть объединены в группу антропогенных катастроф, поскольку основная причина их кроется в результатах деятельности самого человека, а вторую группу составили бы природные катастрофы. Однако при решении практических задач и научных исследований чаще всего опираются на четырехвидовую классификацию, поскольку учитываются существенные различия в протекании антропогенных катастроф. Рассмотрим более подробно некоторые характеристики чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Всемирная организация здравоохранения определяет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью, возникающие в результате явлений и действий сил природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, а также человеческим жертвам. К ним можно отнести: наводнения, циклоны, ураганы и смерчи, пожары, снежные заносы и лавины, сели, землетрясения и извержения вулканов, оползни, обвалы, цунами, а также засухи, эпидемии, эпизоотии и др. По мнению ведущих зарубежных специалистов, в будущем подобные явления будут сопровождаться увеличением числа жертв в десятки раз в связи с ростом и концентрацией населения [4].

Каждому стихийному бедствию присущи определенные поражающие факторы, воздействующие на здоровье человека. Например, для землетрясения наиболее характерный поражающий фактор – разрушение зданий и построек, для наводнения – утопления, для снежных заносов – снег и низкие температуры и т. д.

Вместе с тем следует отметить, что размер ущерба от различных видов стихийных бедствий различен. Наибольший вред приносят людям наводнения (40% от общего урона, причиняемого стихийными бедствиями). На втором месте стоят ураганы (20%), на

третьем – землетрясения и засухи (по 15%). На остальные виды стихийных бедствий приходится около 10% общего урона (Booth B., Fitch F., 1979).

Стихийные бедствия сопровождаются значительными человеческими жертвами. Так, крупнейшее наводнение в китайской провинции Хэнань в 1887 г. привело к гибели свыше 900 тыс. человек. Более 500 тыс. человек погибло в результате наводнения 12-13 ноября 1970 г. в районе островов и побережья Бенгальского залива. В 1896 г. цунами «Мэдзи-Санридзу» обрушился на побережье Японии: было уничтожено 10 тыс. домов и погибло свыше 27 тыс. человек.

По мнению специалистов геологического управления США, за последнюю тысячу лет от землетрясений и извержений вулканов погибло от 3 до 5 млн человек. В сводных данных о крупнейших землетрясениях XX в. приводятся сведения о 340 случаях, унесших свыше 1 млн человеческих жизней. Самые катастрофические из них: землетрясение на острове Сицилия 28 декабря 1908 г. (разрушен город Мессина, погибло более 80 тыс. человек); землетрясение в Японии на острове Хонсю 1 сентября 1923 г. (погибло свыше 140 тыс. человек); землетрясение в районе Ашхабада 6 октября 1948 г. (погибло 110 тыс. человек); землетрясение 31 мая 1970 г. в Перу (погибло около 70 тыс. человек). Самое крупное землетрясение произошло 28 июля 1976 г. в Китае: погибло свыше 242 тыс. человек. Среди землетрясений последних лет наиболее значительными были землетрясения в Армении 7 декабря 1988 г. (погибло свыше 30 тыс. человек) и в Иране 21 июня 1990 г. (погибло около 50 тыс. человек) [4].

Однако в последние годы человечество пережило немало крупных, так называемых технологических, или техногенных, катастроф ставших результатом деятельности самого человека (введение новых опасных технологий или преступное некомпетентное отношение к их использованию и др.).

**Техногенными катастрофами** принято считать внезапный выход из строя машин, механизмов и агрегатов во время их эксплуатации, сопровождающийся серьезными нарушениями производственного процесса, взрывами, образованиями очагов пожаров, радиоактивным, химическим, биологическим заражением больших территорий, гибелью людей.

Чаще всего к техногенным катастрофам относят аварии на промышленных объектах, строительстве, а также железнодорожном, воздушном, автомобильном, трубопроводном и водном транспорте. Это аварии на химических заводах в Италии, Индии и Германии, на атомных электростанциях в Тримайл Айленд (США) и Чернобыле. Сюда же можно включить и взрыв на газопроводе в Башкирии, катастрофы в Арзамасе и др.

Но техногенные катастрофы не всегда обусловлены лишь деятельностью самого человека (нарушение технологии промышленного производства, несоблюдение правил эксплуатации техники и т. п.). Техногенные катастрофы могут быть и следствием воздействия внешних природных факторов, в том числе и стихийных бедствий.

**Экологические катастрофы** – это особый вид катастроф, вызванных действием антропогенных факторов, которые привели к качественному изменению биосферы, оказывающему вредное воздействие на людей, животных, растительный мир и окружающую среду в целом.

Одна из причин деградации окружающей среды и повышения риска экологических катастроф – глобальная урбанизация, резкое расширение масштабов хозяйственной деятельности. Еще одна причина экологических катастроф – техногенные чрезвычайные ситуации, которые сопровождались существенными негативными изменениями биосферы. К числу экологических катастроф можно отнести: деградацию почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами (кадмий, свинец, ртуть, хром и др.) и другими вредными веществами; загрязнение атмосферы вредными веществами, электромагнитными и ионизирующими излучениями; кислотные дожди; разрушение озонового слоя; смог и т. д.

Говоря о последствиях стихийных бедствий и технологических катастроф для здоровья людей, необходимо иметь в виду не только санитарные потери, вызванные

поражающими факторами (ударная волна, утопление, пожары и др.), но и воздействие на человека психотравмирующих обстоятельств, приводящих к разнообразным психическим и соматическим нарушениям.

Исследователи, изучавшие частоту психических нарушений при землетрясениях, приходят к выводу, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10-25 % пострадавшего населения, а на последующих этапах катастрофы число лиц, у которых выявлены нарушения, достигает 35% и более. Ф. Ахин (F. Ahearn, 1981) установил, что в течение года после землетрясения в Манагуа количество госпитализированных в психиатрическую клинику увеличилось в 2 раза, а невротические и психосоматические нарушения у пострадавших отмечались еще на протяжении нескольких лет. Подобные явления наблюдаются и при других стихийных бедствиях и катастрофах. Так, при взрыве газопровода в Башкирии изменения в психической сфере были обнаружены практически у 100% пострадавших. Среди психопатологических синдромов преобладали асте-нодепрессивные состояния (56%), психогенный ступор (23%) и психомоторное возбуждение (11%) [8].

Среди экстремальных ситуаций особое место занимают социальные катастрофы.

**Социальные катастрофы** – как правило, результат общественно-политической деятельности группы лиц (политических деятелей, партий, сообществ и др.) или государственной власти, обусловивших снижение социально-политической стабильности в обществе или экономического благополучия населения, а в крайних случаях приведших к массовой гибели людей. К категории социальных катастроф в первую очередь следует относить войны и военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий.

Социальные катастрофы наиболее трагичны по своим масштабам и количеству жертв. Так, например, только в годы Великой Отечественной войны погибло около 26 млн граждан России, почти 20 млн немцев, около 3 млн итальянцев. К сожалению, на рубеже XX-XXI вв. социальные катастрофы стали обычным явлением, а с их последствиями все чаще и чаще приходится сталкиваться самым различным специалистам: врачам, психологам, педагогам, журналистам.

Отдельная проблема – вопросы определения интенсивности проявления экстремальных факторов среды в конкретной ситуации и оценка степени их воздействия на человека, в первую очередь на его психическое состояние. Если в большинстве случаев представляется возможным оценить величину физического проявления факторов экстремального воздействия (баллы, дозы, температуры и т. д.), то практически невозможно оценить уровень их психоэмоционального воздействия, поскольку восприятие происходящего носит сугубо индивидуальный (субъективный) характер. Субъективность восприятия и оценки происходящего обусловлена прежде всего индивидуальными различиями между людьми. Эти различия характерны не только для психофизиологического уровня, но и для личностного. Каждый человек обладает своими определенными жизненными целями, установками, нравственными критериями и т. п.

Однако, по нашему мнению, в интересах исследования характера и интенсивности воздействия экстремальных факторов на психическое состояние людей можно выбрать достаточно объективный критерий. Такой критерий – степень выраженности реальной витальной угрозы. Суть данного критерия заключается в том, что возникновение реальной угрозы для жизни всегда сопровождается возрастанием эмоциональной напряженности: чем более выражена угроза для жизни, тем выше эмоциональная напряженность. Объективность данного критерия обусловлена тем, что все люди в подобных ситуациях испытывают значительные психоэмоциональные нагрузки, независимо от индивидуальных различий, которые могут выражаться в характере поведенческой реакции на возникновение реальной витальной угрозы. Следовательно, проранжировав все возможные условия деятельности в зависимости от выраженности реальной угрозы для жизни, можно получить достаточно объективное представление об уровне психоэмоциональных нагрузок, которые испытывает человек, находясь в тех или иных условиях.

С этой точки зрения все условия деятельности можно разделить на несколько групп, которые различаются по степени выраженности реальной витальной угрозы, а следовательно, по степени психоэмоциональных нагрузок. Таким образом, сопоставив уровень психоэмоционального напряжения и выраженности реальной угрозы для жизни, мы снова приходим к предложенной выше классификации условий деятельности и деления их на группы: обычные, особые и экстремальные.

В свою очередь, все экстремальные ситуации также можно разделить на три подгруппы в зависимости от выраженности реальной витальной угрозы, а следовательно, и степени психоэмоционального напряжения. В данном случае основными критериями деления экстремальных условий на подгруппы будут периодичность проявления реальной угрозы для жизни и степень ее осознания. В связи с этими критериями экстремальные ситуации можно охарактеризовать как ситуации, при которых реальная угроза: а) возможна; б) периодически присутствует; в) существует постоянно.

Несомненно то, что в условиях существования постоянной угрозы для жизни интенсивность психоэмоционального воздействия экстремальных факторов наиболее выражена, а воздействующие факторы должны рассматриваться как сверхэкстремальные. Во втором случае (при периодическом возникновении реальной витальной угрозы) интенсивность психоэмоционального воздействия относительно высока, и воздействующие факторы могут расцениваться как экстремальные. В первом случае, когда вероятность реальной угрозы лишь возможна, интенсивность психоэмоционального воздействия относительно слабая, но достаточная для того, чтобы начали функционировать физиологические и психические механизмы адаптации, а воздействующие факторы могут рассматриваться как субэкстремальные.

Интенсивность воздействия экстремальных факторов тесно связана с причинами их возникновения. При этом факторы с высокой и чрезвычайно высокой интенсивностью воздействия, как правило, встречаются при различных катастрофах (стихийные бедствия, экологические и технологические катастрофы, социально-политические кризисы и др.), а факторы с меньшей интенсивностью воздействия могут рассматриваться как условия среды обитания и деятельности (климатические, экологические, социальные).

К сожалению, в последнее время люди, даже не имеющие отношения к особо опасным видам деятельности, все чаще сталкиваются с воздействием экстремальных факторов. Эти воздействия не проходят для них бесследно. Но если медицинская помощь пострадавшим в экстремальных ситуациях оказывается достаточно успешно, то оказание психологической помощи по-прежнему остается проблематичным. Несмотря на то что появилось достаточно большое количество реабилитационных центров для пострадавших в экстремальных ситуациях, восстановлению гармонии их души внимания уделяется недостаточно. Одна из причин такого положения дел кроется в отсутствии разработанных способов оказания помощи и обоснованных методов прогнозирования последствий воздействия экстремальных факторов природной и социальной среды.

### ***Общая характеристика поведенческих и психических реакций человека в экстремальных ситуациях***

Человек в течение своей жизни неоднократно подвергается воздействию психотравмирующих факторов, опосредованных внезапным возникновением экстремальной ситуации. Вместе с тем большинство экстремальных ситуаций, имея определенные общие черты, не похожи друг на друга и поэтому имеют различные последствия для пострадавших (комбатантов). Характер и интенсивность психических, психосоматических и психопатологических проявлений в постстрессовый период зависят от самых разных объективных и субъективных обстоятельств.

К *объективным* обстоятельствам относятся в первую очередь такие характеристики экстремальной обстановки, как острота и сила проявления психотравмирующих факторов, а также внезапность и длительность их воздействия. Причем большинство исследователей сходятся во мнении, что чем выше интенсивность

проявления психотравмирующих факторов экстремальных ситуаций, тем выше вероятность возникновения разнообразных психогенных расстройств непосредственно в момент экстремальных ситуаций и в постстрессовый период.

К *субъективным* обстоятельствам, влияющим на характер поведения человека и обуславливающим вероятность возникновения психогенных расстройств, относятся индивидуально-психологические особенности самого человека и его личности. Однако не все ученые, исследующие проблемы поведения человека в экстремальных ситуациях и возникновения психогенных нарушений, признают значимость индивидуально-психологических характеристик для формирования поведенческих реакций в подобных условиях. Так, Ю. А. Александровский с соавторами в книге «Психогении в экстремальных условиях» отмечает: по мнению многих зарубежных исследователей, психогенные нарушения, возникшие вследствие травмирующих обстоятельств катастрофы, как правило, не опосредуются особенностями преморбиды, а связаны с ситуациями испуга, которые затрагивают преимущественно эмоциональную сферу и не требуют интрапсихической переработки получаемой информации.

Но такая позиция весьма уязвима для критики. Например, не вызывает сомнения, что психотравмирующие факторы экстремальных ситуаций затрагивают преимущественно эмоциональную сферу, но в одной и той же ситуации разные люди ведут себя совершенно по-разному. Одни охвачены паникой, мечутся и не понимают, что происходит. Другие трезво оценивают сложившуюся обстановку и предпринимают шаги для спасения окружающих и себя. Чем же объясняются различия в поведении людей, находящихся в одной и той же экстремальной ситуации? Вероятно, различия в поведении обусловлены, прежде всего, личностными и индивидуально-психологическими различиями. Следовательно, характер поведения человека в экстремальной ситуации и вероятность развития психогенных расстройств во многом зависят от определенных личностных качеств и индивидуально-психологических характеристик человека.

Как показывают многочисленные исследования, проводимые в рамках изучения самых разнообразных экстремальных ситуаций, стихийных бедствий и технологических катастроф, большинство людей (примерно 70-75 %) при возникновении экстремальных ситуаций в первые мгновения оказываются «ошеломленными» и малоактивными, теряют контроль над своими поступками. Например, очевидцы землетрясения в югославском городе Банялука так описывают свое поведение и поведение других людей:

Никогда в жизни не чувствовал себя таким беспомощным... Люди окаменели и не двигались ...Затем люди бежали без цели. Находившиеся в парке бежали в направлении зданий, хотя это было абсолютно нецелесообразно. Они бежали, чтобы спасти свою жизнь, и кричали как сумасшедшие. Те, кто был в домах, бежали в парки. Все были в панике.

В литературе есть яркое описание психического состояния населения, пострадавшего при землетрясении в Ашхабаде. У людей, перенесших тяжелейший моральный удар, возникло состояние своеобразного ступора, выразившегося в глубокой внутренней замкнутости, абсолютном безразличии к окружающему. Люди двигались, как механизмы, не обращая никакого внимания на сигналы автомобилей, на крики и стоны раненых, на трупы убитых, лежавших на улицах и во дворах. Мощные подземные толчки, повторявшиеся в течение длительного времени после первого землетрясения, поддерживали это психическое состояние, вновь и вновь вызывая у значительной части людей состояние ужаса.

В 1963 г. произошло землетрясение в городе Скопле (Югославия). Эпицентр землетрясения силой в 10 баллов находился под центральной площадью города, который в течение 20 секунд был разрушен на 80%. Вслед за первым толчком последовал второй, несколько меньшей силы. Всего было зарегистрировано 86 толчков. Первый толчок большинство жителей города расценило как начало ядерной войны. Катастрофический характер землетрясения в Скопле, почти полное разрушение города, грохот падающих зданий, тучи густой пыли, пожары, большое число жертв, гибель родных и близких, душераздирающие сцены на улицах – весь этот комплекс сверхсильных

психотравмирующих факторов обусловил нервно-психические нарушения у подавляющего большинства населения города. По свидетельствам очевидцев, острые реактивные состояния преимущественно ступо-роznego характера наблюдались в большей или меньшей степени у большинства горожан. Характер и глубина нервно-психических расстройств были неодинаковыми у разных людей и в разные сроки после землетрясения. Первоначальная реакция – паника (первый, самый сильный толчок был в 5.17 утра, когда значительная часть жителей спала).

Изучение последствий землетрясения в Спитаке показало, что в момент катастрофы у большинства пострадавших поведенческие реакции опосредовались в основном инстинктом самосохранения. Людям были свойственны такие поведенческие реакции, которые М. М. Решетников с соавторами назвали «витальными реакциями с явлением сужения сознания» [8]. Вид рушащихся зданий у многих вызывал состояние «двигательного ступора», который длился в течение 15-20 минут. Вследствие перенесенных потрясений у многих пострадавших возникло чувство «страха закрытых помещений», длительность которого варьировала от нескольких часов до 2 недель.

Однако следует отметить, что даже в самых тяжелых экстремальных условиях около 25% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают ситуацию, действуют четко и решительно, в соответствии с обстоятельствами (5; Tyhurst J., 1951). Например, по данным Д. Петрович, М. Попович (D. Petrovic, M. Popovic), изучавших последствия сильного землетрясения, острые реактивные состояния наблюдались у всех пострадавших. Но примерно у 20% это состояние быстро прошло, у 70% оно продолжалось от нескольких часов до 2-3 суток, а у 10% наблюдались даже серьезные психические расстройства, требовавшие специальной медицинской помощи и лечения. Чем обусловлено данное явление? Почему есть люди, не поддающиеся общей панике и сохраняющие адекватность психического состояния и регуляции поведения? С высокой долей достоверности можно утверждать, что такое поведение в экстремальных ситуациях обусловлено индивидуально-психологическими особенностями и личностными качествами людей. Выявление этих характеристик и качеств – одна из самых актуальных задач психологии деятельности в экстремальных условиях.

В настоящее время уже накоплены определенные сведения, позволяющие получить некоторое представление о том, что помогает людям вести себя адекватно в самых сложных условиях. Некоторые авторы полагают, что для сохранения адекватности поведения в момент катастрофы немаловажное значение играет стремление помочь людям, ответственность за сохранение жизни окружающих. По мнению Ю. И. Дерюгина, на способность сохранить адекватное поведение в экстремальных условиях влияет также уровень психологической устойчивости, ориентация на соблюдение моральных норм поведения, чувство сострадания, жизненный опыт. Этому же мнению придерживается В. А. Моляко, добавляя к числу наиболее значимых факторов, опосредующих адекватность поведения в экстремальных ситуациях, состояние психологической готовности или неготовности. Е. С. Мазур с соавторами считает, что немаловажное место в опосредовании поведения играют различные психологические защиты и смысловая саморегуляция. Р. Болин, П. Болтон (R. Bolin, P. Bolton) считают, что на поведение в экстремальной ситуации существенное влияние оказывает принадлежность к определенной культуре, классу и этническому сообществу. По мнению В. Тейлор (V. Taylor), поведение в экстремальной ситуации организуется из взаимодействия политических, экономических и семейных структур. А. Бартон (A. Barton) считает, что существуют две части социальной системы, влияющей на поведение. Одна из них включает индивидуальные шаблоны адаптивных и неадаптивных реакций; эти дискретные модели индивидуального поведения вызывают «неформальные» способы коллективного поведения, помогающие выйти из ситуации. Вторая часть – это формальные структуры общества, также способствующие выходу людей из экстремальной ситуации.

Тем не менее, несмотря на то что проблема поведения человека в экстремальных ситуациях изучается весьма интенсивно, следует отметить: единого мнения о доминантах



поведения в экстремальных условиях пока не существует. Расходятся мнения и по вопросу о характере и тяжести психических и соматических расстройств, наступивших вследствие острой и хронической психотравматизации, в зависимости от личностных особенностей пострадавших и объективных характеристик психотравмирующей ситуации.

В настоящее время проведено значительное количество исследований, которые свидетельствуют о безусловной взаимосвязи между стихийными бедствиями и их воздействием на здоровье людей. Так, Г. Глесер (G. Gleser) с коллегами, обследовав людей, пострадавших от наводнения, обнаружили через несколько месяцев после стихийного бедствия легкие психические расстройства у 12% детей и 20% взрослых. Через 2 года после наводнения у этой же группы пострадавших были выявлены симптомы тревоги, депрессии, напряженности, повышенной возбудимости, различные соматические расстройства, признаки социальной изоляции и изменения в моральном поведении. Через 4-5 лет эти нарушения отмечались у 30% обследованных. При этом было установлено, что 30% лиц, перенесших катастрофу, стали больше употреблять алкоголя, курить (на 44%), а потребление медикаментов среди них увеличилось на 52%, что свидетельствует о значительном росте у пострадавших проблем медицинского плана. При этом наиболее выраженные изменения отмечались у людей, отличающихся низкой толерантностью к стрессу.

Г. Беннет (G. Bennet, 1986) через год после наводнения выявил симптомы соматических и психических нарушений у 32% лиц, чьи дома и имущество были затоплены, и у 19%, чьи дома были вне зоны затопления. М. Мелик (M. Melick, 1978), проводя через 3 года после наводнения обследования пострадавших, обнаружил симптомы психосоматических нарушений у 41,9% лиц, чьи дома были затоплены. В то же время среди пострадавших из незатопленной зоны психосоматические расстройства были выявлены лишь у 6,1%.

Таким образом, из приведенных примеров следует, что психотравмирующие обстоятельства экстремальных ситуаций не проходят бесследно для пострадавших. В среднем у 30-35 % таких людей отмечаются признаки разнообразных соматических и психических расстройств, а примерно у 40-44% – признаки социальной дезадаптации, выражающиеся в изменении моральных ценностей и норм, социальной изоляции и др. Причем характер и интенсивность психогенных расстройств зависит от степени выраженности реальной витальной угрозы в экстремальной ситуации. Так, В. Менингер (W. Meninger) в 1952 г. предложил принцип, согласно которому можно судить об уровне стресса при наводнении: он разделил людей на тех, чья собственность страдала, и тех, которым наводнение непосредственно не угрожало. Реакции каждой из групп в значительной степени отличались друг от друга. Для тех, кто оказался на периферии наводнения, характерно было развитие напряжения, при котором возникало желание что-либо делать, и удовлетворение этого желания (предоставление работы) вызывало облегчение. В другой группе предвосхищение угрозы вызывало не только тревогу, но и неверие в то, что с ними может что-либо случиться, а когда угроза становилась очевидной, развивалось состояние растерянности, подавленности. Утрата собственности усиливала негативное воздействие и соответственно депрессивные расстройства.

По мнению американских врачей-психиатров, для дифференцированной диагностической установки при идентификации расстройств в динамике целесообразно выделять три фазы:

- предвоздействия (*preimpact phase*), включающего ощущения беспокойства и угрозы;
- воздействия (*impact phase*), длящегося от начала стихийного бедствия до момента эвакуации пострадавших из района бедствий; она характеризуется доминированием среди эмоций страха;
- послевоздействия (*postimpact phase*), начинающегося через несколько дней после стихийного бедствия или катастрофы.

Последняя фаза наиболее сложна и значительна. Это связано с возникновением перед пострадавшими все новых и новых проблем, социальной дезорганизацией,

эвакуацией, разделением семей и т. п., что многими исследователями расценивается как «второе стихийное» бедствие. Именно с этой фазой многие авторы связывают формирование механизмов психогенных нарушений, которые проявляются через значительное время после катастрофы (например, PTSD-синдром).

В настоящее время фаза послевоздействия изучена наиболее полно. Так, исследователи Национального института психического здоровья (США) выделяют в этой фазе четыре субфазы, которые проходят психические реакции при катастрофах. Первая – *«героическая фаза»* – непосредственно связана с моментом катастрофы и длится несколько часов. Для нее характерны альтруизм, демонстративное героическое поведение, желание помочь людям, а также формирование ложных представлений о возможности преодолеть случившееся. Затем наступает фаза *«медового месяца»*, которая длится от недели до 3-6 месяцев. Выжившие испытывают чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых, надеются и верят, что все проблемы и трудности вскоре будут разрешены. Но потом наступает третья фаза – *«фаза разочарования»*, которая длится от 1 года до 2 лет. Чувства разочарования, гнева, негодования возникают вследствие крушения различных надежд. И только тогда, когда выжившие осознают, что им самим необходимо решать свои проблемы и налаживать свой быт, наступает четвертая фаза – *«фаза восстановления»*.

Фаза воздействия, включающая в себя момент катастрофы и сравнительно небольшой период времени после нее, исследована в меньшей степени. Это связано с определенными сложностями в организации проведения исследований. Например, известно очень мало фактов, когда психологи или психиатры оказывались очевидцами или участниками внезапно возникшей экстремальной ситуации.

Вместе с тем опыт ликвидации землетрясения в Армении (1988 г.) и катастрофы в Уфе (1989 г.) позволил сотрудникам Военно-медицинской академии М. М. Решетникову и С. В. Чермянину выделить отдельные стадии периода воздействия и первых этапов послевоздействия, который был назван ими «периодом острых эмоциональных реакций». Критерием выделения данных фаз для авторов послужила динамика психофизиологического состояния пострадавших. Опираясь на выявленную динамику, они выделяют следующие стадии.

1. *Стадия витальных реакций* – длится около 15 минут. Начинается с первых мгновений возникновения реальной витальной угрозы. Поведенческие реакции полностью подчинены императиву сохранения собственной жизни и могут сопровождаться кратковременным оцепенением или выраженным двигательным возбуждением.

2. *Стадия острого психоэмоционального шока* с явлениями сверхмобилизации. Эта стадия продолжается около 3-5 часов и характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлением безрассудной смелости, особенно при спасении близких. Около 30% пострадавших отмечали, что в этот период они испытали подъем работоспособности и увеличение физических сил в 1,5-2 раза.

Так, например, один из пострадавших во время землетрясения в Армении, обнаружив свою жену и дочь на крыше девятиэтажного дома, у которого лестничные пролеты нижних этажей были разрушены, с помощью веревки и металлической ограды для клумбы менее чем за час смог забраться на крышу и спасти семью. Вместе с тем в этот период у подавляющего большинства возможны панические реакции и нарушение адекватности поведения.

3. *Стадия психологической демобилизации*. Наступает через 6-12 часов после катастрофы и длится до 3 суток. Характеризуется существенным ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, отчаяния, депрессии и др. В этот период по-прежнему высока вероятность развития панических реакций. Большинство пострадавших отмечают возникновение этой стадии при первых контактах с получившими травмы, при первых

увиденных телах погибших, когда к ним приходит осознание масштаба трагедии, что в целом сопровождается повышением уровня стресса.

4. *Стадия разрешения.* Наблюдается на 3-12-е сутки после стихийного бедствия (катастрофы). Происходит постепенная стабилизация настроения и самочувствия, но сохраняется пониженный эмоциональный фон, ограничены контакты с окружающими, отмечается гипомимия (маскообразность лица), замедленность движений.

5. *Стадия первичного восстановления* начинается через 10-12 дней после землетрясения. Наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, нормализуется эмоциональная окраска речи, восстанавливаются сновидения.

6. *Стадия отставленных реакций.* Характеризуется проявлением некоторых психопатологических синдромов и психосоматических нарушений через 30-40 дней после стихийного бедствия.

Имеющиеся в настоящее время данные позволяют говорить о том, что рассмотренные шесть стадий периода воздействия действительно могут быть приняты в качестве классификации психофизиологических состояний. Об этом косвенно свидетельствуют результаты других исследователей. Так, югославские ученые Д. Петрович и М. Попович, изучавшие последствия землетрясения в Скопле в 1963 г., также выделили несколько стадий. Они отмечают, что первоначальная реакция носила характер паники. Были случаи, когда обезумевшие родители выбрасывали детей из окон многоэтажных зданий, выпрыгивали вслед за ними и разбивались. Затем югославские исследователи выделяют три фазы, характеризующие психическое состояние населения города после землетрясения. Первая, которая длится 2-3 дня, характеризуется выраженным состоянием тяжелой психической депрессии, угнетения, ступора. Люди совершенно не реагируют на окружающее, с ними трудно вступить в контакт. Они бродят по развалинам, как будто разыскивая что-то, или сидят неподвижно у своих разрушенных жилищ. Вторая стадия наступает на 4-5-й день и может длиться 5-6 дней. Она характеризуется продолжением менее выраженной психической депрессии у одних, проявлением общего возбуждения, беспокойства, расторможенности у других. Югославские исследователи отмечают, что у детей, оказавшихся в этой экстремальной ситуации, нередки случаи полного недержания мочи, у беременных женщин – спонтанные аборт и преждевременные роды. Третья стадия начинается на 10-12-й день и может длиться до 2-3 месяцев. Основная характеристика данной стадии – постепенное сглаживание нервно-психических нарушений, появление интереса к окружающему миру, беспокойство за будущее, стремление приспособиться к жизни в новых условиях.

Ташкентское землетрясение в 1966 г. было слабее, чем в Скопле, не вызвало таких тотальных разрушений и не сопровождалось значительными жертвами. Тем не менее исследователи, изучавшие последствия этого землетрясения для населения Ташкента непосредственно на месте (спустя день после первого толчка), отмечают: в момент землетрясения и сразу же после него 36,7% пострадавших жителей либо бездействовали, либо молились, а затем прибегали к защитным мерам, 42,5% укрывались в безопасном месте, 16,8% выбегали на открытое пространство.

Таким образом, во всех приведенных примерах отчетливо просматриваются одни и те же тенденции.

Следует отметить, что помимо психогенных нарушений, диагностируемых сразу после момента катастрофы или стихийного бедствия, существует целый ряд расстройств, которые проявляются в виде разнообразных психических и психосоматических нарушений спустя длительное время после психотравмирующих обстоятельств. При этом их проявление носит в основном внезапный характер на фоне общего благополучия. Эти явления объединены в синдром посттравматических стрессовых нарушений. Данная группа психогенных расстройств представляет собой самостоятельный класс психических нарушений, они будут рассмотрены ниже.

Таким образом, психологу, работающему с лицами, перенесшими воздействие различных экстремальных факторов чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий или

технологических катастроф, надо помнить, что многие соматические нарушения имеют психогенную природу. Именно поэтому пострадавшим для оказания помощи необходим не только врач, но и психолог. Цели его работы в таких ситуациях:

- психологическая диагностика состояний пострадавших и прогнозирование последствий перенесенных психотравмирующих обстоятельств;
- проведение психологической коррекции;
- разработка мероприятий по социально-психологической реабилитации пострадавших;
- оказание социально-психологической помощи родным и близким пострадавших и погибших.

### **Общая характеристика психогенных расстройств, возникающих при экстремальных ситуациях**

Многие психические состояния, наблюдаемые при возникновении экстремальных ситуаций, могут быть отнесены к группе так называемых *психогенных расстройств*. Чаще всего к ним относят разнообразные невротические и патохарактерологические реакции, неврозы и реактивные психозы. Общая особенность всех этих расстройств заключается в том, что они имеют ситуативно-обусловленный характер. Их интенсивность зависит от характера патогенных обстоятельств, к которым относятся: специфика факторов обстановки, острота и сила их воздействия, а также смысловое содержание психотравмы.

Следует отметить, что лечение психогенных или других психических расстройств не является задачей психолога. Лечение – это прерогатива врача-специалиста, в данном случае психиатра или психотерапевта. Однако психолог обязан иметь четкое представление о симптомах психических расстройств и уметь дифференцированно диагностировать состояния нормы и патологии. Умение психолога соотносить наблюдаемое состояние с нормой или патологией особенно актуально при возникновении экстремальных ситуаций, когда своевременное оказание психологической или первой доврачебной помощи позволяет в ряде случаев избежать более тяжелых последствий. С этой точки зрения представляется целесообразным более подробно рассмотреть особенности психогенных нарушений при возникновении экстремальных ситуаций.

Согласно мнению, сложившемуся в современной медицине, психогенные расстройства могут быть разделены на две группы: с *непсихотической* симптоматикой (психогенные реакции и состояния) и с *психотической* симптоматикой (ре-активные психозы). Основой разграничения служит наличие у больных второй группы выраженных нарушений психики, так называемых *психотических форм патологии*: грубые нарушения сознания, галлюцинации и бред, выраженные эмоциональные расстройства, психомоторные нарушения и т. п.

К первой группе психогенных расстройств относятся разнообразные *расстройства невротического типа*. Среди них: невроз тревоги (страха), истерический невроз, невротические фобии, невроз навязчивости, депрессивный невроз, неврастения и др. В эту же категорию входят и так называемые острые реакции на стресс.

Характеризуя психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф, Ю. А. Александровский и его коллеги считают целесообразным выделение трех диагностических групп: 1) непатологические (физиологические) невротические реакции (реакции на стресс, адаптационные реакции); 2) невротические реакции и состояния; 3) реактивные психозы. Каждая из этих трех групп имеет свои особенности и характеристики.

Так, *непатологические невротические реакции* характеризуются преобладанием эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранением адекватной самооценки и способности к целенаправленной деятельности. *Психогенным патологическим реакциям* свойственны: невротический уровень расстройств, астенический, депрессивный, истероидный и другие синдромы, снижение адекватности оценки происходящего и своих действий. Стабилизация невротических нарушений свидетельствует о развитии невротических состояний –

неврастенический и другие неврозы, при этом отмечается значительное снижение адекватности оценки происходящего и самооценки личности.

Таблица 23.1

Психогенные расстройства, наблюдаемые при жизнеопасных ситуациях во время и после стихийных бедствий и катастроф (по Ю.А.Александровскому с соавторами)

Психогенные расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Психогенные состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический, депрессивный неврозы, невроз навязчивых состояний, значительная утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психозы	
Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Третья группа нарушений может проявляться в виде *острых* или *затяжных реактивных психозов*. Для острых реактивных психозов характерны аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью. Затяжным реактивным психозам присуще проявление депрессивных, параноидальных, псевдодементных синдромов.

Данные группы нарушений и расстройств могут иметь характер динамического развития, постепенно сменять друг друга, переходя от непатологических форм к патологическим. Следует отметить, что разные этапы развития психогенных психических расстройств характеризуются различными клиническими проявлениями.

Например, для непатологических невротических проявлений характерны астенические нарушения, тревожная напряженность, вегетативные дисфункции, расстройства ночного сна, возникновение и декомпенсация психосоматических расстройств, снижение порога переносимости вредностей (причем указанные симптомы не объединяются в синдромы, поэтому существует возможность их полной самокоррекции).

При невротических реакциях отмечается контролируемое чувство тревоги и страха, разнообразные невротические расстройства. Кроме этого, возможна определенная декомпенсация личностно-типологических особенностей.

На следующем по степени тяжести психического состояния этапе – этапе неврозов – диагностируются стабилизированные и клинически оформившиеся невротические состояния, в том числе отчетливо выраженные депрессивные или астено-депрессивные, неврастенические, ипохондрические расстройства.

При реактивных психозах и аффективно-шоковых реакциях у лиц, попавших в экстремальную ситуацию, отмечается чувство страха, достигающее ощущения сиюминутной гибели, дезорганизация поведения (например, беспорядочное метание, паническое бегство или оцепенение, ступор), нарушение осознания окружающего, восприятия и осмысления, некритическое отношение к своему состоянию.

Несмотря на имеющиеся существенные особенности и различия, психические расстройства, возникающие вследствие воздействия экстремальных факторов среды обитания, вероятно, следует рассматривать как частные случаи психогенно-спровоцированной психической дезадаптации. Именно к такому выводу приводят многие исследователи, занимающиеся проблемой адаптации и дезадаптации человека.

Проблема адаптации – одна из центральных проблем исследования человека и его организма. Благодаря такому феномену, как адаптация, все живые организмы получают возможность приспосабливаться к постоянным изменениям внешней среды и тем самым выживать. Человек как биологический объект также обладает способностью приспосабливаться к изменениям внешней среды. Эта способность человека постоянно совершенствовалась.

Однако по мере развития человеческого общества значение биологически адаптивных механизмов постепенно снижалось, а роль механизмов социальной адаптации возрастала. Несмотря на то что человек – биосоциальное существо, его социальная сущность в процессе филогенеза приобретала все более и более доминирующее значение. В результате социальная адаптация стала механизмом, обеспечивающим современному человеку безопасность в целом (в том числе безопасность от многих природных катаклизмов и других жизнеопасных воздействий) за счет соответствующего построения взаимоотношений между людьми. Вместе с тем врачи-психиатры констатируют, что из года в год увеличивается значение социальных факторов в происхождении многих болезненных расстройств человека, и в первую очередь так называемых психогенных факторов. Психогении как бы заменяют физиогении в происхождении болезненных расстройств вообще и состояний психической дезадаптации в экстремальных условиях в частности.

Как и почему происходит возникновение психогенных расстройств? Существует несколько концепций, пытающихся ответить на этот вопрос. Одна из них – концепция об индивидуальном барьере психической адаптации – принадлежит Ю.А. Александровскому [2]. По его мнению, при любом психотравмирующем воздействии, которое обуславливает возникновение нервно-психических расстройств, происходит нарушение наиболее сложных форм социально-детерминированного, адаптированного и относительно стабильного стереотипа реагирования человека на окружающее. В этом случае должны включаться определенные механизмы формирования нового стереотипа реагирования. Однако изменение поведенческого стереотипа происходит не у всех, поскольку у некоторых в психо-травмирующей ситуации обнаруживается нехватка «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования, т. е. человек не может преодолеть границы привычного для себя способа реагирования. Другими словами, человеку в экстремальной ситуации может оказаться недостаточно имеющихся у него социальных и биологических возможностей для переработки информации, скорости ее поступления и количества. В результате создаются предпосылки для возникновения психогенных нарушений.

Таким образом, согласно данной концепции, у каждого человека существует некий барьер психической адаптации. Этот барьер как бы вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования человека. Он базируется на двух основах – биологической и социальной и по существу является их единым интегрированным функционально-динамическим выражением. Следовательно, пока поведенческие реакции человека находятся в допустимых пределах и не выходят за пределы барьера психической адаптации, человек успешно адаптируется, но в случае «прорыва» или «разрушения» этого барьера происходит психический срыв, который может привести к развитию болезни.

Вероятно, данная концепция – одна из наиболее удачных концепций возникновения психогенных расстройств при экстремальных ситуациях. Вместе с тем следует отметить: хотя она и объясняет принципы возникновения психогенных расстройств (это очень существенно для медицины), но по ряду причин недостаточна для психолога.

Так, несмотря на то что Ю. А. Александровский признает значимость социальной составляющей человека для успешной его адаптации, он не рассматривает личностные особенности, влияющие на успешность адаптации и определяющие вероятность возникновения психогенных расстройств в экстремальных ситуациях. Подобная позиция автора концепции, возможно, обусловлена тем, что для него как врача важнее факт психогенного расстройства и понимание общих механизмов его возникновения, поскольку

объект его деятельности – как правило, больной человек. Объект деятельности психолога – обычный, здоровый человек, поэтому ему важнее знать личностные особенности человека, обуславливающие возможность успешной адаптации в самых разнообразных условиях. Знание этих особенностей позволяет психологу прогнозировать успешность деятельности и вероятные последствия для здоровья при внезапно возникших экстремальных ситуациях.

Кроме этого, говоря о реакциях человека в экстремальных условиях, следует иметь в виду, что поведение человека – это не просто ответная реакция на внешнее воздействие. С точки зрения отечественной психологии поведение – это акт сознания, обусловленный, с одной стороны, воздействием факторов внешней среды обитания, а с другой – особенностями морально-нравственной сферы, актуальными мотивами, совокупностью компонентов Я-концепции и др. Следовательно, поведение человека чаще всего является активным, а не реактивным. Поэтому вести разговор о поведенческих реакциях вне рассмотрения личностных особенностей не совсем уместно. Это еще раз подчеркивает необходимость изучения тех личностных особенностей, которые определяют поведение человека в экстремальных условиях.

Но, рассматривая психогенные расстройства при возникновении экстремальных условий, следует подчеркнуть: помимо расстройств психиатрического плана существует целый класс нарушений, которые не могут рассматриваться как психические расстройства. Чаще всего их называют психологическими нарушениями, или реакциями на острый эмоциональный стресс. Большинство подобных реакций характерно для случаев, связанных с выполнением определенной профессиональной деятельности.

### **Общее представление о деятельности в особых и экстремальных условиях**

Выше были рассмотрены психологические проблемы, с которыми сталкиваются современные психологи при возникновении экстремальных ситуаций. Наиболее существенные характеристики подобных ситуаций – внезапность их возникновения и неконтролируемость протекания со стороны человека. Именно эти особенности определяют необходимость рассматривать экстремальные ситуации лишь в качестве измененных условий жизни человека, но ни в коей мере не дают основания для их отождествления с деятельностью. Экстремальные ситуации и деятельность в экстремальных условиях – это не одно и то же.

Вместе с тем необходимо отдавать себе отчет в том, что эти же экстремальные ситуации, которые для большинства людей являются крайне неблагоприятными ситуациями, для определенной группы людей действительно могут рассматриваться как условия профессиональной деятельности. Те физические, химические, психосоциальные и другие факторы среды обитания, которые для большинства составляют фон экстремальной ситуации, для другой группы могут составлять особенности их профессиональной деятельности. Кого следует отнести к этой группе людей?

К данной группе, прежде всего, следует относить тех, чья профессиональная деятельность протекает в условиях, связанных с риском для жизни. В число таких профессиональных деятельностей входят труд пожарного, спасателей, военнослужащих и др. Специфика подобного вида деятельности заключается в том, что она осуществляется или может осуществляться в условиях реальной витальной угрозы. При этом, несмотря на негативное воздействие разнообразных факторов среды, люди выполняют свои профессиональные обязанности весьма успешно. Невольно возникает вопрос: «Почему большинство лиц, оказавшихся в экстремальной ситуации, частично теряют контроль над своим поведением, а профессионалы в этих условиях действуют успешно?».

Причин, обуславливающих возможность успешной деятельности в экстремальных условиях, так же много, как и факторов, мешающих ее осуществлению. К причинам, обуславливающим возможность успешной деятельности человека в экстремальных

условиях, прежде всего следует отнести особенности его личности.

Можно было бы предположить, что бесстрашие, храбрость – те личностные особенности, которые отличают человека, успешно выполняющего свои обязанности в условиях реальной витальной угрозы, от того, кто подавлен и ошеломлен. Однако такая точка зрения верна лишь отчасти. Как пишет Ю. А. Александровский и др., «бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. При возникновении любой осознаваемой человеком экстремальной ситуации, содержащей угрозу для его жизни, у него возникает тревожное состояние и страх. Иначе, вероятно, быть не может, поскольку тревога – это один из механизмов, позволяющих человеку чувствовать опасность и своевременно на нее реагировать, приводя в действие системы экстренной мобилизации энергетических ресурсов организма. Различия в поведении людей, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных условиях деятельности, в большей степени обусловлены их способностью контролировать свое состояние, адекватно оценивать возникшую ситуацию и своевременно принимать решения. В свою очередь, уровень развития данных способностей во многом определяется уровнем нервно-психической устойчивости и психологической готовности к действию в экстремальных условиях.

Следует отметить, что в научной литературе уже достаточно давно встречается термин «нервно-психическая неустойчивость». Данное понятие не имеет единого общепринятого толкования. Оно объединяет в себе целый класс нервно-психических явлений и нервно-психических нарушений, не имеющих четко выраженной симптоматики. Люди с признаками нервно-психической неустойчивости отличаются выраженной эмоционально-волевой лабильностью, что проявляется в эмоциональной неуравновешенности и неадекватном поведении. Кроме этого, для них характерна повышенная утомляемость, в том числе при умственной деятельности и общении с людьми. Нервно-психическая неустойчивость предполагает и различные вегетативные проявления, такие как тремор, покраснение или, наоборот, бледность кожных покровов, повышенную потливость и др. С точки зрения психофизиологии, объединяет все эти явления в один класс неустойчивость в протекании нервных и психических процессов.

Противоположным по смыслу понятию «нервно-психическая неустойчивость» является «нервно-психическая устойчивость». Уровень нервно-психической устойчивости характеризует степень устойчивости протекания психофизиологических и психических процессов, а следовательно, характеризует степень выраженности у человека признаков нервно-психической неустойчивости. Как правило, диагностика нервно-психической неустойчивости и нервно-психической устойчивости может осуществляться по одним и тем же тестам. Чем выше уровень нервно-психической устойчивости, тем выше устойчивость протекания психических процессов, тем выше вероятность сохранения адекватности поведения в экстремальных условиях деятельности.

По мнению многих исследователей, такое явление, как нервно-психическая неустойчивость, имеет двойственную природу. С одной стороны, оно обусловлено генетически, а с другой – особенностями воспитания и развития человека. Подобное положение дел позволяет ставить вопрос о возможности отбора людей для деятельности в особых и экстремальных условиях. Но для того чтобы осуществить профессиональный отбор, необходимо знать, развитие каких психофизиологических и личностных качеств следует обязательно оценивать. Нервно-психическая устойчивость – не единственная характеристика, определяющая успешность деятельности человека в сложных условиях. Поэтому исследования, посвященные выявлению данных индивидуально-психологических и личностных характеристик, в течение длительного времени оставались (и остаются) актуальными.

Не меньшее значение для успешной деятельности в особых или экстремальных условиях имеет степень психологической готовности человека к работе в подобных условиях. Процесс подготовки человека к выполнению определенной деятельности в необычных условиях предполагает знание того, как и к чему готовить. Сама по себе эта задача подготовки к деятельности в особых или экстремальных условиях выполнима, но



требует организации и проведения целого комплекса научнообоснованных медицинских, психологических и социально-психологических мероприятий.

Таким образом, на основе вышеприведенного материала мы можем утверждать, что между понятиями «деятельность в экстремальных условиях» и «экстремальные ситуации» действительно существуют принципиальные различия. Эти различия представлены в табл. 23.2.

Таблица 23.2

Основные различия между понятиями «деятельность в экстремальных условиях» и «экстремальные условия»

№ п/п	Критерий	Экстремальные ситуации	Деятельность в экстремальных условиях
1	Внезапность возникновения	Возникают всегда внезапно, неожиданно для человека	Деятельность осуществляется по плану, возникновение экстремальных ситуации и воздействие экстремальных факторов ожидаемо
2	Время воздействия экстремальных факторов	Воздействие экстремальных факторов относительно коротковременно	Воздействие факторов экстремальных условий деятельности относительно долговременно
3	Мотивы поведения и деятельности человека	Основным мотивом поведения является стремление спасти жизнь себе и своим близким	Основной мотив поведения – выполнить профессиональные обязанности. Мотив самосохранения является одним из сопутствующих мотивов и в ряде случаев подавляется человеком
4	Степень осознанности поведения	У подавляющего большинства снижена степень осознанности поведения и его контроля	Поведение в большинстве случаев осознанно и контролируемо
5	Степень активности поведения	Поведение человека в большинстве случаев носит реактивный характер	Поведение человека активно и обусловлено прежде всего внутренними установками человека
6	Степень готовности к воздействию экстремальных факторов	Большинство людей оказываются неготовыми к возникновению экстремальных ситуаций	Подготовка к деятельности осуществляется заблаговременно

Деятельность в экстремальных условиях не проходит бесследно даже для профессионалов. В значительной степени это обусловлено характером смены деятельности, что требует адаптационной перестройки функционирования структур организма и механизмов регуляции мотивированного поведения. Для сохранения их работоспособности и профессионального здоровья целесообразно осуществлять мероприятия медико-психологического сопровождения, а после завершения деятельности – медико-психологической реабилитации. Если подобные мероприятия не проводить, то существенно повышается риск возникновения различных психогенных расстройств и психосоматических нарушений. В настоящее время ни у кого не возникает сомнения в том, что большинство психогенных расстройств обусловлено сменой деятельности, а точнее, особенностями адаптации к новым условиям.

### **Особенности психогенных расстройств при деятельности в экстремальных условиях**

При выполнении специалистом служебных обязанностей в экстремальных условиях весьма высока вероятность возникновения разнообразных психогенных расстройств. Чаще всего с подобными явлениями сталкиваются врачи-психиатры подразделений МЧС, Вооруженных Сил, МВД и других так называемых «силовых структур». Военные врачи одними из первых начали исследовать данную проблему, поскольку на поле боя им приходилось сталкиваться с разнообразными проявлениями последствий психотравмирующего воздействия происходящих событий.

Пожалуй, самые первые научные описания психотравмирующего воздействия боевого стресса как фактора экстремальных условий деятельности относятся ко второй

половине XIX в. Они основаны на наблюдении за участниками Гражданской войны в Северной Америке. Так, Да Коста (Da Costa) наблюдал 300 солдат действующей армии, которые жаловались на одышку, учащенное сердцебиение, жгучие боли в груди, слабость, головную боль и головокружение. Выявленный специфический симптомокомплекс был назван им «солдатское сердце» (Kaplan H. L., Sadoc B. J., 1988). Весьма похожую картину наблюдал несколько позднее у участников той же войны В. А. Хэммонд (W. A. Hammond, 1883).

Исследования психогенных нарушений у солдат продолжились во время Первой мировой войны. Так, американскими психиатрами был описан симптомокомплекс, получивший название *shellshock* («снарядный», или «артиллерийский», шок). К проявлением данного симптомокомплекса различные специалисты того времени относили: паралич, потерю ориентировки, истерическую слепоту, ипохондрические, фобические или тревожные симптомокомплексы, оцепенения вплоть до кататоноподобного ступора, повышенную раздражительность, чувствительность к внезапному шуму, тремор, бессонницу, ночные кошмары военного содержания и др.

Россия также столкнулась с психогенными проявлениями у солдат в начале XIX в. Так, например, согласно отчету Главного военно-санитарного управления российской армии, во время войны с Японией неврозы диагностировались у 4 солдат и 75 офицеров из каждой тысячи военнослужащих. Во время Первой мировой войны неврозы диагностировались: в 41,5% случаев на воронежском эвакуационном пункте, в 36,2% – на Северном фронте. В петроградских лазаретах у 70% офицеров и 19% солдат также отмечались неврозоподобные состояния (Тимофеев Н. Н., 1957).

Во время Второй мировой войны для армий многих воюющих государств психогенные нарушения стали подлинным бедствием. Так, в США «психиатрические потери» по сравнению с Первой мировой были на 300% больше и составили около 1 млн человек, из них 64% случаев – неврозы (Appel L. W., 1966; Glass A. J., 1969). Это при том, что существовал весьма жесткий отбор для службы в армии и на флоте. За период с 1 января 1942 по 30 июня 1945 г. были признаны негодными по различным психиатрическим статьям 175 тыс. человек, подлежащих призыву (Bulletin of the U.S. Army Medical Department, 1945). В какой-то момент число уволенных по психиатрическим статьям превысило число всех вновь призванных на военную службу (Tiffany W. Y., Allerton W. S., 1967). Среднее число уволенных по психиатрическим диагнозам в период с 1943 по 1944 г. составило от 9 до 20 тыс. человек в месяц (Rennie T.A., 1944)

К сожалению, современная история человечества сопровождается войнами и военными конфликтами. Конец XX и начало XXI в. не стали исключением. Хотя крупномасштабные военные кампании не велись, но военных конфликтов было предостаточно: в Корее и Вьетнаме, Афганистане и Чечне, на Ближнем Востоке и в Европе, в странах Африки и Латинской Америки. Все эти события привели к еще большему пониманию актуальности массовых психогенных нарушений. При этом следует отметить, что актуальность данной проблемы растет пропорционально числу лиц, чья профессиональная деятельность протекает в экстремальных условиях. Сегодня профессии «экстремального характера» стали как никогда массовыми. К ним относятся не только военнослужащие, но и сотрудники МВД и других силовых структур, спасатели, шахтеры, летчики... Причем большинство психогенных нарушений, наблюдаемых у профессионалов, чья работа связана с деятельностью в экстремальных условиях, во многом аналогичны психогенным нарушениям военнослужащих, которые возникают у них в период боевых действий.

Комплекс симптомов, характерных для психогенных нарушений, наблюдаемых у военнослужащих в период ведения боевых действий, российскими военными психиатрами чаще всего обозначается как «боевая психическая травма», или «боевой стресс». С точки зрения психофизиологии сущность боевого стресса заключается в перераспределении ресурсов человеческого организма для выживания в экстремальных условиях. Этот процесс сопровождается напряжением различных адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые обладают

чрезмерной интенсивностью и продолжительностью, что, в свою очередь, помимо непосредственных психотравмирующих факторов боевой обстановки может оказывать вторичный повреждающий эффект и становится причиной расстройств психической деятельности.

Следует отметить, что до настоящего времени нет общепринятого определения боевой психической травмы. Одни исследователи соотносят это понятие с реактивными состояниями и острыми стрессовыми реакциями, развивающимися в условиях жизнеопасной ситуации. Другие авторы под боевой психической травмой понимают всю совокупность симптомов, обусловленных стрессом, т. е. вкладывают в это понятие более широкий круг расстройств, в том числе доболезненные проявления (Сидоров П. И., Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф., 1999 г.). Причем если задать вопрос, что собой представляют так называемые доболезненные проявления, то закономерно можно прийти к выводу о том, что речь идет о нарушениях психологического типа, когда болезни еще нет, но отдельные ее признаки уже проявляются.

Впервые диагноз боевого стресса был использован русскими психиатрами в период русско-японской войны. Ими же была предпринята попытка раскрыть механизмы патогенеза боевой психической травмы. Так, Н. А. Вырубов (1915) рассматривал боевую психическую травму как «контузионный психоз» и «психоневроз». По его мнению, в основе психогенных нарушений у военнослужащих лежат «органические» нарушения «молекулярного» характера. Одновременно с этой точкой зрения была высказана и другая. Так, С. Н. Давиденко (1915) настаивал на функциональной, эмоциогенной природе «боевых психозов». Позднее стало ясно, что вторая точка зрения в большей степени соответствует истине. Наиболее ярко эмоциогенная природа боевой психической травмы проявилась в годы Второй мировой войны.

Однако к такому пониманию механизмов психогенных нарушений у людей, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных ситуациях, врачи-специалисты пришли не сразу. Долгое время отечественные психиатры рассматривали расстройства, связанные с боевым стрессом, преимущественно с физиологической позиции и многие его симптомы объясняли травматическим повреждением головного мозга. Такая позиция прежде всего определялась доминирующим длительное время учением И. П. Павлова, который все психические процессы объяснял торможением и возбуждением. Поэтому стресс рассматривался в качестве фактора, запускающего возникновение психических расстройств исключительно на материальной почве.

В ходе Второй мировой войны стало ясно, что с увеличением продолжительности пребывания в боевой обстановке повышается специфическая устойчивость организма к воздействию боевых стрессов, закрепляются новые поведенческие навыки и стереотипы, имеющие ведущее биологическое значение для сохранения жизни. В клинических проявлениях боевой психической травмы нарастает частота агрессивных и асоциальных форм поведения. Причем враждебность весьма часто проявляется не только в словах, но и в поведении. По мнению военных врачей-психиатров, агрессивное поведение, как правило, отражает формирование «нажатых» способов реагирования, вторичных по отношению к состоянию хронической тревоги (Сидоров П. И., Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф., 1999.).

По нашему мнению, основанному на практическом опыте оказания психологической помощи специалистам различного профиля, выполнявших служебные обязанности в экстремальных условиях, проявление невербальной агрессивности вряд ли стоит рассматривать как «закрепленную» форму поведения, обусловленную биологической целесообразностью. Анализ лонгитюдного наблюдения за военнослужащими, находящимися в условиях реальной витальной угрозы, свидетельствует о том, что рост агрессивности предшествует или психическому срыву, или совершению аварии, или гибели военнослужащего вследствие ошибочных действий или ошибочных решений. Поэтому рассматривать возникновение агрессивности в условиях боевой обстановки в качестве «биологически значимой» формы поведения нецелесообразно. Скорее всего, повышение уровня агрессивности следует рассматривать как недостаточное развитие

личности или как индикатор осложнения психической регуляции, предшествующей психогенным расстройствам.

К другому типу феноменологических проявлений психопатологии боевой травмы принято относить «бегство от реальности», что проявляется в виде невротических, соматоформных и диссоциативных расстройств, аддиктивного и суицидального поведения. Как правило, расстройства, относящиеся к первой группе, наиболее часто развиваются в первые месяцы пребывания в экстремальной обстановке, в то время как разнообразные формы агрессивного поведения нарастают по мере увеличения продолжительности пребывания в данных условиях.

Еще в большей степени выражены психические нарушения у лиц, получивших ранения, травмы или увечья в процессе выполнения служебных обязанностей в экстремальной обстановке. Так, обследования раненых военнослужащих показывают, что практически у всех наблюдаются более или менее выраженные изменения психического состояния. Причем эти состояния чаще всего бывают двух типов: гиперстенические и астено-депрессивные с выраженными реакциями страха и беспокойства. (Очень часто аналогичные состояния можно наблюдать у лиц, ставших свидетелями особо разрушительных стихийных бедствий или техногенных катастроф.)

Следует также отметить, что характер психогенных нарушений в значительной степени определяется условиями, в которых специалистам приходилось выполнять свои профессиональные обязанности. Например, если сопоставить состояние военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях на Северном Кавказе и в Афганистане, то можно обнаружить, что в первом случае преобладали депрессивные состояния (особенно в первой половине 1995 г.), а во втором – астенические как следствие хронического эмоционального стресса и социальной изоляции.

Не менее сложная проблема сохранения здоровья людей, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных условиях, – алкоголизм и наркомания. По мнению ряда авторов, данные явления следует рассматривать в качестве вторичных симптомов по отношению к невротическим и аффективным расстройствам, т. е. как следствие психогенных нарушений (Khantzian E. J., 1985; Ronde-pierre C, Ades J., 1985). Уже в период русско-японской войны (1904-1905) было отмечено, что по мере того как русские войска все больше увязали в затяжной, непопулярной среди населения войне, возрастало количество больных с алкогольной патологией. Чаще всего высокий уровень алкогольной патологии в то время объяснялся «потребностью подбодрить нервную систему» (Озерецковский А. И., 1906).

Во время войн в Корее и Вьетнаме анонимные опросы американских солдат показывали, что до 50-80% из них принимали марихуану и до 30% – героин. По мнению врачей-психиатров, употребление психоактивных веществ позволяло военнослужащим временно справляться с психологическими проблемами. Вместе с тем употребление наркотических веществ увеличивало, в свою очередь, количество психических заболеваний. Так, во втором периоде войны американскую армию фактически захлестнула волна наркомании. Около 60% санитарных потерь составляли случаи психических нарушений, большинство из которых усугублялось хроническим употреблением наркотиков (Price H. N., 1984).

По данным отечественных психиатров, в годы Афганской войны около трети психических нарушений были вызваны употреблением наркотических веществ или алкоголя. Так, психические нарушения у рядового состава (примерно 31%) были связаны с употреблением наркотиков (в основном гашиш и опий). Среди психических нарушений у офицеров 35,2% заболеваний были обусловлены употреблением алкоголя (П. И. Сидоров, С. В. Литвинцев, М. Ф. Лукманов, 1999).

В 1995 г. в период Чеченской войны употребление спиртных напитков стало одним из самых распространенных явлений. Причем уровень употребления алкоголя возрастал в период ведения боевых действий (до 98%) и снижался во время отдыха и перерывов между боями (до 12%). Большинство военнослужащих, регулярно употреблявших спиртные напитки, объясняли употребление алкоголя стремлением снять внутреннее

напряжение, «на время забыться» и т. д.

Таким образом, выполнение профессиональных (служебных) обязанностей в условиях реальной витальной угрозы сопровождается не только непосредственным воздействием психогенных факторов, но и высокой вероятностью возникновения психогенных нарушений, обусловленных вторичными причинами. К их числу следует отнести алкоголизм и наркоманию. Вместе с тем вопрос о влиянии личностных характеристик профессионалов на вероятность возникновения психогенных нарушений, а также их влияния на характер течения реабилитационного процесса – отдельная проблема. Имеющиеся в настоящее время данные экспериментальных исследований позволяют утверждать, что подобная связь существует. Так, в табл. 23.3. представлены результаты обобщенного исследования С. В. Литвинцева (1994) и Е. В. Снедкова (1992), изучавших характер реабилитационного процесса у военнослужащих, находящихся на излечении в медицинских учреждениях по поводу реакций боевого стресса (РБС).

Как известно, акцентуации характера, в отличие от акцентуаций личности, принято рассматривать в качестве определенного критерия психической нормы. С этой точки зрения представленные в табл. 23.3 данные свидетельствуют о том, что наиболее благоприятный исход течения реакций боевого стресса в большей степени присущ людям, у которых отсутствуют признаки акцентуаций характера. Следовательно, особенности психики человека могут выступать в качестве прогностических критериев развития психогенных нарушений в экстремальных условиях деятельности, что особенно актуально при решении задач профессионального психологического отбора специалистов для деятельности в подобных условиях и оказания им специализированной психологической помощи в процессе сопровождения деятельности и реабилитации.

Таблица 23.3

#### Распределение исходов РБС при различных типах акцентуаций

Типы акцентуаций характера	В боевых условиях		Катамнез Затяжное лечение	Развитие ПТСР
	Выздоровление	Субкомпенсация		
Группа гипертимных	78,9	17,5	3,6	83,0
Группа циклоидных	50,0	50,0	-	-
Группа лабильных	55,0	45,0	-	57,0
Астемоневротический тип	52,7	42,0	5,3	50,0
Группа сенситивных	48,5	48,5	3,0	13,0
Группа психастенических	55,0	45,0	-	33,0
Группа шизоидных	37,5	47,5	15,0	5,0
Группа эпилептоидных	50,0	50,0	-	88,0
Группа истероидных	66,7	33,3	-	14,0
Неустойчивый тип	73,0	27,0	-	75,0
Конформный тип	71,0	29,0	-	83,0
Отсутствие акцентуации	84,0	15,0	1,0	-

Примечание: данные приведены в процентах

### Контрольные вопросы

1. Какие критерии классификации экстремальных ситуаций вы знаете?
2. Назовите принципиальные различия в понятиях «экстремальная ситуация» и «экстремальные условия деятельности».
3. Дайте общую характеристику чрезвычайных ситуаций.
4. Что такое техногенные катастрофы и экологические катастрофы?
5. Что характерно для социальных катастроф?
6. Дайте общую характеристику поведенческих и психических реакций человека в экстремальных ситуациях.
7. Что вы знаете о психогенных расстройствах, возникающих при экстремальных ситуациях?
8. Каковы психические механизмы психогенных нарушений в экстремальных условиях?
9. Охарактеризуйте особенности деятельности в экстремальных условиях.

10. Расскажите об особенностях психогенных расстройств при деятельности в экстремальных условиях.

### **Литература**

1. *Александровский Ю. Л.* Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС - Киев: Здоров'я, 1988. - С. 171-177.

2. *Александровский Ю. А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976.

3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. – М.: Зевс; Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

4. *Александровский Ю. А., Лобастое О. С, Спивак Л. И., Шукин Б. П.* Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991.

5. *Воловий В. Г.* Человек в экстремальных условиях природной среды. – М.: Мысль, 1983.

6. *Ковалевский Ю. Н.* Стихийные бедствия и катастрофы. – Рига, 1986.

7. *Леонова А. Б., Медведев В. И.* Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. – М.: МГУ, 1981.

8. *Решетников М. М., Баранов А. Ю., Мухин А. П., Чермянин С. В.* Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей // Психологический журнал. – 1990. – Т. I, № 1. – С. 95-101.

9. *Селье Г.* Стресс без дистресса. – Рига: Виеда, 1992.

## Глава 24. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И РЕСУРСЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

### Феномен «выгорания» и его причины

Интерес к синдрому «выгорания» вызван тем, что значительно увеличилось число работающих, которые ощущают себя измотанными, обессиленными и эмоционально «потухшими», что в итоге сказывается на продуктивности работы. В зарубежной литературе этот синдром известен как *burnout*, который был введен американским психиатром Х. Фрейденбергером в 1974 г. Понятие «выгорание» обычно используют для обозначения переживания человеком состояния физического, эмоционального и психического истощения, вызванного длительной включенностью в эмоционально напряженные и значимые ситуации. Синдром «выгорания» берет свое начало в хроническом повседневном напряжении или эмоциональном переутомлении, переживаемом человеком в личностно значимых ситуациях общения с другими людьми. Наиболее часто выгорание рассматривается как долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. В связи с этим синдром «психического выгорания» ряд авторов обозначает как «*профессиональное выгорание*», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов<sup>84</sup>. Если экстремальный стресс можно сравнить с тайфуном, то стрессовый процесс выгорания сравним с медленным, почти незаметным течением. Тем не менее выгорание имеет сильные негативные последствия; это одна из самых критических областей стресса для современного индустриального общества, поскольку отдельным людям, семьям и продуктивности бизнеса наносится значительный урон<sup>85</sup>.

Выгорание проявляется, с одной стороны, в душевном неблагополучии (дискомфорте), неудовлетворенности качеством личной жизни, а также в физическом недомогании. С другой стороны, оно отрицательно сказывается на продуктивности трудовой деятельности работников. Поэтому выгорание как феномен попадает в поле зрения не только психологов, психотерапевтов, врачей, но также и работодателей, заинтересованных в энергичных сотрудниках, которые «горят», но не «сгорают» полностью на работе.

Впервые на проблему психического выгорания обратили внимание американские специалисты в связи с созданием и массовым распространением социальных служб. Люди, работающие в области психологической и социальной помощи, по долгу службы обязанные проявлять сочувствие и эмпатию, длительное время контактируют с посетителями и их жизненными проблемами. Обязанность работников этих служб – оказание психологической поддержки: они должны выслушать и поддержать людей, обратившихся за помощью. Несмотря на специальную подготовку и подбор персонала для социальных служб по определенным критериям, необходимым в этом виде деятельности, руководители служб через некоторое время нередко сталкивались с фактами неудовлетворительной работы сотрудников, прежде всего с жалобами посетителей на их невнимание, равнодушие, черствость, а иногда и грубость. Проведенные исследования привели к обнаружению своеобразного профессионального «*стресса общения*», который получил название синдрома «*психического выгорания*». Данный синдром стал рассматриваться как стресс-реакция на продолжительные стрессы межличностных отношений (Гришина Н. В., 1997).

В начале 70-х гг. XX в. специфическая симптоматика выгорания первоначально была обнаружена исследователями у лиц помогающих профессий: социальных и медицинских работников, работников благотворительных организаций, администраторов и обслуживающего персонала, учителей, преподавателей. Позже список профессий,

<sup>84</sup> Maslach C, Schaufeli W. History and conceptual specificity of burnout // Recent Developments in Theory and Research, Hemisphere. – New York, 1993.

<sup>85</sup> Shirom A. Burnout in work organizations // International review of industrial and organizational psychology. - New York, 1989.

связанных с опасностью «выгорания», был дополнен адвокатами, полицейскими, тюремщиками, политиками, торговым персоналом, менеджерами среднего и высшего звена. Таким образом, «из платы за сочувствие» (Маслач К., 1986) синдром «выгорания» превратился в «болезнь» работников «коммуникативных» профессий, т. е. профессий, предъявляющих высокие требования к психологической устойчивости в ситуациях делового общения.

Специфика данных профессий заключается в большом количестве эмоционально насыщенных и когнитивно сложных межличностных контактов, что требует от специалиста значительного личного вклада в ежедневные профессиональные дела. Кроме этого, в профессиях, ориентированных на работу с людьми, большое значение имеет получение от них необходимой обратной связи (например, благодарность, признание, проявление уважения, информация об изменениях самочувствия или о новых планах, касающихся дальнейшего делового взаимодействия, и др.). Одна из причин выгорания, как отмечают исследователи, – отсутствие обратной связи от большинства реципиентов или ее негативный характер. Эта общая особенность помогающих и «коммуникативных» профессий позволяет причислить их к категории «профессий высшего типа» по классификации Шафрановой Л. С. (Шафранова, 1924).

К настоящему времени синдром «выгорания» включает более 100 симптомов. Несмотря на многочисленные публикации по этой проблеме, большинство из них до 1980-х гг. носило описательный характер. Как отметили Б. Перлман и Е. Хартман в 1982 г., только единицы исследователей поднялись выше описательного уровня и представили статистический анализ данных.

Маслач К. и Джексон С. (1981) к наиболее характерным проявлениям синдрома «выгорания» относят чувство эмоционального истощения или изнеможения, невозможность работать с полной отдачей сил, дегуманизацию (деперсонализацию) как тенденцию к циничности и негативизму по отношению к зависимым лицам (пациентам, клиентам, подчиненным, учащимся), негативное самовосприятие в профессиональном плане (редуцирование личных достижений или обязанностей).

В результате проведенного контент-анализа описанных в литературе симптомов выгорания Перлман и Хартман предложили следующее определение выгорания:

**Выгорание** – это ответ на хронический эмоциональный стресс, включающий три компонента: эмоциональное и/или физическое истощение; снижение рабочей продуктивности; деперсонализацию, или дегуманизацию, межличностных отношений.

Среди наиболее характерных последствий «выгорания» авторы называют: деформацию Я-концепции (повышение негативизма по отношению к «Я»), гневливость, циничность, подозрительность, депрессию, сверхдоверчивость, ригидность и различные формы дезадаптации, которые непосредственно относятся к психо-со-циальному здоровью личности.

После того как феномен выгорания стал общепризнанным, закономерно возник вопрос о факторах его «риска» – потенциальных «виновниках» развития выгорания. По данным ряда авторов (Форманюк Т. В., 1994), можно выделить три группы переменных, оказывающих определенное влияние на развитие синдрома «выгорания» в профессиях типа «человек–человек»: личностные, статусно-ролевые и корпоративные (профессионально-организационные).

*К личностным факторам* риска выгорания относятся:

1. склонность к интроверсии (низкая социальная активность и адаптированность, социальная несмелость, направленность интересов на внутренний мир и др.);
2. реактивность (динамическая характеристика темперамента, проявляющаяся в силе и скорости эмоционального реагирования);
3. низкая или чрезмерно высокая эмпатия (способность постигать эмоциональное состояние других людей, понимать мир их душевных переживаний, сочувствовать и т. п.);
4. жесткость и авторитарность по отношению к другим; низкий уровень



самоуважения и самооценки (Rodgers, Dobson, 1988)<sup>86</sup>.

В ряде исследований обнаружено, что выгоранию в большей степени подвержены «трудоголики» – те, кто полностью поглощен работой, постоянно трудится без отдыха, ежедневно работает с полной самоотдачей и ответственностью, с установкой на карьеру, тешит тщеславие в ущерб другим личным интересам и потребностям, чья жизнь заполнена только работой до самозабвения. Наиболее уязвимы те, кто реагирует на стресс по типу Л: агрессивно, эмоционально-несдержанно, неконструктивно использует конфликтные ситуации, стремится всегда быть первым (лидером), нетерпим к любым препятствиям на пути достижения поставленных целей.

Можно выделить личностные факторы риска выгорания менеджеров коммерческих фирм: подозрительность, нонконформизм, низкий уровень эмпатии, высокая тревожность, интровертированность, неконструктивные модели поведения в проблемных (конфликтных) ситуациях, низкая коммуникативная компетентность (Махер Е. 1983; Водопьянова Н. Е.2000).

*Статусно-ролевые факторы* риска выгорания включают:

- ролевой конфликт;
- ролевую неопределенность;
- неудовлетворенность профессиональным и личностным ростом (самоактуализацией);
- низкий социальный статус;
- ролевые поведенческие стереотипы, ограничивающие творческую активность;
- отверженность в значимой (референтной) группе;
- негативные полоролевые (гендерные) установки, ущемляющие права и свободу личности.

Вестерхоузе (Westerhouse, 1979) изучал влияние стажа пребывания в данной! должности и ролевого конфликта у 140 молодых учителей, имеющих хорошее образование и работающих в частных школах. Он обнаружил, что значимым фактором в предсказании выгорания является не столько наличие ролевых конфликтов, сколько частота ситуаций, связанных с ними. В исследовании не выявлено значимой связи между стажем работы учителей и выгоранием.

**Корпоративные (профессионально-организационные) факторы риска выгорания.** В зарубежной психологии к корпоративным факторам риска выгорания относят те переменные, которые ведут к высокому уровню организационного стресса. Величина организационного стресса связана с организационной культурой и ее привлекательностью для работников, с трудностью и ответственностью выполнения профессиональных обязанностей в конкретной организационной структуре. В качестве основной причины выгорания исследователи называют продолжительность и интенсивность рабочей нагрузки в ситуациях напряженного делового общения. Перлман и Хартман (В. Perlman, Е. А. Hartman,1982) установили значимую связь психического выгорания с административными, управленческими и коммуникативными особенностями организации, с одной стороны, а с другой – со статусно-ролевыми и индивидуальными характеристиками менеджеров, а также с результатами их деятельности. По мнению К. Маслач, организационные причины, характер и состояние работы несут в себе больше потенциального риска выгорания, чем личностные характеристики работников.

В сравнительном исследовании преподавателей, которые отождествляли себя либо с «профессионально выгоревшими», либо с «профессионально обновленными», Метц (Metz,1979) обнаружил, что большинство мужчин в возрасте 30-49 лет считали себя «выгоревшими», а большинство женщин того же возраста – «профессионально обновленными». «Профессионально обновленные» преподаватели воспринимали административную поддержку и взаимоотношения с сослуживцами как значимый источник «обновления» по сравнению с группой считавших себя «выгоревшими».

В результате нашего исследования торгового персонала (80 продавцов, средний

---

<sup>86</sup> Rodgers J. C, Dobson S. C. Burnout in occupational therapists // American Journal of Occupational Therapy. - 1988. - Vol. 42.

возраст 38 лет) были обнаружены значимые корреляции между уровнем организационного стресса по шкале Мак-Лина<sup>87</sup> (1983), эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией личных достижений. Это подтверждает мнение зарубежных исследователей о том, что организационная среда может выступать в качестве первостепенного фактора риска в развитии синдрома выгорания. В случае высокого организационного стресса рабочая атмосфера становится фрустрирующим фактором для работников, что приводит к переживаниям ими психологического дискомфорта и негативизма по отношению к тем, кого они обслуживают (клиенты, покупатели и др.). В той же группе продавцов нами были обнаружены корреляции эмоционального истощения и деперсонализации с неудовлетворенностью поведением покупателей, а также связь эмоционального истощения с фрустрацией продавцов на рабочем месте [5].

*Неудовлетворенность психологической атмосферой и выгорание.* В результате исследования брокеров и аналитиков инвестиционной компании (общее количество 50 человек, средний возраст 37 лет) обнаружилась положительная связь между уровнем выгорания и неудовлетворенностью психологической атмосферой в организации<sup>88</sup>. Удовлетворенность психологической атмосферой оценивалась с помощью методики А. Ф. Фидлера. Исследование показало, что чем больше «деперсонализация», тем больше неудовлетворенность психологической атмосферой и меньше оптимизм (по шкале «бодрость – оптимизм», Водопьянова Н. Е., 2001). Аналогичные связи между показателями выгорания, оптимизмом и удовлетворенностью атмосферой в коллективе были обнаружены в исследовании 150 работников сферы обслуживания: администраторов, косметологов, инструкторов фитнес-центров<sup>89</sup>. Очевидно, *пессимизм* как негативное мироощущение (жизненный настрой) опосредует неудовлетворенность в сфере взаимоотношений с коллегами и деформацию отношений с клиентами, что проявляется в показателях выгорания по фактору деперсонализация. К потенциальным факторам риска выгорания относится также уровень *фрустрации* работников сферы обслуживания. Результаты корреляционного анализа показали, что чем больше переживание фрустрации в процессе трудового дня, тем выше эмоциональное истощение, деперсонализация (негативизм и отстраненность от клиентов) и больше редукция личных достижений (деформация отношений к самооэффективности).

На основе обобщения имеющихся в литературе данных перечень корпоративных факторов риска выгорания, кроме вышеназванных, может быть дополнен следующими характеристиками организационной среды:

- несправедливость и неравенство взаимоотношений в организации;
- негативные или «холодные» отношения с коллегами, отсутствие корпоративной сплоченности, слабая организационная культура;
- внутрифирменные конфликты;
- дефицит административной, социальной и профессиональной поддержки;
- отсутствие свободы планирования;
- жесткий контроль, мешающий инициативности и творчеству;
- отстраненность от принятия решений, отсутствие необходимой обратной связи от руководства или других подразделений организации.

Перлман и Хартман<sup>90</sup> предложили модель, которая определяет личностные и организационные переменные, связанные с выгоранием. Согласно их модели, три измерения выгорания отражают три основных класса реакций на стресс (симптоматические составляющие стресса):

---

<sup>87</sup> Baron R. A. Behavior in organizations. - Boston, 1983.

<sup>88</sup> Данные из дипломной работы Кныш О. А. «Психическое выгорание, оптимизм и психологический климат в коллективе», выполненной под руководством доц. Водопьяновой Н. Е. (СПб., 2001).

<sup>89</sup> Данные из дипломной работы «Психическое выгорание и фрустрация работников сферы обслуживания» Чеканова Е. Л. (СПб., 2001).

<sup>90</sup> Perlman B., Hartman E. A. Burnout: Summary and Future and Research // Human relations. - 1982. -V. 35 (4).

- *физиологические реакции*, проявляющиеся в физических симптомах (физическое истощение);
- *аффективно-когнитивные реакции*, сфокусированные на установках и чувствах (эмоциональное истощение, деперсонализация);
- *поведенческие реакции*, выражающиеся в симптоматических типах поведения (дезадаптация, сниженная рабочая продуктивность).

Данная модель рассматривает выгорание как следствие взаимодействия когнитивно-перцептивной интерпретации рабочего и социального окружения (среды) работником, его индивидуальных характеристик и типов преодолевающего поведения.

В модели рассматриваются четыре стадии стресса.

*Первая стадия* – напряженность, определяется степенью дополнительных усилий для адаптации, которых ситуация требует от субъекта. Существуют два наиболее вероятных типа ситуаций, при которых возникает стресс. Первый тип: навыки и умения субъекта недостаточны, чтобы соответствовать воспринимаемым или реальным организационным, статусно-ролевым или профессиональным требованиям. Второй тип: работа может не соответствовать ожиданиям, потребностям или ценностям субъекта труда. Говоря другими словами, стресс вероятен, когда существует *противоречие между субъектом и рабочим окружением*.

*Вторая стадия* сопровождается сильными ощущениями и переживаниями стресса. Многие стрессогенные ситуации могут не вызывать стресс-переживаний вследствие конструктивного когнитивного оценивания своих возможностей и осознаваемых требований рабочей ситуации. Движение от первой стадии ко второй зависит от ресурсов личности так же, как от ролевых и организационных переменных.

*Третья стадия* описывает три основных класса реакций на стресс.

*Четвертая стадия* представляет собой негативные последствия психологического стресса (как физиологические, так и психологические), в том числе и переживание субъективного неблагополучия как определенного физического или психологического дискомфорта. Выгорание представляет собой многогранное переживание хронического эмоционального стресса и находится в четвертой стадии.

Переменные, значимо связанные с выгоранием, распределены в модели следующим образом: организационные и индивидуальные характеристики воздействуют на восприятие субъектом труда роли и привлекательность организации, опосредуя ответные реакции работника. В ответ на это «организация» реагирует на симптомы, появляющиеся у работника (на третьей стадии), которые затем могут привести к последствиям выгорания (они возникают на четвертой стадии). Именно с этой точки зрения должна пониматься многомерная природа выгорания. Поскольку организационная среда запускает процесс «горения», то позже сама организация может стать жертвой «сгоревших» работников, снижения их продуктивности и негативных реакций на организацию. Понимание этого стимулирует руководителей развитых зарубежных компаний искать и применять различные виды профилактики выгорания. Недавнее исследование 500 компаний, попавших в список журнала *Fortune*, показало, что в 70% из них применяют те или иные виды профилактики выгорания.

**Профессиональные факторы риска выгорания.** Сравнительный анализ выгорания в различных профессиях (по результатам зарубежных исследований) затруднен тем, что авторы используют различный инструментарий для оценки психического выгорания. К тому же сопоставление данных зарубежных авторов осложняется различиями в социокультурных (ментальных) особенностях респондентов.

С целью получения сопоставимых данных, позволяющих сравнивать профессиональные группы российских специалистов, нами было проведено исследование выгорания с помощью единого инструментария – опросника ПВ (Водопьянова, 2001). Исследование (общая выборка 506 человек) позволило установить, что практически во всех группах специалистов «коммуникативных» профессий имеются достаточно большое количество лиц с высоким и средним уровнем выгорания. Все обследованные нами – представители «коммуникативных» профессий (по признаку

преобладания в трудовой, деятельности ситуаций напряженного делового общения). Содержание труда всех обследованных нами профессиональных групп системы «человек–человек» отличает:

- высокая насыщенность рабочего дня общением;
- большое количество разных по содержанию и эмоциональной напряженности контактов;
- высокая ответственность за результат общения;
- определенная зависимость от партнеров общения: необходимость понимания их индивидуальных особенностей, притязаний и экспектаций, частые притязания на неформальные отношения при решении их проблем;
- конфликтные или напряженные ситуации общения, обусловленные недоверием, несогласием и проявляющиеся в различных формах отказа от дальнейшего взаимодействия (общения).

В результате сравнительного анализа специалистов различных профессиональных групп нами были обнаружены определенные отличия между ними как то типу выгорания, так и по количеству «выгоревших на работе». Наибольшее количество «выгоревших» наблюдается среди учителей средних школ: 71% учителей (из 54 человек) имеют высокое эмоциональное истощение и 64% – мотивационно-установочное «выгорание» (редукцию личных достижений). Врачи-терапевты и медсестры хирургических отделений наиболее часто характеризуются эмоциональным истощением и деперсонализацией, а медсестры реанимационных отделений чаще подвержены редукции личных достижений и самоэффективности. Большое количество лиц с высоким и средним уровнем «выгорания» обнаружено нами среди социальных работников (табл. 24.1).

В сфере коммерческой деятельности количество менеджеров с высоким уровнем эмоционального истощения составляет 29% у мужчин и 47% у женщин. При этом «выгорание» у менеджеров-мужчин чаще, чем у женщин, развивается по типу «деперсонализация» (интерперсональная отстраненность, жесткость и холодность межличностных отношений). Среди женщин-менеджеров эмоциональное истощение встречается чаще, чем у менеджеров-мужчин. Однако менеджеры коммерческих организаций выгорают реже, чем служащие административно-государственных структур. Очевидно, психологическая и социально-экономическая специфика предпринимательской деятельности как более творческая и динамичная (мобильная) играет не последнюю роль в противостоянии профессиональному выгоранию менеджеров по сравнению с более авторитарно-бюрократическими профессионально-ролевыми требованиями в административно-государственных организациях. Нами обнаружено, что выгорание у чиновников государственных (административных) структур характеризуется более широким спектром стресс-симптомов по сравнению с менеджерами коммерческих организаций и часто проявляется одновременно в аффективной (эмоциональной) и в мотивационно-установочной сферах.

В группах продавцов торговых центров количество лиц с высоким эмоциональным выгоранием составляет 38%. Высокий процент эмоционально «выгоревших» наблюдается у агентов по продаже недвижимости (риэлтеров): 30% у лиц со стажем 1-2 года и 46% у лиц с опытом работы 3-5 лет.

Наименьшее количество «выгоревших» обнаружено у служащих коммерческих банков с небольшим стажем работы. По сравнению с ними у служащих, работающих с клиентами более 6 лет, высокий уровень выгорания встречается в среднем в 2 раза чаще, эмоциональное истощение – в 60%, деперсонализация – в 40%, а мотивационно-установочное редуцирование – в 60% случаев. Служащие с небольшим стажем в возрасте 21-25 лет имеют меньшую склонность к выгоранию, чем служащие старше 35 лет с большим стажем. Полученные данные не позволяют пока определить, что в большей мере оказывает влияние на выгорание – возраст или стаж. Тем не менее есть основания полагать, что стаж работы банковских служащих – более 6 лет в системе «компьютер–клиент» – способствует развитию синдрома «выгорания». Данное предположение основывается на результатах корреляционного анализа. Значимая связь

обнаружена между стажем и мотивационно-установочным редуцированием. Возраст не имеет значимых корреляций ни с одним из показателей выгорания.

Работники бюджетной сферы в большей мере подвержены эмоциональному истощению и мотивационно-установочному выгоранию по сравнению с персоналом коммерческих структур. Можно предположить, что фактором, опосредующим выгорание, является не только коммуникативная нагрузка (интенсивность, продолжительность и когнитивная сложность служебного общения), но и более низкое материальное вознаграждение, а также связанная с этим неудовлетворенность качеством жизни: переживание социальной несправедливости, незащищенность, потеря социальной престижности и ролевого статуса и др.

Таблица 24.1

Количество испытуемых с высоким и низким уровнем выгорания, %

Профессиональная группа	Количество испытуемых	Стаж	Уровень выгорания	Факторы выгорания		
				Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция персональных достижений
Учителя гимназии (женщины)	54	5-15	высокий	71	14	64
			низкий	0	7	0
Врачи-терапевты (женщины)	25	5-21	высокий	53	40	20
			низкий	0	0	0
Медсестры хирургического отделения	35	5-18	высокий	60	53	27
			низкий	0	0	13
Медсестры реанимационного отделения	33	3-15	высокий	27	27	45
			низкий	6	18	12
Социальные работники (женщины)	40	10-15	высокий	55	48	54
			низкий	14	25	15
Банковские служащие-операционисты (женщины)	37	1-3	высокий	34	13	30
			низкий	10	35	53
Риэлтеры (женщины)	24	6-10	высокий	60	40	60
			низкий	10	40	10
Риэлтеры (женщины)	50	1-2	высокий	30	12	22
			низкий	35	45	39

Профессиональная группа	Количество испытуемых	Стаж	Уровень выгорания	Факторы выгорания			
				Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция персональных достижений	
Риэлтеры (женщины)	30	3-5	высокий	46	29	38	
			низкий	28	36	32	
Продавцы-консультанты торговых центров	80	5-10	высокий	38	15	20	
			низкий	4	40	30	
Менеджеры среднего и высшего звена коммерческих организаций	Мужчины 27	5-10	высокий	29	14	22	22
			низкий	22	18	22	22
	Женщины 28	3-10	высокий	47	10	20	20
			низкий	24	25	26	26
Администраторы фитнес-центров (женщины)	25	2-6	высокий	31	25	44	
			низкий	6	31	13	
Чиновники (мужчины)	23	5-15	высокий	368	24 4	24 9	
			низкий				

В «коммуникативных» профессиях продолжительные, многообразные и сложные когнитивно-эмоциональные ситуации общения с другими людьми предъявляют высокие требования к качеству отношений (доверительности, профессионализму, эмоциональной устойчивости и др.) и коммуникативной компетентности, поскольку от этого в наибольшей мере зависят результат данного взаимодействия и перспективы будущих деловых и интерперсональных контактов. Для «коммуникативных» профессий характерно ежедневное многообразие эмоционально и когнитивно-сложных ситуаций общения,

высокая ответственность за результат коммуникации, частое отсутствие положительного результата или мотивационного подкрепления (положительной обратной связи). Все перечисленные особенности служебного общения в той или иной мере представлены в обследованных нами группах специалистов. Очевидно, данные особенности интерперсонального общения выступают в качестве общих профессиональных стрессов для всех «коммуникативных» профессий. Этим можно объяснить большой процент лиц с высоким уровнем выгорания, обнаруженный нами в обследованных группах, что свидетельствует о наличии у данной категории работников «коммуникативных» профессий высокого риска снижения качества здоровья и субъективного благополучия, опосредованного профессиональными стрессами в ситуациях служебного общения.

Таким образом, к профессиональным факторам риска выгорания относятся:

- когнитивно-сложные коммуникации;
- эмоционально-насыщенное деловое общение;
- высокие требования к постоянному саморазвитию и повышению профессиональной компетентности;
- высокая ответственность за дело и за других людей;
- высокая динамичность и большое количество служебных контактов;
- необходимость быстрой адаптации к новым людям и быстро меняющимся профессиональным ситуациям;
- высокие требования к самоконтролю и интерперсональной чувствительности.

Наряду с этим потенциальными факторами риска выгорания могут быть экзистенциальные факторы:

- нереализованные жизненные и профессиональные ожидания;
- неудовлетворенность самоактуализацией;
- неудовлетворенность достигнутыми результатами;
- разочарование в других людях или в избранном деле;
- обесценивание и потеря смысла своих усилий;
- переживание одиночества;
- ощущение бессмысленности активной деятельности и жизни и др.

Несмотря на достаточно большое количество исследований по проблеме выгорания, остается значительный круг неразрешенных вопросов, возникающих в связи с данным феноменом. Что в большей степени опосредует процесс «горения»? Личностные характеристики, профессия, организационная среда или ролевые позиции? Как и насколько препятствует выгорание профессиональному, духовному и личностному росту (самореализации)? Является ли выгорание следствием только эмоционально- и информационно-напряженных коммуникаций или же оно в большей мере – следствие экзистенциальной неудовлетворенности и переживания субъективного неблагополучия? Может ли выгорание быть следствием деструктивного семейного общения? Является ли выгорание кратковременной и обратимой психологической деформацией? Возможно ли восстановление психологической комфортности и реабилитация работников, страдающих от выгорания? Какие трудности испытывают те люди, которые взаимодействуют (работают, учатся, консультируются или лечатся) с «выгоревшими» специалистами? Какая помощь, когда и как может быть оказана «жертвам» выгорания и тем, кто общается с ними? Эти и другие вопросы возникают при контакте с лицами, демонстрирующими высокую степень выгорания.

### ***Выгорание, «душевные потери» и здоровье личности***

Для интегральной (системной) оценки здоровья личности психосоматическая медицина и психология оперируют таким понятием, как *душевное благополучие*. При этом для его определения часто используются взаимозаменяющие понятия: «психическое», «субъективное», «душевное» благополучие. По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это отсутствие психических, или физических дефектов, а также сохранение полного физического, душевного и социального благополучия. Психическое здоровье определяется как состояние

душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности [3].

Несмотря на то что переживание субъективного (душевного) благополучия – неотъемлемая часть понятия психосоциального здоровья личности, сам феномен благополучия представлен в психологии недостаточно. Частично это связано с определенной неконкретностью самого понятия «благополучие», а также с неосвязаемостью его объективных индикаторов. Для обозначения душевного, или субъективного, благополучия в психологии часто используют понятия «удовлетворенность», «комфортность», «адаптированность» и др. Разделение души и тела, признание их определенной автономности еще во времена античной философии привело к выделению двух составляющих: *физическое* и *душевное* благополучие. Прослеживается тесная взаимосвязь и взаимовлияние физического и душевного благополучия на здоровье человека. Потеря душевного благополучия на продолжительное время (без его восстановления) ведет к нарушению физического или психического здоровья и переживаниям физического неблагополучия и наоборот. Переживание потери душевного равновесия (или психологической устойчивости – научный синоним) – тонкий индикатор состояния дистресса и дезадаптации организма в текущей стрессогенной ситуации жизнедеятельности.

Чувство *субъективного благополучия–неблагополучия* весьма значимо для здоровья и всего внутреннего (субъективного) мира личности. Оно интегрирует в себе целый ряд ощущений и переживаний, связанных с различными сторонами бытия человека. Л. В. Куликов, рассматривая субъективное благополучие как сложное интегрированное переживание, выделяет в нем пять компонентов.

1. *Социальное благополучие* связано с удовлетворенностью своим социальным статусом и межличностными отношениями в микросоциальном окружении. Социальное благополучие человека основывается на таких параметрах социальных отношений, как социальная интеграция, возможность подтверждения своей социальной значимости, чувства социального признания, надежности партнеров по общению, возможности получения социальной поддержки [2].

2. *Духовное благополучие* – осознание и конструктивное переживание смысла своей жизни, вера в благосклонность судьбы или высших сил в реализации личностных потенциалов на жизненном пути.

3. *Физическое благополучие* – ощущение физического здоровья и телесного комфорта.

4. *Материальное благополучие* – удовлетворенность материальной стороной своей жизни, материальной обеспеченностью, надежностью финансового состояния.

5. *Психологический (душевный) комфорт* – переживание гармонии чувств и желаний, ощущение внутреннего равновесия [8].

Наиболее часто понятие здоровья содержит или подразумевает противопоставление двух качественно различных состояний: нормального функционирования различных систем организма (синонимы: соматическое здоровье, физическое здоровье, психосоматическое здоровье, психическое здоровье) и патологического функционирования (синонимы: болезнь, плохое здоровье). В действительности между болезнью и здоровьем имеется множество переходных состояний – либо промежуточных, либо состояний предболезни. Различение данных состояний представляется весьма важным для определения градаций (меры) здоровья при разработке профилактических, коррекционных или реабилитационных технологий.

Переживание субъективного благополучия, психологического комфорта – тончайший индикатор переходных состояний от здоровья к болезни, поэтому оно становится важным показателем динамики состояния здоровья. Н. М. Амосов (1987) для оценки здоровья с учетом психологического благополучия предложил понятие «уровень душевного комфорта» (УДК), который складывается из приятных и неприятных

компонентов всех чувств, как биологических, так и социальных<sup>91</sup>.

В зарубежной психологии для определения психического («душевного») благополучия широко используется понятие «качество жизни» (КЖ) как субъективная составляющая удовлетворенности персональной жизнью. Качество жизни соотносится с удовлетворенностью самореализацией личности и ее психологическим здоровьем.

В нашем исследовании менеджеров среднего и высшего звена (50 человек, средний возраст 45 лет) была обнаружена связь между неудовлетворенностью качеством жизни и выгоранием. Для оценки качества жизни нами использовалась методика Элиота (Элиот Р. С, 1996), позволяющая получить интегральный индекс «качества жизни», определяемый по сумме показателей удовлетворенности в различных сферах жизни: работа, персональные (жизненные) успехи, состояние здоровья, отношения с близкими, настроение и оптимизм, самоконтроль, социальная поддержка, общение в профессиональной сфере. Удовлетворенность каждой сферой жизни оценивалась по 10-балльным биполярным шкалам. Нами установлено, что у менеджеров-мужчин суммарный показатель неудовлетворенности качеством жизни связан с редукцией личных обязанностей и достижений, а у женщин – с эмоциональным истощением, т. е. чем выше истощение (у женщин) и редукция самооэффективности (у мужчин), тем меньше субъективное благополучие.

В другом нашем исследовании работников сферы обслуживания (150 женщин, средний возраст 32 года) были обнаружены корреляционные связи между выгоранием и следующими показателями качества жизни:

- фрустрацией;
- душевным дискомфортом;
- неудовлетворенностью работой и личными успехами;
- неудовлетворенностью состоянием здоровья;
- неблагополучием отношений с близкими;
- неудовлетворенностью настроением и самоконтролем;
- индексом «приобретения ресурсов» как неудовлетворенностью персональными приобретениями жизненно важных ресурсов;
- индексом «потери ресурсов» как переживанием неблагополучия относительно потерь жизненно важных ресурсов [5].

Удовлетворенность жизненными успехами, отношениями с близкими и самоконтроль связаны с сохранением уверенности и профессиональной самооэффективности. Это подтверждает точку зрения Гришиной Н. В. о том, что выгорание обусловлено не только профессиональными стрессами, но и экзистенциальными причинами. Чем меньше эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция самооэффективности, тем больше удовлетворенность здоровьем и психологическая комфортность (аффективно-мотивационная удовлетворенность). Наибольшее количество корреляционных связей было обнаружено между редукцией самооэффективности и показателями качества жизни (табл. 24.2). Это подтверждает мнение многих зарубежных исследователей о том, что следствием выгорания является изменение отношения к Я-концепции, занижение значимости личных достижений.

Таблица 24.2

Корреляционные связи показателей выгорания и качества жизни

Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция самооэффективности (личных достижений и обязанностей)
Фрустрация	Фрустрация	Фрустрация
	Неудовлетворенность работой	Неудовлетворенность работой Неудовлетворенность личными жизненными успехами
Физическое неблагополучие	Физическое неблагополучие	Физическое неблагополучие
		Неудовлетворенность отношениями с близкими

<sup>91</sup> Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. - М., 1987.



Неудовлетворенность настроением	Неудовлетворенность настроением	Неудовлетворенность настроением
		Неудовлетворенность самоконтролем
	Суммарный показатель субъективного неблагополучия (КЖ)	Суммарный показатель субъективного неблагополучия (КЖ)
	Неудовлетворенность «приобретениями ресурсов»	Неудовлетворенность «приобретениями ресурсов»
Неблагополучие относительно «ресурсных потерь»	Неблагополучие относительно «ресурсных потерь»	

В исследовании медицинских сестер реанимационных отделений и учителей средней школы (57 человек) было обнаружено, что психическое выгорание отрицательно сказывается на удовлетворенности осознания смысла жизни (духовной удовлетворенности). Были выявлены достоверные различия в субъективном переживании счастья, веры в собственные силы и потенциальные возможности между лицами с высоким и низким уровнем выгорания. Переживающие выгорание медсестры ощущают себя менее счастливыми, более неуверенными и неспособными к конкретному планированию будущего, чем медсестры с отсутствием синдрома выгорания. У переживающих выгорание ярко выражено неприятие настоящего, опасения относительно будущего и нежелание планировать его («размывание времени»)<sup>92</sup>. Таким образом, наше исследование показало, что индивидуальные последствия профессионального выгорания медсестер и учителей сказываются на субъективном благополучии как важнейшем потенциале их психосоциального здоровья.

В зарубежной литературе к индивидуальным последствиям выгорания относят следующие переживания субъективного неблагополучия личности: снижение качества личной или семейной жизни; социальную и профессиональную дезадаптацию; переживания, связанные со здоровьем<sup>93</sup>. Е. Махер (1983) считает, что в список наиболее характерных переживаний неблагополучия в связи с выгоранием входят:

1. бессонница;
2. эмоциональная усталость;
3. негативное отношение к работе или к общению с другими лицами, определяемое ролевым (или должностным) статусом;
4. психосоматические недомогания;
5. нарушение аппетита;
6. злоупотребление химическими агентами (лекарственные препараты, табак, кофе, наркотики, алкоголь);
7. агрессивные и упаднические чувства;
8. негативная Я-концепция;
9. переживание чувства вины и др.

В табл. 24.3 представлены индивидуальные последствия выгорания как «душевные потери» в аспекте переживаний субъективного неблагополучия.

Таблица 24.3

#### Последствия выгорания и субъективное неблагополучие

«Душевные потери» (последствия выгорания)	Переживание неблагополучия
Потеря удовлетворенности качеством отношений с реципиентами (клиентами, пациентами), коллегами или высшим руководством; притупление интереса и душевности к тем, с кем необходимо общаться в статусно-ролевых позициях; дегуманизация служебных отношений, потеря доброжелательности, заботливости и радушия в ситуациях делового общения; потеря интереса к клиентам; неудовлетворенность социальной и административной поддержкой, переживание	Социальное

<sup>92</sup> Данные из дипломной работы Любовской Э. И. «Выгорание и экзистенциальные последствия», выполненной на факультете психологии под руководством доц. Н. Е. Водопьяновой (СПб., 1999).

<sup>93</sup> Maslach C. Burnout: a Social Psychological Analysis // The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions / Jones J. W. (Ed.). - London, 1982. - P. 30-53; Maslach C. Jackson S. E. The Measurement of Experienced Burnout // Journal of Occupational Behavior. - 1981. - Vol. 2. - P. 99-113.

отчужденности	
Неудовлетворенность самореализацией; переживание бессмысленности усилий и безнадежности в осуществлении жизненных планов; потеря веры в собственные силы и потенциальные возможности; снижение планки личностного роста; «потеря себя»	Духовное
Потеря физической свежести и силы; физическое истощение, психосоматические недомогания, бессонница, нарушение аппетита; ощущения нездоровья	Физическое
Потеря энтузиазма и мотивации к материальным заработкам, ощущение «заработанности»; потеря клиентов	Материальное
Потеря позитивного настроения и эмоциональной свежести; снижение самооценки, связанной с работой; ощущение опустошенности; истощение позитивной энергии; утрата желаний; неудовлетворенность своим настроением и отсутствием жизнерадостности; потеря душевного равновесия (раздражительность, несдержанность, изнеможение, переживание чувства вины, зависимости и др.); нарушения в мотивационно-установочной сфере и в профессиональном поведении	Психологическое

Итак, в процессе «сгорания» человек теряет психическую энергию, у него развивается психосоматическая усталость (изнурение), эмоциональное истощение («исчерпание ресурсов»), появляется немотивированное беспокойство и психический дискомфорт, усиливаются тревожность, раздражительность, вегетативные расстройства, деформируется Я-концепция и самоотношение к «Я», утрачивается удовлетворенность и смысл профессиональной деятельности, а иногда и собственной (персональной) жизни. Таким образом, феномен «выгорания» представляет собой сложную, многоуровневую симптоматику *«душевных потерь»* вследствие продолжительного рабочего напряжения в ситуациях делового общения с другими людьми. Последствия данных потерь – психическое (субъективное), а в некоторых случаях и физическое неблагополучие, снижение или утрата трудовой активности и работоспособности, уменьшение персонального и социально-психологического пространства. Есть теоретические и эмпирические основания предполагать, что профилактика и преодоление выгорания имеют прямое отношение к сохранению психической устойчивости и здоровья работников, способствующих профессиональному долголетию, субъективному благополучию и удовлетворенности жизнью в целом.

## ***Ресурсы стрессоустойчивости и преодоления выгорания***

Личностные и социальные ресурсы преодоления выгорания

Изучение психосоциальных ресурсов играет большую роль для осмысления того, как стресс влияет на людей. Исследователи все более и более интересуются тем, как человеческие силы и адаптивные возможности (физические и психосоциальные ресурсы) способствуют ограничению негативных последствий стресса. Ресурсы преодоления выгорания как стресс-синдрома могут быть рассмотрены в аспекте такой базовой характеристики личности, как стрессоустойчивость. Под стрессоустойчивостью личности на социально-психологическом уровне понимается:

- сохранение способности к социальной адаптации;
- сохранение значимых межличностных связей;
- обеспечение успешной самореализации, достижения жизненных целей;
- сохранение трудоспособности;
- сохранение здоровья.

Сохранение или повышение стрессоустойчивости личности связано с поиском ресурсов, помогающих ей в преодолении негативных последствий стрессовых ситуаций. *Под ресурсами* понимаются внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях.

Г. Селье предложил различать два вида адаптационных ресурсов человеческого организма при стрессе: *поверхностная адаптационная энергия* и *глубокая адаптационная энергия*. Поверхностные ресурсы организма активизируются в стрессовой ситуации «по первому требованию», они достаточно легко восстанавливаются, например после отдыха, полноценного сна и питания, психофизической релаксации и др. Если происходит восстановление психоэнергетических (адаптационных) ресурсов, то организм не переходит в состояние предболезни. Согласно гипотезе Г. Селье, поверхностная адаптационная энергия восполняется за счет глубокой адаптационной энергии, которая мобилизуется путем

адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Активизация глубокой адаптационной энергии начинается тогда, когда человек долго находится в стресс-соединенной ситуации и израсходованы «поверхностные энергетические ресурсы». Истощение «глубоких» ресурсов необратимо и ведет к старению и гибели организма [9].

Э. Фромм выделил три психологических ресурса, помогающих человеку в преодолении трудных жизненных ситуаций.

1. *Надежда* – психологическая категория, способствующая жизни и росту. Это активное ожидание и готовность встретиться с тем, что может появиться на свет. «Надеяться – значит в каждый момент времени быть готовым к тому, что еще не появилось на свет, и несмотря ни на что, не отчаиваться, если на том или ином участке жизненного пути это рождение не произошло»<sup>94</sup>.

2. *Рациональная вера* – убежденность в том, что существует огромное число реальных возможностей и нужно вовремя обнаружить эти возможности. Вера – рациональная интерпретация настоящего.

3. *Душевная сила* – мужество. Душевная сила – способность сопротивляться попыткам подвергнуть опасности надежду и веру и разрушить их, превращая в «голый» оптимизм или в иррациональную веру. Спиноза под душевной силой понимал способность сказать «НЕТ» тогда, когда весь мир хочет услышать «ДА»<sup>95</sup>.

Ананьев Б. Г. отмечал, что стресс-толерантность личности и выносливость по отношению к фрустраторам зависит от поддержки, моральной помощи, соучастия, сочувствия других людей, солидарности группы. Распад социальных связей влечет за собой ломку интраиндивидуальной структуры личности, возникновение острых внутренних кризисов, дезорганизующих поведение. Социальная поддержка в группе, работающей в условиях стресса, не снижая уровня напряженности (стресса), может способствовать «переводу» его неблагоприятных проявлений в благоприятные, т. е. «переводу» дистресса в эвстресс. Социальная поддержка может быть *институциональной*, исходящей от государственных структур; *корпоративной*, связанной с профессионально-трудовой структурой (административная, профсоюзная поддержка), и *межличностной*, исходящей от отдельных людей (семьи, друзей, знакомых). Разновидностью социальной поддержки является *социально-психологическая* поддержка: эмоциональная, информационная, инструментальная или функциональная. Социальная и социально-психологическая поддержка выступает в качестве некоторого буфера между стрессом и его негативными последствиями, смягчает патогенное действие стресса, оказывающего влияние на здоровье. Социальная поддержка – это *внешний ресурс*, она представляет собой весьма специфическую переменную, зависящую от готовности личности обратиться за помощью. Способность обратиться за внешней поддержкой и принять ее – это *внутренний ресурс* личности, который во многом зависит от социально-психологической активности, направленной на формирование вокруг себя персональной «сети поддержки», и готовности обратиться к ней в трудные периоды жизни. Итак, *социальная поддержка* – важный ресурс сохранения психологической устойчивости личности в стрессовых ситуациях. Многие авторы отмечают, что положительное *социальное окружение* (семья, друзья, коллеги) также может быть одним из важнейших факторов сохранения стрессоустойчивости личности. В связи с этим социальное окружение может рассматриваться как социально-психологический ресурс преодоления стресса.

Следующий ресурс стрессоустойчивости – *психологическая компетентность* индивида, уровень его психологической грамотности и культуры. Вместе с социальным опытом она определяет конкретные формы адаптивных процессов в стрессовых ситуациях.

К наиболее изученным в настоящее время *личностным ресурсам* преодоления стресса относятся следующие:

- Активная мотивация преодоления, отношение к стрессам как возможности

<sup>94</sup> Фромм Э. Революция надежды. – СПб., 1999. – С. 21.

<sup>95</sup> Там же. С. 29

- приобретения личного опыта и возможности личностного роста.
- Сила Я-концепции, самоуважение, самооценка, собственная значимость, «самодостаточность».
  - Активная жизненная установка: чем активнее отношение к жизни, тем больше психологическая устойчивость в стрессовых ситуациях.
  - Позитивность и рациональность мышления.
  - Эмоционально-волевые качества.
  - Физические ресурсы (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности).

**К информационным и инструментальным** ресурсам относятся:

- Способность контролировать ситуации (степень ее воздействия на человека оценивается адекватно).
- Использование методов или способов достижения желаемых целей (мастерство, способность, успешность).
- Способность к адаптации, интерактивные техники изменения себя и окружающей ситуации, информационная и деятельностная активность по преобразованию ситуации взаимодействия личности и стресс-ситуации.
- Способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации.
- Материальные ресурсы: высокий уровень материального дохода и материальных условий (позволяющие восстанавливать первичные физиологические потребности), безопасность жизни, стабильность оплаты труда, хорошие «гигиенические» факторы труда и жизнедеятельности. [8].

Модели преодолевающего поведения как ресурс стрессоустойчивости

Особую категорию ресурсов стрессоустойчивости представляют *характер и способы* преодоления стресс-ситуаций – *стратегии и модели преодолевающего поведения*. Характер преодолевающего поведения зависит от жизненной позиции, активности личности, от потребностей в самореализации своих потенциалов и способностей. Понятия копинга, преодолевающего поведения, используются для описания характерных способов поведения человека в различных стрессогенных ситуациях. (Данный термин происходит от английского *cope* – преодолевать, справляться).

С позиций когнитивно-поведенческого подхода преодоление (*coping*) рассматривается как совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления стресса, или как стабилизирующий фактор, который помогает людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение периодов стресса. (Lazarus, Folkman, 1984). Концептуализация процессов преодоления занимает центральное место в современных теориях психологического стресса. Однако в настоящее время нет однозначного понимания многих механизмов преодоления. Например, необходимо более полное понимание того, как преодоление соотносится с факторами стрессоустойчивости, а также того, как ситуационные (средовые) факторы могут опосредовать преодоление в процессе стресса.

Психологическое предназначение преодоления состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации путем овладения, ослабления или смягчения этих требований, тем самым купируя стрессовое воздействие ситуации.

Как указывает в своей работе Нартова-Бочавер С. К. (Нартова-Бочавер, 1997), понятие *преодоления* охватывает широкий спектр человеческой активности, включая в общем виде все виды взаимодействия субъекта с внутренними и внешними задачами, при этом большое значение имеют дополнительные (характеризующие задачу и психологические особенности субъекта) условия. В настоящее время выделяются три подхода к проблеме преодоления. Первый рассматривает преодоление с точки зрения динамики эго – как один из способов психологической защиты, ослабляющий напряжение (N. Наап). Второй подход рассматривает преодоление, исходя из теории черт личности, – как относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом (R. H. Moos). В третьем, наиболее распространенном, подходе преодоление понимается как динамический процесс, специфика которого определяется

не только ситуацией, но и степенью столкновения субъекта с внешним миром, стрессовым событием.

Классификации типов ресурсов преодоления

Большинство классификаций копинг-ресурсов построено на основе предложенных Р. С. Лазарусом и С. Фолкманом (Lazarus, Folkman, 1984) модусов психологического преодоления: проблемно-ориентированного (усилия направляются на решение возникшей проблемы) и эмоционально-ориентированного (изменение собственных установок в отношении ситуации).

Обе стратегии представляют собой попытки справиться с требованиями проблемы или ситуации: в первом случае мобилизуются ресурсы поведения; они направлены на изменение проблемы, вызвавшей дистресс. Во втором случае мобилизуются ресурсы для регулирования переживаний стресса (Lazarus, Folkman, 1984). Усилия, направленные на регулирование эмоционального отклика (реакции) на ситуацию стресса, могут иметь много форм. Как предложили Р. С. Лазарус и С. Фолкман, они могут включать: усилия, направленные на уменьшение эмоционального дистресса (например, дистанцирование), когнитивное изменение события (ориентация на его положительные аспекты), намеренное усиление дистресса, чтобы мобилизоваться для действия, и другие стратегии. П. Виталиано (P. Vitaliano) выделяет проблемно-ориентированное преодоление и эмоционально-ориентированное преодоление (самообвинение, избегание, предпочитаемое истолкование).

Другие исследователи (Medvedova, 1997) подчеркивают, что, несмотря на терминологические различия, можно говорить о двух основных моделях мобилизации копинг-усилий: усилия, сфокусированные на цели, и усилия, направленные на процесс. Модели, ориентированные на цель, представляют усилия по изменению или «пересиливанию» тех факторов среды, которые воспринимаются как стрессовые, или усилия по преодолению или регулированию собственных неприятных эмоций, возникающих в связи со стрессовым эпизодом. Примером могут служить когнитивно-оценочная модель Лазаруса и Фолкмана, сфокусированная на проблемно-эмоциональных аспектах, и модель преодоления Зейтлина, ориентированная на себя или на среду. Модели, ориентированные на процесс, представляют собой стремление к поиску стрессора или избеганию его.

По степени овладения ситуацией выделяются активные и пассивные стратегии преодоления. К активным стратегиям относятся: активно-когнитивный копинг (оценка ситуации), активно-поведенческий копинг (вмешательство в ситуацию, избегание) (A. Billings, R. H. Moos).

В результате факторного анализа П. Торнтон были выделены 8 подвидов поведения преодоления (Форманюк, 1994).

Активные стратегии:

1. Проблемно-сфокусированные стратегии:

- планомерное решение проблемы;
- путь конфронтации.

2. Эмоционально-сфокусированные стратегии:

- дистанцирование масштаба проблемной ситуации;
- принятие ответственности на себя;
- отыскание положительного в происходящем.

Пассивная стратегия: эскапизм, избегание.

Л. И. Анцыферова (Анцыферова, 1994) выделяет в качестве стратегий совладания с жизненными трудностями *преобразующие стратегии* и *стратегии приспособления* (изменения собственных характеристик и отношений к ситуации). К вспомогательным приемам самосохранения в ситуациях трудностей и несчастий относятся «техники» борьбы с эмоциональными нарушениями, вызванными неустранимыми, с точки зрения субъекта, негативными событиями. Например, уход и бегство из трудной ситуации, которые могут осуществляться не только в практической деятельности, но и чисто в психологической форме – путем внутреннего отчуждения или подавления мыслей о ней.

Эти приемы неконструктивны в том смысле, что не устраняют трудную проблему, но все же они адаптивны, поскольку облегчают психическое состояние.

Одной из важных проблем исследования преодоления является изучение последствий различных стратегий преодоления для уровня саморегуляции человека, а также их эффективности. Считается, что проблемно-ориентированные стратегии эффективны и имеют положительные взаимосвязи с измерениями психологического здоровья. Опора на эмоционально-ориентированные стратегии, с другой стороны, связывается с плохим психическим здоровьем. В настоящее время подвергается сомнению предположение о том, что использование проблемно-ориентированного преодоления всегда будет более адаптивным, чем эмоционально-ориентированное преодоление. Современные исследования свидетельствуют о том, что эффективные усилия по преодолению должны быть конгруэнтны способности человека контролировать ситуацию. То есть проблемно-ориентированные стратегии преодоления будут более эффективными, если событие потенциально можно взять под контроль, в то время как эмоционально-ориентированный копинг будет более адаптивным в случае низкого контроля над ситуацией (Нартова-Бочавер, 1997; Hobfoll et al., 1994; Terry, 1994).

Согласно информационной модели стрессоустойчивости, к ресурсам преодоления стресса относятся:

- *Когнитивное преодоление* – понимание причин стресса, осмысление ситуации и включение ее образа в целостное представление субъекта о себе, окружении и взаимосвязях с ним. Поиск и оценка возможных средств, которые могут быть мобилизованы для преодоления стресса, поиск конструктивных стратегий преодоления, самооценка, поиск самоподкрепления и поддержки.
- *Эмоциональное преодоление* – осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, контроль динамики переживания, устранение застреваний, неполного отреагирования и др.
- *Поведенческое (деятельностное) преодоление* – перестройка поведения, коррекция стратегий и планов, задач и режимов деятельности, активизация или дезактивация поведения или деятельности.
- *Социально-психологическое преодоление* – изменение направленности личности, коррекция жизненных ценностей или их приоритетов, расширение пространства социальных ролей, позиций и межличностных отношений [7].

### **Выгорание и теория «консервации ресурсов»**

Для понимания копинг-ресурсов выгорания представляет интерес концепция психологического стресса и «консервации ресурсов» (*COR-теория*) С. Хоофолла<sup>96</sup>. Согласно данной концепции, стресс возникает:

- В ситуациях, представляющих угрозу потери ресурсов.
- В ситуациях фактической потери ресурсов.
- В ситуациях отсутствия адекватного возмещения истраченных ресурсов, когда вложение личных ресурсов для достижения желаемого значительно превышает получаемый результат. Например, временные затраты или физические усилия для достижения какой-нибудь значимой цели значительно больше, чем приобретение, к примеру, материального достатка, статуса или уважения.

В аспекте ресурсной концепции личностные, поведенческие и социальные переменные, отрицательно связанные с показателями выгорания, обозначаются как ресурсы, которые при определенных условиях обуславливают стойкость к развитию синдрома «выгорания».

Для повышения стрессоустойчивости важным оказывается накопление («консервация») ресурсов даже тогда, когда нет действующего стресса. Стратегия накопления ресурсов представляет собой некоторый **антиципаторный копинг**. Во

<sup>96</sup> Hobfoll St. E. Stress, culture, and community. - N.Y. and London, 1998.

многих случаях он становится ключом для понимания ответных стресс-реакций и стратегий преодолевающего поведения. К сожалению, данный копинг мало описан в специальной психологической литературе.

Хобфолл называет ресурсами то, что ценно для человека и помогает ему сохранять психологическую устойчивость в стрессогенных ситуациях. Ресурсы включают в себя объекты (цели), состояния, личные и энергетические характеристики, которые либо сами по себе необходимы для выживания (прямо или косвенно), либо служат средствами достижения лично значимых целей.

Центральный принцип теории «консервации» ресурсов (*COR-теория*) заключается в том, что люди стремятся получить, сохранить и защитить то, что ценно для них, и стараются использовать свои ресурсы наилучшим способом. Второй принцип теории «консервации» ресурсов: люди должны инвестировать (вкладывать) ресурсы для защиты от их потери, люди стремятся восстановить (вернуть) потерянные и приобрести новые ресурсы.

**Теория сохранения ресурсов (*COR-теория*) и выгорание.** В моделях развития выгорания Широм (Shirom, 1989) и Эзрахи (Ezrahi, 1985) предполагается, что на ранних его стадиях люди пытаются сражаться с непрерывными (продолжающимися) рабочими стрессорами путем высокого уровня вложения личных ресурсов, направленного на преодоление. На этой стадии люди перевозбуждены, тревожны и фрустрированы, если у них недостаточно ресурсов, чтобы можно было решить проблему. Эзрахи отметил, что на этой стадии люди пытаются применить проблемно-сфокусированные стратегии поведения (вложение дополнительного времени, личной энергии, поиск дополнительной информации и других ресурсов, обращенных на поиск решений проблемы). Если этих ресурсов недостаточно, люди переключаются на защитное поведение для сохранения или восполнения своих ресурсов. Проводя защитную политику, они запасают ресурсы, какие могут, уменьшают косвенные потери ресурсов, которые идут от постоянного вложения в невознаграждаемые решения, и ограничивают потерю личных ресурсов. Потеря ресурсов в значительной мере связана с длительной экспозицией негативной обратной связи, которую люди получают на своем рабочем месте. Психическое выгорание – растянутый во времени стресс, в процессе которого человек растрчивает свои ресурсы, не получая взамен практически ничего (достойной зарплаты, благодарности от реципиентов и т. п.). Цена этого – эмоциональное истощение, чувство деперсонализации, неудачи и сопутствующие негативные эмоции и переживания, потеря душевного благополучия.

### ***Личностные, поведенческие и социальные ресурсы и их взаимодействие с выгоранием***

Как показывают зарубежные исследования, социальная поддержка и стремление полагаться на нее – важнейший ресурс устойчивости от выгорания. Социальные ресурсы связаны с устойчивостью к выгоранию, *поскольку* тем, кто обладает большей социальной поддержкой, помогает как осознание того, что они не окажутся одни в трудную минуту, так и фактическая инструментальная помощь, к которой они могут обратиться в стрессовой ситуации (Sarason, Sarason, и Shearin, 1986; Vaux, 1988). В этом случае сама по себе вера в то, что всегда можно положиться на социальную поддержку, помогает конструктивно перерабатывать жизненные и рабочие стрессы (Sarason et al, 1986).

Среди личностных ресурсов таким фактором является интернальный локус контроля (Pearlin и Schooler, 1978) и связанные с ним конструкты типа «уверенность в себе» и «самоэффективность» (Bandura, 1997). Считается, что интернальный локус *контроля* связан со стрессоустойчивостью, поскольку люди с более высоким его уровнем настойчивее в достижении своих целей, что способствует успеху. К ресурсам преодоления профессионального стресса и выгорания Ганн (Gann, 1979) относит высокие показатели «силы Я». Автор обнаружил, что работники социальной службы с сильной Я-концепцией более позитивно ориентированы по отношению к клиентам и в меньшей

степени подвержены выгоранию. По данным Старченковой Е. С.<sup>97</sup>, к личностным ресурсам преодоления выгорания относятся: социальная смелость, ответственность, настойчивость, *высокая* нормативность поведения, радикализм, высокая мотивация достижения. Поведенческими ресурсами преодоления выгорания являются: активные и просоциальные модели поведения (смелость и широта вступления в социальный контакт, поиск социальной поддержки и готовность к ее принятию, ассертивное поведение).

Хотя проведено уже много исследований, связывающих личностные и социальные ресурсы со стрессоустойчивостью, С. Хобфолл<sup>98</sup> отмечает, что для изучения данного вопроса необходимо использовать динамические модели их взаимодействия, а не статические, так как в статических моделях не учитывается, что ресурсы сами по себе изменяются под воздействием стрессовых обстоятельств. Другие исследователи эмпирическим путем показали, что социальные ресурсы часто уменьшаются, когда люди подвергаются воздействию стресса (Kaniasty и Norris, 1993). Еще одна группа ученых получила аналогичные данные о том, что даже личностные, когнитивные ресурсы могут уменьшаться под воздействием стресса, поскольку стрессовая ситуация подрывает веру в собственные силы, например веру в собственную компетентность (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, and Tice, 1998). В контексте стрессоустойчивости «вера» рассматривается как важнейший поддерживающий и «динамизирующий» личностный ресурс. Возможно, стрессовая ситуация бросает вызов энергии и мотиву, необходимым для того, чтобы применить этот ресурс.

В теории сохранения ресурсов Хобфолла (1989,1998) потеря ресурсов рассматривается как первичный механизм, ведущий к стрессовым реакциям. В то же самое время, когда имеет место потеря ресурса, другие ресурсы призваны ограничить инструментальное, психологическое и социальное воздействие разворачивающихся событий. Потеря «душевных» и социальных ресурсов, потеря субъективного благополучия – это путь к выгоранию и потере здоровья личности.

### **Контрольные вопросы**

1. Назовите личностные, статусно-ролевые, корпоративные и профессиональные факторы риска выгорания.
2. Дайте определение «выгорания» и его негативных последствий для психосоциального здоровья личности.
3. Назовите индивидуальные последствия выгорания.
4. Определите основные симптомы выгорания.
5. Перечислите основные причины выгорания специалистов, ориентированных на работу с людьми.
6. Определите основное содержание модели Перлмана и Хартмана о взаимодействии организационных и личностных факторов риска выгорания.
7. Назовите личностные и поведенческие ресурсы преодоления выгорания.
8. Определите основные положения теории сохранения ресурсов Хобфолла.
9. Раскройте понятие социальной поддержки как ресурса стрессоустойчивости.

### **Литература**

1. *Ананьев Б. Г.* Избранные психологические труды: В 2 т. Т. 1. – М., 1980.
2. *Ананьев В. А.* Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2000.
3. *Анциферова Л. И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание,

---

<sup>97</sup> Данные из дипломной работы Старченковой Е. С. «Динамическое взаимодействие синдрома "выгорания" стратегий преодоления и профессиональной эффективности», выполненной под руководством доц. Водопьяновой Н. Е., 1998.

<sup>98</sup> *Hobfoll S. E.* Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress. – New York: Plenum, 1998; *Hobfoll S. E. & Lilly R. S.* Resource conservation as a strategy for community psychology // *Journal of Community Psychology.* - 1993. - V. 21. - P. 128-148.



преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – № 1.

4. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. – М., 1998.

5. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Психическое «выгорание» у менеджеров и его преодоление. Психология менеджмента / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб., 2002.

6. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Психическое «выгорание» и качество жизни // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. Л. А. Коростылевой. - Вып. 6. - СПб.: СПбГУ, 2002.

7. Гришина Н. В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. - СПб.: СПбГУ, 1991.

8. Куликов Л. В. Личностный фактор в преодолении стресса // Актуальные проблемы психологической теории и практики. Экспериментальная и прикладная психология. – СПб., 1995. – № 14.

9. Куликов Л. В. Здоровье и субъективное благополучие // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2000.

10. Нартова-Бочавер С, К. Coping behavior в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5.

11. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1979.

## Глава 25. ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

### Основные понятия геронтологии

Изучение вопросов, связанных с заключительным этапом жизнедеятельности человека, всегда было и остается актуальной задачей любого общества. Это связано с решением целого комплекса социально-экономических, медико-биологических и психологических проблем, возникающих в процессе старения. Эти проблемы в той или иной мере рассматриваются в рамках одной научной дисциплины, которая называется геронтологией.

Итак, геронтология – это наука о старении, старости и долголетьи человека. Характерная для развития любой науки дифференциация знаний привела к выделению внутри геронтологии ряда самостоятельных дисциплин. Так, среди аспектов геронтологии определились *общебиологический, медицинский (гериатрический), социальный, гигиенический и психологический*. В свою очередь, возникновение *психогеронтологии*, как отмечает М. Д. Александрова, стало результатом развития самой психологии, в частности возрастной и дифференциальной, и объединения их с психофизиологией и психологией труда. Структура психогеронтологии в целом соответствует структуре общей психологии, т. е. в ней также выделяются познавательные процессы, действия, состояния, психологические свойства личности.

Остановимся вкратце на основных понятиях геронтологии: рассмотрим, что представляет собой процесс старения, что такое старость, в чем заключается феномен долголетия.

Старение. Предметом геронтологических исследований, по мнению М. Д. Грме-ка, следует считать: во-первых, старение организма, т. е. изменение с возрастом живых систем; во-вторых, возраст организма, являющийся неизбежным следствием процессов старения. В. В. Фролькис приводит следующие наиболее типичные определения старения:

- *старение* – неизбежно и закономерно нарастающий во времени, развивающийся задолго до старости многозвеньевой биологический процесс, неизбежно ведущий к сокращению приспособительных возможностей организма, увеличению вероятности смерти;
- *старение* – результат ограничения механизмов саморегуляции, снижения их потенциальных возможностей при первичных изменениях в регулировании генетического аппарата;
- *старение* – внутренне противоречивый процесс, в ходе которого возникают не только нарушения обмена и функции, но и мобилируются важные приспособительные механизмы;
- *старение* – это результат не только угасания, подавления жизненных процессов, но и включение определенных активных механизмов, ведущих к нарушению жизнедеятельности организма.

Итак, обобщая характеристики старения, можно сделать вывод, что оно представляет собой период индивидуального развития. Его течение определяется эволюционными механизмами, но связано как с угасанием, так и с включением активных механизмов дестабилизации жизнедеятельности. В процессе старения на основе сдвигов саморегуляции развивается не только деградация, но и важные приспособительные механизмы. Таким образом, в ходе эволюции наряду со старением развивался процесс витаукта (от лат. *vita* – жизнь, *auctum* – увеличивать), стабилизирующий жизнедеятельность организма, повышающий его адаптационные возможности.

С общебиологических позиций развитие старения характеризуется четырьмя закономерностями, а именно:

- *гетерохронность* – различием по времени наступления старения отдельных тканей, органов, систем;
- *гетеротопность* – неодинаковой выраженностью процесса старения в различных органах, в разных структурах одного и того же органа. Подобные изменения можно наблюдать в центральной нервной системе. Так, нейроны в

- одних извилинах головного мозга изменяются более существенно, чем в других;
- *гетерокинетичность* – развитием возрастных изменений с различной скоростью. Например, в костно-суставной системе отдельные признаки старения возникают довольно рано. Затем, медленно прогрессируя, они в конце концов приводят к деструкции кости;
- *гетерокатефтенность* – разнонаправленностью возрастных изменений, связанных с подавлением одних и активизацией других жизненных процессов.

В психологической литературе обращается внимание на три основных закона *геронтогенеза*.

Во-первых, *закон гетерохронности* – разновременности, закон, универсальный для всех возрастных периодов онтогенеза человека во множестве проявлений его становления и развития.

Во-вторых, *закон специфичности*, проявляющийся в том, какое направление принимают кривые возрастных изменений, какой они приобретают вид.

В-третьих, *закон разнообразия*, который может быть рассмотрен как частное проявление закона специфичности. Он заключается в том, что показатели состояния тех или иных процессов, функций, свойств имеют больший разброс в группах пожилых и старых людей по сравнению с контингентом более молодых или зрелых личностей. Этот закон может рассматриваться как выражение все большей индивидуализации людей в период старения. Иными словами, индивидуальные различия перекрывают половые и возрастные. Общее правило гласит, что процесс старения достаточно индивидуален, каждый стареет по-своему. У одних признаки старения наступают сравнительно быстро, у других они могут не наблюдаться на протяжении долгих лет. Нет и жесткой последовательности в появлении самих признаков старения: у одних это начинается с изменений в психомоторике, у других – с ухудшения памяти или зрения и т. д. Таким образом, представленные законы геронтогенеза в известном смысле – частное отражение общебиологических закономерностей процесса старения.

Рассматривая сам термин «геронтогенез», М. Д. Александрова объясняет необходимость его использования тем, что такие понятия, как «обратное развитие», «инволюция», не соответствуют самой природе процесса старения, в том числе и психического. Геронтогенез – это понятие, которое достаточно адекватно обозначает сложный, противоречивый, нелинейный и фазный процесс, каким на самом деле и является старение. Таким образом, геронтогенез – это, в сущности, становление старости, т. е. тот запрограммированный естественным отбором период онтогенеза, за которым следует смерть.

**Старение** представляет собой сложный, противоречивый биологический процесс, неизбежно наступающий и генетически обусловленный. Однако характер возрастных изменений, динамика и скорость их нарастания во многом определяются сугубо психологическими причинами.

Приведем классификацию возрастных границ в период старения. Согласно Международной классификации, выделены три градации периода геронтогенеза:

пожилой возраст:

- 60-74 года (для мужчин);
- 55-74 года (для женщин);
- старческий возраст: 75-90 лет;
- долгожители: 90 лет и старше.

Старость. Старение и старость представляют собой разные понятия. Можно сказать, что *старость* – это результат, следствие процесса старения. Старость – закономерно и неизбежно наступающий период возрастного развития, заключительный период онтогенеза. Старость, как отмечал И. И. Мечников, – явление, которое может быть изучено методами точной науки, а последние со временем установят правила для сохранения здоровья и силы в том возрасте, когда часто приходится прибегать к общественной благотворительности.

Известный геронтолог И. В. Давыдовский указывал, что старость имеет

бесчисленное количество индивидуальных преломлений, подчеркивающих одну частную закономерность: чем выше стоит организм, тем больше различий между людьми, физическими и функциональными симптомами старости, временем их проявления.

В заключение кратко остановимся на причинах старости и старения. Почему средняя продолжительность жизни человека составляет около 70 лет (в разные годы и в разных странах это число колеблется в определенных пределах), т. е. большинство людей даже не приближаются к видовому пределу человеческой жизни, который, по мнению ряда ученых, лежит в границах 113-120 лет?

Как утверждает В. В. Фролькис, существует около трехсот гипотез старения, каждая из которых отражает ту или иную сторону сложнейшего биологического процесса. Однако большинство существующих теорий утратило свое значение и в настоящее время речь может идти лишь о нескольких принципиальных подходах к проблеме старения, и в частности о вероятностном и детерминированном подходах. По мнению Е. С. Авербуха, наиболее распространена теория изнашивания. Близкими к ней представляются теории, которые рассматривают жизнь и старение как растрату энергии, полученную человеком по наследству при рождении. Существуют химические теории старения. Как считает М. Д. Грмек, мнение древних ученых и врачей о причинах старения можно разделить на две группы:

- причина старения заключается в постепенной потере чего-либо, что необходимо для поддержания жизни;
- причина старения состоит в накоплении в избытке чего-либо, что вредно для организма (например, интоксикация организма извне или изнутри).

С исторической точки зрения наибольшее значение имеет гипотеза, согласно которой в результате старения происходит постепенная потеря специфической жизненной энергии. Таким образом, даже из столь краткого описания различных мнений становится очевидным, что теории старения разнообразны и что единого понимания данного вопроса не существует.

Долголетие. Продолжительность жизни и долголетие определяются совокупностью факторов, начиная от сугубо биологических и заканчивая социально-экономическими.

Так, Б. Г. Ананьев, отмечая, что *наследственность* – один из факторов долголетия, вместе с тем подчеркивал, что это не единственный фактор и что его действие опосредуется условиями существования организма, характером воспитания и деятельности. Наибольшей индивидуальной изменчивостью обладают функции коры головного мозга человека. Среди этих функций самые переменчивые – вербальные функции больших полушарий головного мозга, нарушение которых относится к числу наиболее поздних.

Французский демограф А. Сови приводит интересные сведения относительно влияния *профессии* на продолжительность жизни на основании проведенного им в 1955 г. исследования. Наиболее короткая продолжительность жизни зарегистрирована у разнорабочих низкой квалификации – 53 года, у рабочих – 61-63 года, у конторских служащих – 67-68 лет, у преподавателей учебных заведений – 73 года.

Долгожители представляют уникальный интерес для науки, демонстрируя удивительный пример высоких биологических, а часто и интеллектуальных возможностей человека. Большинство исследователей сходятся на том, что высокий уровень ряда показателей физического и психического состояния долгожителей обусловлен не активизацией жизненных процессов, а является скорее результатом иного типа их изменения в течение всех возрастных периодов. В. В. Фролькис считает, что принципиальная основа долголетия – адаптационно-регуляторные механизмы, а именно механизмы приспособления, мобилизуемые на основе сдвигов саморегуляции. Долгожители живут долго не только потому, что у них медленнее протекают процессы обмена веществ и угасают функции, но и потому, что мобилизуются механизмы, направленные на поддержание надежности организма.

Более подробно вопросы, связанные с психическим старением и его профилактикой, будут рассмотрены в следующих параграфах главы. Однако в самом

общем виде можно сказать, что *феномен долголетия* заключается в высокой активности, пронизывающей все сферы жизнедеятельности человека в течение всей его жизни. Речь идет об активности, реализующейся и проявляющейся во всем, в том числе в широте интересов и увлечений, творчестве, сфере межличностных отношений.

### **Признаки психического старения**

**Психическое старение.** По мнению Н. Ф. Шахматова, психическое старение есть процесс возрастного изменения высших психических функций, характеризующий заключительный период человеческой жизни. Процесс старения сопровождается нарастанием психических нарушений. Его можно прогнозировать лишь в общих и основных направлениях, но он абсолютно непрогнозируем в частностях. Не поддаются точному прогнозу такие показатели, как будущая форма старения, возможная скорость или темп развития возрастных изменений, время завершения жизни. Умеренное и равномерное угасание всех функционирующих систем организма соответствует скорее идеальному представлению о старении, чем действительному. Обычно процесс старения оказывается неравномерным для различных органов и систем. Основной и фундаментальной тенденцией, отражающей суть инволюционного процесса, является факт постепенного необратимого движения в сторону снижения большинства жизненных функций. Возрастные изменения характеризуются снижением уровня функциональной активности, которое усугубляется по мере старения.

Изменения, происходящие в процессе старения, необходимо рассматривать на всех уровнях функционирования человека как живой биологической системы, включая, таким образом, биологический, психологический и социальный уровни. На *биологическом* изменения затрагивают все структуры и функции организма, пронизывая все уровни его организации, начиная с молекулярного и заканчивая жизнедеятельностью всего организма в целом. На *психологическом* сдвиги отмечаются как на уровне психических процессов, так и в изменении психических состояний и свойств личности. *Социальный* уровень отражает нарушения, происходящие в системе межличностных взаимоотношений, нарастающую изоляцию, обусловленную, в частности, прекращением активной профессиональной деятельности.

Далее представим взятые из разных литературных источников сведения, раскрывающие характерные особенности психического старения.

**Психические процессы.** Возрастные изменения, происходящие на уровне психических процессов, можно рассмотреть относительно:

- восприятия;
- мышления;
- памяти;
- внимания;
- воображения;
- психомоторики.

**Восприятие.** С возрастом информация, поступающая от органов чувств, становится менее четкой. Имеет место искаженное, слабое и неадекватное восприятие внешних раздражителей. Соответственно возрастает и ошибочность восприятия. Это может выражаться, например, в том, что человек не узнает знакомых; надевает чужие плащи и шляпы (перепутывает); принимает птиц за листья растений; прочитывает в заголовках статей слова, которых там нет, и т. п. Такой человек может слышать одно, хотя на самом деле говорилось совсем иное. По мере привыкания к неверному восприятию раздражителей искаженная картина перестает удивлять. Нередко пожилые люди стараются скрывать дефекты органов чувств, связанные, например, с нарушениями зрительных или слуховых восприятий. Однако эти дефекты становятся явными, когда такой человек не узнает на улице хорошо знакомых ему людей, не слышит и не отвечает на их приветствия, говорит невпопад. Такие нарушения в сенсорно-перцептивной сфере совсем не обязательно свидетельствуют о признаках старческого слабоумия. В целом старым людям присуще замедление восприятия, сужение его объема.

*Мышление.* Старение влияет на содержание и качество мыслительных процессов. С возрастом ослабляется критичность мышления: оно становится все менее объективным и неоправданно категоричным. Глубокие старики утрачивают способность контролировать и само содержание своих мыслей, у них теряется ясность суждения, они нередко говорят бессмыслицу, полагая при этом, что ведут содержательную беседу. Угасание интеллектуальной функции в своей крайней форме проявляется в виде старческого слабоумия. Такое глубокое психическое расстройство может развиваться на фоне относительного физического здоровья и длиться от 2 до 10 лет до летального исхода. Оно сопровождается нарушением осмысленности и планомерности, ориентации во времени и пространстве, суетливости и бестолковости поступков, нередко неразрешимостью самых простых ситуаций.

Однако немало людей сохраняет силу ума, несмотря на свой старческий возраст. Умственная деятельность помогает им сделать старость не просто сносной, но и приятной. Систематическая умственная деятельность в молодости помогает обеспечить интеллектуальную сохранность мозга, его работоспособность до самого преклонного возраста. Особенно благоприятно в этом смысле сказывается принадлежность человека к профессиям творческого характера (ученые, писатели, преподаватели, артисты, художники и др.). Такие люди могут сохранить ясность ума до глубокой старости.

Интеллект пожилых людей имеет свои отличительные особенности по сравнению с молодыми. Его характерными чертами становится определенная мудрость, базирующаяся на накопленном жизненном опыте, рассудочность, критичность, осторожность и более спокойный взгляд на те или иные события и проблемы. Благодаря таким свойствам их ума пожилые люди в большей степени оберегают себя по сравнению с молодыми от поспешных, рискованных, необдуманных действий и поступков. Вместе с тем в позднем возрасте появляются трудности в приобретении новых знаний, приспособлении к непредвиденным обстоятельствам, замедляется темп мышления.

Американскими психологами было проведено лонгитюдное исследование интеллектуальной деятельности людей умственного труда. Исследование проводилось с участием лиц в возрасте 20-30 лет, а затем – повторное исследование в той же группе, но уже через 35-40 лет. Ученые пришли к заключению, что значительное снижение интеллектуальной деятельности, наблюдаемое среди людей пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев определяется не процессом старения, а социально-экономическими, психологическими факторами и последствиями различных заболеваний.

*Память.* Снижение памяти – один из первых и самых характерных признаков возрастных изменений. По мнению Е. С. Авербуха, известное ухудшение памяти наблюдается практически у всех людей в старости. В целом процессы запоминания, удержания и воспроизведения, т. е. основные характеристики памяти, снижены в позднем возрасте. Исследования показывают, что в старости страдает компонент механического запоминания, а логически-смысловой не только сохраняется, но и приобретает особое значение. Старые люди сохраняют способность к системной памяти, позволяющей им воспроизводить события.

В старости происходит снижение памяти на текущие события при ее достаточно хорошей сохранности на события далекого прошлого.

Старец живет главным образом одними только воспоминаниями, он мало воспринимает из того, что вокруг него происходит: новейшие факты, новейшие открытия принимаются им с недоверием; он с трудом понимает и редко помнит происшествия, свидетелем которых ему приходится быть. Наоборот, сведения, воспринятые когда-то и которыми он владеет со времени своей юности, это он сохраняет гораздо дольше и некоторым образом сосредоточивается на них<sup>99</sup>.

Такова одна из главных особенностей памяти старого человека – установка на прошлое. Однако утвердившееся представление о преимущественном нарушении памяти на недавние события встречает все больше возражений среди современных

---

<sup>99</sup> *Андре Г.* Гигиена старческого возраста. – СПб., 1891.

исследователей.

В ряде зарубежных работ было показано, что чем старше возраст, тем хуже оказываются среднегрупповые объективные показатели функционирования памяти. Со временем страдает не только объем памяти, но и безошибочность воспроизведения запомненного. Память заметно дезорганизуется и все чаще начинает функционировать по ассоциативному принципу. Ошибки памяти могут закрепляться, и с каждым повторным обращением к ложным воспоминаниям возрастает уверенность в их истинности.

Снижение памяти в процессе старения зависит от ее исходного состояния в молодом возрасте и от тренировки в течение жизни. Так, у людей, профессиональная деятельность которых была связана с умственным трудом, снижение наступает медленнее и менее выражено.

В исследовании особенностей памяти у лиц интеллектуального труда в пожилом возрасте были получены данные, свидетельствующие о том, что запоминание осуществляется в процессе активной мыслительной деятельности, а характеристики памяти носят резко выраженную профессиональную направленность и обусловленную этим избирательность.

Наиболее тяжелые формы утраты памяти сопутствуют развитию слабоумия. Такие старики утрачивают воспоминания о самом элементарном: они не могут ответить на вопросы о том, сколько у них детей, как их зовут, не могут назвать свой возраст, фамилию.

*Внимание.* В процессе старения поле внимания, по выражению Э. Смита, «затуманивается», т. е. оно сокращается, утрачивает свои возможности на периферии и все больше стягивается к центру. Все, что попадает в центр этого поля, все меньше и меньше связывается с другими ощущениями, восприятиями и мыслями. В сущности, речь идет о снижении выраженности основных свойств внимания, и прежде всего его распределения и концентрации. Последствия этого явления на бытовом уровне Э. Смит иллюстрирует рядом примеров. Пожилой человек может направиться к буфету за ложкой, но, увидев там помимо прочего и вилку, вернуться к столу с ней, а не с ложкой. Похожее происходит и в разговоре, когда вместо одного имени или названия места говорится другое, причем в полной уверенности, что сказано именно то, что нужно. Выступая перед аудиторией, пожилой человек нередко теряет ход мысли и может перескакивать по ходу изложения с одного на другое, нарушая тем самым последовательность изложения. Очевидные признаки неряшливости в одежде, легко замечаемые в былые годы, особенно в дни молодости, теперь остаются без внимания.

*Воображение.* С возрастом информация, поступающая от органов чувств, становится все менее четкой, и стареющий человек все больше и больше вынужден обращаться к воображению, чтобы расшифровать искаженные, по сути дела, образы действительности. Тем самым на основе неадекватного восприятия создаются предпосылки ошибочных умозаключений и поступков. Велика вероятность того, что воображение в старости, утратившее подконтрольность, может само по себе обрести негативный оттенок. Немецкий врач Х. Гуфеланд говорил об этом как о болезни воображения, связанного с повышенной мнительностью вообще и мнимыми болезнями в частности. Воображения такого содержания особенно пагубны для старого человека, поскольку изнуряют его ум неоправданными беспокойствами и опасениями, заставляя без нужды принимать разные лекарства, подвергая излишним и небезопасным испытаниям и без того ослабленное тело и психику.

*Психомоторика.* Наступление старости прежде всего сказывается на самых сложных формах деятельности. В психомоторике это общее положение находит подтверждение в том, что в первую очередь ослабевают процессы саморегуляции наиболее утонченных движений: старики становятся неспособными эффективно контролировать и соответственно точно управлять движениями пальцев (отсюда и появление неразборчивости в их письме), а затем и речь их становится все менее внятной.

Старение нервной системы объясняет присущую пожилым людям большую

медлительность в их действиях по сравнению с молодыми. Их походка изменяется, реакции становятся более замедленными, они утрачивают былую ловкость и допускают все больше ошибок в своем двигательном поведении. Снижение работоспособности центральной системы вынуждает пожилых людей все больше времени тратить на подготовку, организацию и управление собственными действиями.

Снижение физических возможностей, замедление всех видов двигательной активности начинает проявляться обычно к началу четвертого десятка и затем последовательно прогрессируют на протяжении оставшейся жизни.

Ослабление силы мимической мускулатуры предопределяет грубость и скудость мимических движений, характерное в этом случае выражение лица – опущенные углы рта, крупные лицевые складки.

**Психические состояния.** Как и в более молодом возрасте, особенности поведения человека на склоне лет в существенной мере определяются его текущим психическим состоянием, наполняющим его содержанием.

*Эмоции.* В качестве существенных факторов, влияющих на состояние эмоциональной сферы людей преклонного возраста, можно выделить:

- утрату близких друзей и родственников;
- неудовлетворительное материальное положение;
- уход из семьи детей или плохие отношения с ними;
- страх перед заболеванием и немощью;
- чувства одиночества, невостребованности, отчужденности от внешнего мира.

В эмоциональном поведении пожилого человека нередко присутствуют неконтролируемые аффективные реакции, сильное нервное возбуждение. Однако интенсивные переживания в таком возрасте, утрата контроля за их развитием уже далеко небезопасны по своим последствиям для общего состояния здоровья. И. И. Мечников обратил внимание на то, что состояние сильного гнева может повлечь за собой разрыв кровеносных сосудов, сахарную болезнь, а в некоторых случаях даже развитие катаракты. Современные данные зарубежных исследований говорят о том, что люди, склонные легко впадать в состояние сильного гнева, в 3 раза чаще становятся жертвами сердечных приступов и инфарктов.

Специальные исследования показывают, что в процессе нормального физиологического старения существенно изменяется эмоциональная сфера человека, а именно: либо появляются ранее не свойственные ему состояния грусти, подавленности, мрачные мысли, либо отмечается более яркая выраженность эмоциональных черт, свойственных человеку раньше (тревожность, раздражительность, гневливость).

*Психический упадок.* По мнению Ю. Ф. Шахматова, состояния психического упадка – одна из форм естественного, безболезненного старения. Время их появления, формы и тяжесть протекания носят достаточно выраженный индивидуальный характер. При этом переживание психического упадка совсем не предполагает каких-то устойчивых деформаций личности, изменения характерологических черт, нарушения адекватности восприятия и социальной адаптации. Отличительные признаки этого состояния – снижение психической энергии, ослабление психического и жизненного тонуса.

В состоянии сильного утомления пожилой человек становится особенно раздражительным и обидчивым, ухудшаются его восприимчивость, ясность мышления, контроль за своими действиями.

*Депрессия.* Это аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания: подавленность, тоску, отчаяние. Характерно чувство вины за события прошлого, личная ответственность за тяжелые последствия, происшедшие в жизни человека, чувство бесперспективности. Снижена самооценка, изменено восприятие времени; для поведения в целом характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость и, как следствие, резкое падение продуктивности деятельности. В тяжелых, длительных состояниях возможны суицидные



попытки.

Депрессия ускоряет развитие процессов старения. Она проявляет себя как состояние почти полного внутреннего застоя, нередко связанное с хроническими болезнями, преждевременным старением и ранней смертью.

Разные причины могут привести человека к переживанию этого состояния. В позднем возрасте к их числу можно отнести ухудшение физического самочувствия, в том числе нарушения слуха и зрения, ослабление познавательной активности, возможные конфликтные ситуации в семье, утрату прежних позиций в обществе, смерть близких людей и др.

По мнению психиатров и медицинских психологов, человек в период старения чаще всего реагирует на ситуационные стрессовые воздействия депрессией. Об этом говорят и данные, полученные в специальных исследованиях.

*Психогенная депрессия* чаще всего развивается на фоне заболеваний, свойственных людям пожилого и старческого возраста. Ей сопутствуют гипертонические кризы, обмороки, головокружения, приступы стенокардии, но эти соматические нарушения в основном носят преходящий характер.

Чем старше человек, тем в большей степени становятся элементарными и однообразными проявления психогенной депрессии, приобретающие сходство с различными состояниями, обусловленными сосудистой патологией. Переживания, связанные с утратой родных и близких, протекают менее остро и более инертно. Иногда депрессии сопутствуют недоверчивость, ворчливость, скепсис, оппозиционное отношение к окружающей действительности.

*Ипохондрия.* Под ипохондрией принято понимать состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями. Человек переоценивает тяжесть своего заболевания или убежден в том, что страдает тяжелым недугом. Степень выраженности таких переживаний может быть разной – от мнительности до бредовой убежденности.

В позднем возрасте повышается интерес к своему телу, к различным неприятным телесным ощущениям, что само по себе достаточно часто наблюдается в старости. При этом ипохондрические проявления у людей пожилого и старческого возраста выражаются либо в соответствующих идеях, либо в устойчивой фиксации на своем соматическом состоянии. На взаимосвязь между ипохондрическими симптомами и соматическим состоянием обращают внимание многие авторы.

*Скука.* Раскрывая феномен скуки, Тардые говорит о разнообразии содержания и форм его проявления, называя наиболее типичные причины, приводящие к переживанию этого чувства. К ним он относит:

- недостаток в разнообразии жизни;
- ограниченные способности;
- умственное и физическое истощение как следствие прожитых лет;
- сомнение в полезности своего дела;
- утрату смысла жизни;
- проблемы со здоровьем<sup>100</sup>.

Само понимание неизбежности смерти также может стать причиной скуки. Особенно она овладевает теми, кто сосредоточивается на сожалении о прошедших годах.

*Страх.* Каждый человек в определенный период жизни, как считает американский физиотерапевт П. Брэгг, становится жертвой одного (или сразу нескольких) из шести основных видов страха: бедности, болезни, старости, потери любви, людского суда и смерти. Для пожилого и старческого возраста большинство из названных страхов могут быть весьма актуальными. Страх захватывает материальную и духовную стороны жизни. Он уничтожает инициативу, энтузиазм; подрывает уверенность в себе, своих силах; порождает жадность, подлость, злобу, бесчестность. Упомянутые выше виды страха

---

<sup>100</sup> Тардые. Скука. - СПб., 1907.

Брэгг комментирует следующим образом.

- *Страх бедности.* Если человек хочет стать богатым, он должен отбросить все, что ведет к бедности. При этом само слово «богатый» трактуется в самом широком смысле: это не только финансовое положение, но и здоровье, энергия, долгая и полноценная жизнь. Из них здоровье – самое большое богатство.
- *Страх болезни.* Человек создает болезни своими вредными привычками: неправильным питанием и недостатком физической активности; курением и злоупотреблением алкоголем; эмоциональными и физическими стрессами.
- *Страх старости.* Человек слишком часто представляет себя старым и хилым; слепым и глухим; дрожащим, безобразным. Существует мнение: ничто так быстро не старит человека, как постоянно сверлящая мысль о старении.
- *Страх перед людским судом.* Человеку кажется, что все его осуждают и постоянно говорят о нем; он становится очень чувствительным. Однако ясно: если завидуют, значит, человек может сделать и делает нечто такое, чего другие не могут. Пожалуй, следует беспокоиться, когда о человеке никогда и ничего не говорят.
- *Страх потерять любовь.* По разным причинам возникает комплекс неполноценности, теряется уверенность в себе; человек начинает бояться, что кто-нибудь отнимет у него близкого и дорогого человека.
- *Страх смерти.* Страх смерти рассматривается как врожденное чувство, присущее многим живым существам. Большинство людей испытывают на себе тягостное переживание этого чувства. Мысли о неизлечимых болезнях и смерти преследуют человека постоянно, подчас заменяя собой все остальное. По мнению И. И. Мечникова, люди не хотят умирать, поскольку стареют и умирают преждевременно, не дожив до естественного конца. Ученый полагал: когда наука дойдет до того, что люди смогут рационально проживать полный цикл, то инстинктивный страх смерти уступит место инстинктивной потребности небытия.

Психические свойства

*Характер.* Это интегральная характеристика выраженности психических свойств личности. Многие исследователи последнего времени сходятся на том, что особенности старения в значительной степени предопределяются самим человеком, его характерологическим статусом, направленностью его личности. Психологическая капитуляция перед надвигающейся старостью только ускоряет ее наступление, провоцирует общий упадок сил. Народная мудрость гласит: «Каждый настолько стар, насколько сам себя таковым считает». Многие в старении человека определяется безнадёжностью, утратой того, ради чего стоит жить.

Предшествующий старости жизненный путь человека, несомненно, будет оказывать влияние на содержание, которым он наполнит свою жизнь в поздние годы. Дефицит самостоятельности и инициативы в прежнее время будет затруднять процесс адаптации в старости, усиливая зависимость от поддержки, внимания и опеки окружающих людей. Те, кто часто преступал нормы нравственности в былые годы, обычно становятся в старости агрессивными, замкнутыми, испытывают особую потребность в психологической защите.

Говоря о генезе личности человека, Х. Инженерос выделяет периоды ее *формирования, совершенствования к регрессивного развития*<sup>101</sup>. В общем случае регресс личности по мере старения протекает характерным образом. Он идет тем же путем, что и процесс прогрессивного развития организма, но в обратном направлении. Личность дезорганизуется по мере утраты приобретенного опыта. Сначала утрачиваются индивидуальные духовные свойства и черты. Затем следует потеря социальных черт, общих для всей группы, к которой принадлежит личность, а уже к самому концу исчезают и особенности вида.

Однако изложенную выше точку зрения разделяют не все ученые. Так, согласно Н.

---

<sup>101</sup> Инженерос Х. Введение в психологию. – Л., 1925.

Ф. Шахматову, в целом процесс формирования нового психосоциального статуса пожилого человека достаточно сложен и зависит от различных внутренних и внешних причин. Нормальными проявлениями старения считаются те случаи, когда в старости не происходит каких-либо изменений характера и до конца жизни пожилые остаются такими же, какими были и раньше. Опираясь на собственный опыт исследований, автор приходит к выводу, что в старости не происходит какого-либо изменения личностных характеристик: ни нравственные, ни социальные качества личности не утрачиваются. Если же изменения происходят, то они обусловлены развитием негативных возрастно-органических процессов, имеющих отношение к функционированию центральной нервной системы. Акцентуация черт характера, а также и впервые выявляющиеся негативные изменения личности в старости, – симптомы собственно-возрастных психозов позднего возраста. Вне этого все, что составляет индивидуальность человека, его личную и социальную ценность и значимость, не претерпевает в старости каких-либо изменений.

**Образ жизни.** Особый интерес при изучении процесса старения представляют исследования *образа жизни* человека. Не вызывает сомнений, что соответствующий образ жизни способен как увеличивать, так и уменьшать продолжительность жизни; как устранять факторы, укорачивающие ее сроки, так и способствовать развитию заболеваний, связанных с возрастом. Следовательно, оптимальный образ жизни может не только устранять отрицательные воздействия на организм, но и совершенствовать адаптационные механизмы, возникающие в процессе старения. Тем самым повышается устойчивость организма к факторам риска, т. е. могут изменять индивидуальные сроки жизни.

Образ жизни человека включает не только выработанную многими поколениями и отражающую культурологические особенности среды систему питания и движения, но и всю сферу психического, эмоционального взаимоотношения со средой.

Рассмотрим некоторые составляющие образа жизни.

**Питание.** По мнению большинства медиков, физиологов, диетологов, нерациональное питание – наиболее важный фактор внешней среды, непосредственно влияющий на скорость процесса старения и соответственно на продолжительность жизни человека.

В результате анкетного опроса 25 ученых-диетологов назвали наиболее типичные ошибки в питании современного человека:

- Питание не соответствует потребностям организма, его энергетическим затратам, оно чрезмерно обильно.
- Пища неполноценна из-за отсутствия в ней достаточного количества витаминов, минеральных веществ, клетчатки, но при этом слишком жирная. В ней мало натуральных продуктов и много консервов.
- Слишком обильное питье, включая алкоголь и сладкие напитки.
- Питание нерегулярное, прием пищи осуществляется слишком быстро, пища плохо пережевывается, так как мало времени («еда на бегу»).
- Неправильное хранение и приготовление многих продуктов.
- Питание перенасыщено сладкими продуктами.
- Недостаточные знания об особенностях питания людей разного возраста.

Так, пожилые люди забывают о том, что им надо есть значительно меньше, чем прежде, из-за уменьшения расхода энергии. В качественном отношении их пища нередко неполноценна, а в количественном – чрезмерна.

Нельзя питаться чем угодно, лишь бы утолить голод, поскольку из одной пищи строятся здоровые, молодые клетки, а из другой – слабые и больные, неспособные обеспечить работу организма надлежащим образом.

Люди стареют от минеральной и витаминной недостаточности, поскольку их пища безжизненная и ненатуральная. В течение прошлого века в питании человека произошли три коренных изменения, а именно: сужение набора природных пищевых продуктов, рафинирование, внесение в продукты питания химических добавок.

*Сон.* Как заметил Х. Гюфеланд, сон – одно из самых мудрых установлений природы.

Он чрезвычайно важен не только для восстановления энергии и жизненных сил, но и для сохранения и продолжительности жизни. Недостаточный сон истощает организм и способствует преждевременному старению. Но и слишком продолжительный сон не полезен для организма, поскольку способствует накоплению излишних и вредных веществ, нарушает правильное функционирование всех органов и систем, что в итоге также приводит к сокращению жизни.

Один из неприятных спутников позднего возраста – бессонница, причина которой нередко кроется в недопустимом для пожилого человека переутомлении. Чаще всего психологическими причинами бессонницы становятся депрессия, тревога, ссоры в семье, конфликты на работе. Она может быть обусловлена и медицинскими факторами, например такими, как нарушения обмена веществ, аллергия, артрит, радикулит, плохое пищеварение и многими другими, число которых множится по мере старения.

*Работоспособность.* Падение работоспособности – одно из наиболее очевидных проявлений старости. При этом старение начинает осознаваться только тогда, когда начинает снижаться физическая работоспособность.

Многочисленные исследования говорят об огромной роли, которую играет в процессе старения социально-трудовая активность. Рассматривая этап завершения человеческой жизни, Б. Г. Ананьев отмечал, что часто те или иные формы человеческого существования прекращаются еще при жизни человека как индивида, т. е. их «умирание» наступает раньше, чем физическое одряхление от старости. Это происходит в том случае, когда человек сам стремится к социальной изоляции, постепенно отказываясь и освобождаясь от многих функций и ролей в обществе, используя свое право на социальное обеспечение. Такое положение в конечном итоге приводит к деформации структуры личности.

*Семья.* Осознание своего места и положения в семье, избегание конфликтных взаимоотношений с детьми – это те важные вопросы, которые надо решать человеку пожилого возраста. Насколько успешно и правильно будут найдены ответы на них, настолько благополучнее, комфортнее будет складываться и сама жизнь стареющего человека.

*Общение.* Степень взаимодействия с внешним миром имеет большое значение для стареющего человека. Дефицит общения в поздние годы переживается им как сильное стрессовое воздействие. На психическом состоянии неблагоприятно сказывается невнимание к пожилому человеку со стороны ближайшего окружения (членов семьи, родственников). Это способствует его уходу в себя, в психологическую изоляцию от живущих с ним рядом людей. Вместе с тем не все стареющие люди хорошо осознают тот факт, что с возрастом их взаимоотношения с окружающими людьми, прежде всего с членами семьи и особенно с молодым поколением, объективно претерпевают изменения и надо искать адекватную форму их поддержания.

*Смерть близких.* Смерть близкого человека, родственника или супруга, с которым были связаны многие годы совместной жизни, особенно остро переживается в старом возрасте. Такая смерть, поясняет Смит, глубоко ранит, горе видится безутешным. Тяжесть случившегося неизмеримо возрастает, если человек, понесший утрату, остается в одиночестве. Нередки случаи, когда старики, не справившись с безутешным горем, умирают вскоре после смерти дорогих им людей. Отмечены индивидуальные различия в том, как отражается утрата супруга на продолжительности жизни того, кому выпала участь овдоветь.

Исследование, проведенное в Бостонском университете (было изучено 1774 истории болезней пациентов, перенесших инфаркт), показало, что смерть любимого человека в 14 раз повышает опасность развития такого недуга. В другом исследовании, выполненном в 1967 г. в Уэльсе, было установлено, что смертность среди овдовевших на первом году после утраты супруга в 10 раз выше, чем в среднем по региону в той же возрастной группе населения.

*Одиночество.* Процесс социальной адаптации протекает особенно трудно у одиноких людей. Как правило, они страдают неустойчивостью настроения, у них низкая

удовлетворенность жизнью, они не ждут ничего хорошего для себя от будущего. Одиночество усугубляется определенным личностным складом человека. Люди с повышенными требованиями к окружающим, постоянным чувством неудовлетворенности, необщительные, замкнутые на своем внутреннем мире испытывают дополнительные трудности в социальной адаптации, когда остаются в одиночестве.

По данным зарубежных исследований можно сделать вывод, что одинокие мужчины в старости переносят свое положение тяжелее женщин, которые лучше приспосабливаются к одинокой жизни во многом за счет более эффективной социальной адаптации. Они устанавливают новые знакомства, находят приемлемые для себя формы общественной занятости, наполняют интересным содержанием свой досуг. Женщины быстрее приспосабливаются к раздельному проживанию с детьми. В отличие от мужчин они более открыто признаются в своем одиночестве и не стесняются на него жаловаться, обсуждать связанные с ним проблемы со знакомыми или близкими.

### **Профилактика старения**

Сколько существует человечество, столько владеет им неистребимая мечта научиться возвращать тем или иным способом утраченную молодость, в том числе с помощью волшебства и чудес. Создано множество легенд и мифов, рассказывающих об удивительных превращениях стариков и старух в юношей и девушек. Однако время невозможно повернуть вспять, и, как говорится в старой поговорке, *секрет продления жизни заключается в том, чтобы ее не укорачивать.*

Не имеет смысла приписывать феномены старости какой-то одной причине. Скорее на старость надо смотреть как на результат целого ряда последовательно проявляющихся органических изменений. Но уровень сегодняшних знаний заставляет пока относиться к процессу старения как к неразрешимой загадке. Наука еще не знает прямых способов продления жизни. Поэтому в этом вопросе приходится ориентироваться только на правила предосторожности, которых следует придерживаться, чтобы по возможности не сокращать свою собственную жизнь.

В настоящее время можно выделить по крайней мере два основных подхода к проблеме профилактики старения. *Первый* предусматривает использование биологически активных веществ различного происхождения с целью продления жизни. *Второе* направление – макробиотическое по своей сущности, ориентированное на соблюдение определенных гигиенических правил и следование требованиям здорового образа жизни.

Общепризнано, что важную роль в долголетию человека играет образ жизни. Большинство людей, проживших долгую и активную жизнь, питались умеренно, вели физически активный образ жизни, трудились до самых поздних лет. В целом труд, познание, общение, активный отдых должны наполнять жизнь человека и в старческие годы. При этом физическое здоровье – один из существенных факторов, определяющих образ жизни стареющего человека, его способность адаптироваться к новым условиям жизни.

Представление о здоровом образе жизни людей пожилого возраста достаточно полно отражено в гигиенических мерах, предложенных в начале XX в. лондонским врачом Вебером. Правила эти просты и заключаются в следующем.

- Необходимо сохранять все органы в полной их силе, своевременно распознавать болезненные проявления и бороться с ними.
- Следует быть умеренным в потреблении пищи и питья точно так же, как и в других физических удовольствиях.
- Воздух должен быть чист как в помещении, так и вне его.
- Нужны ежедневные физические упражнения независимо от погоды. Во многих случаях полезны гимнастика дыхания и прогулки пешком.
- Следует вставать и ложиться рано. При этом сон не должен продолжаться более 6-7 часов.
- Ежедневно нужно принимать ванну или обтираться. Вода должна быть холодной

или теплой, смотря по темпераменту.

- Надо воспитывать в себе жизнерадостность для спокойствия души и оптимистического воззрения на жизнь.
- С другой стороны, следует побеждать в себе страсти и нервное беспокойство.

Следуя своей методике, Вебер в возрасте 85 лет продолжал принимать больных, обеспечив себе здоровую и счастливую старость.

Необходимо отметить, что очень верные суждения о сущности здорового образа жизни издавна высказывались и в просвещенных кругах российского общества. В этом отношении особый интерес вызывает книга князя Парфения Енга-лычева, вышедшая в самом начале XIX в. и переизданная спустя почти два столетия, но не потерявшая своей актуальности и сегодня, поскольку содержит простые и ясные рекомендации – как прожить долгую, здоровую и веселую жизнь.

Среди современных ученых, много сделавших для решения проблемы здорового образа жизни, одно из ведущих мест по праву принадлежит Полю Брэггу. Его работы в этой области хорошо известны во всем мире. Он считал, что, перестроив свой образ жизни, человек пожилого возраста вполне может превзойти тот уровень здоровья, которым он обладал в молодые годы. Очень важно, что Брэгг личным примером подтвердил справедливость тех положений, которые он отстаивал в своих лекциях и научных публикациях. В 90-летнем возрасте он был весьма подвижным, выносливым человеком. Он занимался бегом, плаванием, упражнениями с тяжестями, совершал длительные пешеходные походы, увлекался серфингом. П. Брэгг был чрезвычайно работоспособен (его рабочий день составлял 12 часов), практически не болел и был полон оптимизма и жизнелюбия. Он погиб в 1976 г. в возрасте 95 лет в результате несчастного случая: во время катания на доске у побережья Флориды его накрыла гигантская волна. Патологоанатомиче-ское вскрытие показало, что сердце, сосуды и все внутренние органы были в превосходном состоянии. Трагическую смерть этого незаурядного человека оплакивали пятеро детей, двенадцать внуков и тысячи последователей во всем мире.

Остановимся на некоторых первостепенных факторах образа жизни, которые имеют существенное значение в обеспечении здоровья и долголетия стареющего человека.

**Рациональное питание.** Организации питания все ученые (и в прошлом, и в настоящем) отводят особую роль. Они призывают избегать обильных и изысканных блюд, при этом не впадая в другую крайность – не изнурять себя до крайности постом. В то же время большинство людей ест больше, чем требует их организм. Правильное питание должно быть умеренным, но достаточным. По мнению известного современного геронтолога Д. Гласе, имеющей обширные познания в области диетологии различных народов, один из главных пунктов программы долголетия – рациональное питание, которое предполагает сбалансированное поступление в организм с пищей необходимых для его нормальной жизнедеятельности витаминов и минеральных веществ. Она подчеркивает, что современный человек страдает от двух основных пороков: *гиподинамии* (малоподвижный образ жизни) и *переедания*. Если человек действительно хочет принадлежать к представителям культурного, цивилизованного сообщества, он должен найти в себе силы для преодоления этих пороков во имя высших, духовных интересов.

**Сон.** Важнейшая роль в обеспечении долголетия принадлежит сну. Устойчивые нарушения в режиме сна ускоряют процесс старения. Самые общие требования ко сну: он должен быть спокойным и восстанавливать жизненные функции. Если после сна вы чувствуете себя свежим и отдохнувшим, то это хорошее подтверждение тому, что восстановлению сил было отдано необходимое время. Неудовлетворительное качество сна и его недостаточная продолжительность проявляют себя характерным образом: вы не можете подняться утром без звонка будильника, вам трудно на чем-то сосредоточиться, вы ощущаете себя вялым, ваши чувства как бы притуплены, самочувствие в целом и настроение могут быть испорчены на целый день, вы

раздражительны и вспыльчивы в общении. Для пожилого человека активный образ жизни днем имеет особое значение в предотвращении бессонницы.

**Умеренность.** Основное правило макробиотики сводится к умеренности во всем. Крайности укорачивают жизнь, а умеренность составляет тайну долголетия.! В работах по макробиотике довольно часто приводится пример, иллюстрирующий сказанное.

Знатный венецианец, известный итальянский философ Луиджи Корнаро родился в 1467 г. До сорокалетнего возраста он жил распутно, невоздержанно. К этому возрасту силы его истощились, и он был настолько болен, что врачи определили его состояние как близкое к смерти. Они уже не видели пользы в лекарствах и считали, что только одна строгая умеренность может еще его спасти. Корнаро прислушался к совету врачей и коренным образом изменил свой образ жизни. Он отказался от спиртного, перешел на очень скромное питание и ел столько, сколь необходимо было лишь для поддержания существования. Он стал избегать крайностей в быту и поведении, взял под контроль свою эмоциональную сферу. Результаты не заставили себя долго ждать. Уже через год он совершенно восстановил здоровье. В возрасте 85 лет Корнаро написал знаменитую книгу «Как прожить сто лет», которую затем перевели на все европейские языки. В ней он обобщил свой личный опыт оздоровления. В сущности, этот труд можно считать первым изложением макробиотической системы, получившей дальнейшее развитие в работах немецкого врача Х. Гуффеланда и других ученых XVIII-XIX вв. Корнаро формулирует очень важную мысль о том, что нет лучшего доктора для человека, чем он сам. Регулярность, умеренность во всем – вот самый верный фундамент долгой и здоровой жизни. Умеренность очищает чувства, дает легкость телу, живость уму, улучшает память, придает движениям быстроту и правильность их исполнения. В старости он был самым веселым в доме, у него были прекрасные взаимоотношения с родными, в том числе и с одиннадцатью внуками. Корнаро вел активную жизнь: посещал дворцы, сады, музеи, церкви, ничего не пропуская из того, где можно было чему-то поучиться. В 95 лет он написал еще одно литературное произведение. Он умер в 1566 г. в Падуе, прожив 100 лет, до самого конца сохраняя ясное мышление и активное поведение.

**Физическая активность.** Считается, что в повседневной жизни человек реализует не более половины своих максимально возможных физических сил. Неверную позицию занимают те, кто с возрастом начинает резко ограничивать свою физическую активность, полагая, что тем самым они оберегают собственное здоровье. Но именно такой образ жизни и ведет к преждевременному старению. Доктор Д. У икс, британский специалист по геронтологии, исследовал 3500 пожилых людей, которые выглядели молодо, живущих в разных частях земного шара. Главный вывод врача: причиной их отличного внешнего вида была духовная и физическая активность. Их сон глубок, они спортивны, чаще всего увлекаются плаванием и путешествиями, странствиями по горам, много читают и меньше других предпочитают смотреть телевизор. Большинство из них оказались сторонниками вегетарианства и произвели на У икса впечатление честных, доброжелательных, романтически настроенных людей.

Во многих странах люди, поддерживающие свою физическую форму, ведут активную, полноценную жизнь до самой старости. Регулярные занятия физкультурой благоприятно сказываются на психической сфере пожилых людей. Такие люди, как правило, более собраны, сдержанны, лучше владеют собой, уверены в себе, они дружелюбны и более терпимы к чужим недостаткам. Но данные многолетних исследований показывают, что менее 40% людей старше 60 лет систематически занимаются физическими упражнениями. Причиной этому может быть неумение подобрать посильный комплекс упражнений и соответственно опасение подвергнуть себя риску, связанному с получением травм во время занятий. Другая причина может заключаться в отсроченном во времени эффекте от занятий.

В гигиене старости первостепенное значение имеют умеренные, правильные ежедневные физические упражнения. Постоянный контроль за состоянием своего тела и систематические упражнения по укреплению мышц обязательны для обеспечения активного долголетия.

Гимнастика и массаж полезны как средство борьбы с застоями крови в организме. Чтобы затормозить процесс истощения функций организма, его старения, необходимо заставлять его работать. Если же этого не происходит, то отдельные органы атрофируются, утрачивают свою жизнеспособность и в конце концов становятся непригодными для выполнения своих функций.

Экспериментальным путем доказано, что активные физические упражнения содействуют укреплению сердца, органов дыхания, помогают избавиться от лишнего веса, снижают уровень холестерина, нормализуют кровяное давление, предотвращают развитие диабета. Пока нет прямых подтверждений, но есть предположение, что регулярные физические упражнения могут помочь организму справиться с раковыми заболеваниями, а также существенно уменьшить шансы заболеть ими.

Благотворное влияние физических упражнений на функционирование организма ярко продемонстрировал на собственном примере академик А. А. Микулин, крупнейший отечественный конструктор, создатель совершенных авиадвигателей. Всецело поглощенный своей работой, он не придавал значения физической культуре, пока в возрасте 50 лет не оказался в больнице в связи с тяжелым заболеванием. Но и к собственному недугу академик подошел творчески. Микулин разработал активную систему борьбы со старостью, эффективность которой успешно проверил на себе. Он вернул утраченное здоровье и даже в возрасте 82 лет активно и полноценно трудился. Созданная им система предусматривала ежедневный бег, массаж, дыхательные упражнения, элементы виброгимнастики и развитие волевых навыков.

В последнее время все более широкую популярность приобретают различные восточные техники оздоровления, и среди них – китайская гимнастика. В Китае особый интерес и желание практиковаться вызывает у лиц пожилого возраста национальная гигиеническая гимнастика, берущая свое начало во II в. до н. э. Люди 60-80 лет и старше, регулярно занимающиеся ею, не выглядят дряхлыми стариками, напротив, они вполне здоровы, жизнерадостны и в меру своих возможностей трудоспособны. Для достижения здоровья и долголетия рекомендуется заниматься ею 2 раза – утром, сидя в постели, и во второй половине дня, причем на открытом воздухе. Занятия предполагают максимальное сосредоточение внимания на выполняемых упражнениях. Особенность китайской гимнастики в том, что она обычно дополняется приемами самомассажа.

Значение гимнастических упражнений для физического и психического здоровья пожилого человека усиливается, если они дополняются постоянным закаливанием организма, к которому следует приучать организм постепенно, начав, например, с водных обтираний.

**Саморегуляция и самоконтроль.** Среди мер профилактики преждевременного старения большая роль отводится *умению расслабляться*. Оно помогает избавляться от устойчивого психического и телесного напряжения, а также возвращать психическое равновесие в случаях его ситуативного нарушения под воздействием тех или иных эмоциогенных воздействий.

Благотворное влияние психической саморегуляции на укрепление и сохранение здоровья общеизвестно. Владение ее приемами в пожилом возрасте становится особенно важным для поддержания стабильного функционирования психики, эмоционального спокойствия, в целом уравновешенного и сосредоточенного самовосприятия, защиты от негативных воздействий извне. Среди известных методик психической саморегуляции, хорошо зарекомендовавшей себя на практике и вполне доступной людям пожилого возраста, можно упомянуть *аутогенную тренировку*.

Также одно из эффективных средств противодействия процессам старения – *медитация*. Исследование, проведенное в реабилитационном центре Бостона, подтверждает это. В эксперименте приняло участие 73 человека, средний возраст которых составлял 81 год. Через 3 года их регулярных занятий медитацией были подведены итоги. Сравнивался ряд показателей тех, кто участвовал в эксперименте, с показателями их сверстников из контрольной группы, которые медитацией не занимались. Результаты исследования показали, что у практиковавших медитацию:



- было более низкое артериальное давление;
- они отличались более плавной и лучше развитой речью;
- имели более живой и гибкий ум и выше способности к обучению;
- они отличались более выраженным самоконтролем своих действий и поступков;
- наконец, смертность в их группе была значительно ниже по сравнению с контрольной.

Особенности *самоконтроля* в пожилом и старческом возрасте пока еще слабо изучены. Однако есть основания полагать, что постоянный самоконтроль может оказать действенную помощь в борьбе со старостью, в планомерной организации собственного поведения.

В самое последнее время огромная роль самоконтроля в организации жизнедеятельности людей преклонного возраста все чаще подчеркивается и зарубежными специалистами. Говорится о том, что своевременное обращение к самоконтролю помогает стареющему человеку избежать многих неприятных ошибок, управляя собственным поведением. Это касается контроля за:

- правильностью восприятия внешнего мира;
- принимаемыми решениями, совершаемыми действиями;
- переживаемыми чувствами и эмоциями.

Одним словом, в этом возрасте *вся сфера психических явлений* нуждается в особой подконтрольности, чтобы обеспечить человеку преклонного возраста наиболее оптимальное взаимодействие с окружающим его миром. Надо стремиться применять к себе более строгий самоконтроль, проявляя в каждом деле больше взвешенности и осторожности.

**Деятельность.** Ленивые люди не живут долго, дольше всех живут те, кто проводит жизнь очень деятельно. Только постоянная и соизмеримая с силами работа поможет уберечься от скуки, разрушительно действующей как на тело, так и на духовную сферу человека. *Творческая старость – вот идеал геронтологии.* Известно, что умственная деятельность может сделать старость не только спокойной, но и приятной, плодотворной, подтверждением чему служит сравнительно высокая продолжительность жизни представителей творческих профессий. Примеров тому более чем достаточно, приведем только некоторые из них.

Великий художник эпохи Возрождения *Тициан*, проживший 99 лет, достиг высот мастерства в последние 25 лет своей жизни. Итальянский скульптор с мировым именем *Микеланджело* умер, работая в Ватикане, в возрасте 89 лет. Композиторы *Верди*, *Штраус*, *Сибелиус* работали до 80 лет. *Б. Шоу*, до конца жизни не утративший своего знаменитого чувства юмора, умер в 94 года. *Б. Рассел* опубликовал свою последнюю работу в 98 лет. Известный путешественник и натуралист *А. Гумбольдт* писал свой пятитомный труд «Космос» в возрасте от 76 до 89 лет. Всемирно известный ученый, лауреат Нобелевской премии в области экономики *Василий Леонтьев* скончался в возрасте 93 лет. Русский скульптор *С. Коненков* не прекращал работать до самой смерти, немного не дожив до своего 100-летия. Великая русская балерина *Ольга Спесивцева*, выступавшая на сцене самых престижных театров Европы и Америки, умерла в возрасте 96 лет, а другая не менее известная русская балерина *Тамара Карсавина* прожила 93 года. Заслуженный деятель науки, профессор математики *Б. Букреев* отметил свой 100-летний юбилей, еще читая лекции в Киевском университете, где он проработал 70 лет.

Старость только тогда может быть хороша, уточняет Ж. Пейо<sup>102</sup>, когда она становится венцом трудовой жизни. Одним словом, постоянный труд необходим как одно из обязательных условий долголетия, и лучше, когда в нем разумно сбалансированы умственная и физическая нагрузки.

Оценивая в целом значение фактора деятельности, можно сказать, что состояние здоровья активных старых людей лучше, чем у стариков, ведущих пассивный образ жизни, заполняющих ее только радио и телевидением, не утруждающих себя какой-либо

<sup>102</sup> Пейо Ж. Воспитание воли. - СПб., 1899.

тратой сил на умственную, творческую деятельность.

**Семья.** Научные исследования показывают, что здоровая семейная атмосфера, внимание и забота со стороны окружающих являются одним из важнейших факторов, благоприятно влияющим на самочувствие пожилого и старого человека. Доказано, что само по себе совместное проживание людей без доброжелательного и искреннего отношения друг к другу утрачивает значение семейного фактора и ничем не отличается от одинокого существования.

**Общение.** Не следует ограничивать себя только рамками внутрисемейных отношений, какими бы хорошими они ни были. Полезно поддерживать общение с друзьями, окружающими. Один из признаков психического здоровья долгожителей – их *доброжелательное отношение* к окружающим, *общительность*, хорошая приспособляемость к своей среде.

**Смерть близких.** С утратой супруга в старом возрасте оставшийся в живых попадает в очень сложное положение. В таких случаях лучше обратиться к обычным повседневным заботам, оградив себя от нестерпимых для сердца разговоров; надо хорошо обдумать все за и против и определиться с тем, в каком окружении жить дальше (в семье детей, остаться одному, объединиться с одиноким близким родственником или другом и т. п.); вступить в новый брак; подумать о расширении своих знакомств и общественных контактов; сосредоточиться на занятиях любимым делом.

**Одиночество.** Считается, что *одиночество – злейший враг долголетия*. В общем случае противопоставить ему можно оживление старых и приобретение новых социальных контактов. Не следует чрезмерно привязываться к радиоприемнику или телевизору, ибо эти источники информации ни в коей мере не заменят живого общения.

Пешие походы, экскурсии, просто прогулки в обществе с другими дают хорошую возможность отвлечься от уединенного образа жизни. Изучение иностранного языка, занятия искусством, посещение театров, кино, выставок и т. п. – все это тоже помогает сделать жизнь одинокого человека разнообразной, увлекательной. Регулярные занятия любимым делом не позволят человеку зачахнуть. Следует следить за своим моральным и внешним обликом, быть чистым и опрятным, не позволяя себе опуститься. Очень важно, не рассчитывая на быструю помощь, строго соблюдать меры предосторожности в быту, оберегая себя от возможных травм или увечий.

**Отношение к смерти.** Никогда еще не случалось, считает Гуфеланд, чтобы человек, боящийся смерти, достиг глубокой старости.

Страх смерти бесполезен, утверждает и Брэгг, поскольку она придет независимо от того, думает человек о ней или нет. Смерть стоит принимать как неизбежность и необходимость и выбросить из головы вечный страх перед ней. Надо научиться говорить о смерти без содрогания, не закрывать на нее глаза. Пока человек живет, он должен мыслить категориями жизни и жить достойно, чтобы так же достойно умереть. Молодость – это приготовление к старости, жизнь – это приготовление к смерти.

В. М. Бехтерев считает: для того, чтобы побороть страх смерти, нужно жить так, чтобы оставалось сознание небесплодно прожитой жизни. Надо не страшиться смерти, а утешаться мыслью о сделанном, о полезности проведенной жизни. Такое утешение не приходит ниоткуда, а является итогом непрерывного умственного и морального самоусовершенствования в течение жизни. Необходимо, чтобы каждая личность по возможности активно участвовала в общей созидательной работе над развитием духовной культуры человечества, в совершенствовании общественных форм человеческой жизни.

**Психологический портрет долгожителя.** В настоящее время сложилось довольно определенное мнение относительно того, какие черты психического склада, особенности образа жизни присущи тем людям, которых принято называть долгожителями. Как же выглядит их обобщенный психологический портрет? Чтобы ответить на поставленный вопрос, попытаемся систематизировать известные на сей счет сведения.

**Направленность.** Долгожители не приемлют бесцельного существования, живут надеждой на будущее (строят дома, разводят сады, планируют жизнь на годы вперед).

Они духовны и способны жить для людей.

Западная медицина еще только начинает использовать в лечебных целях возможности, которые таятся в связи разума и тела. Отчаяние перед наступающей старостью только ускоряет ее приход. Многие в старении человека определяются позицией безнадежности, которую он занимает по отношению к этому процессу. Долголетие пока еще не стало первоочередной сознательно поставленной целью для многих людей.

Эту же мысль разделяет геронтолог Д. Гласе. По ее мнению, упадок сил нередко обусловлен тем, что человек заранее смирился с наступающей старостью, капитулировал перед ней, свыкшись с мыслью о неизбежном саморазрушении. Напротив, если в вашем сознании прочно сформировалась установка на долгую здоровую жизнь, она обязательно окажет соответствующее воздействие на тело. В целом очень важно ваше отношение к жизни, ваше желание жить. Необходимо укрепиться в мысли о том, что здоровье и долголетие вполне возможны, доступны всем.

Долгожителям свойственна вера в то, что наше существование, наша судьба подчинены Высшей Власти. Обращение к религии – не редкость среди них.

По данным исследования, проведенного в американском штате Северная Каролина, пожилые люди, регулярно посещающие церковь, обладают более сильной иммунной системой, в меньшей степени подвержены гипертонии, депрессии, нервно-психическим заболеваниям и в целом живут дольше, чем их менее религиозные сверстники.

*Процессы.* В мыслительной деятельности долгожителей доминируют рассудительность, осторожность, жизненная мудрость, интеллектуальная активность. Они предпочитают избегать мрачных мыслей. Тяготеют к воспоминаниям о прошедшей, не бесполезно проведенной жизни и соответственно стараются забывать плохое, прощая обиды близким, друзьям, знакомым.

*Состояния.* Для эмоциональной сферы долгожителей типичны:

- жизнерадостность;
- довольно быстрое восстановление хорошего настроения после неприятностей, психических потрясений;
- веселый нрав, оптимизм, чувство юмора;
- спокойный взгляд на события и проблемы, душевное равновесие;
- избегание сильных волнений, страстей;
- отсутствие устойчивой сердитости, переживаний злобы, гнева, зависти и жадности.

Им свойственно естественное выражение эмоций в своем поведении.

*Свойства.* В характерологическом статусе долгожителей особенно заметны уравновешенность, несуетливость, несклонность к лени, доброжелательность, невысокая тревожность. Они стараются избегать конфликтных ситуаций и не демонстрируют признаки явного эгоизма.

*Отношения:*

- *К себе.* В отношении долгожителей к себе главенствует самоуважение. К собственному старению они относятся спокойно, как к неизбежности.
- *К другим.* Для них характерно поддержание хороших отношений в семье, они внимательны к окружающим и стараются избавляться от причин возможных конфликтов с родственниками, детьми, соседями.

*Самоуправление.* Долгожители предпочитают не плыть по течению, а управлять собой и своей жизнью. Им не чужда забота о собственном здоровье. В их поведении особое значение приобретает *самоконтроль*. В связи с ухудшением памяти, внимания, психомоторики обращение к самоконтролю помогает старым людям предотвращать травмы, избегать ошибок в собственных действиях, поддерживать содержательное общение, порядок и последовательность в своих делах.

*Деятельность.* Долгожители достаточно активны для своего возраста, предпочитая безделью постоянную занятость, участие в благотворительной

деятельности. Соблюдая порядок и последовательность в своих делах, они не позволяют себе работать на износ. Удовлетворенность своим делом имеет для них большое значение.

Человек испытывает особое удовлетворение от прожитой жизни, если его долголетие не противоречит нравственному здоровью. Об этом точно сказал Сенека:

Важно не долго ли, а правильно ли ты прожил.

Итак, изучение старения, старости и долголетия, рассматриваемых в контексте проблем психологии здоровья, предполагает выделение нескольких аспектов, каждый из которых имеет самостоятельное значение и требует пристального внимания со стороны специалистов различных профессий.

### **Контрольные вопросы**

1. Определите основные понятия геронтологии.
2. Относительно каких психических процессов можно рассматривать возрастные изменения?
3. Назовите особенности психических состояний, возникающих в процессе старения.
4. Назовите основные составляющие образа жизни.
5. Определите два основных подхода к проблеме профилактики старения, существующих в настоящее время.
6. Определите основные черты психического склада, особенности жизни долгожителей.

### **Литература**

1. *Авербух Е. С.* Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. – Л., 1969.
2. *Александрова М.Д.* Проблемы социальной и психологической геронтологии. - Л., 1974.
3. *Амосов Н. М.* Преодоление старости. – М., 1996.
4. *Ананьев Б. Г.* Избранные психологические труды: В 2 т. – М., 1980. – Т. 1.
5. *Брэгг П.* Здоровье и долголетие. – М., 1996.
6. *Висьневска-Рашковска К.* Новая жизнь после шестидесяти. – М., 1989.
7. *Гласе Д.* Жить до 180 лет. - М., 1992.
8. *Грмек М. Д.* Геронтология – учение о старости и долголетию. – М., 1964.
9. *Гуфеланд Х.* Искусство продлевать человеческую жизнь (макробиотика) // *Время жить.* - СПб., 1996.
10. *Мечников И. И.* Этюды оптимизма. – М., 1987.
11. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья: Учеб. пособие. – СПб., 2002.
12. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2000.
13. *Смит Э.* Стареть можно красиво. – М., 1995.
14. *Фролькис В. В.* Старение и увеличение продолжительности жизни. – Л., 1988.
15. *Чопра Д.* Нестареющее тело, вечный дух. – М., 1995.
16. *Шахматов Н. Ф.* Психическое старение. – М., 1996.

## Алфавитный указатель

### А

аболиционизм 171  
абсолютные нормы 144  
автаркия 187  
авторские методики физического воспитания 258  
адаптационные резервы структурные 73  
функциональные 73  
адаптационные резервы, определение 73  
аддиктивное поведение 449  
аккультурация 172  
активирующая модель 343  
актуарная статистика 158  
акцентуации аспекты диагностики 135-136  
основные формы 136  
темперамента 135  
характера 135  
акцентуация 127  
астенический радикал 140  
гипертимная 139  
депрессивный радикал 139  
истероидная 140  
определение 135  
паранойяльная 137  
психоастенический радикал 138  
шизоидная 137  
эксплозивный радикал 138  
алекситимия 32  
алкоголь 349  
амбивалентная привязанность 428  
анаклитическая депрессия 426  
анкета самооценки состояния здоровья 87  
антиципаторный копинг 570  
антропогенные катастрофы 522  
асаны 401  
атараксия 188  
аутогенная тренировка (АТ) 390, 593

### Б

базовые перинатальные матрицы (БПМ) 422  
безопасная, или надежная привязанность 428  
безопасность труда 505  
психологическое обеспечение 506  
безработица 169  
белки 246  
библиотеки игрушек 433  
биологическая обратная связь (БОС) 395  
биологически активные вещества пищи 249  
биопсихосоциальная модель, Энджел 16  
боевая психическая травма 542  
болезни цивилизации 275

### В

велозергометр 84  
виды БОС 397  
виды психологической защиты 451  
витамины 246  
внешнее пространство личности 92  
внешняя религиозная ориентация 117  
внутреннее пространство личности 92  
внутренняя картина здоровья 279  
внутренняя религиозная

ориентация 117 внутригосударственная миграция 163 вода 248 воздействия 530  
возрастные группы 159 возрастные изменения образа жизни 586 психических процессов  
внимание 581  
воображение 581  
восприятие 579  
мышление 579  
память 580  
психомоторика 581  
страх 584 психических свойств  
характер 585 психических состояний  
депрессия 583  
ипохондрия 583  
психический упадок 582  
скука 584  
эмоции 582 воля к здоровью 228  
вторая базовая перинатальная матрица  
(БМП-2) 423 выгорание, определение 550 выгорание, понятие 548 вытеснение 451

## Г

гармония личности 91 гедонистическая модель 343 тендер 155 тендерные  
особенности 283  
самооценка 284  
эмоции 285 тендерные различия  
биологическая гипотеза 156  
социализационная гипотеза 156 геронтология  
определение 574  
предмет исследований 574 гестационная доминанта,  
понятие 418 гетерокатефтенность 575 гетерокинетичность 575 гетеротопность 575  
гетерохронность 575 гиперопека 416 гипогестозический тип  
ПКГД 419 гипопротекция 414 глобализация 144  
глубокая адаптационная энергия 564 гомеостазис 69

## А

девиантное поведение 144 дееспособность 508 дезорганизованная привязанность  
429 депрессивный тип ПКГД 421 деструктивное (разрушительное)  
поведение 449 деструктивные культы 101 диадический подход 411 динамическая  
медитация 402 долголетие 577 дошкольный возраст 444 душевное благополучие 559  
душевное здоровье  
в античности 176  
в Средние века 195  
в философии Нового времени 197  
понятие 176

## Е

евгеника 148

## Ж

жиры 246

## З

закаливание организма 253 законы геронтогенеза 575 здоровое общество 144 здоровый образ жизни 243, 272  
принципы 245 здоровье городского и сельского населения 162 здоровье,  
определения 42, 44 здоровье руководителей 287, 290

## И

идентификация 452 идеомоторная тренировка 404 избегающая привязанность 428  
измерения выгорания 553 индивидуализация, Э. Фромм 425 индикаторы употребления  
наркотиков  
381 индустриальные неврозы 168 интегральные типы 128  
интегрированность личности 91 интимная близость 302 интуитивно-логический тип 128  
интуитивно-чувственный тип 129 информационные и инструментальные

ресурсы 566 исследование внутренней картины

здоровья подходы 437

**И**

йога, определение 399

**К**

канализационная гипотеза 157 катарсис 186

категории сексуальной нормы 297 качество жизни 560 классификация профессиональных

болезней 512 классификация стрессоров 498

классические формулы

самовнушения 392 классовая (стратификационная)

мобильность 153 классовый градиент здоровья 151, 287 когерентность 469 кодекс здоровья 259 коммуникативная модель 343 компенсаторная модель 343 компенсации 452

компенсация, понятие 49 конституция человека 244 конформная модель 343 концепция жизненных событий 159 копинг-стили 334 копинг-стратегии 476 копулятивный цикл 305

коронарный тип 111 корпоративные факторы риска

выгорания 551 критерии душевного здоровья 218 критерии здоровья

психические процессы 59 психические состояния 59 свойства личности 60 критерии наркомании 370 критерии отношения к здоровью 281 критические периоды онтогенеза 41

7 культура питания, правила 251

**Л**

легальные наркотики 347

лекарства 357

лекотека 433

лечение сексуальных расстройств 319

личная гигиена 252

и вопросы 253

уход за волосами 253

уход за кожей' 252

уход за ногтями 252

уход за полостью рта 253 личностная идентичность 439 личностные факторы риска

выгорания 550 личность и наркотики 361

**М**

макроэкологический анализ 163 манипулятивная модель 343 мантры 400

материнское отношение, типы 442 медитация 593

медитация, определение 398

медицинская социология 148

межгосударственная миграция 164

метод медитации 397

методика систематической десенсибилизации 395

методика СКР 395

микроэкологический анализ 163

минеральные вещества и микроэлементы 247

младенческая депрессия 427

младенческий период 441

младший школьный возраст 445

модели аддиктивного поведения 343

модели здоровья 43

модели преодолевающего поведения 567

модели психического здоровья 236

модель выгорания Перлмана– Хартмана 553

модель представлений о здоровье 322

модель социального стресса 154

модель социальной селекции 154

модификации АТ 393

моральная статистика 145

мыслительный тип 128

## **Н**

наркотики, понятие 346 нарушения правил безопасной

работы 505 наследственность 577 неадекватность требований

родителей 457 независимые психологические

факторы 32 нелегальные наркотики 359 нелегальные наркотики, понятие 359

нервно-психическая неустойчивость 539 нервно-психическая устойчивость 539

неспецифическая реакция 519 неспецифические признаки употребления

наркотиков 382 несчастный случай 503\* никотин 348

## **О**

образ жизни

категории 243 общение 587 одиночество 588 питание 586 понятие 242

образ жизни (*продолжение*)

работоспособность 587

семья 587

смерть близких 588

сон 587

старящего человека 590

факторы 242 обстановочная афферентация 519 общая физическая подготовка 71

общества, понятие 144 общественное сознание 144 общий адаптационный синдром 421,

495 обычные условия деятельности 520 опора на культурные традиции 228 Опросник

AVEM 470 оптимальный тип ПКГД 419 организационная патология 168 организационная

среда и стресс 167

факторы 166 орфизм 178

особые условия деятельности 521 открытое эмоциональное отвержение 443

относительные нормы 144 отношение к здоровью

тендерные особенности 283

и возраст 285

и профессиональная деятельность 287

компоненты 279

понятие 279 отношение к наркотикам детей 338 отрицание 451

оценивание поведения младенца 431 оценивание характеристик взаимодействия

431

## **П**

парадигма социального стресса 149

парадигма социальной патологии 147

параметры родительского поведения 456

пассивная медитация 402

пассивное курение 349

патохарактерологический диагностический опросник 135

первая базовая перинатальная матрица (БМП-1) 422

передающие психологические факторы 36

перинатальная психология, определение 411

перинатология 410

период острых эмоциональных реакций 531

период раннего детства 442

петтинг 317

питание

функции 246

поведенческая (бихевиоральная) медицина 16

поверхностная адаптационная энергия 564

подростковый возраст 446

подсистемы культуры 217



поиск ощущений 332  
показатели здоровья людей в организации 168  
политоксикомания 368  
половая конституция индивида 299  
популяция 143  
послевоздействия 530  
пранаяма 401  
предвоздействия 530  
пренатальный стресс 422  
преодоление 567  
признаки психического нездоровья 61  
принцип объективности 228  
принципы реабилитации 516  
принципы сохранения душевного здоровья 228  
пристрастие и зависимость, понятие 346  
причины несчастных случаев 503  
программа раннего вмешательства 433  
проект «Перешеек» 344  
проекция 452  
профессиональная адаптация критерии успешности 489 недостатки в организации  
труда 489 объективные факторы 489 определение 488  
профессиональная патология 512  
профессиональная подготовка 486  
профессиональная работоспособность, понятие 509  
профессиональная реабилитация теоретическая основа 514 целевая  
направленность 513, 514  
профессиональная реабилитация, определение 513  
профессионально значимые качества (ПЗК) 511  
профессионально-прикладная физическая подготовка 72  
профессиональное здоровье, понятие 508  
профессиональное самоопределение 485  
профессиональное самоопределение, факторы 486  
профессиональные заболевания 168  
профессиональные факторы риска  
выгорания 554 профилактические программы для  
женщин 234 проиесс витаукта 575 психическая саморегуляииа (ПСР) 386  
психические реакции  
при катастрофах 531 психические травмы, виды 448 психическое старение 578  
психогенная депрессия 583 психогенные расстройства 533 психодинамическая  
психотерапия для  
детей 431 психологическая зависимость 346 психологическая защита 49, 450  
психологическая компетентность  
индивида 566 психологическая помощь  
уровни организации 458 психологическая помощь студентам 476 психологическая  
устойчивость 529, 559  
акцентуированная активность 123  
и индивидуальные особенности 111  
интракионная зависимость 123 '  
как качество личности 106  
определение 107  
составляющие 108  
химическая зависимость 123 психологическая устойчивость  
личности 96, 104 психологические факторы-мотиваторы 37 психологический  
компонент гестаион-

ной доминанты 419 психологический портрет  
долгожителя 595 психологический стресс 496 психологический тип 126  
и психокоррекция 133  
и специфические проблемы 130, 131  
и стрессовые ситуации 131 психологический уровень здоровья 51 психологическое  
консультирование  
гностический блок 459  
коммуникативный блок 462  
конструктивный блок 461  
организационный блок 461  
оценочный блок 463  
системная модель 459 психологическое консультирование  
детей 459 психология здоровья 16  
и медицинская антропология 29  
психология здоровья (*продолжение*) и медицинская социология 29 и общественное  
здоровье 29 и психогигиена 30 и эпидемиология 29 психология здоровья, определения 26  
психомышечная тренировка (ПМТ) 403 психопатологии и психологические  
нарушения 335 психорегулирующая тренировка  
(ПРТ) 402 психосоматическая медицина 16 психосоматический профиль,  
Гарбузов 53 психотические формы патологии 534 психотоническая тренировка 403  
**Р**  
работа и отдых 169  
работоспособность 508  
работоспособность человека-оператора 508  
разработка оздоровительных программ для персонала 494  
рационализация 452  
регрессия 453  
режим питания 253  
реформированный психоанализ 204  
рискованное поведение 321 особенности личности 332  
родовые сценарии, Э. Берн 412  
руководство взаимодействием 431  
**С**  
самовосстановление 70 самообновление 68 самоорганизация 68  
саморегулирование 388 саморегулиания 68, 328 самоуправление 388 сексология как наука  
292 сексопатология 296 сексуальная дисгармония  
варианты 313  
и физиологические особенности 315  
категории 314  
ошибки в выборе партнеров 311  
понятие 310  
сексуальная культура 312  
сексуальная потребность 311  
сексуальный эгоизм 311  
стереотипы 316  
сексуальная культура  
составляющие 292 сексуальное здоровье  
диапазон приемлемости 298  
понятие 296  
элементы 296 сексуальность  
и социальные факторы 307  
качественные основы 302  
количественные основы 299  
мужская и женская 303

типы личности Айзенк 308 Либих 309 сексуальность, понятие 293 сексуальные отношения, критерии 292 семья 157

сенсорно-импульсивный тип 129 сенсорно-планирующий тип 129 «сильные» и «слабые» наркотики 361 симбиотический тип привязанности 429 синдром «выгорания» 548 синдром «выгорания», симптомы 549 система йогов 398 система управления 387 системный подход 432 системы антирадикальной и перекисной

защиты 248 скрытое эмоциональное отвержение 443 смыслообразующие жизненные иели 219 сон 253

сопротивляемость 106 составляющие образа Я 440 состояния алкогольного опьянения 352 состояния стресса, проявления 500 социальная гигиена 147 социальная девиация 144 социальная идентичность 439 социальная когнитивная теория 323 социальная поддержка 477, 565 социальная статистика 143 социально-психологическая поддержка 565 социальное благополучие 559 социальное здоровье исследования

перспективные 150 ретроспективные 150

конкретно-методологические подходы 149

проблема причинности 150 социальные группы 151 социальные изменения, понятие 170 социальные катастрофы 522

социальные катастрофы, понятие 524 социальные классы 151

материальное благосостояние 152 образовательный статус 152 социально-профессиональная позиция 152 социальные организации

и общественное здоровье 165 социальные организации,

определение 165 социальный стресс 497 специфические маркеры употребления

наркотиков 383 специфические реакции 519 спортивная физическая подготовка 72

способы общения родителей

с детьми 457 способы удовлетворения потребностей

ребенка 454 стабилизация 388 стабильность 106

стадии развития зависимости от 362 стадии развития семьи 413 стадии

употребления алкоголя 355 старение

определения 574 старость 576

статусная неконгруэнтность 155 статусно-ролевые факторы риска

выгорания 551 степень выраженности реальной угрозы

519 степень нервно-психического

напряжения 519 степень родительского контроля 456 степень эмоциональных

контактов 457 стили семейного воспитания 455 стихийные бедствия 522 стойкость 106 стресс 495

стресс социальных изменений 171 стрессовые воздействия

на беременную 421 стрессоустойчивость 564 ступеньки 85 субъективное

благополучие 559

## **Т**

теория изнашивания 577

теория обусловленного действия 324

территориальная общность

критерии выделения 161

определение 151

территориальная общность (*продолжение*)

экологические факторы 161 территориальные перемещения 163 техники медитации 402 техногенные катастрофы, понятие 523 технологические катастрофы 522 тип А 53, 111

тип В 54 Тип С 54

типы алкоголиков 356 типы культурных предписаний 227 типы наркоманов 362 типы поведения 471 транзитный синдром невротической

депрессии 427 транстеоретическая модель 325 тревожный тип ПКГА 420 тредбан

(бегущая дорожка) 85 тренировка 258

тренировка взаимодействия 430 третья базовая перинатальная матрица

(БПМ-3) 423 трудоспособность 508

## **У**

углеводы 246

удовлетворение потребностей ребенка

454 уравновешенность 106 уровень душевного комфорта 560 уровень социального здоровья 54 уровни отражения здоровья 438 условия деятельности 518 успокаивающая модель 343

## **Ф**

фаза вработываемости 492

фаза падения работоспособности 492

фаза устойчивой работоспособности 492

фазы алкоголизма 354

фазы копулятивного цикла 305

факторы зашиты 367

факторы здоровья городского

населения 163 факторы профессиональной работоспособности 509 психический статус 510 социальные и социально-психологические 510 физический статус 509

факторы психического здоровья студентов

идентификация со средой деятельности 469

кризис гратификации 468

роль установок и ожиданий 467

удовлетворенность результатами 467 факторы риска алкоголизации

и наркомании 365 факторы риска психической

патологии 412 феномен выгорания 467 феномен индукции 98 феномен

саморезультативности 324 ферментные системы зашиты 248 физиологическая стоимость работы 509 физиологические резервы

классификации 75, 76 физиологический стресс 496 физическая зависимость 346

физическая подготовленность 71 физическое здоровье, определение 70 физическое развитие

и законы 71

определение 71 формирование отношения к здоровью

причины 281

факторы 283 функциональная подготовленность

организма 72 функциональные пробы 82 функциональные резервы

биохимические 74

психические 74

физиологические 74

## **Х**

хатха-йога 401 художественный тип 128

## **Ц**

ценности-средства 130 ценности-цели 130

## **Ч**

четвертая базальная перинатальная

матрица (БПМ-4) 424 чрезвычайная ситуация 521

масштабность 522

причины возникновения 522

## **Ш**

шкала здоровья 86

## **Э**

эвстресс 565

эйфорический тип ПКГД 420 экологические катастрофы 522 экологические катастрофы, понятие 524 экологические факторы, понимание 161 экстремальные условия деятельности 521 эмоциональные нарушения у детей 448 эмоиональный контакт матери с ребенком 442

энергетическая концепция

профилактики 81 эротические образы 304 эротические сны и фантазии 305  
эротическое воображение 305 этапы обслуживания ребенка и семьи 434 этапы  
реабилитации 515 этапы формирования ВКЗ ребенка 447 эффективность социальных  
организаций 168

**Я**

янтры 400