ББК 88.4
А64

Рекомендовано УМО по психологии
Министерства образования и науки Российской Федерации

Рецензенты:
главный психотерапевт Министерства здравоохранения
и социального развития РФ, руководитель Федерального центра
по психотерапии и медицинской психологии Минздрава и соц. развития РФ,
заслуженный деятель науки, профессор Б. Д. Карвасарский;
доктор психологических наук, профессор Е. Ю. Коржова;
доктор медицинских наук, профессор В. П. Медведев.

Ананьев В. А.
Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья.— СПб.: Речь, 2006. - 384 с.

ISBN 5-9268-0486-8

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом формируется новое научное направление — «Психология здоровья», синтезирующее знания о психологических причинах здоровья, методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Психология здоровья является междисциплинарной наукой, представляя собой фундамент валеологии — науки об индивидуальном здоровье. Эта книга не только необходимое для студентов учебное пособие, где излагаются авторские концептуальные воззрения на проблему сохранения и развития здоровья, на причины формирования различных заболеваний; помимо того в ней представлены оригинальные идеи развития личности человека, что должно привлечь внимание психологов, психотерапевтов, врачей, валеологов, педагогов, всех тех, кто приблизился к пониманию психосоматических соотношений при анализе здоровья и болезни, а также тех, кто находится в процессе самосовершенствования.

ББК 88.4

ISBN 5-9268-0486-8

© В. А. Ананьев, 2006
© Издательство «Речь», 2006
© П. В. Борозенец, обложка, 2006

Подписано в печать 01.07.2006
Формат 70x100 1/16. Печ. л. 24
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 1500 экз. Заказ № 3367

ООО Издательство «Речь»
199178, Санкт-Петербург, а/я 96, «Издательство "Речь"»
тел. (812) 323-76-70. 323-90-63
sales@rech.spb.ni
Интернет-магазин: www.rech.spb.ru

Представительство в Москве:
(495) 502-67-07, rech@online.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ГУП «Типография „Наука"»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, д. 12

ВВЕДЕНИЕ

Великие мудрецы и пророки всех времен и народов в один голос твердили, что совершенствование человеческой личности — путь всеобщего спасения. Их не слушали, а если слушали, то не слышали. И сегодня, в очередном веке, приходится подводить неутешительные итоги. Ужас реальности атомной и экологической катастрофы, грозящая выйти из-под контроля эпидемия СПИДа— вот плоды просвещенной деятельности «человека разумного». И альтернатива: либо остаться темной, бездуховной, раздираемой злобой толпой и, погубив себя таким образом, кануть в небытие, либо ценой невероятных усилий и труда, поднявшись над собой, превратиться в содружество развитых свободных личностей, обеспечив себе процветание на многие века.

День сегодняшний — хронический стресс. Все мы варимся в одном котле, а говорят, что в кипящем котле холодных мест не бывает. Это и означает, что каждый из нас испытывает все трудности жизни в быстро меняющейся стране.

Фундаментальной особенностью настоящего периода остается высокая степень неопределенности, то есть наличие дефицита информации при прогнозировании своего будущего. Неопределенность как таковая не имеет конкретного знака — ни минуса, ни плюса. Неопределенность — это только отсутствие необходимой информации, и от самого человека зависит, чем он заполнит эту пустоту. Может быть, поэтому в настоящее время пользуются популярностью разного рода «вещатели», которые своими предсказаниями заполняют неопределенность, и человек бессознательно мобилизует свои силы для реализации прогноза. Человек, страдающий «пессимистической жвачкой», снедаемый мрачными мыслями по поводу будущего, конечно, заполнит неопределенность наихудшими ожиданиями, предчувствием катастрофы и т. п.; и будет такой человек жить, словно в ожидании казни, где сама жизнь будет выступать в качестве палача. Другой же человек видит в неопределенности массу новых интересных возможностей, способствующих исполнению всех его желаний, он, будучи оптимистом по натуре, живет в иллюзии радости. И тот и другой человек правы в своих прогнозах лишь наполовину, и тот и другой говорят правду, но не всю правду о жизни, ибо в жизни одновременно представлено и белое, и черное, и доброе, и злое, поэтому «давайте переживать неприятности по мере их поступления», как говорит М. Жванецкий. Хотя идея эта ненова и давно уже интерпретируется в древних писаниях.

Так, однажды Иисус шел по дороге жизни и увидел нескольких человек, понуро сидевших на обочине дороги. Он спросил: «О чем скорбите, люди добрые?» Они ответили: «Страх перед адом сделал нас такими».

«Понятно», — подумал Иисус и двинулся дальше. Вдруг снова замечает сидящую на другой стороне дороги группу безутешных людей. «О чем скорбите, добрые люди?» — обратился он к ним. Они в ответ: «Жажда рая сделала нас такими». «Понятно», — подумал Иисус и продолжил свой путь, пока не догнал третью группу людей, которые тихо шли по дороге. Видно было, что они многое пережили, но их глаза и лица светились радостью. Иисус спросил их: «Что же вас сделало такими?» Они отвечали: «Дух Истины. Мы узрели Реальность, и это привело нас к просветлению». Иисус сказал: «Это люди, которые достигают. В Судный День именно они предстанут перед Ликом Господа».

То обстоятельство, что мы более десяти лет живем в ситуации неопределенности (в эпоху перемен), существенно повышает нервно-психическое напряжение населения страны, да и человечества в целом, что, в свою очередь, становится благодатной почвой для развития так называемых пограничных расстройств (этот термин объединяет патологические реакции на стресс, неврозы, патологические личностные расстройства, психопатии — все расстройства, лежащие на границе между нормой и психозами), психосоматических заболеваний, или «болезней века», а также в значительной мере провоцирует формирование алкогольной и наркотической зависимостей.

Современный подход в психологии — это *интегративньш подход,* где синтезируются *патогенетический* подход, к которому относится клиническая психология, и *саногенетический,* к которому относится новая отрасль знаний в рамках медицинской психологии — психология здоровья. Патогенетический подход подразумевает изучение отклонений в развитии личности; как говорил А. Адлер: «Чтобы быть полноценным человеком, надо обладать комплексом неполноценности», чтобы достичь высокого уровня духовного развития, необходимо осознать свой «первородный грех». Саногенетический подход подразумевает раскрытие в себе заложенного природой потенциала личности.

Все большее внимание специалисты обращают на базовые структуры, формирующиеся в детском возрасте на основе генетических предпосылок, выступающих в качестве основы формирования многоуровневых функциональных патологических психосоматических систем, так называемых **структурных аттракторов болезни** (Ананьев, 1998). Профилактика данных аттракторов связана с выявлением и коррекцией отдельных компонентов общего девиантного синдрома адаптации.

Общий девиантный синдром адаптации *(ОДСА) — это базовые нарушения донозологического уровня на когнитивном, эмоциональном либо поведенческом уровне.* Эти нарушения не специфичны, полиморфны по

проявлениям, они не относятся к патологическим и представляют собой донозологический уровень реагирования. Проявления данного синдрома выступают факторами, затрудняющими адаптацию. Общий девиантный синдром адаптации представляет собой условие выявления *структурных аттракторов болезни* — САБ. Актуализация указанного синдрома ведет к формированию различных нозологических единиц, таких как неврозы, суициды, психосоматические и наркологические заболевания. Диагностика общего девиантного синдрома адаптации свидетельствует о наличии у человека «фрагментарного здоровья» в отличие от «холистического здоровья». Таким образом, своевременное выявление признаков ОДСА, его профилактика и коррекция являются важными задачами неспецифической профилактики.

На основе Указа Президента Российской Федерации от 10 января 2000 г. № 24 «О Концепции национальной безопасности Российской Федерации» (Собрание законодательства РФ, 2000, № 2, ст. 170) разработана концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., которая представляет собой систему взглядов, принципов и приоритетов в сфере регулирования демографических процессов.

Эта концепция служит ориентиром для органов государственной власти в системе образования при решении вопросов обучения сохранению и развитию здоровья, продолжительности жизни, а также при обсуждении иных аспектов демографического развития.

Задачами демографического развития Российской Федерации в области укрепления здоровья являются:

1) увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения;
2) увеличение продолжительности здоровой (активной) жизни;
3) улучшение репродуктивного здоровья населения;
4) улучшение качества жизни хронически больных и инвалидов.

Общие тенденции формирования общественного здоровья в России характеризуются ростом заболеваемости всех возрастных групп населения и накоплением целого ряда тяжелых недугов.

Хочется быть оптимистичным реалистом и верить, что человеческий разум найдет выход из тупика заблуждений, выполнив поставленные задачи демографического развития. Назрела необходимость всерьез задуматься над фундаментальными проблемами формирования и развития здоровой личности, поскольку лишь решение этих проблем является гарантом здоровья отдельного человека и общества в целом. Учитывая универсальность психологии, — она есть и применима везде, где есть человек, — главным продуктом психологии здоровья должно стать совершенствование личности, через это — укрепление здоровья и через все вместе взятое — повышение уровня качества жизни. Каждый, кто способен внести в это дело свой вклад, свою посильную лепту, должен сделать попытку.

Глава 1
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ НОВОЙ ОТРАСЛИ ЧЕЛОВЕКОЗНАНИЯ

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Профилактическая медицина динамично развивается во всем современном мире. Путь ее становления условно можно разделить на три этапа, на каждом из которых формулировалась своя концептуальная стратегия.

Пафос первого этапа сводился к запугиванию, устрашению населения теми или иными недугами, неминуемо подстерегающими всякого, кто злоупотребляет, например, алкоголем, или курением, или жирной пищей. Самой яркой иллюстрацией указанного направления является лозунг: «Один грамм никотина убивает лошадь». Эта группа концепций отличалась, как известно, малой эффективностью. Более того, такой подход в пропаганде здоровья сам формировал феномен ятрогении, внушая страх заболевания хроническим недугом. «Ятрогения, — пишет В. П. Казначеев, — это тяжелейшее наследие научного сциентизма». Жить под угрозой быть убитым вирусом, или ядом, или еще чем-то в этом роде — ужасный прессинг, мешающий получать удовольствие от самой жизни. В этом негативная сторона подобного просветительства, которое таким образом формирует у человека представление, что жизнь есть длительный процесс самоубийства. Этот этап был ориентирован на патогенную основу факторов риска (наркотик, никотин, алкоголь, холестерин и др.).

Квинтэссенцией второго этапа было обращение к разуму человека. Здоровое тело есть продукт здорового разума. Если ты, человек, достаточно разумен, то тебе стоит позаботиться о своем здоровье, «ибо здоровье — это не все, но все без здоровья — это ничто», как говорил Сократ. В этот период населению активно предоставляли объективную статистику, разъясняли патогенные механизмы воздействия, предлагали различные модели здорового образа жизни. У каждого народа в этнической памяти сохранились те принципы здорового образа жизни, которые в известной степени гарантируют естественное существование,

то есть естественное старение и естественную смерть. Стало быть, если следовать этим принципам, можно существенно продлить жизнь и значительно улучшить ее качество. Таким образом, эта группа концепций ориентировалась на личность.

Наконец, современный, третий этап развития профилактических концепций ориентирован на исходные причины и потому может быть назван каузальным. Нацелен такой подход на устранение причин, а не на борьбу со следствием. Опыт и научные исследования показывают, что первопричина, дающая толчок к развитию различных заболеваний и девиантных форм поведения, обнаруживается чаще всего в психике человека. Базовый прогностический знак развития той или иной нозологии лежит также в области психологии. Сегодня мы рассматриваем его в качестве **общего девиантного синдрома адаптации.**

Таким образом, психическая культура — основа всех аспектов здоровья человека и, без сомнения, главный фактор, определяющий качество нашей жизни.

Ранняя профилактика как первичное условие решения проблем здоровья — это современный интегративный подход, объединяющий «достаточное и необходимое», наработанное на каждом этапе становления превентологии (Беличева, 2003, 2004). Сегодня открывается возможность объединить все три группы концепций в новой отрасли знаний — психологии здоровья.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

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 является высшей ценностью общества, то совокупность свойств, качеств, состояний человека есть ценность не только самого человека, но и общества. Именно это превращает здоровье каждого индивидуума 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 не способны дать ощущения полного счастья («богатство становится бременем, когда оно накоплено»). Эти достижения являются лишь фоном, на котором строится счастье за счет познания себя, других, расширения и углубления межчеловеческих связей, проникновения в тайны природы и в «вечные» тайны бытия.

«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» (П. Брэгг).

Известно, что всесторонняя полнота человеческой жизни как непреходящей ценности обусловливается здоровьем, что наслаждение жизнью предполагает наличие здоровья. Ценность человеческой жизни является абсолютной, так как жизнь — это единственное условие и критерий для существования любой другой ценности. Наше здоровье зависит от множества причин, в основе которых так или иначе лежат социально-психологические закономерности. По модели обусловленности здоровья (Лисицын, Петленко, 1992) основными и определяющими факторами являются: образ жизни — 50-55%, внешняя среда — 20-25%, генетическая предрасположенность— 15-20%, здравоохранение— 8-10%.

Однако если человек научится осознавать и контролировать свое поведение, эмоции, мысли, то он может научиться и сохранять оптимальный вес, гармонизировать семейные и сексуальные отношения, избавляться от привычек, мешающих полноценно жить. Таким образом, через познание и улучшение психологической составляющей здоровья мы имеем возможность не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать всего человека вместе с его здоровьем.

В последние годы в нашей стране и за рубежом формируется новое научное направление — «Психология здоровья». Эта отрасль знаний представляет собой синтез психологии и валеологии. Валеология является наукой об индивидуальном здоровье человека и состоит из двух основных частей: валеософии («валео» — здоровье, «софия» — мудрость) — теории здоровья и валеометрии — науки об измерении здоровья (Петленко, 1996). Психология здоровья выступает в качестве опоры, фундамента валеологии, придерживаясь основного своего принципа:

$$ЧП + ЧС = ЧО$$

«Человек, познай, сотвори и осуществи себя»

Западная модель, объединившись с восточной, дают нам интегративную российскую модель динамики самореализации человека. Символичным образом в формуле получилась сумма, по-русски означающая «ЧО», то есть «ЧТО?». Вот *что познаешь, то и сотворишь, а что сотворишь, то и осуществишь.* Составляющие формулы суть вектор развития человека, сумма — конечная цель — «обожение человека» (реализовать себя в Духе или «окончательно раствориться в энергиях Господа»). «Человек есть нечто, что нужно преодолеть», — отмечал Ф. Ницше. Возможно, это обозначение конечного звена в цепи трансформаций. Человек преодолел

в себе зверя и стал человеком, и теперь ему следует преодолеть в себе человека и стать бессмертным, то есть Богом.

Данное научное направление пока только становится на ноги, поэтому специалистам еще предстоит установить дефиниции, предмет, цели, задачи, классифицировать методы и т. д. Но уже ясно, что «психология здоровья» — понятие значительно более масштабное, чем, скажем, «психогигиена» или «психопрофилактика», задача которых — предупреждать возникновение психических расстройств. Безусловно, психология здоровья опирается на теорию и практику предупреждения развития различных заболеваний, как нервно-психических, так и соматических, однако этим не ограничивается, поскольку включает в себя мероприятия по *фасилитации,* созданию личностных условий индивидуального развития, компенсации и адаптации (в необходимых случаях) к требованиям жизненной среды; обеспечивает психологическую адаптацию личности в обществе, для чего развивает личностные качества, которые нужны индивидууму для установления гармоничных социальных связей; способствует самореализации человека, повышению качества его жизни и в том числе оказывает психологическую помощь при завершении жизненного пути и уходе из жизни.

Общими для психогигиены и психологии здоровья являются: *междисциплинарный характер,* то есть для участия в подобных мероприятиях должны быть призваны как психологи, врачи, так и педагоги, социальные работники, социологи и др.; *неспецифичность целей; динамичность методов,* их *связь с задачами современности* (в отличие от стабильности методов профилактики инфекционных заболеваний) (Мягер, 1985). И все же «психология здоровья» имеет более широкое поле теоретических и практических задач и включает в себя не только предупреждение развития психической и соматической патологий, но и общее совершенствование человека.

Психология здоровья — это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Таким образом, в отличие от медицинской парадигмы: движение от патологии к здоровью, валеологическая формирует другой курс: от здоровья к здоровью, скорее от «нормы здоровья» к «норме болезни». («Нормальные болезни» — это естественные возрастные болезни, например климакс, болезни старости (Дильман, 1987).) Медицина опирается на тактические задачи; это ретроспективная наука, которая ищет причины уже существующей болезни. Валеология, наоборот, — проспективная наука, опирающаяся на стратегические задачи: сохранение, укрепление и развитие здоровья (Казначеев, 1996).

Знакомство с литературой по данной тематике создает впечатление, что первые попытки определения психологии здоровья отражают

больше медицинскую модель. Так, при самом общем подходе, говоря о психологии здоровья, имеют в виду совокупность всех базовых знаний по психологии, которые могут найти применение для понимания здоровья и болезни (Ходырева, 1991). Те же авторы психологию здоровья представляют как междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека (Водопьянова, Ходырева, 1991).

И все же главной целью психологии здоровья, как нам представляется, должно стать всестороннее совершенствование человека. Совершенствоваться значит — вершить себя, то есть поднимать себя все выше и выше. Это значит — находиться рядом с вершиной (акме), однако не значит взобраться на нее. Совершенствование представляет собой непрекращающийся процесс, который принципиально не имеет окончательной завершенности. Используемый в психологии здоровья подход носит телеологический характер, иначе говоря, целью (телео) выступает сам процесс развития. Отсюда совершенство — в принципе недостижимая цель. В традициях это определено как «обожение человека» — способность раствориться в энергиях Бога, самой Природы. «Развитие — это постоянное, более или менее непрерывное, движение вперед или вверх. Чем больше индивидуум получает, тем большего ему хочется, поэтому желание такого рода бесконечно и никогда не может быть удовлетворено» (Маслоу, 1962). Следовательно, психология здоровья призвана формулировать человеческий способ бытия, определять русло, вектор движения, пространство бесконечного процесса становления человека, формировать «реальный идеал» человека и способствовать его достижению.

В учебном пособии О. С. Васильевой и Ф. Р. Филатова «Психология человека» (2001) дан системный анализ здоровья как сложного, многомерного социокультурного феномена, отражающего наиболее значимые биологические, психологические, социальные и духовные аспекты бытия человека. «В предлагаемом учебном пособии, пишут авторы, мы стремились обобщить и проанализировать все доступное многообразие социокультурного, социально-психологического и индивидуально-личностного опыта, связанного с проблематикой здоровья и болезни, чтобы более искушенно подойти к основной теоретической задаче психологии здоровья — *построению гипотетической модели здоровой личности*».

В учебнике «Психология здоровья» под ред. Г. С. Никифорова (2003) «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».

У каждого века был свой идеал человека. Наше время создает суррогаты идеала в виде только преуспевающего, «беспроблемного человека», умеющего хорошо приспосабливаться. В противоположность этому психология здоровья предполагает формирование гуманистического идеала. По этому поводу А. Б. Орлов высказывается так: «Гуманистический идеал понимается не как идеал отдельной социальной группы, отдельного сообщества людей, но как всеобщий идеал, то есть как конечная цель («омега») социального и индивидуального развития **и** одновременно как исходный пункт («альфа») этого развития — родовая сущность всех людей и реальное, подлинное, аутентичное Я каждого конкретного человека» (1995, с. 12).

Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность, из чего следует, что психология здоровья видит в качестве своей задачи то, как делать небольных людей здоровыми. Как известно, еще Освальд Шварц называл улучшение в самочувствии уже вполне «здорового» человека психогогикой (по аналогии с педагогикой). «Немного упрощая, можно сказать, что З. Фрейд представляет нам больную часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью», — призывал А. Маслоу (1997, с. 65).

По мнению Фрейда, целью органической жизни ни в коем случае не может быть какое-то новое, еще никогда не достигавшееся в прошлом состояние. Наоборот, ею может быть лишь старое, исходное состояние, которое существо однажды оставило и к которому стремится окольными путями. Таким образом, целью жизни является смерть, органическое стремится вернуться к неорганическому состоянию: «Рассматриваемые в этом свете влечения к самосохранению, к власти и самоутверждению есть частные влечения, предназначенные к тому, чтобы обеспечить организму собственный путь к смерти и избежать всех других возможностей возвращения к неорганическому состоянию, кроме имманентных ему». Стремление к совершенствованию, которое демонстрируют, по мнению Фрейда, некоторые люди, есть лишь процессы при образовании невротической фобии, которые суть не что иное, как попытка к бегству от удовлетворения влечения (Роджерс, 1994).

В то же время А. Адлер рассматривал жизнь как процесс развития, самосовершенствования. Жизнь — это стремление к совершенной исполненности; это великое движение ввысь: «Стремление снизу вверх неистощимо. О каких бы основаниях ни размышляли философы и психологи — о самосохранении, принципе удовольствия, уравнивании, — все это не более чем отдаленные репрезентации великого движения ввысь» (Адлер, 1995).

Цель психологии здоровья не может быть окончательно определена (в силу того, что определить — значит установить границы, предел, вместить

в какие-то рамки), ибо процесс совершенствования можно, по-видимому, только направлять, устанавливая границы самого «русла» течения бесконечного обновления человека, познающего и сотворяющего себя. Попутной задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья.

Цель психологии здоровья выходит за рамки только сохранения здоровья, то есть представляет собой некоторую «запредельность». В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете его самоосуществления на Земле. Главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью этого здоровья свою миссию. «Здоровье ради здоровья не нужно, оно ценно тем, что составляет непременное условие эффективной деятельности, через которую достигается счастье», — писал доктор-долгожитель Н. М. Амосов.

Итак, в понятие «здоровье» сегодня следует включать и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество нашей жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации.

В прошлом вопросами совершенствования занималась религия, и в любом ее ответвлении можно обнаружить достаточно проработанную систему психического и духовного роста. 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. Надо заметить, что поле, на котором происходит развитие человека, очень широко и способствует этому синтезу религий. Свидетельством интеграции науки и различных традиций является все разрастающееся движение трансперсональной психологии, включающей в себя все полезное в области достижения человеком внутренней гармонии и гармонии с окружающим миром.

Психология здоровья впитывает в себя все ценное, что помогает человеку возвыситься. Из восточных традиций могут быть заимствованы технические приемы, из христианства — методы духовного взросления человека. Опираясь на научную психологическую школу, а также на идеи, заложенные в «Добротолюбии», религиозные положения П. Флоренского, конкретную работу со смертными грехами, по учению преподобного Иоанна Лествичника, психология здоровья стремится помочь человеку определиться в жизни, найти путь, ведущий к единству самого себя с окружающим миром.

Почему психология здоровья впитывает в себя древние традиции? Потому что практическая работа идет от запроса современного клиента, который все больше ориентируется в описании природы своих телесных и душевных заболеваний не на медицинскую модель, а скорее на экзистенциальную, духовную.

Значит, и для психологии закончился этап изучения отношения человека к миру и начинается новый этап изучения отношения человека с миром, что уже отражается в разработке целого направления в психологии здоровья — экологической психологии. В. Франкл, известный психотерапевт, пытаясь дифференцировать цели психотерапии и религии, пришел к такому выводу: цель психотерапии — исцеление души, цель же религии — спасение души. Условность положения очевидна, ибо исцеляя душу — спасаешь ее, спасая душу — исцеляешь ее.

БАЗОВЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Психология здоровья стремится встроить психосоматическое развитие человека в творческий процесс преобразования себя и окружающей действительности, самого себя и системы взаимоотношений с этой действительностью. Это и есть креативный процесс отлаживания адаптационно-компенсаторных механизмов, то есть процесс приведения человека к полному здоровью. «Здоровье — это состояние равновесия (баланс) между адаптационными возможностями (потенциал здоровья) организма и постоянно меняющимися условиями среды» (Петленко, 1996, с. 24).

В «Толковом словаре русского языка» дается «толковое» определение здоровья. Это нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма. В данном случае используется так называемый нормоцентрический подход в определении здоровья, однако он малопродуктивен по причине незнания (неопределенно), что есть правильное функционирование. Как говорил в этих случаях Козьма Прутков: «Делай правильно — и не ошибешься».

Как правило, здоровье человека оценивается по следующим критериям.

1. *Медицинская оценка здоровья,* находящая свое выражение в клиническом диагнозе — психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом — для физического заболевания.
2. *Субъективная личностная репрезентация* своего физического и (или) психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья.

3. Восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях, оцениваемое *по уровню удовлетворенности* и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте).

4. Адаптация индивида к социальному окружению, которая может включать самооценочные показатели, но обычно определяется по объективизируемым оценкам со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида. Также используют *оценки уровня адаптации,* изучение жизненных случаев.

5. *Самооценка здоровья* используется для получения данных о физическом (соматическом) здоровье индивида. Ее адекватность как измерительного инструмента характеризуется по совпадению с клиническими суждениями врача. Совпадение самооценки с врачебными суждениями обычно низкое, причем самооценка сдвинута в сторону большего оптимизма. В самооценке здоровья находят свое выражение скорее успешность социального функционирования и чувство субъективного благополучия, чем собственно физическое состояние. Этим объясняется значительная неустойчивость самооценки здоровья и ее высокая подверженность различным плохо контролируемым воздействиям.

Более обобщенное определение здоровья дают эксперты Всемирной организации здравоохранения: *здоровье— это отсутствие психических, физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие.*

Выделяют, как правило, три основных признака здоровья:

1) структурная и функциональная сохранность систем и органов человека;
2) индивидуальная приспособляемость к физической и общественной среде;
3) сохранность привычного самочувствия.

Попутно можно заметить, что два из трех критериев суть категории психологические. Что же касается последнего критерия (сохранность привычного самочувствия), то само самочувствие можно разложить на составляющие. В комплексе характеристик самочувствия выделяют: отсутствие боли, настроение, качество и количество сна, аппетит, продуктивность деятельности, степень утомляемости, количество межличностных связей (желание общаться с другими), степень, продолжительность, частота переживания положительных эмоций, и возможно, существует еще целый ряд субъективных факторов для отдельного человека. Восточные и западные древние философские учения давно выяснили причины хорошего самочувствия: человек чувствует себя хорошо, если испытывает покой; может получать удовольствие от пребывания с другими людьми и от знакомства

с окружающим его материальным миром; если есть определенная независимость от внешних потребностей— некая внутренняя свобода.

Ориентировка в своем здоровом (или нездоровом) поведении может стимулировать человека к принятию более выгодного в плане благополучия стиля жизни. Выбор в пользу здорового образа жизни требует высокого уровня понимания и заинтересованности (см. книгу 2).

Одной из основных задач психологии здоровья является разработка способов *мотивации* человека к сохранению, укреплению и развитию своего здоровья. Эта труднейшая задача, к сожалению, не была решена на первых этапах развития профилактической медицины. И до сих пор требуется научный расчет, стимулирующий людей посещать уже открытые центры здоровья, плавательные бассейны и т. п. В общем плане для мотивации любой формы поведения выделяют как необходимые два момента: цель должна восприниматься как стоящая усилий и достижимая. Можно обозначить по крайней мере четыре фактора, существенных для мотивации здорового стиля жизни:

1) знание того, какие формы поведения способствуют нашему благополучию и почему;
2) желание быть хозяином своей жизни, вера в то, что здоровое поведение в действительности даст положительные результаты;
3) положительное отношение к жизни — взгляд на жизнь как на праздник, которым нужно наслаждаться;
4) развитое чувство самоуважения, осознание того, что ты достоин наслаждаться всем лучшим, что может предложить жизнь.

Здоровье можно рассматривать с различных точек зрения, ибо оно выступает в качестве определенной оси, на которую нанизываются те или иные теоретические концепции. Например, здоровье можно изучать с точки зрения активности человека в жизнедеятельности, наличия субъективных симптомов, способности к адаптации и компенсации, с точки зрения репродуктивной функции и т. д.

Подтверждением сказанному является определение здоровья, данное еще в 1924 г. Н. М. Шустровым: здоровым человеком может быть назван тот, кто при строго определенных общих жизненных условиях максимально выполняет строго определенную работу, дает жизнеспособное потомство и может в известных границах приспособиться к новым условиям жизни.

Здоровье человека — это его способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров потока сенсорной, вербальной и структурной информации (Брехман, 1987). В какой-то мере приведенное определение соответствует пониманию здоровья как динамического равновесия функций всех внутренних органов и их адекватного реагирования на влияние

окружающей среды. Соответственно нарушение равновесия, неадекватная реакция организма на факторы внешней среды представляют собой не что иное, как болезнь (Тхакер, 1973).

Наиболее близкое нам по духу определение здоровья дано сибирскими учеными, которые рассматривают здоровье не как состояние (что подчеркивается в определении ВОЗ), а как процесс сохранения и развития физиологических свойств, потенций психических и социальных (Казначеев, 1996).

Человек является «носителем» здоровья. По нашему представлению, сам *человек есть открытая нелинейная сложная самоорганизующаяся система, которая представляет собой блуждающий по многовариантным путям жизненного поля процесс.* Мысль Платона об установлении порядка как установлении предела в беспредельном есть предтеча идеи об эффекте локализации процесса в нелинейной среде. *Отсюда, структура личности может представлять собой тот же процесс, только локализованный в определенных участках жизни, где и создается уникальная организация различных свойств.*

Здоровье в данном случае есть процесс максимальной естественной продолжительности жизни при высоком качестве жизни, оптимальной трудоспособности и социальной активности.

Таким образом, здоровье есть процесс жизнедеятельности, обеспечивающий необходимое качество жизни и достаточную ее продолжительность.

УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЙ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Психология здоровья представляет собой универсальное пространство в широкой области современных традиций медицинской психологии и психологии вообще. Это пространство создает уникальные условия для слияния воедино имеющихся на сегодняшний день психологических подходов к развитию и обогащению личности, ибо, как ни прискорбно, но теоретические противоречия в подходах превращаются в борьбу различных практик. Во многих отраслях науки на современном этапе происходит поиск новых путей развития. Открываются и утверждаются новые универсальные закономерности существования человека, описывается новый порядок отношений человека с его окружением в широком смысле слова. «Очевидно, что психология не может ограничиваться изучением частностей, феноменов, но, как всякая настоящая наука, должна стремиться к изучению ноуменов, всеобщих факторов и закономерностей или, иначе говоря, должна стремиться к онтологизации своего предмета» (Орлов, 1995). Психология здоровья также пытается

уйти от старой модели изучения мира человека и приходит к модели изучения человека в единстве с миром, пытаясь увидеть за конкретными проявлениями психической жизни реальность/сущность как таковую в ее целостности. Изучение контактов с «сущностью» человека выводит психологию здоровья на уровень исследования универсальных закономерностей, ибо сущность человека исходно трансперсональна.

В свое время Павел Флоренский задавался вопросом: «Отчего в христианстве, казалось бы, законченном мировоззрении — возникают секты?» Он пришел к выводу, что корнем зла здесь является догматизм. По сути дела сектант — это человек, уверовавший в одну, от силы в две догмы, не способный из-за узости своего мышления понять универсальные принципы и законы. Ярким примером может служить христианский догмат Святой Троицы. Отцы церкви утверждали Святую Троицу как единую и неслиянную, исповедуя «Единицу в Троице и Троицу в Единице, разделяемую нераздельно и совокупляемую разделительно». Ограниченному рассудку трудно осознать в единстве два взаимоисключающих тезиса, а все подобные попытки, по словам Флоренского, «неизбежно вели к рационализированию догмата, к «сечению Несекомого», к так называемому тритеизму, или трехбожной ереси». Представить и понять антиномическую картину возможно, только изменив привычное восприятие и описание мира, то есть существенно изменив состояние сознания. Именно этого требует современная психотерапия. Многие специалисты отмечают выраженную тенденцию к интеграции различных подходов, что само по себе свидетельствует о том, что такая необходимость назрела, хотя немало еще «сектантов», твердо уверовавших в «непогрешимость» своего направления, единственно верного и самодостаточного. Однако реальность такова, что единого теоретического, также как и практического, поля для синтеза иногда прямо противоположных школ пока предложено не было. Описать систему только средствами самой системы невозможно. Чтобы произвести интегративные изменения в системе, необходим выход за ее пределы. Выход за пределы подразумевает построение новой метасистемы, такой, которая включала бы любую данную в качестве составного звена. Безусловным является и то, что описание метасистемы предполагает использование метаязыка. Таким образом, общая система взглядов может быть построена лишь в том случае, если разномыслящим специалистам удастся подняться на универсальный уровень представлений.

Психология здоровья, опираясь на философские положения теории сложных самоорганизующихся систем — синергетику (synergia *(греч.)* — содействие, соучастие) (Хакен, 1980; Пригожин, 1986), современные и древние знания, представляет собой отражение нового мировидения в пространстве, в частности, медицинской психологии.

Традиционно каждое направление в психотерапии исходило из той или иной теории личности. Опираясь на понимание нормы и патологии, представители каждого из трех основных направлений (психоанализ, бихевиортерапия, гуманистическая психотерапия) разрабатывали технологии приведения человека к стандарту, диктуемому той или иной теорией.

Психология здоровья делает акцент на феноменальную организацию человека как многообразно активного динамического целого, однако, принимая все существующие теории личности, выходит за границы любой из них в поисках универсальности.

Как известно, исходно словосочетание «личностный рост» было введено К. Роджерсом в совершенно определенном контексте, а именно как биологическая метафора применительно к личностному развитию. Основная идея Роджерса, которая с самого начала носила и носит весьма спорный характер, состоит в том, что развитие личности происходит **по** пути разворачивания, прорастания того, что уже в нее заложено. Ничего принципиально нового извне личность в процессе своей жизни не приобретает. Все позитивное, что есть в личности, уже заложено в ней, надо только заботливо дать этому прорасти. В этом и заключается смысл идеи личностного роста.

Возможно, К. Роджерс использовал идеи К. Юнга. По Юнгу, каждый индивидуум обладает тенденцией к индивидуации, или саморазвитию. Индивидуация — это процесс «становления собой», напрямую связанный с понятием личностного роста. Юнг считал, что личностный рост — это расширение знаний о мире и о самом себе, сознательной осведомленности.

Психология здоровья в своем развитии опирается на *холистический подход* в науке о человеке, чем подчеркивается важность гармоничного развития всех составляющих человека для достижения полного благополучия. Реализация такого подхода может, в соответствии с представлениями К. Роджерса, идти через раскрытие «Потенциала Человека».

Комплексная учебная программа развития человека «Цветок потенциалов» включает в себя основные задачи психологии здоровья. Данная концепция интегрирует в себе как *«феноменологический»,* так и *«ноуменологический» подходы.* Феноменология комплекса потенциалов — это измеряемость феноменов на чувственном уровне восприятия. *«Ноуменологический»* аспект связывается с раскрытием ноуменов: креативности и духовности, которые невозможно измерить с помощью доступных науке инструментов, а только с помощью интуиции или субъективно-спекулятивно.

Данная концепция интегрирует в себе также «метафизический» и «феноменологический» пути развития человека. Первый стремится к познанию бытия человека с его принципами, началами, причинными

механизмами и т. д.; этот подход отвечает на вопрос «почему», второй ограничивается только описательными задачами, но отвечает на вопрос «как». Подобную интеграцию можно встретить в трудах Тейяра де Шардена. В нашем случае есть конкретная задача — создать через концепцию «Цветок потенциалов» **антропологический идеал** и разработать технологии его достижения. Для этого необходима концептуально обоснованная валеософия (психософия), а также валеометрия (психометрия). В последнем случае необходим инструмент измерения как отдельных компетенций холистического здоровья, так и интегративных его показателей. Кроме этого, необходимы средства измерения, то есть умение пользоваться определенным инструментом.

Данный конструкт относится к смешанным теоретическим моделям, скорее к теории множественного интеллекта Г. Гарднера (Gardner, 1993) и включает в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие черты, в общем виде — личностные и мотивационные, тесно связанными с адаптацией к реальной жизни и компенсацией дефицитарности в удовлетворении потребностей.

Учебная программа «Цветок потенциалов» есть органично-целостная система теоретико-практических представлений, связанных между собой общим смыслом, идейными целями и технологиями.

Гармоничное раскрытие потенциалов, формирующих в определенном смысле структуру личности человека, может диагностироваться как наличие *«холистического здоровья»,* раскрытие же отдельных компетенций (потенциалов личности) будет свидетельствовать о наличии *«фрагментарного здоровья»* (гипертрофированное развитие одних и гипотрофированное существование других). В основе холистического здоровья лежат *процессы социального научения,* основанные на самооценке (самоотношении) и саморегуляции. Таким образом, данный конструкт в меньшей степени зависит от темперамента, однако существенно зависит от образа Я-субъекта, который формируется в ходе социального научения на разных этапах онтогенеза (Bandura, 1999). Опираясь на концепцию К. Роджерса, надо все же заметить, что социальное научение должно способствовать раскрытию потенциала личности, но не противоречить ему. Роджерс считал, что ничего хорошего, нового в процессе социализации личность приобрести не может; она может либо получить поддержку того, что уже заложено, либо внешние влияния окажутся вредоносными, исказив и извратив мудрость организма.

Программа символически представлена в виде цветка, семь лепестков которого формируют узор взаимоувязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. (Впервые подобная схема была предложена С. Шапиро с соавт. в 1994 г., пропагандирующими принципы здорового образа жизни, нами же программа была кардинально изменена и наполнена

новым смыслом.) Каждый потенциал важен сам по себе и влияет на все остальные. Ни одним из них нельзя пренебрегать, если человек стремится к холистическому здоровью и благополучию. Цель практической работы — максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов (компетенций личности).

Компетентность мы понимаем как совокупность способностей, знаний, умений и навыков, в определенной степени соответствующую понятию «интеллект».

Компетентность (лат. competentia) — надлежащий, способный.

Компетентный (competens, competensis) — знающий, сведущий в определенной области.

Круг вопросов, в котором данное лицо обладает познаниями и опытом.

1. **Потенциал разума** (интеллектуальный аспект здоровья) — способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь.

Данная компетенция в большей степени связана с когнитивным уровнем организации личности, она содержит в себе основные установки, ценности, убеждения, метафоры жизни, мысли индивида. Здесь сосредоточены формулировки модальных операторов: а) «операторов долженствования»: «должен», «обязан», «следует»; б) «операторов возможности»: «могу— не могу», «не имею способностей, возможностей». Все это убеждения, с которыми живет человек, относятся к системе так называемых «истинных верований», и человек делает все для их реализации.

Развитие данной компетенции относится больше к умению пользоваться великим инструментом, данным человеку Богом, — интеллектом. Развитие только интеллектуальных способностей человека (в частности дискурсивного мышления, в ущерб интуитивному) деформирует его целость и приводит к формирования дискретного типа личности (см. типологию личности). Не случайно на Востоке говорят, что у западного человека интеллект запугал интуицию. Эго, по утверждению К. Юнга, — это только центр сознания, но не всего человека. Как говорят на Востоке: «Гордиться даже высоким интеллектом — это все равно что гордиться узнику в тюрьме размерами собственной камеры». Жизнь всегда «умнее» любого интеллекта, человеческого или искусственного. Основная задача человека и состоит в том, чтобы не страдать от собственных знаний, а учиться приспосабливать этот инструмент для собственного совершенствования и совершенствования других.

2. **Потенциал воли** (личностный аспект здоровья) — способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

Как известно, *воля* — это способность человека действовать в направлении поставленной цели, преодолевая те или иные (внутренние или внешние) препятствия. В большей степени воля «обслуживает» поведенческий уровень организации личности, осуществляет «энергетически-волевое обеспечение» поведенческих актов. Отвечает на вопрос, что следует прекратить делать, а что стоит начать делать; как построить самореализующее поведение, как скорректировать саморазрушающие действия. При наличии информации энергия целенаправленна, при ее отсутствии энергия воли может приводить к деструкции личности через нарастание «душевной энтропии».

Развитие и повышение «волевой компетентности» включает формирование навыков принятия решений, умения сказать «нет», постоять за себя, определять и нести ответственность за себя, свои действия и свой выбор. Если разум формулирует цель, то воля инициирует действия к данной цели. *Волевой акт* — это глубинный процесс борьбы разнонаправленных мотивационных тенденций в точках бифуркации (точках разветвления) на жизненном пути. Также важно вырабатывать навыки постановки тактических и стратегических целей, выбора путей и возможностей их достижения, соединения целей жизни со смыслом своего существования. Важную роль в жизни играет умение адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать их, не позволять обстоятельствам управлять собой, а учиться управлять собой в любых обстоятельствах. Воля — это источник человеческой активности, она приложима к раскрытию любого потенциала. Направив волю на осознание и использование имеющихся личностных ресурсов, можно сформировать здоровый жизненный стиль и высокоэффективное поведение самореализации.

В нашей стране особенно много внимания уделяется «светлым» целям, и крайне мало — способам их достижения. До сего времени действует принцип: «Цель оправдывает средства», что, как известно, ведет к тяжелым последствиям для населения. Благими намерениями вымощен путь в ад, если не учитывать средства их реализации. Результаты современных отечественных обследований школьников иллюстрируют сказанное. Так, радостным для страны в целом явилось то, что до 78% школьников выработали базовую мотивацию «достижения успеха»; это сильный потенциал для строительства прогрессивного, развивающегося общества. Желание школьников достичь большего — исключительно важная составляющая зрелой личности, однако на вопрос: «Какими средствами вы будете осуществлять свои планы?» 65% ответили: «Любыми доступными». При уточнении выяснилось, что ценность человеческой личности для школьников возрастает с возрастанием количества денег и для них не имеет значения, откуда они у него появились. Это показатель серьезного нравственного падения.

Следует обратить особое внимание на то, что отсутствие цели и, как ни парадоксально, достижение ее могут выступать в качестве факторов риска в развитии депрессивных состояний. Не случайно об этом говорил О. Уайлд: «В жизни есть две трагедии: это поставить цель и не осуществить ее, и поставить цель и осуществить ее».

3. **Потенциал чувств** (эмоциональный аспект здоровья). Эмоциональная компетентность — это способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно соглашаться с чувствами других. Данная компетентность относится к эмоциональному уровню организации личности.

Повышение уровня «эмоционального» интеллекта — это, прежде всего, развитие умения «культивировать» собственные чувства, что означает не сдерживание эмоциональных проявлений, а цивилизованное их выражение.

В широком смысле к *эмоциональному интеллекту* относят способности к опознанию, пониманию эмоций и управлению ими; имеются в виду как собственные эмоции субъекта, так и эмоции других людей (Goleman, 2001; Matthews, Zeidner, Roberts, 2003; Mayer, Salovey, 1997; Люсин, 2004).

Обучение способам реализации чувств — важная воспитательная задача, способствующая формированию в целом постоянного эмоционального фона — настроения человека. Какие эмоции доминируют у человека, какова их природа? Гнев, вина, тревога, беспокойство, печаль — все это относится к нормальным человеческим переживаниям и в общем не связано с понятиями положительных и отрицательных эмоций; знак данной активности психики и организма появляется тогда, когда человек реализует их вовне или внутри, разрушая других или себя.

Эмоциональные проявления — это прежде всего спонтанные импульсивные реакции, за которые несет ответственность человеческая природа, однако за способы выражения этих чувств отвечает сам человек. К развитию эмоционального интеллекта относятся, с одной стороны, способности осознавать и распознавать эмоции, с другой стороны, способности регулировать их и управлять ими. Способность элиминировать чувства вины, страха, неуверенности в себе— особое качество зрелой личности. Кроме этого, эмоциональный интеллект можно использовать в качестве предиктора учебных достижений. Утверждается, что высокий эмоциональный интеллект приводит к повышению продуктивности учебной деятельности и к высокой успеваемости (Aronson, 2000). Метаанализ имеющихся результатов показал, что реализация программ по повышению этого показателя дает весьма положительный эффект, оказывает благотворное действие на психическое здоровье, снижает употребления алкоголя и курения, а также уровень антисоциального поведения (Greenberg et al., 2003).

4. Потенциал тела (физический аспект здоровья) — способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности. Сюда же относятся алиментарная и сексуальная компетентность.

Данный потенциал характеризует личность человека на более «грубом» поведенческом уровне, и в то же время на более «тонком» уровне интероцептивных ощущений. *Телесный интеллект* — это, прежде всего, тонкая рефлексия, дифференциация в собственном теле различных модальностей (визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых ощущений) и использование этой способности в повышении уровня культуры питания, уровня удовольствия в сексуальных отношениях, занятиях спортом и т. п.

Телесную компетентность мы рассматриваем как способность осознавать, дифференцировать, понимать собственные ощущения, телесные потребности, умение саморегулировать телесные процессы. Здоровая телесность — это спонтанное, естественное телесное поведение, устойчивость тела, уравновешенность, целостность восприятия тела, способность к получению сексуального удовольствия, принятие собственного тела.

Для человека с низким уровнем телесной компетентности характерны скованность, алекситимия (неспособность выделять, дифференцировать и выражать телесные ощущения на вербальном уровне), наличие психосоматических заболеваний, неадекватное (фрагментарное) восприятие собственного тела, неспособность (нечувствительность) к получению удовольствия, проблемы саморегуляции телесных процессов (трудности в адаптации) и др.

Поэтому можно выделить следующие цели по повышению телесной компетентности: познание своего тела, изучение языка тела — «системы раннего оповещения», собственной «телесной топографии» эмоциональных проявлений; развитие умения устранять и контролировать мышечные зажимы, быть устойчивым, гибким, спонтанным; освоение методов психосоматической саморегуляции как конструктивной формы снятия последствий стресса; получение удовольствия от взаимодействия с телом через спорт, танцы, секс как способ познания себя в условиях интимного взаимодействия открытого тела и души.

Отдельные авторы выделяют «социальное» («культурное», «вторичное») тело и «биологическое» («природное», «первичное») тело (В. А. Ананьев, А. Ш. Тхостов, А. Лоуэн).

«Биологическое» тело можно понимать как организм, систему органов и тканей, данное нам природой.

«Социальное» тело создает социум с помощью норм, законов, запретов и правил поведения. Это наши жесты, манера двигаться, говорить, мимика. В нем отражается опыт, полученный человеком в процессе жизни.

«Социальное» тело во многом ограничивает проявления «биологического», зажимая и «втискивая» его в рамки приличия, созданные культурой. Именно в «социальном» теле возникают мышечные зажимы, которые впоследствии разрушают здоровье природного тела.

Алиментарная компетентность включает, прежде всего, ориентацию в выборе режима, форм, содержания питания на собственные телесные предпочтения, а не на навязанные масс-медиа модные диеты. Знание потребностей собственного тела дает шанс адекватного, хотя, возможно, с внешней точки зрения, и иррационального выбора питания.

Сексуальная компетентность — это совершенствование себя в области сексуальных знаний и умений. Повышение уровня сексуальной культуры опирается на три базовые составляющие:

1) культуру понимания (когнитивный уровень);
2) культуру межличностных отношений (эмоциональный уровень);
3) культуру взаимодействия (поведенческий уровень).

Быть сексуально здоровым значит:

- быть способным к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики;
- быть свободным от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения;
- не иметь органических расстройств, заболеваний и «недостаточностей», мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Раскрытие телесного потенциала, как и всех других, способствует формированию сексуального здоровья человека.

5. **Общественный потенциал** (социальный аспект здоровья). Социальная компетентность определяется как способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень культуры общения, социального интеллекта, коммуникативной компетентности; обретение чувства принадлежности ко всему человечеству. Совершенствующийся человек совершенствует природно-социальную среду, которая, в свою очередь, способствует совершенству человека.

Социум — это условия для реализации вышеперечисленных потенциалов личности, для развития и роста личности. Неспособность к разрешению межличностных и межгрупповых конфликтов может послужить провоцирующим фактором асоциального и антисоциального поведения. У каждого человека должен быть выработан навык устанавливать контакт, говорить друг с другом «по-человечески», возможность доверить кому-либо свои проблемы, выслушать другого. В век компьютерного общения,

общения на уровне SMS с помощью мобильных телефонов утрачивается душевный контакт между людьми, люди сами становятся компьютерами, ибо их контакт сводится к стандартным алгоритмам и «смайликам». Через технические устройства принципиально не установить с человеком контакт, который относится к категории отношений «душа с душой в обнимку». А ведь, как известно, счастье человека в основном состоит в углублении и расширении отношений с самим собой, с другими и с миром в целом. А. Адлер считал генетически заданным только «социальное чувство»: стремление к физическому контакту, эмоциональной привязанности, дружескому единению. Все остальные качества человек может обрести в процессе жизни в социуме. Общение может относиться к *«здоровому»,* если отвечает ряду требований. **«Здоровое» общение** между людьми может быть в случае, если партнеры честны, неформальны в общении, то есть свободны от ролевых предписаний, раскрывают свой внутренний мир, благосклонно взаимно обмениваются ресурсами (временем, деньгами, чувствами, информацией). Экологичность интеракций в общении определяется категорией взаимного личностного роста, обогащением себя и других новыми идеями, принципами, ценностями. «Напротив, общение обедняющее, даже если оно сопровождается утонченным чувственным или интеллектуальным удовольствием, все равно вызовет чувство опустошенности и усталости. Вот почему суррогатные формы общения, достаточно широко предлагаемые на рынке развлечений, при их чрезмерном потреблении в конечном счете приводят к личностной деградации. Это и есть одна из социально-детерминированных форм психологических загрязнений»,— замечает А. А. Калмыков (1999).

К. Юнг пишет: «Индивидуация есть процесс дифференциации, имеющий своей целью развитие своеобразной личности у индивидуума; так как индивидуум есть не только единичное существо, но и всем своим существованием предполагает коллективные взаимоотношения, то процесс индивидуации ведет не к изоляции, а к более сильной и широкой коллективной сплоченности» (Юнг, 1993).

Необходимо с детства прививать ребенку навыки социальной адаптации, учить устанавливать контакты с другими, развивать партнерские отношения, строить эффективное, взаимообогащающее «здоровое» общение, формировать способность обратиться при необходимости за помощью к другим и по возможности прийти на помощь самому.

6. **Креативный потенциал** (творческий аспект здоровья) — способность человека к созидающей активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих стандартных знаний.

Креативная компетентность — это, прежде всего, познание и созидание (со-творение) себя через различные средства, в том числе и

через искусство, развитие в себе творческой гибкости в адаптации к миру. В «поле креативности» интегрируются все три уровня организации человека: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Раскрытие креативного потенциала — это возможность неординарными средствами реализовать себя в разуме, чувствах, эмоциях, ощущениях, поведении либо это возможность выразить себя оригинальным разумом, чувствами, эмоциями, ощущениями, поведением. Не случайно в цветке место креативности определилось в центре.

Креативность выступает мощным фактором развития личности, детерминирующим ее готовность изменяться, преодолевать стереотипы. Мир меняется ежемоментно и вынуждает нас ежемоментно порождать новые способы приспособления к нему. Закостенелость, шаблонность воспитательных, учебных программ, рутинность выполнения школьных задач — все это приводит к скучной стагнации ребенка, а затем уже привычного к стандартам взрослого. Для творческой жизни необходимы условия свободы и свободы от мнения других («Что станет говорить княгиня Марья Алексевна?»).

Чтобы избежать бесцветного существования растительной жизни, важно развивать креативную компетентность, то есть способность нестандартно мыслить и решать любые жизненные задачи посредством развитого доверия к творческой части своей личности, предоставления ей полной свободы в этой деятельности; учиться генерировать оригинальные идеи, не боясь «опрокидывать» установленные кем-то границы, придавать завершенный вид продуктам своего мышления.

К сожалению, сегодня захват средствами массовой информации социально-коммуникативных каналов приводит к насыщению их готовыми к употреблению образами, что ведет к атрофии креативной способности психики, к утрате способности самого человека генерировать новые идеи и оригинальные образы. Зачем думать, что от души пожелать родному человеку на тот или иной праздник? Достаточно войти на тот или иной сайт, и тебе будут предложены сотни шаблонов, остается одна задача — задача выбора заготовки и подпись. Но в этих действиях нет творчества.

7. **Духовный потенциал** (духовный аспект здоровья). Духовная компетентность — это способность развивать духовную природу человека, выражать (воплощать) высшие ценности в жизнь. Выражать — значит делать, творить добро, отстаивать справедливость, а не только говорить об этом. Разговор о духовности труден, ибо чем больше говоришь о духовности, тем дальше отодвигается сам опыт переживания «духовных» состояний. «Зачем кричать о том, что у тебя в кармане мускатный орех? Запах сам за себя скажет» — так справедливо говорят на Востоке. Любовь исчезнет, если исчезнут любящие люди. «Можно ли научить человека добродетели?» — спрашивали Сократа. «Нет и никогда»,— отвечал великий

мудрец. Она уже исходно записана на скрижалях нашей души, подчеркивал Иисус Христос. Следовательно, основная задача лиц помогающих профессий — создавать условия для ее реализации в жизни. Духовность напоминает росток, который у многих завален «хламом социальной премудрости». Чтобы он пророс, необходимо создавать особые условия, в которых человек может пережить «трансцендентный опыт» — ощутить, прожить эти состояния добра, любви, справедливости. Лекции по истории религии, и даже лекции на тему любви не делают людей любящими, высокодуховными, они выполняют функцию проповеди, то есть могут только вдохновлять на такой подвиг.

Религия — это больше интерес к «божественному», высшим ценностям, а духовность — это непосредственное переживание «божественного». Опустошенность жизни наступает тогда, когда у человека нет возможности прочувствовать собственную добродетель, когда доступ к ней блокирован педагогическими условностями. Как же можно раскрыть духовный потенциал? С помощью фасилитарного подхода, создания атмосферы принятия каждого, *метода священного безмолвия* открыть доступ к состояниям любви, веры, надежды. Дать опыт проживания высших состояний любви к себе, ближнему и к миру в целом.

Обучение как фасилитация — это облегчение, способствование, стимулирование, активизация развития учащегося, условие свободы и ответственности, гуманизации межличностного общения.

В каждой личности сталкиваются два начала: природное (биотическое) — телесное и смертное, социальное (человеческое) — духовное и бессмертное. Этот драматический конфликт можно представить с помощью личностных конструктов, описанных Дж. Келли в 1955 г. Система конструктов имеет следующие аспекты: *онтологический* (проблемы бытия) — «хаос — космос (порядок)»; *праксеологический* (проблема деятельности) — «энтропия — неэнтропия»; *аксиологический* (проблема ценностей) — «зло — добро», «смерть — жизнь»; *гносеологический* (проблема познания) — «рассудочное — интуитивное»; *антропологический* (проблема человека) — «человеческое — звериное».

Таким образом, духовный потенциал — это стержень, это ткань, это кислород, это питательная среда, на котором произрастает Цветок Потенциалов — Гармония Личности.

Корни «цветка», обеспечивающие устойчивость в бушующей жизни, погружены в традиции времен, состоящие из мудрости семейных и национальных традиций своего народа, мудрости всей цивилизации.

Новая отрасль знаний — психология здоровья — проникает через границы религиозных учений, используя опыт совершенствования многообразных аспектов человеческого бытия, накопленный поколениями в различных традициях.

К **задачам психологии здоровья** следует отнести:

1. Повышение уровня психологической культуры, под которой мы понимаем степень совершенства, достигнутого в овладении отраслью психологических знаний и психической деятельностью.
2. Повышение уровня культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации.
3. Определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

Все эти три задачи интегрируются в процессах развития и «обогащения» личности и могут состоять из трех аспектов работы:

1) самопознание;
2) самовоспитание или самосотворение;
3) самоосуществление.

Наличие психической составляющей, то есть человека, во всех областях профилактической медицины определяет масштаб мероприятий психологии здоровья. Вектор ее исследований может быть направлен на частные области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья. Представим наиболее важные из них:

1) психическое здоровье;
2) физическое здоровье;
3) экологическое здоровье;
4) профилактическая наркология;
5) психосоматическая медицина;
6) психология питания;
7) семейное здоровье;
8) сексуальное здоровье;
9) пренатальное, перинатальное и половое воспитание;
10) образование и просвещение;
11) труд и отдых;
12) национальное здоровье.

Можно выделить следующие направления исследований в области психологии здоровья:

1. Роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья.
2. Внутренняя картина здоровья.
3. Методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности.
4. Обучение здоровью.

Тем самым психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти, представляет собой психологическую базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить фундаментальную роль психологии здоровья в научной парадигме валеологии — современной междисциплинарной науки об индивидуальном здоровье.

Психология здоровья в своем становлении продолжает намеченный гуманистической психологией принципиально иной путь развития психологической науки — путь, ведущий к познанию не абстрактного и искусственно сконструированного человека, а реального, подлинного и, следовательно, к созданию новой науки — «психологии с человеческим и человечным лицом».

Таким образом, жизнеспособность психологии здоровья, возможно, определяется не столько анализом глубин человеческого поведения, сколько изучением высот, которых каждый индивидуум способен достичь (Маслоу, 1997).

Глава 2
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

Рассмотрим основные направления психологии и психотерапии через призму оценки здоровья личности. Какова конечная цель психотерапевтического вмешательства в различных школах?

Психоанализ: движущей силой развития личности, по Фрейду, является либидо, но не как конкретное половое влечение, а как некоторая абстрактная обобщающая сила, трансформирующаяся в человеке в различные формы активности.

Фрейд выделял в личности три компонента: «Оно» (Ид) — источник слепых внутренних желаний и потребностей, «Сверх-Я» (Супер-Эго) — отражение личностью норм и требований общества и «Я» (Эго) — сцена борьбы между «Оно» и «Сверх-Я». «Оно» говорит — хочу, «Сверх-Я» — нельзя. На сцене «Я» внутренняя сексуальная энергия, идущая от «Оно», под влиянием запретов со стороны «Сверх-Я» трансформируется в различные виды деятельности.

Трансформация может быть следующих видов: вытеснение, смещение, конверсия, сублимация, ночной сон, дневной сон, проекция или перенос, идентификация, регрессия, образование симптомов, фиксация, образование реакций.

Цель психоанализа — освободить психотравмирующий, вытесненный в бессознательное ранее недоступный материал, чтобы получить возможность оперировать им сознательно. Если человек освобождается от запрещений бессознательного, Эго устанавливает новый уровень удовлетворения потребностей человека во всех областях жизнедеятельности. Таким образом, устранив конфликт между сознанием и бессознательным, человек становится психически здоровым. Разрешение конфликтов — это победа Эго над Оно, то есть возрастание силы Эго есть свидетельство психического здоровья человека (Freud, 1952). Но поскольку всякий индивидуум будет в жизни постоянно сталкиваться со стимулами, провоцирующими этот конфликт, то и психоанализ, по всей видимости,

необходимо проводить на протяжении всей жизни. Основным препятствием к психологическому росту, согласно психоаналитической теории, является тревожность.

Аналитическая психология К. Юнга занимается в более расширенном варианте уравновешиванием сознательных и бессознательных процессов и улучшением динамического взаимодействия между ними. По Юнгу, каждый индивидуум обладает тенденцией к индивидуации, или саморазвитию. Индивидуация — это процесс «становления собой», или «самореализация», процесс, удовлетворяющий потребность быть «единым», «однородным» существом. Эта мысль, принадлежащая древним мудрецам Востока, в дальнейшем обнаруживает себя почти во всех психотерапевтических школах. С точки зрения Эго рост и развитие состоит в интегрировании нового материала в сознании; это обретение знаний о мире и о себе. Рост для Эго — это, по существу, расширение сознательной осведомленности. Однако индивидуация — это развитие «самости», а с точки зрения «самости» цель состоит в единении сознания и бессознательного. Эго для Юнга — центр сознания, а «самость» — это центр целостности человека, то есть это окружность, охватывающая и сознание и бессознательное (Юнг, 1994).

Аналитическая психология заявляет для человека необходимость стремления путем индивидуации к высочайшим образцам развития личности, которые К. Юнг усматривал в Иисусе Христе и Будде. Однако для такого развития личности недостаточно знания об этих личностях, частичного подражания им и даже сознательного нравственного выбора: требуется бессознательное побуждение в виде «иррационального зова Самости» в сочетании с жестким давлением жизненных обстоятельств.

Путь индивидуации — это «непременно духовное путешествие... только тот, кто внемлет сознательно силе внутреннего голоса, становится личностью» (Юнг, 1994). Такого рода символическое путешествие часто требует попутчика, помощника, каковым предстает в аналитической психотерапии терапевт. Психические отклонения, неврозы рассматриваются аналитической психологией и как своеобразное «наказание» за уклонение от развития, обретения смысла жизни и его реализации: «Невроз — это страдание души, не нашедшей своего смысла».

Одним из основателей холистической системы в **индивидуальной психологии** был А. Адлер, который рассматривал здорового человека как интегративную целостность в рамках социальной системы. Целостность, по Адлеру, это единство индивидуального стиля жизни, социального интереса и направленности поведения к цели. Он полагал, что каждый человек мотивирован, прежде всего, целью превосходства в овладении средой. Психологический рост — это движение от центрированности на себе и целях личного превосходства к социально полезному развитию, задачам конструктивного овладения средой. Конструктивное стремление к

совершенству плюс сильное общественное чувство и кооперация — основные черты здорового индивидуума.

Телесно-ориентированные школы в психотерапии обращают больше внимания на «телесную несвободу» человека. В. Райх определяет развитие личности как процесс рассасывания психологического и физического панциря, постепенного становления более свободным и открытым существом, процесс обретения наслаждения полным и удовлетворяющим оргазмом. Таким образом, по В. Райху, защитный панцирь в мышечной системе — основное препятствие для роста личности (Reich, 1960).

Ф. Перлз, основатель **гештальт-терапии,** рассматривал процесс роста личности через призму возможностей расширения зон самосознания. Основной фактор, препятствующий психологическому росту, — избегание осознавания. Психологическое здоровье и зрелость человека — это способность перейти от опоры на среду и регулирования средой к опоре на себя и саморегуляцию. Здоровая, зрелая личность, по Ф. Перлзу, — это самостоятельное саморегулирующееся существо. Таким образом, основная идея гештальт-терапии — создание равновесия внутри себя и между собой и средой.

Основатели и последователи бихевиор-терапии (поведенческой терапии), например Б. Скиннер, рассматривают психологический рост как минимизацию дурных условий и возрастание благотворного контроля над средой. Поощрение (положительное подкрепление) способствует росту, наказание (отрицательное подкрепление) препятствует ему. Личность в бихевиор-терапии — это сумма паттернов поведения, следовательно, личности в смысле изолированной самости нет места в научном анализе поведения (Skinner, 1974). Концепция здоровья строится на устранении специфических симптомов и (или) снижении тревоги.

Когнитивная психотерапия сложилась в рамках психоанализа и была в значительной степени реакцией на ущемление сознательной деятельности в психоанализе; она была нацелена на возвращение сознанию большей роли, чем ему придает даже психоанализ (это роль эпифеномена, следующего за бессознательной мотивацией). Когнитивная психотерапия выступила с утверждением, что в «сознании человек находит ключ к пониманию и разрешению своих психологических проблем и эмоциональных расстройств» (Beck, 1979). В начале своего возникновения когнитивная психотерапия была представлена двумя основными направлениями: *рационально-эмоциональной психотерапией* А. Эллиса (1962) и *когнитивной психотерапией* А. Бека.

У здорового, нормально функционирующего человека имеется, как утверждается в когнитивной психотерапии, рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей (схем). Эта система носит вероятностный характер,

выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. И хотя порой эмоции могут носить интенсивный характер, они не захватывают индивидуума надолго и потому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей.

Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов представляют собой результат нарушений в когнитивной сфере (таких, как сверхгенерализации, ложные выводы, жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере А. Эллис назвал иррациональными установками. Человек, пересмотревший свои иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности эмоциональных проявлений (Федоров, 1997).

Цель **гуманистической психотерапии** — создание определенных условий для личностного роста. Быть конгруэнтным, то есть быть самим собой, а не таким, каким хотел бы казаться человек, — это признак душевного здоровья (Роджерс, 1994). Становление человеческого в человеке определяется тремя условиями: «безоценочным позитивным принятием себя и другого», «эмпатическим пониманием» и «конгруэнтным самовыражением». У каждого человека имеется основная неудовлетворенная потребность — потребность в самоактуализации. Психотерапия должна помогать человеку накапливать эмоциональный опыт, адекватно ориентироваться в себе и других и т. п. По К. Роджерсу, полноценно функционирующая личность — синоним оптимального психологического приспособления, психологической зрелости, полной конгруэнтности, полной открытости опыту. Терапия — это освобождение клиента для нормального роста и развития.

Существенным дополнением в понимании гуманистического подхода в психологии и психотерапии является собрание мыслей и гипотез А. Маслоу. Он определял самоактуализацию как полное использование человеком своих талантов, способностей, возможностей и т. п. Невротические страдания, психологическая неприспособляемость— это, прежде всего, «болезни лишенности», то есть неудовлетворения фундаментальных потребностей. Психологический рост Маслоу рассматривал как последовательное удовлетворение более «высоких» потребностей. Стремление к более высоким потребностям и целям само по себе указывает на психологическое здоровье. По мере того как личность научается справляться с базовыми потребностями (физиологические потребности, потребность в безопасности, потребность в любви и принадлежности, потребность в уважении), ей все легче высвобождать энергию для самоактуализации. Актуализация, или рост личности, рассматривается как продукт ее устремления к высоким целям, например к поиску истины, счастья,

справедливости. Дурные привычки, механизмы психологической защиты мешают росту личности, уменьшают ее гибкость и открытость. Философия гуманистической ориентации предполагает наличие у человека следующих характеристик:

- вера в потенциал собственного роста и роста других;
- уважительное отношение к уникальности каждой личности;
- искренность и открытость в общении между людьми;
- ориентация на демократизм окружающих структур и систем.

Таким образом, гуманистическая психология предполагает, что человек свободен и, следовательно, ответствен за свои действия и их последствия для своего нормального бытия и роста. В данном подходе выделяется ряд базовых категорий: ответственность, свобода, рост личности, или самоактуализация (самореализация), причем последние — это стержневая проблема гуманистической психологии. (Более подробно см. Васильева, Филатов, 2001.)

Гуманистическая психология имеет много пересечений и параллелей с религиозными традициями и особенно с духовными практиками дзен-буддизма и даосизма. Возможно, поэтому А. Маслоу говорил о гуманистической психологии, психологии третьей силы (после психоанализа и поведенческой психологии), как о переходной, подготовительной к еще более «высокой» — четвертой силе в психологии — трансперсональной, трансчеловеческой, центрированной на Космосе, а не на человеческих потребностях и интересах (Маслоу, 1997).

Итак, краткий анализ воззрений ведущих специалистов основных психотерапевтических направлений на предмет роста личности свидетельствует о возрастающей положительной динамике: акценты смещаются от устранения только симптома невротического порядка до самоактуализации личности.

Обобщая взгляды представленных выше теоретических школ в психологии, *личность можно определить как организованную совокупность способностей думать (описывать мир), эмоционально реагировать и строить свое поведение.*

Психология здоровья, принимая все существующие теории личности, делает попытку шагнуть за границы любой из них.

Психология здоровья как научно-практическое направление призвана экологично расширять возможности восприятия и адаптивного поведения человека в его жизненной среде. Расширение рамок сознания неизбежно приводит к пониманию человеком его невостребованных способностей и безграничных возможностей, что может побудить его жить настолько полно, насколько динамичным будет процесс осознания и реализации им этого безмерного потенциала.

Совершенствование человека есть процесс, не имеющий конечной формы или портрета идеальной личности. Потребность саморазвития и

обогащения личности не может быть принципиально удовлетворена. Это бесконечное путешествие за горизонт. Законченный портрет идеальной личности в различных психологических теориях есть не что иное, как спекуляция автора, создающего этот портрет, то есть его видение, его представление о том, что является идеальной личностью. Многие адепты того или иного религиозного течения ориентируются на харизматических личностей, которые служат для них идеалом: Христос, Будда, Лао-цзы, Магомет и др. Образ таких лиц для адептов их идей выполняет функцию вдохновления в уподоблении. Подобная стратегия может быть определена как движение «от идеала к жизни». Психология здоровья, ориентируясь на принципы гуманистического движения в психологии, выбирает путь «от жизни к идеалу», изучая идеальное в реальном. Реальное направление развития, роста определяется наличием в жизненной ситуации человека или людей более зрелых, сильных, более умных и т. п., которые и задают ориентиры конкретного развития. Данная категория самоактуализированных лиц и создает своеобразный «реальный идеал», образчик для подражания.

НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ

Понятия нормы и патологии возникли не случайно. Особенно хочется подчеркнуть тот факт, что существует неправомерное смешивание понятий «патология» и «болезнь», «норма» и «здоровье». Следует признать существующую точку зрения, что патология и болезнь не синонимы, а понятия разного уровня. Болезнь и здоровье как понятия находятся на более высоком логическом уровне, а значит, включают в себя биологическую или психическую патологию, в первом случае, и норму— во втором, однако ни патология не сводится к болезни, ни норма не сводится к здоровью. «Здоровье» и «болезнь» скорее явления социальные.

Определение нормы и патологии считается в психологии и медицине одной из сложнейших проблем. Еще 300 лет назад Томас Браун так писал о психической «норме» человека: «В людях поражает то, что среди столь многих миллионов человеческих лиц не встретишь двух одинаковых». Это понятие многогранно, и идеальной модели человека вообще и его «нормальной» психической деятельности в частности, по-видимому, принципиально существовать не может. Возможно, это объясняется уникальной способностью человека использовать неограниченные стратегии адаптации, и особенно компенсации. Это означает, что нарушение функций отдельных биологических или психических структур во многих случаях не является препятствием для полноценной социальной деятельности благодаря общественной компенсации функций

этих структур. И все же общепринятой, всесторонне удовлетворяющей концепции психического здоровья нет. Среди существующих можно выделить три группы концепций: панпсихиатрическую, антипсихиатрическую и клиническую.

Основной тезис первой: все люди психически ненормальны и все страдают психопатологическими состояниями. То есть нормальных людей вообще не существует, а каждый человек — отклонение от нормы в той или иной степени. Доказательством этого тезиса служит характеристика современного общества, отмечающая такие его особенности, как отчужденность от себя, от других, от мира вообще, конфликтность, снижение социальной поддержки, преступность, войны, угроза глобального самоуничтожения. Статистика свидетельствует: на одного человека сегодня приходится 10 тонн заряда тротила — это 4 тонны на человека в ядерном эквиваленте. Человечество ведет себя по пути самодеструкции. Как нетрудно догадаться, все это и составляет феномен всеобщей психопатологии.

Основная идея антипсихиатрической группы концепций прямо противоположна первой: она отрицает правомерность самой постановки вопроса о психической норме и патологии. По мнению антипсихиатров, все люди психически нормальны, патологии вообще не существует. Негативные отношения между людьми также нормальны, ибо такова природа людей. Таким образом, психиатрия оказывается лженаукой, служащей средством подавления нестандартных личностей. В высказываниях антипсихиатров больше звучат социальные ноты. Психически больные люди рассматриваются ими в качестве жертвы плохого, патогенного общества, которое признает сумасшедшим того, кто не соглашается с предписаниями религии и государства. Сторонники этой группы концепций требуют отмены больничных порядков и даже отмены самого термина «психиатрия», постоянно подчеркивая, что «каста» врачей беспрепятственно творит насилие над беззащитной «кастой» больных. В настоящее время наблюдается тенденция к резкому снижению числа сторонников подобных взглядов.

Своеобразным синтезом этих двух крайних точек зрения является клиническая группа концепций, дифференцирующая психическую норму и патологию. В подходе к психической норме в медицине можно выделить два аспекта: негативный и позитивный (Карвасарский, 1982). При первом подходе неспецифическим, сквозным признаком психопатологии считается отклонение от общепринятых стереотипов жизненного, социального и ситуативного поведения. Практически в психиатрии руководствуются четырьмя положениями К. Ясперса, определяющими границу между нормой и патологией. Это способность к концентрации внимания на предмете, удержание информации в памяти, способность

к ее логической обработке и адекватная ориентация в пространстве и времени. Нарушение отдельных элементов может быть компенсировано другими функциями. Патология же предполагает нарушение по нескольким признакам одновременно.

Гельвеций считал, что отличительный признак здорового ума заключается в его способности правильно осуществлять сравнение сходств и различий, соответствий и несоответствий между разными предметами.

Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1976) предприняли попытку в самом первом приближении собрать критерии психического здоровья воедино. К их числу авторы относят: детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность; соответствующую возрасту индивида зрелость чувств; постоянство (константность) места обитания; максимальное приближение формирующихся субъективных образов к отражаемым объектам действительности; гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней; адекватность его реакций на окружающие физические, биологические и психические влияния и адекватную идентификацию образов впечатлений с образами однотипных памятных представлений; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений; чувство положения в среде себе подобных, гармония взаимоотношения с ними; умение уживаться с иными лицами и самим собою; критический подход к обстоятельствам жизни; способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); 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.

В. Н. Мясищев считал, что основным в оценке психического здоровья является нарушение способности адекватно решать жизненные задачи и адекватно вести себя в социальной среде.

Теоретическим обоснованием психологии здоровья выступает понимание психического здоровья не негативным образом как отсутствие Дезадаптации, а с точки зрения позитивного аспекта — как способность к постоянному развитию и обогащению личности. Иными словами, психическое здоровье рассматривается не просто как отсутствие недостатков, а как присутствие определенного ряда достоинств в структуре личности.

Новые «позитивные» концепции психического здоровья предусматривают тенденции к развитию, росту, самореализации, самоосуществлению

человека, сознательную способность руководить своими действиями и поступками, быть ответственным перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями, иметь развитую систему ценностей, способность адекватно воспринимать самого себя и окружающих. «Самостоянье человека— залог величия его» (А. С. Пушкин).

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ?

В книге «Психическое здоровье детей и подростков» специфика психологического здоровья описывается следующим образом: «Если термин "психическое здоровье" имеет отношение, с нашей точки зрения, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин "психологическое здоровье" относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и др. Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. Мы вооружаем (вернее, должны вооружить) ребенка в соответствии с его возрастом средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» (Дубровина, 2000, с. 6).

Как отмечалось выше, сам термин «психологическое здоровье» был введен лишь недавно, однако описываемые этим понятием личностные особенности являлись предметом исследования многих авторов и рассматривались в различных аспектах.

Иногда психологическое здоровье описывается в терминах состояния, как баланс между различными аспектами личности человека (Р. Ассаджиоли), между потребностями индивида и общества, который поддерживается постоянными усилиями (С. Фрайберг). Некоторые исследователи рассматривают психологическое здоровье как процесс жизни личности, в котором сбалансированы рефлексивные, эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, поведенческие аспекты (Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова). Многие авторы делают акцент на его функциях: поддержании равновесия между личностью и средой, адекватной регуляции поведения и деятельности человека, способности противостоять жизненным трудностям без отрицательных последствий для здоровья (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, П. Бейкер). Нередко для обозначения психологического здоровья используют синонимичные понятия «сила Я», «духовное здоровье», «личностная зрелость». Мы считаем использование термина «психологическое здоровье» не вполне удачным. По определению «психология» — «психо» и «логос» не может

описывать здоровье, правильнее говорить «здоровая личность», может быть, «личностное здоровье». Выделяя психологический аспект, мы снова дифференцируем, дробим до бесконечности здоровье, в то время когда надо уже объединять, интегрировать и рассматривать человека как психосоматическое целое духовное существо. Да и содержание «психологического здоровья» отражает качества здоровой, зрелой личности.

В психологии здоровья важна не только дифференциальная оценка степени выраженности социально-психологической дезадаптации; необходимо разработать критерии, имеющие прогностическую ценность в отношении поведения людей в онтогенезе. Позитивный подход в определении психосоматического здоровья дает опору в строительстве психологии здоровья именно как прогностической науки.

Выделим ряд черт, описывающих психологически здоровую личность. Личностная зрелость характеризуется главным образом развитием самоконтроля и усвоением реакций, адекватных различным ситуациям в жизни человека. Основой же адекватного поведения в жизненных ситуациях является умение разводить реальные и идеальные цели, границы между разными подструктурами Я — Я желающим и Я долженствующим, то есть стремиться к совпадению позыва «Я хочу» с призывом «Я должен».

По замечанию А. Ф. Лазурского (1925), один из признаков здоровой личности предполагает умение человека регулировать свои поступки и поведение в границах социальных норм.

Как известно, в жизни человеку приходится искать равновесие между адаптацией к реальности, с одной стороны, и развитием своих творческих возможностей, утверждающих индивидуальность, — с другой. Вот главные особенности «уравновешенного человека», как их представляют себе разные авторы (Годфруа, 1992).

1. В физическом плане уравновешенный человек должен обладать отменным телесным здоровьем. Психическое равновесие, по существу, немыслимо без серьезного внимания к своему телу. И мы снова вспоминаем высказывание древнеримского ученого Ювенала: «В здоровом теле — здоровый дух». Впрочем, как и наоборот: «Голова всегда в ответе, куда сядет зад», — поет один весьма популярный рок-певец. Вывод прост: физическое и психическое здоровье неразделимы и взаимозависимы.
2. В сексуальном и аффективном планах уравновешенный индивидуум способен устанавливать гармоничные интимные отношения с другими людьми; заботясь о себе, не забывает проявлять заботу о других.
3. В интеллектуальном плане уравновешенным может считаться тот, кто обладает хорошими умственными способностями, позволяющими ему мыслить и действовать продуктивно; кто всегда ищет и

находит выход из трудных ситуаций; быстро переходит от мыслей и слов к делу; осознает свои способности и умеет ими пользоваться; постоянно совершенствует свои навыки, стремясь добиться поставленной цели в разумные сроки; кто не лишен воображения и любит искать нетрадиционные решения проблем.

4. В нравственном плане уравновешенный человек обладает чувством справедливости; склонен больше полагаться на свои суждения, чем на авторитеты; всегда готов признать свои ошибки, не выставляя их, однако, напоказ.
5. В социальном плане уравновешенный человек, как правило, способен устанавливать непринужденные отношения с другими людьми. Он редко рассчитывает свои реакции заранее, и эта непосредственность позволяет ему легко общаться как с теми, кто стоит выше него на социальной лестнице, так и со стоящими ниже.
6. Наконец, в личностном плане уравновешенный человек — это оптимист, добродушный и жизнерадостный, любящий жизнь и отвечающий на ее требования, не испытывая при этом чувства принужденности; способный брать на себя ответственность, зрелый, трезвомыслящий; достаточно устойчивый в эмоциональном плане; предпочитающий достигать желаемого собственными усилиями, а не жалобами или манипуляциями. Он с достаточным уважением относится к самому себе, но сохраняет при этом чувство юмора, которое мешает ему воспринимать собственную персону слишком серьезно.

Если мы имеем этот перечень качеств в структуре собственной личности, значит, мы принадлежим к одной трети уравновешенных людей на Земле. Если еще не удалось войти в эту «когорту» зрелых и здоровых личностей, ничего страшного, поскольку немало ученых, специалистов в области психического здоровья, полагают, что фактически более 70% всех людей обнаруживают поведение невротического типа, хотя тяжелыми формами неврозов страдает всего 5% населения.

Попытку описать интегрированную, здоровую личность предпринимал и К. Роджерс, выделивший следующие черты «нового человека»:

- эти люди открыты для внутреннего и внешнего мира;
- ценят общение как средство представлять вещи такими, какие они есть; отвергают лицемерие, обман, двуличие;
- испытывают определенное недоверие к современной науке и технологиям;
- в большей степени стремятся к целостной жизни;
- постоянно находятся в процессе самосовершенствования;
- принимают участие в других и всегда готовы помочь тем, кто нуждается в их помощи;

- ощущают непосредственное единение с природой и готовы защищать ее;
- испытывают антипатию к раздутым косным бюрократическим институтам;
- доверяют своему опыту и испытывают недоверие к внешним авторитетам;
- чаще всего равнодушны к материальным стимулам и награждениям, могут жить в достатке, но не испытывают сильной нужды в этом;
- это люди духовно ищущие, они хотели бы найти смысл и цель жизни.

Как видим, здоровая личность многолика. В описаниях различных специалистов чаще всего звучат определения, связанные с такими понятиями, как «интегрированность», «цельность», однако не говорится о том, что может формировать эти качества, на какой базе можно воспитать, развить в себе эту способность к открытости, самостоятельности и т. п. Как бы ни была многообразна положительная сторона личности, она имеет строгую направленность. Стержнем, главным критерием зрелости личности выступает духовная ориентация, которая входит в систему общего духовного начала всего человечества. Человек, направляясь к пределам возможного совершенства, непременно проходит «путь чистки» своего душевного Я посредством особого самоконтроля, самонаблюдения.

Рассматривая зрелую личность как гуманистический идеал, образ Нового Человека, следует выделить такие ее характеристики, как свобода и ответственность, целостность и гармоничность, актуализация и реализация всех возможностей.

Зрелость личности выражается в дисциплине ума, эмоций и поступков («благие мысли порождают благие слова, благие слова порождают благие поступки»). Такая личность обладает способностью приводить в полное равновесие свои мысли, чувства и действия, «спонтанно», естественно принимает решение относительно того, какие чувства испытывать каким образом их выражать. Говорят: что человек посеет, то и пожнет; посеет мысль дурную — пожнет дело неверное. Конгруэнтность личности выражается и в соответствии поступков и переживаний: «Я делаю то, что мне интересно. И то, что я делаю, мне интересно». Свидетельством обратного служат результаты исследования, проведенного как в нашей стране, так и за рубежом. Так, Институт резервов здоровья США изучал соответствие способностей человека с врожденными, импринтированными или приобретенными потенциями. Исследовали контингент работающих в возрасте 30—35 лет в штате Калифорния. По данным института, у 18—20%, иногда у 25% по некоторым специальностям, наблюдается совпадение внутреннего, «прирожденного» свойства человека и профессии,

в которой он работает. Результаты исследования, проведенные по той же методике В. П. Казначеевым и Д. В. Деминым, показали, что в нашей стране подобные совпадения наблюдаются лишь в 3% случаев, крайне редко — в 5%. Возможным объяснением столь существенного различия является большая неудовлетворенность базовых потребностей населения нашей России. «Богат творит как хочет, а убог— как может».

Консолидация личности, ее максимально возможная согласованность со своим внутренним миром (конгруэнтность личности) имеет существенное значение как для оценки психического здоровья человека, так и для оценки его совершенства. Не менее важной характеристикой зрелости личности является ее стремление к аутентичности, естественности выражения самой себя. Однако, прежде чем стремиться к выражению самого себя, необходимо понять, кто ты есть на самом деле. Не отождествляешься ли ты всего лишь с какой-либо ролью (личиной)? Самым страшным видом духовного карьеризма является желание не быть, а казаться. На Востоке говорят: «Раньше тот, кто учился, становился собой, теперь тот, кто учится, делается другим». Болезнь появляется в результате сложностей в адекватном осознавании и выражении собственной внутренней сущности. Ложное самоотождествление с одной из субперсон, срастание с одной из своих социальных ролей опасно тем, что оно депроблематизирует внутренний мир, создает иллюзию его самоочевидности (Я есть моя роль, Я— это мое Эго), закрывает человеку доступ к его сущности.

Согласно Г. И. Гурджиеву (цит. по: Орлов, 1995). основными препятствиями, стоящими на пути действительного развития человека, являются его собственные качества, в первую очередь — способность к идентификации, то есть полное отождествление себя с происходящим, самоутрата в сочетании с направленностью процессов внимания и осознания исключительно вовне. Разновидностью идентификации является «предупредительность» — самоотождествление с ожиданиями других людей. Г. И. Гурджиев различал два типа такой предупредительности. Внутренняя предупредительность обнаруживает себя в постоянном ощущении дефицита, нехватки внимания и расположения со стороны других людей и в постоянном стремлении восполнить этот дефицит идентификацией с ожиданиями других. Внешняя предупредительность, напротив, связана с развитым самосознанием и представляет собой внутренне мотивированную практику эмпатии, не обусловленную действиями, переживаниями и ожиданиями других людей.

Второе препятствие — способность лгать, то есть говорить о том, что в действительности неизвестно. Ложь есть проявление частичного (неистинного) знания, знания без подлинного понимания. Ложь обнаруживает себя как механическое мышление, репродуктивное воображение, постоянный внешний и внутренний диалог, излишние движения и мышечные напряжения, поглощающие время и энергию человека.

Третье препятствие — неспособность любить. Это качество теснейшим образом связано со способностью к идентификации в форме внутренней предупредительности и с множественностью Я каждого человека, с его дезинтегрированностью. Неспособность любить проявляется в постоянных метаморфозах «любви» в ненависть и другие негативные эмоциональные состояния: гнев, депрессию, скуку, раздражение, подозрительность, пессимизм и т. д., которые наполняют буквально всю эмоциональную жизнь человека, как правило, тщательно скрываемую под маской благополучия или индифферентности.

В неаутентичной личности между «персоной» и «тенью» (так же, как и между самой личностью и ее сущностью), согласно выражению К. Юнга, «имеет место некоторый «дьявольский» (то есть разделяющий) эффект». В то же время между личностью аутентичной и сущностью человека имеет место противоположный эффект— объединяющий, или интегрирующий.

Нравственная позиция человека во многом зависит от его отношения к себе, другим людям и окружающему миру, — в целом, от отношения к жизни. Важным эволюционным завоеванием человека в процессе развития высоких нравственных качеств будет, по выражению В. Франкла (1990), смена позиции от «Что я хочу от жизни?» к «Что жизнь хочет от меня?». Минимум нейтральности, безразличия, эгоизма, максимум активности по отношению ко всему общественно значимому — это, по мнению С. Л. Рубинштейна, характеризует максимально развитую личность.

Совершенствовать себя — наитяжелейшая работа для человека, «...все дело-то человеческое, кажется, действительно в том только и состоит, чтобы человек поминутно доказывал себе, что он человек, а не штифтик!» — писал в свое время Ф. М. Достоевский.

Таким образом, фундаментальной установкой на пути совершенствования личности должно быть служение человечеству. Нет различия между родом служения, главное, чтобы оно было бескорыстно, одушевлено желанием помогать там, где эта помощь требуется. Это одно из самых прекрасных универсальных правил человека — помогать. Как через отношение к себе, другим, к окружающим явлениям строится личность, так через понятие «забота» о себе, других и окружающем создается ее духовный потенциал. Надо признать, что забота — это экзистенциальный феномен. Удовлетворенность жизнью во многом зависит от полезности человека обществу; оценка этой полезности осуществляется на основе определения разумного распределения пропорций заботы. Исходя из «философии благодарности» Г. Селье (1979), необходимо «заслужить любовь ближнего своего», добиваться личной удовлетворенности, помогая другим. Как говорится, «легко любить человечество, но нелегко любить человека». Подлинная любовь к человечеству может начаться именно с «делания» добра конкретному ближнему.

В годы войны в блокадном Ленинграде наиболее жизнестойкими среди блокадников оказались именно те люди, кто заботился о других. Сама по себе забота о другом человеке через, возможно, «мотивацию спасения» вливает в человека дополнительные силы и энергию.

Согласно концепции позитивной психотерапии (Пезешкиан, 1993), здоров не тот человек, у которого нет проблем, а тот, кто знает, как их разрешить. Здоровье предлагается рассматривать через соотнесение его с моделью четырех сфер переработки конфликта. Тот, кто равномерно распределяет свою энергию по таким сферам, как тело, деятельность, контакты и фантазии (будущее), имеет все шансы сохранять и развивать здоровье. Таким образом, в задачу человека входит умение гармонично распределять энергию по всем сферам так, чтобы он 25% своей энергии (не обязательно времени) мог посвятить своим физическим потребностям, 25% направил на свою деятельность, будь то профессиональный труд или домашняя работа, 25% — на межличностное общение (семья, друзья, коллеги) и 25% энергии отдавал бы интуиции, фантазии, размышлениям о будущем, о смысле жизни и религиозно-духовным исканиям (то есть посвятил это время одиночеству, общению с самим собой). Подобная схема может рассматриваться как идеальная, к которой стоит ежедневно стремиться.

Еще одно важное понятие, которое встречается практически во всех гуманистически ориентированных школах психологии, — свобода. Свобода, как пишет представитель гуманистической психотерапии Э. Шостром (1992), это не просто свобода от контроля со стороны других, но скорее свобода проявления себя, своей уникальности. Подобные ощущения возникают в случае, если человек находится в «процессе жизни», а не является лишь свидетелем ее. Когда человек занимается делом ради него самого, он рад процессу достижения результата в той же степени, как и самому результату. Может быть, поэтому сегодня важно ощутить значимость самого процесса личностного роста, научиться понимать, что любое переживание может быть развивающим, позитивное оно или негативное, приятное или неприятное по оценке на данный момент; всюду есть ресурс, который часто остается невостребованным.

«Зрелость» личности проявляется также в ее эмоциональной устойчивости. Основным радикалом эмоционально незрелой личности является тревога. Другой полюс фактора тревоги называется адаптивностью, что соответствует пониманию тревоги как интегрального проявления дезадаптации. Под тревогой мы понимаем психическое состояние, детерминирующим фактором в возникновении которого являются условия неопределенности. В таких ситуациях при наличии дефицита информации посредством индивидуальных механизмов антиципации (предвосхищения) возникает генерализованная боязнь неудовлетворения потребности. Степень и

интенсивность тревоги зависят во многом от уровня личностной определенности Я. Человек в состоянии тревоги живет со смутным ощущением, что с ним должно произойти что-то плохое. Тревога связана со страхом, но и отличается от него. Страх — это ответ на близкую, реальную опасность, в то время как тревога — это реакция человека на неопределенную, скрытую или воображаемую опасность.

Выделяют пять стандартных ситуаций, в которых обычно человек испытывает тревогу.

1. Когда человеку необходимо больше времени уделять работе, чтобы продвинуться по службе, или занятиям, чтобы улучшить свои оценки, но в то же время ему хочется также больше общаться с друзьями, развлекаться.
2. Когда поведение противоречит моральным убеждениям человека (он делает то, что считает неправильным).
3. Когда человек находится в необычной обстановке и не знает, чего от него ждут окружающие.
4. Когда человек сталкивается с событиями, исход которых непредсказуем и не подвластен контролю с его стороны.
5. Когда человек стоит перед возможной утратой любимого человека или потерей работы, положения или имущества.

Снижение уровня тревоги у здоровой личности может происходить за счет коррекции временной ориентации с будущего на настоящее. Жизнь в условиях «здесь и теперь» приводит к гармонии личности с окружающим миром. Жизнь в настоящем позволяет воспитывать в себе адекватные представления о реальных общественных мотивах и движущих силах, способность соотносить себя с динамикой событий. Жизнь в настоящем позволяет принимать ее такой, какая она есть, и наслаждаться имеющимися радостями, жить в благодарности жизни, всякий раз спрашивая, что она еще хочет от тебя.

Не случайно Э. Фромм выделял три психологические категории, относящиеся к ресурсам человека в преодолении трудностей.

1. *Надежда*— это активное ожидание и готовность встретиться с тем, что может появиться на свет. В нашем понимании *надежда* — это возможность планировать свою жизнь, видеть ее светлую перспективу.
2. *Рациональная вера* — убежденность в том, что существует огромное число реальных возможностей и необходимо использовать их в нужное время в нужном контексте.
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 (Фромм. 1999).

Саногенетический подход в психологии здоровья всегда связывается с раскрытием в человеке личного (индивидуального) превентивного ресурса.

Личный (индивидуальный) превентивный ресурс — это комплекс способностей индивида, реализация которых позволяет сохранять баланс адаптационно-компенсаторных механизмов; отлаженная работа данного комплекса обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие человека и, в соответствии с направленностью личности, создает условия для открытия им своей уникальной идентичности и последующей самореализации (Малыхина, 2004).

Концептуальная основа личного (индивидуального) превентивного ресурса лежит в основе комплексной модели развития личности «Цветок потенциалов». В русле идей «гуманизации психологии» в основу микроуровня превентивной системы положено понятие «личного (но не «личностного») превентивного ресурса». Этим подчеркивается целостное рассмотрение развития человека, включающего как процесс социализации, так и процесс индивидуализации. Обобщая достижения психологической науки, А. Б. Орлов отмечает, что целостность человека подразумевает интеграцию различных психических инстанций — личности и сущности, где «личность живет в плане феноменов, существования; сущность неизменно пребывает в плане ноуменов, бытия» (Орлов, 2002, с. 70). Так как здоровье представляет собой прежде всего целостность, гармоничное равновесие физиологических, психических, социальных аспектов человеческого существа, то, рассматривая универсальный уровень обобщения индивидуальных предпосылок здоровья, целесообразно говорить о личном (то есть принадлежащем индивиду в феноменальном и ноуменальном смысле), а не личностном (то есть только феноменальном, социальном) превентивном ресурсе (Малыхина, 2004).

В нашем понимании, ресурс — это адаптационная способность психики человека усиливать во много раз интенсивность своей деятельности по сравнению с состояниями относительного покоя. Под ресурсами следует понимать те внутренние и внешние переменные (психологического, телесного и духовного порядка), которые способствуют устойчивости личности и ее продвижению в развитии.

К наиболее изученным в настоящее время личностным ресурсам, особенно в преодолении стресса, относятся, по мнению Л. В. Куликова (2004), следующие:

1) активная мотивация преодоления, отношение к стрессам как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста;
2) сила Я-концепции, самоуважение, самооценка, ощущение собственной значимости, «самодостаточность»;

3) активная жизненная установка: чем активнее отношение к жизни, тем больше психологическая устойчивость в стрессовых ситуациях;
4) позитивность и рациональность мышления;
5) эмоционально-волевые качества;
6) достаточные физические ресурсы (состояние здоровья).

К информационным и инструментальным ресурсам относятся:

1) способность контролировать ситуацию;
2) использование методов или способов достижения желаемой цели (мастерство, способность);
3) способность к адаптации, интерактивные техники изменения себя и окружающей ситуации;
4) способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации;
5) материальные ресурсы: высокий уровень материального дохода, безопасность жизни.

Психология здоровья в своей теории и практике ставит запредельные задачи. Если человек имеет те или иные психологические трудности (симптомы), то работа, естественно, должна быть направлена на их элиминацию. Однако это только начальная фаза оказания психологической помощи, ибо цель находится далеко за конкретным симптомом. «Основной интерес моей работы связан не с лечением неврозов, — говорил К. Юнг, — а скорее с приближением к непостижимому, но в действительности приближение к непостижимому оказывается реальной терапией, и чем более вы приобщаетесь к опыту непостижимого, тем более вы освобождаетесь от пут патологии» (Jung, 1963, p. 37). Эта мысль Юнга как нельзя лучше определяет запредельные задачи трансметодического подхода в области психологии здоровья.

В области запредельного обнаруживается тесная связь целей и задач психологии здоровья с трансперсональной психологией, которая, по выражению основателя и первого редактора журнала «Трансперсональная психология» Энтони Сутича, занимается исследованием «предельных способностей и возможностей человека».

Четвертая сила в психологии, трансперсональная психология (психотерапия), имеет свои отличительные черты (Налимов, 1989). К ним относятся следующие:

1) экспериментальность в изучении внеличностного, трансперсонального состояния сознания (то есть трансперсональная психология отличается минимальной умозрительностью);
2) выделение созерцания (самонаблюдения) как метода научного изучения;

3) определенная «губчатость»: трансперсональная психология впитывает в себя как прошлый опыт, достигнутый религиями (буддизм, суфизм, даосизм и т. п.), так и некоторые теоретические представления современной физики, нейрофизиологии и т. д.;
4) признание высшей силы, то есть наличия непознанного сверхсознания.

Трансперсональная психология не замыкается на изучении только внутренних проблем человека, в ней широко представлена социально-ориентированная активность: поиск новых форм существования культуры, гармонизация отношений между людьми, человеком и природой, новый уровень устремлений в поисках смысла и существа жизни.

Как и психология здоровья, трансперсональная психология предполагает изучение религий и религиозного опыта, особенно восточных традиций, где наблюдается больше психологический, чем теологический подход к природе человека. Здесь можно встретить проверенные опытом вековой практики технологии психологического и духовного развития.

Религиозные традиции, описывая личностный рост, обращают внимание на способы приведения себя к гармонии с Вселенной, на способы жизни в согласии с космосом.

Планка личностного роста, совершенства должна стоять крайне высоко, может быть, опять же за пределами достижимого для конкретного человека, для конкретного времени. Л. Н. Толстой при обсуждении картины Н. К. Рериха «Гонец» сказал молодому тогда еще художнику: «Случалось ли в лодке переезжать быстроходную реку? Надо всегда править выше того места, куда вам нужно, иначе снесет. Так и в области нравственных требований надо рулить всегда выше — жизнь все снесет. Пусть ваш гонец очень высоко руль держит, тогда доплывет».

Любопытно проиллюстрировать связь физического и психического здоровья на примере исследований, проведенных доктором Стивеном П. Джюэттом среди долгожителей. Он обследовал 79 здоровых американцев в возрасте старше 87 лет. Эти старые люди имели различный жизненный опыт, но отличались высокой приспособляемостью, умением противостоять жизненным трудностям, дружелюбием, оптимизмом и хорошим чувством юмора. Они умели радоваться жизни, получать удовольствие от простых вещей. Долгожители даже, как правило, не придерживались какой-либо определенной диеты или образа жизни, не сдерживали своих пристрастий, многие из них всю свою долгую жизнь курили, некоторые любили приложиться к рюмочке. Эти исследования показывают, что наличие качеств психического здоровья зачастую становится более прочной основой долгой и активной жизни, нежели прямая забота о физическом здоровье.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Учитывая, что в детском возрасте личность ребенка еще только формируется, используем понятие «психологического здоровья» для детей. Анализ понятия и экспериментальные исследования проводились в Москве под руководством Е. Д. Худенко. Что же такое норма «психологического здоровья», на которую следует ориентироваться, работая с детьми? Если для психического здоровья норма — это отсутствие патологии, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе, то для определения нормы психологического здоровья важно **наличие** определенных личностных характеристик. И если заботой психиатра по большей части становится **избавление** пациента от патологических факторов, то направление действий психолога идет в сторону **приобретения** человеком полезных свойств, способствующих успешной адаптации. Кроме того, норма психологического здоровья предполагает не только успешную адаптацию, но и продуктивное развитие человека на благо самому себе и обществу, в котором он живет. Итак, норма психологического здоровья — это некий **идеал,** путь к которому бесконечен, и на пути к этому идеальному образу можно находить все новые и новые ориентиры для саморазвития и организации психологических воздействий. Эти ориентиры меняются не только в зависимости от всего разнообразия жизненных ситуаций, но и в каждой из ситуаций — в зависимости от возраста человека.

Известно, что реакции на одни и те же явления у детей и взрослых различны. То, что естественно для взрослого, ненормально для ребенка, и наоборот. Мы не можем анализировать детское поведение с применением взрослых критериев, и в то же время мир детей со всей его самобытностью постоянно пересекается с миром и интересами взрослых. Мы должны постоянно учитывать самоценность детства и в то же время постепенно и безболезненно помогать ребенку взрослеть, социализироваться, то есть адаптироваться к большому миру.

Определяя критерии нормы психологического здоровья ребенка, которые могли бы стать основой дифференцирования психологической помощи детям, мы исходим из следующего положения: фундамент психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза, то есть во все возрастные периоды его общего развития (Дубровина, 2000). Психологическое здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью личностных новообразований, которые еще не появились у ребенка, но должны присутствовать у взрослого, причем отсутствие их у ребенка не должно восприниматься как нарушение. Поскольку психологическое здоровье предполагает наличие динамического равновесия между индивидом и средой, то ключевым

критерием становится адаптация ребенка к социуму. Можно выделить несколько уровней психологического здоровья ребенка — они достаточно условны, однако необходимы для организации практической работы с детьми в школе.

Перечислим уровни «психологического здоровья» детей.

1. **Креативный уровень.** Существуют дети, которые не нуждаются в психологической помощи. Они устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Этот идеальный образ ребенка-творца, достаточно редкий в реальной жизни, выражает совершенную степень психологического здоровья, его высший уровень. Назовем его *креативным* (что означает творческий, созидательный).
2. **Адаптивный уровень.** Большинство относительно «благополучных» детей в целом адаптированы к социуму, но по результатам диагностических методик проявляют отдельные признаки дезадаптации, обладают повышенной тревожностью. Такие дети не имеют достаточного запаса прочности «психологического здоровья» и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей направленности. Это группа относительного риска, она довольно многочисленна и представляет средний уровень психологического здоровья. Назовем его *адаптивным.*
3. **Ассимилятивно-аккомодативный уровень.** Это низший уровень психологического здоровья. К нему относятся дети с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, то есть либо неспособные к гармоничному взаимодействию с окружающими, либо проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего воздействия, не владея механизмами защиты, отделения себя от травмирующих влияний среды. Дети с преобладанием процессов **ассимиляции** стремятся во что бы то ни стало изменить окружающий мир; при этом они не готовы к самоизменению в соответствии с внешними требованиями и интересами окружающих. У этих детей дезадаптация активно проявляется в эпатажном поведении, конфликтах со сверстниками, домашних аффектированных капризах и т. д. Для детей с преобладанием процессов **аккомодации,** напротив, характерно приспособленчество к требованиям внешнего мира в ущерб собственным потребностям и интересам. Их дезадаптация почти никак не проявляется внешне, ее трудно зафиксировать. Это «удобные», тихие дети, прилежные и старательные ученики, которыми гордятся родители. Их ставят в пример педагоги, не замечая, что они пребывают в состоянии стойкого эмоционального дискомфорта, который со временем углубляется и часто приводит к соматическим нарушениям. Эта группа требует особого внимания именно вследствие своего внешнего благополучия, не вызывающего тревоги у взрослых.

Выделенные уровни психологического здоровья позволяют дифференцировать психологическую помощь учащимся. С детьми первой группы достаточно проводить лишь развивающую работу. Детям с психологическим здоровьем второй группы необходима систематическая особым образом организованная помощь психопрофилактического характера. Поскольку эта группа очень велика, предпочтительно проводить групповую работу. Учащимся, попадающим в третью группу, необходима серьезная индивидуальная коррекционная работа.

КАЧЕСТВА ЗРЕАОЙ АИЧНОСТИ

Приведем перечень качеств для оценки личностной зрелости, составленный на основе характеристик самоактуализированной личности, предложенной А. Маслоу, программ «Моральных и духовных ценностей», разработанных для учебных заведений Лос-Анджелеса, а также на основе отдельных представлений автора.

Зрелая личность:

- делает добрые дела и не ждет выгоды от этого;
- автоматически не возмущается критикой, так как понимает, что в ней могут содержаться предложения для самосовершенствования;
- не перекладывает вину на других и не критикует, пока не разберется в сути дела;
- несет ответственность за свои действия и решения и не обвиняет других, когда что-то идет не так;
- проигрывает по-хорошему, принимая поражения и разочарования без жалоб и злости;
- адекватно воспринимает реальность и относится к ней, избегает иллюзий, предпочитает иметь дело с действительностью, пусть неприятной;
- способна оставаться верной своей цели и перед лицом больших трудностей (например, непопулярности, отвержения);
- не выходит из себя и не позволяет себе «биться головой о стену» по пустякам;
- обладает более автономной системой ориентации, имеет собственное мнение;
- независима от культуры и среды, умеет «трансцендировать» любую частную культуру;
- не хвалится и ничего «не строит из себя», а когда ей делают комплименты, принимает их красиво и без ложной скромности;

- не беспокоится преждевременно о том, что от шее не зависит, и примиряется с неизбежным;
- постоянно и четко видит различия между целью и средством ее достижения, добром и злом;
- способна устанавливать тесные эмоциональные отношения, например, с друзьями или близкими людьми;
- обладает чувством этики и философским, невраждебным юмором;
- живет спонтанно, просто, естественно, синхрон:но с жизнью;
- имеет опыт переживания высших состояний;
- сфокусирована на проблемах вне себя;
- терпелива, потому что знает: «рана заживает постепенно»;
- обладает высокой степенью принятия себя, других, в том числе различных сложностей человеческой натуры;
- обладает способностью постоянно по-новому видеть обычные вещи; ее оценка отличается свежестью;
- демократична, способна учиться у кого угодно, если есть чему;
- обладает чувством принадлежности ко всему человечеству, хотя видит его недостатки;
- креативна, изобретательна в своей области, а нее просто следует установленному пути;
- черпает энергию, силу, вдохновение из жизни, природы, общения с прекрасным;
- составляет разумный план и старается по порядку его реализовать.

Стремление к воспитанию в себе приведенных выше качеств способствует росту личности, накоплению духовного потенциала человека. Масштабность личности зависит от уровня реализации: ее зрелых черт.

Ниже представлен опросник, составленный на основе указанного перечня качеств здоровой полностью функционирующей личности. Предлагаемый личностный опросник служит не столько средством для выявления количественного показателя зрелости, сколько поводом для самоанализа и, следовательно, определяет пути для личностного роста. Личность, которая не достигла высоких ступеней самоажтуализации, отчасти нуждается в психологической помощи. Многие и:з перечисленных свойств можно выработать в себе самому или с чьей-то помощью при определенной психологической и духовной работе. Однако есть качества, развить которые произвольно не представляется возможным, хотя они чаще всего упоминаются в различных проповедях. Это мудрость, достоинство, доброта, мужество, смирение, любовь. Как пишет Лесли Г. Фарбер, обладать ими можно лишь непроизвольно. «Мастерство, такт или способность быть честным можно выработать непосредственно, знания о них и радость обладания ими не противоречат их природе. Но только глупец заявляет о своей мудрости, гордец — о своем смирении, а трус — о своем мужестве. Эти добродетели ускользают от любых усилий достичь их, а возвестивший об их достижении становится лжецом. Я могу стремиться к знанию, но я не могу стремиться к мудрости. Этим добродетелям нельзя научиться, их нельзя выработать. Их нужно заслужить, но наделить себя ими мы не можем» (Шостром, 1992, с. 97).

Может показаться, что приведенные в перечне качества зрелой личности обрисовывают больше портрет идеальной, малодостижимой личности, что определенным образом напоминает штрихи лозунговой пропаганды, суть которой метко сформулировал Козьма Прутков: «Делай правильно — и не ошибешься». Тем не менее перечень сам по себе может выполнять функцию вдохновителя, что немаловажно для дальнейших действий в изменении себя. Ведь совершенствование человека в области психической, духовной культуры требует и определенно очерченных целей: к чему стремиться, каково мое «Я идеальное»? Можно призывать человека любить себе подобных, как себя самого, но если человек переполнен ненавистью, сколько ни взывай к его доброму и светлому началу, пока он не избавится от злобы, вряд ли появится любовь. Отсюда — несостоятельность клятвенных обещаний «быть добрым с понедельника». Действительно, для того чтобы развить в себе те или иные добродетели, необходимо потратить много энергии, но не менее важно знать, куда именно направить эту энергию.

На основе качеств полностью функционирующей личности нами был разработан аутоаналитический опросник зрелой личности (см. книгу 2). Полученные количественные результаты использования опросника на различных выборках свидетельствуют, как правило, о наличии умеренной личностной «зрелости», что вписывается в общую картину данных и по другим тестам. Например, средний показатель при исследовании студентов первого курса психологического факультета составил 76 баллов, а студентов четвертого— 81 балл, 91 балл— у врачей, у учителей-гуманитариев сельских школ этот показатель равен 93 баллам.

Более детальный анализ зрелости личности учителей-гуманитариев сельских школ Новгородской области был проведен нами при помощи теста по самоактуализации А. Маслоу (POI — Personal Orientatation Inventory) (адаптация и стандартизация Н. Ф. Калининой, 1994). Изучалась динамика показателей зрелости личности при проведении тренингов личностного роста.

Необходимо отметить, что профиль личности учителя имеет устойчиво средние и стабильные показатели, что свидетельствует о достаточно высокой общей степени самоактуализации.

В каждом срезе отмечаются повышенные показатели по шкале ориентации во времени, при этом наблюдается объективная тенденция

к нарастанию последних данных во втором срезе (первый срез обследования — до проведения тренинга, второй срез — после проведения). Это свидетельствует о том, что учителя-гуманитарии, прошедшие обучение в группах, хорошо понимают экзистенциальную ценность жизни, основной ее принцип «здесь и теперь». Все это говорит о развитии способности к наслаждению актуальным моментом, без сравнения его с прошлыми радостями, без обесценивания предвкушением грядущих успехов. Как правило, учителя с низким уровнем по показателям шкалы ориентации во времени отличались невротическим погружением в прошлые переживания, мнительностью и неуверенностью в себе, имели завышенные стремления к достижениям.

По шкале ценностей также отмечена тенденция к нарастанию результатов в ходе реализации программ личностного роста. Можно отметить, что обследованные учителя разделяют ценности самоактуализирующейся личности, к числу которых А. Маслоу относил такие, как истина, добро, красота, целостность, отсутствие раздвоенности, жизненность, уникальность, совершенство, свершения, справедливость, порядок, простота, легкость без усилия, игра, самодостаточность. Предпочтение этих ценностей указывает на стремление к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми, далекое от желания манипулировать ими в своих интересах.

Анализ результатов шкалы «Взгляд на природу человека» демонстрирует выраженную позитивную динамику от первой сессии до последней. Взгляд на природу человека может быть положительным (высокая оценка) или негативным (низкая оценка). В нашем случае есть все основания говорить о высокой оценке (из десяти вопросов десять «правильных» ответов при повторном обследовании). Все это говорит о наличии у учителей веры в людей, в могущество человеческих возможностей. Высокие показатели можно интерпретировать как устойчивое основание для искренних и гармоничных межличностных отношений, как естественную симпатию и доверие к людям, честность, непредвзятость, доброжелательность.

Небольшое снижение показателей по шкале «Потребность в познании», возможно, связано с укоренившимися педагогическими установками, которые искажают процесс познания за счет склонности судить, оценивать и сравнивать. Если раньше учитель воспринимал все как есть, то после переподготовки стал более взыскательным и только после вдумчивого анализа начинает ценить имеющееся.

Результаты тестирования показали, что потенциал креативности у учителей-гуманитариев еще далек от реализации. Показатели свидетельствуют только о 50%-й силе стремления творчески строить свои отношения с жизнью. Репрезентативной динамики за время работы в группах личностного роста по этому фактору, к сожалению, не наблюдается.

Еще более низкие показатели без особой динамики получены по шкале «Автономность». Как известно, автономность, по мнению большинства гуманистических психологов, является главным критерием психического здоровья личности, ее целостности и полноты. Это свойство тяготеет к таким чертам, как жизненность и самоподдержка, направляемость изнутри, зрелость. Результаты по указанной шкале (из 15 только 6) могут еще раз подтвердить наличие у учителей-гуманитариев зависимости, отсутствия свободы в выражении самого себя. В терминах Э. Фромма автономность — это позитивная «свобода для» в отличие от негативной «свободы от».

Со шкалой автономности перекликается шкала спонтанности, низкие показатели которой свидетельствуют о неуверенности в себе, строгом контроле своих действий. Высокий самоконтроль блокирует выражение истинных чувств. Способность к спонтанному поведению у учителей-гуманитариев фрустрируется культурными нормами, правилами стандартного педагогического поведения. Высокий самоконтроль приводит учителей к позиции «свидетелей собственной жизни», что является одним из основных источников развития нервно-психической и психосоматической патологий.

В плане самопонимания учителя-гуманитарии имеют показатели чуть выше средних, что может свидетельствовать об адекватной чувствительности к своим желаниям и потребностям. Нередко наблюдается жесткая психологическая защита, которая выражается в отождествлении себя с социальной ролью учителя, отделяющем личность от собственной сущности. Данный феномен относится к категории «профессиональная личностная деформация», где, например, собственные вкусы и оценки подменяются внешними социальными стандартами. Показатели по шкалам самопонимания, спонтанности и аутосимпатии, как правило, связаны между собой.

Умеренные показатели обнаруживаются при анализе шкалы аутосимпатии. Следовательно, есть основания говорить о том, что данная выборка учителей отличается хорошо осознаваемой позитивной Я-концепцией, которая служит источником устойчивой адекватной самооценки. Аутосимпатия — это естественная основа психического здоровья и цельности личности.

Также усредненные данные получены и по шкалам контактности и гибкости в общении. Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что у учителей-гуманитариев есть большой нереализованный потенциал в общей предрасположенности ко взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми. Можно предположить, что работа, связанная с ежедневным общением с учениками, отнимающая достаточно много сил, требует сохранения энергии и снижения желания к общению помимо школы.

Шкала гибкости в общении соотносится с наличием или отсутствием социальных стереотипов, со способностью к адекватному самовыражению в общении. Здесь также наблюдается резерв развития личности учителя-гуманитария. При нормальном, но не до конца аутентичном взаимодействии с окружающими, ограниченной способности к самораскрытию, некоторой профессиональной ригидности сложно реализовывать в школе идеи гуманизации через фасилитацию образования.

При изучении динамики личностных свойств в ходе тренинга личностного роста студентов специального психологического факультета с помощью Калифорнийского психологического опросника (CPI) и аутоаналитического опросника здоровой личности удалось выявить рост средних значений от начала исследования к его окончанию по шкалам аутосимпатии, ожидания положительного отношения других, самоинтереса, самопонимания. Не изменились средние показатели по шкалам самоуверенности, самопринятия. Снизились средние значения по шкале самообвинения. Все изменения статистически значимые ($p > 0,05$). (Психологическое наблюдение осуществлено Тяговой С. В., 1997).

При обработке данных аутоаналитического опросника здоровой личности в состоянии уверенной зрелости до тренинга находилось 72% психологов, после— 61%. Снижение данного интегративного показателя отражает скорее приближение к более адекватной самооценке, чем прежде, возможно завышенной.

По методике Дембо—Рубинштейн наблюдается динамика положительного роста по признакам «уверенность», «сдержанность», «довольство собой»; уменьшаются значения по признакам «понимаю себя», «самостоятельность». Чтобы впечатления от тренинга могли быть уложены в сознании, а изменения — трезво проанализированы, необходимо какое-то время, поэтому был сделан еще один срез психологического тестирования в этой группе через один месяц. Сравнение результатов первичного среза с показателями исследования через месяц показало, что значения по шкалам «Самоуверенность», «Самопринятие», «Саморуководство» не изменились. В то же время по шкалам «Самоуважение», «Самообвинение» произошло снижение показателей, по шкалам «Аутосимпатия», «Ожидание положительного отношения других», «Самоинтерес», «Самопонимание» средние значения возросли.

Таким образом, исследования продемонстрировали определенную динамичность объективных показателей различных свойств личности, составляющих портрет самоактуализированной, полностью функционирующей личности.

К. Роджерс соглашался с А. Маслоу, полагая, что люди «в основном стремятся вперед и, при подходящих условиях, полностью реализуют свой врожденный потенциал, демонстрируя истинное психическое здоровье».

По его мнению, «полноценное функционирование» человека определяют следующие личностные характеристики (остановимся лишь на тех из них, о которых не упоминал А. Маслоу). Это открытость переживаниям, которая предполагает глубокое и адекватное осознание своих мыслей и чувств; отсутствие тенденции к выработке неадекватных психологических защит от неприятных чувств; способность принимать свои чувства и мысли как основу для выбора поведения. Именно открытость к переживаниям и опора на собственные суждения в ситуациях выбора важны для понимания зрелой личности, поскольку позволяют человеку принять ответственность за свою жизнь, прежде всего за самого себя.

Отдельные качества обрисовывают портрет здоровой личности. Это, прежде всего, человек, **принимающий себя и окружающих.** Значение принятия окружающих очевидно для всех, а вот принятие себя самого для многих оказывается проблемой. Однако именно уверенность в себе, доверие к собственным душевным движениям, осознание своей самоценности лежит в основании гармоничных отношений человека с другими людьми. Эта идея отражена еще в евангельской заповеди **«Возлюби ближнего, как самого себя».** Действительно, можно ли любить людей, не любя себя самого? Э. Фромм, отвечая на этот вопрос, утверждает, что причина человеческого эгоизма коренится именно в недостатке любви к себе. Кто недоволен собой, тот находится в постоянной тревоге за себя, и потому при поверхностном взгляде может показаться, что он любит себя до крайности. Однако при более тщательном рассмотрении тревожного внимания человека к самому себе становится очевидным хроническое глубокое недовольство собой, которое является причиной нарушения гармоничного взаимодействия с миром и людьми. Итак, одна из составляющих зрелой личности — это способность к приятию мира, стремление к счастью и свободе для себя и для других людей.

Но этим портрет «психологически» здорового человека не исчерпывается. Дело не в том, что человек не страдает, не гневается, не ошибается, не обижает других, — нет, это живой человек, разный в своих проявлениях. Он может быть спонтанным и переменчивым, он может печалиться и унывать, он опирается не только на разум и расчет, во многом зависит от чувств и интуиции, но при всем этом такой человек способен брать **ответственность** за свою жизнь. Он умеет извлекать полезный опыт из неблагоприятных ситуаций и собственных ошибок. Он может быть открыт, распахнут по отношению к миру и к людям, но в нужные моменты он способен воспринимать мир как игру, как театр, и обладает хорошим **ролевым развитием—** умеет принимать роли, различные по статусу и содержанию, но не принимает патологических ролей, не позволяет манипулировать собой. Таким образом, зрелая личность обладает *ролевой универсальностью, гибкостью,* умением

перевоплощаться из одной роли в другую. Эта мысль присутствует и в работах Дж. Келли, который особо отмечал важность наличия у человека высокой адаптивности и гибкости, а также хорошо развитого репертуара ролей. Последнее замечание кажется особо важным для понимания психологического здоровья детей, поскольку именно в детском возрасте осуществляется интенсивное ролевое развитие. Ряд авторов полагает, что психическое развитие детей следует рассматривать как ролевое развитие, и неумение ребенка принимать роли, различные по статусу и содержанию, продуцировать новые роли свидетельствует о нарушении развития личности (см. Бреслав, 1990).

Таким образом, психологически здоровый человек подвижен и восприимчив к внешним изменениям, но обладает неким внутренним стержнем, запасом прочности, владеет эффективными способами психологической защиты, что позволяет ему противостоять разрушительным факторам реальности и оптимизировать свою жизнедеятельность.

В общем виде, как отмечает Джон Пауэлл, полнокровной жизнью живут те люди, кто использует все свои способности, силы и таланты. Чувства их проявляются в полной мере: ориентированные вовне, на восприятие окружающего мира, и направленные внутрь, связанные с переживанием внешних впечатлений. Никакие человеческие эмоции не чужды зрелой личности, она открыта любым формам их выражения. Обостренное ощущение жизни пронизывает ум и сердце такого человека, проявляясь в волевых решениях. Быть во всем живым — значит быть открытым ко всей гамме, ко всему спектру человеческих переживаний: удивлению, благоговению, доброте и сочувствию, восторгу и экстазу, отчаянию и горю. Пять шагов ведут к зрелости личности: 1) принять себя таким, каков ты есть; 2) быть собой, а не играть в себя; 3) забыть себя в любви к другим; 4) верить в свою миссию, свое дело; 5) принадлежать семье, общине (Пауэлл, 1992).

Глава 3
ЧЕЛОВЕК И ЕГО БОЛЕЗНИ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о нарастании нагрузки на нервную систему, психику человека. Информационный бум, ускорение ритма жизни, негативная динамика межчеловеческих отношений (замкнутость, снижение уровня социальной поддержки и т. д.) и другие патогенные особенности современной жизни приводят к формированию эмоционального напряжения, которое выступает одним из факторов развития различных заболеваний.

Ситуация, связанная с переходом от одной ступени развития общества к другой, как никогда, актуализирует проблемы здоровья. Жизнь в условиях неопределенности, кардинальной смены устоявшихся стереотипов поведения повышает уровень тревоги, беспокойства за свое будущее, за будущее своих детей, родственников, что, в свою очередь, способствует развитию нервно-психической и психосоматической патологии. Результаты анализа современного положения населения страны свидетельствуют о том, что уровень неопределенности для отдельного человека и для страны в целом остается высоким. Неопределенность сама по себе не имеет знака— ни «плюса», ни «минуса». Знак зависит от личностных особенностей человека, заполняющего эту неопределенность собственными ожиданиями. Как известно, неопределенность — это дефицит информации в прогнозировании своего будущего. Поэтому один человек видит в будущем угрозу, а для другого, наоборот, — будущее исполнено множеством самых радужных надежд и ожиданий. Исходя из исследования реакций нашего населения на неопределенность, можно выделить две полярные группы: в 1-й группе 42% населения реагируют страхом, усталостью, безразличием, растерянностью; во 2-й— 41%, реагирующих озлобленностью, агрессивностью.

Наши исследования, проведенные в одном крупном научно-производственном объединении, показали, что 48% работников предприятия имеют те или иные медико-психологические проблемы. У 10% обследованных выявлены выраженные социально-психологические дезадаптации. Актуальными проблемами для работников НПО явились: блок I — проблемы, связанные с физическим здоровьем; блок II — проблемы, касающиеся психического состояния, контроля эмоциональной сферы, регулирования настроения;

блок III — проблемы общения, в том числе сексуального; блок IV— проблемы, связанные с семьей, взаимоотношениями с членами семьи; блок V— проблемы, вызванные курением и злоупотреблением алкоголем.

Таким образом, на примере одного предприятия можно увидеть, что большая часть работников в той или иной степени нуждается в помощи специалистов-психологов, психотерапевтов, наркологов и др.

Современная жизнь характеризуется огромным потоком информации, ежедневно и ежечасно обрушивающимся на головы людей. Как оказалось, многие, особенно чувствительные люди, не в состоянии адекватно перерабатывать этот шквал столь разнообразной, а порой чудовищной информации. Растет число лиц, страдающих от *«синдрома информационного изнурения»,* особенно среди тех, кто либо вплотную занят бизнесом, либо озабочен состоянием своего здоровья (так много рецептов, как стать здоровым, «аж голова кружится»).

Разрушение идеологической базы повлекло за собой разрушение индивидуальной картины мира. Большинство населения России сумело перестроить мировоззренческую картину, оперевшись при этом либо на религиозные догматы, либо на собственную философскую модель описания действительности. Однако около 8% населения сегодня не имеет никакой системы описания, что представляет собой явную опасность, ибо заполнение этого мировоззренческого вакуума экстремистскими, например шовинистическими, идеями может спровоцировать социальные катаклизмы.

Церковь всегда указывала человеку на *семь смертных грехов: гордыню, сребролюбие, блуд, чревоугодие, гнев, зависть, уныние.* И не напрасно. Все они в современной терминологии могут в полной мере рассматриваться в качестве факторов риска различных заболеваний. Не зря народная молва по поводу зависти замечала: «Брюхо заболело — чужого захотело».

Снижение уровня социальной поддержки приводит к переживанию стрессовых ситуаций в одиночку, что явно ослабляет толерантные возможности человека. Б. Г. Ананьев отмечал, что стресс-толерантность личности и выносливость по отношению стрессорам зависит от поддержки, моральной помощи, солидарности группы, соучастия, сочувствия других людей. Как известно, **социальная поддержка (social support)** может быть *институциональной,* то есть исходящей от государственных структур; *корпоративной,* исходящей от администрации, профсоюзов; *межличностной,* исходящей от отдельных людей. Социальная поддержка выступает в качестве барьера между стрессом и его физиологическими и психологическими последствиями. Сама по себе социальная поддержка как специальная переменная, смягчающая патогенное действие стресса, является независимым фактором, оказывающим влияние на здоровье. Некоторые авторы используют понятия «социальная поддержка» и «межличностные отношения и связи» **(social network)** в качестве взаимозаменяющих, делая

при этом два допущения: 1) чем больше количество социальных связей, тем лучше; 2) наличие какой-либо социальной связи (брак, друзья и т. п.) эквивалентно социальной поддержке. Большинство исследователей социальной поддержки считают, что для здоровья и чувства благополучия важнее не столько количество контактов, сколько качество эмоциональной поддержки и ощущение близости отношений.

Ощущение благополучия человека основывается на таких параметрах социальных отношений, как социальная интеграция, привязанность, возможность кого-либо воспитывать и растить, получение подтверждения своей значимости, чувство надежности партнеров по общению, получение руководства. Фактически при изучении социальной поддержки особое значение придается привязанности и аффилиативной функции взаимодействия *(аффилиация*— потребность в общении, эмоционально теплых отношениях, проявляется в стремлении взаимодействовать с окружающими, оказывать помощь и принимать ее от других).

В отдельных странах можно наблюдать влияние социальной поддержки на снижение уровня заболеваемости. Например, среди японцев, живущих в США и поддерживающих общинно традиции своей культуры, уровень сердечно-сосудистых заболеваний значительно ниже, чем в американской популяции, причем все остальные факторы риска совпадают. Если такой человек переживает горе, то его сородичи стекаются к нему и помогают преодолеть этот стресс, если же переживает радость — снова собираются соотечественники, чтобы порадоваться вместе.

Л. Беркман и Л. Сайм в течение девяти лет изучали взаимосвязи межличностных отношений со смертностью почти на 7-тысячной популяции в штате Калифорния. Подсчет показателей относительного риска выявил повышение уровня риска у лиц с самым низким числом межличностных связей. В этом исследовании учитывались четыре источника межличностных связей: 1) брак; 2) отношения с близкими друзьями и родственниками; 3) посещение церкви; 4) участие в формальных и неформальных общественных группах. Надо отметить, что социальная поддержка со стороны членов семьи и начальника оказалась более эффективной в смягчении влияния на здоровье испытываемого стресса, чем поддержка со стороны сослуживцев и родственников.

Рассмотрим результаты, полученные нами (совместно с Л. И. Уткиной) на выборке учителей-гуманитариев сельских школ Новгородской области. Прежде всего, надо отметить, что 90% учителей удовлетворены своими контактами с другими людьми. Обнаруживается динамика удовлетворенности от прошлого к настоящему, то есть если прошлыми отношениями были удовлетворены только 71%, то настоящими уже 90%, тем не менее 10% остаются неудовлетворенными настоящими взаимоотношениями с другими людьми. Еще 16% учителей пребывают в определенной социальной депривации, так как у них нет кого-либо, с кем они могли

разделить свои психологические или другие трудности. У 84% учителей в окружении есть конкретные люди, от которых они могут всегда получить психологическую помощь.

Более детальный анализ выявил референтные группы людей, которые оказывают учителям реальную помощь (стоит учитывать, что исследуемая выборка на 98% представлена женщинами): мать — 53%; супруг — 53%; друзья— 51%; сестра— 31%; сын— 24%; коллеги— 24%; дочь— 18%.

На вопрос «Обращаетесь ли вы за поддержкой к церкви?» 49% учителей ответило утвердительно. Поиск поддержки в традиционной сфере христианской религии проявляется у них эпизодически, чаще всего в наиболее трудных случаях. Выполнение тех или иных ритуалов способствует смягчению переживания стресса.

Для сельских школ характерна соборность; тесное общение на работе и за пределами школы отражается и на ощущении поддержки со стороны администрации. Такую поддержку чувствуют 69% учителей. Почти у каждого учителя имеется человек («жилетка»), которому можно довериться, в трудную минуту «поплакаться» (91%). Для учителей-гуманитариев также характерен в трудные минуты поиск поддержки в книгах, как специальных, так и в художественных. Так помогают себе 53% учителей. Любопытно отметить, что появление в школах психологов открывает новые возможности в плане самопомощи в решении трудных жизненных задач учителей. Об этом свидетельствует то, что 25% учителей находят поддержку в общении с психологом или участвуя в тренингах общения. Помимо «стандартных» источников социальной поддержки, учителя используют некоторые необычные источники, например, домашних животных (7%), опыт других коллег (3%). Из всей выборки только один человек находит поддержку в самом себе.

В перечне вопросов анкеты требовалось оценить свое характерное самочувствие. Оценку предлагалось осуществить по принятой в школе пятибалльной шкале. 89% учителей оценили свое самочувствие на «4» и 11% — на «3». Такое положение, возможно, еще одно отражение того, что это сельские учителя, живущие и работающие на природе.

Гипотезу «Чем больше контактов, тем лучше себя чувствую» подтвердили 69% обследованных. Однако обратную гипотезу «Чем меньше контактов, тем хуже себя чувствую» подтвердили лишь 9%, 18% учителей же не ощущают такой связи.

Обобщенным ответом на вопрос «Откуда я наиболее часто получаю социально-психологическую поддержку?» 62% учителей-гуманитариев отметили семью, такая же тенденция отмечена и в американской выборке. Второе место уверенно занимают друзья — 49%. Третье место среди источников социально-психологической поддержки разделили «группы по интересам» — 22% и «родственники» — 20%. Затем 7% отметили, что ощущают поддержку со стороны начальника и только 2% — от церкви.

Итак, общение с другими людьми выступает значимым ресурсным фактором *(источники социальной поддержки — это «источники силы»)* в повышении качества жизни человека.

Изучение стрессогенных проблемных ситуаций, оказывающих повседневное воздействие на подростков, свидетельствует об их обилии. В исследовании О. Б. Нестеренко под нашим руководством в 2004 г. получено представление лишь о субъективно осознаваемых и предъявляемых проблемных ситуациях. Результаты анкетирования представлены в табл. 1.

Таблица 7

Проблемные ситуации подростков и источники их преодоления

Группа	Проблемы, вызывающие напряжение за последние полгода	Трудности обучения в выпускном классе	Что помогает преодолевать трудности
1. Здоровые подростки	Поступление в учебные заведения — 60%. Пробные и грядущие ЕГЭ — 46,7%. Материальные проблемы — 40%. Выпускной вечер — 33%. Общение с окружающими — 33,3%. Взаимоотношения с родителями — 12%. Нет проблем — 30%	Трудно даются предметы — 40%. Страх перед ЕГЭ — 40%. Усталость после уроков — 26,7%. Не хватает времени на выполнение домашних заданий — 26,7%. Загруженность олимпиадами — 33,3%. Тяжело вставать утром— 13,3%	Сила воли и др. личностные качества — 70%. Учителя — 46,7%. Родители — 46,7%. Стремление учиться дальше — 33,3%
2. Подростки с психосоматическими заболеваниями	Семейные проблемы — 64%. Экзамены (ЕГЭ) — 60%. Материальные проблемы — 30%. Проблемы с одноклассниками — 14%. Личностные проблемы (здоровье, усталость и др.) — 12%. Нет проблем — 11%	Страх перед ЕГЭ — 43%. Обучение по отдельным предметам —12%. Большой обьем домашних заданий — 15%. Общение с преподавателями — 12%. Некомфортные условия обучения — 12%	Личные качества (ответственность, сила воли, характер) — 38,64%. Родители, учителя — 19,23%. Стремление учиться дальше — 8%. Друзья — 8%. Не знаю — 34,62%

Как видно из таблицы, для обследованных подростков характерны проблемы, связанные с предстоящими экзаменами в форме Единого государственного экзамена (ЕГЭ), взаимоотношениями со сверстниками, с родителями и учителями; проблемы, связанные с недостатком материальных средств; трудности с учебой и предстоящим окончанием школы, продолжением своего образования и др. Однако соотношение этих проблем у выпускников в разных группах различно. Если у здоровых подростков главные трудности связаны с предстоящей деятельностью (сдача экзаменов и поступление в вузы), то у больных подростков на первое место выходит проблема отношений с родителями. В группе здоровых подростков 30% выпускников не имеют (читай — не осознают) проблем, вызывающих состояние стресса, в то же время в группах больных подростков этот показатель равен 11—14%. Следовательно, можно сделать вывод, что переживание стресса в группах больных подростков более выражено, чем у здоровых. В группах больных подростков выделяются в качестве стрессогенного фактора нарушенные отношения с родителями.

Характер школьных трудностей одинаково представлен во всех группах испытуемых подростков. Все выпускники жалуются на большой объем нагрузки, в том числе в виде домашних заданий, на сложность освоения отдельных предметов, взаимоотношения с учителями, а также страх, усталость и переутомление. Полученные данные подтверждают заключение валеологов о перегруженности учебных программ фактической информацией и чрезмерной интенсификации образовательного процесса, вызывающих у учащихся переутомление и дистресс (в старших классах, вместе с приготовлением домашнего задания, рабочий день школьника составляет 13-15 часов, что на 20—40% превышает гигиенические и физиологические нормативы). Поэтому обучение в выпускном классе можно рассматривать как мощный стрессогенный фактор.

На основании анализа ответов на третий вопрос анкеты «Что вам помогает разрешать возникающие проблемы?» можно определить главный опосредующий фактор со стороны индивида в отношении стрессового события. Это характер его оценки, представляющий собой суждение о событии с различных точек зрения (контролируемость, приписывание причин и т. д.). Основное различие между представителями различных групп заключается в первичной и вторичной когнитивной оценках проблемной ситуации и — на ее основании — в определении способов преодоления трудностей. Если здоровые подростки чаще оценивают проблему как вызов своим личностным ресурсам и демонстрируют готовность к активному противостоянию среде и уверенность в состоятельности своих личностных и средовых ресурсов, то подростки с психосоматическими нарушениями воспринимают проблемные ситуации как прежде всего

угрожающие их благополучию, выказывая свою личностную беспомощность (около 60% опрошенных). Только 38,6% надеются на свои силы, на помощь со стороны окружающих рассчитывают 19,2%, а 34,6% затрудняются ответить на этот вопрос. Следовательно, в данной группе наблюдается отсутствие уверенности в состоятельности своих личностных и средовых ресурсов противостояния стрессовым ситуациям.

Таким образом, в структуре копинг-поведения здоровых подростков имеются психологические факторы резистентности к стрессу. К позитивным личностно-средовым ресурсам относятся: положительное восприятие подростками социальной поддержки со стороны родителей, учителей и сверстников, наличие интернального локуса контроля над средой.

В целом нарушение нервно-психического баланса *(актуализация общего девиантного синдрома адаптации),* вызванное психотравмирующими ситуациями, может пойти по трем направлениям: 1*) по пути невротизации; 2) по пути соматизации;* 3) *по пути девиации поведения* (Мягер, 1985).

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод: *стремление к совершенствованию человека в области психической культуры есть неспецифический базисный фактор профилактики любого заболевания.*

Интерес к психологической составляющей этиопатогенетических факторов в развитии патологии на любом уровне связан с тем, что именно она в большей степени поддается контролю и во многом зависит от самого человека. Следовательно, одним из руководящих принципов профилактической медицины (превентологии) должна быть установка на поиск и коррекцию (аутокоррекцию) психологических состояний, повышающих вероятность возникновения заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В качестве наиболее репрезентативного исследования здоровья школьников можно рассматривать проведенную в 2002 г. Министерством здравоохранения диспансеризацию. По предварительным данным, около 60% учащихся страдают теми или иными хроническими заболеваниями, часто несколькими, то есть почти 2/3 сидящих за партами детей наших школ — больные, 30% школьников нуждаются в постоянном лечении. На первом месте среди заболеваний находятся нарушения опорно-двигательного аппарата, на втором — заболевания желудочно-кишечного

тракта (из доклада министра здравоохранения РФ Ю. Шевченко, 1 июля 2003 г.). Но и оставшуюся треть школьников трудно отнести к категории здоровых. Отсутствие медицинского диагноза — еще не свидетельство здоровья. Среди учащихся, у которых не выявлено хронических заболеваний, более половины составляют те, кто находится «между здоровьем и болезнью», в так называемом «третьем состоянии». Это разнообразные функциональные нарушения, не достигшие уровня болезни, но свидетельствующие о напряжении адаптационных ресурсов организма (дезадаптационных нарушениях), повышенном риске возникновения клинически выраженной патологии. Несоблюдение дополнительных требований к условиям и образу жизни, характеру нагрузки, определяемых данной группой риска, неизбежно приводит к переходу человека из этой группы в группу больных хроническими или острыми заболеваниями.

Таким образом, по усредненным данным, полученным разными специалистами в последние годы, практически здоровыми можно признать не более 10% нынешних школьников.

Оценка состояния здоровья детского населения, определение критериев, характеризующих и обусловливающих его, строятся с учетом так называемых «определяющих признаков здоровья», к которым относятся:

- отсутствие в период обследования какой-либо болезни, гармоничное и соответствующее возрасту развитие (физическое и психическое);
- нормальный уровень функций;
- отсутствие наклонности к заболеваниям.

Для градации здоровья детей используют его качественную характеристику. Детей на основании результатов медицинских осмотров распределяют на пять «групп здоровья»:

I — здоровые, нормально развивающиеся, без функциональных отклонений;
II — здоровые при наличии функциональных или небольших морфологических отклонений;
III — больные в компенсированном состоянии;
IV — больные в субкомпенсированном состоянии;
V — больные в декомпенсированном состоянии.

I группа — дети и подростки, у которых отсутствуют хронические заболевания; не болевшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие (здоровые, без отклонений).

II группу составляют дети и подростки, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто (4 и более раз в год) или длительно

(более 25 дней по одному заболеванию) болеющие. Уточнение состава этой группы особенно важно, поскольку функциональные отклонения в той или иной мере препятствуют таким детям в осуществлении их социальных функций.

III группа объединяет тех, кто имеет хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации).

К **IV группе** относятся больные с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом реконвалесценции после острых заболеваний (в состоянии субкомпенсации).

В **V группу** включаются больные с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями (в состоянии декомпенсации). Как правило, такие больные не посещают детские и подростковые учреждения общего профиля и наблюдаются по индивидуальным схемам.

В I группу попадают обычно 20-25% учащихся. Данный показатель практически не изменился за последние 50 лет, но качественная характеристика этого контингента стала другой. Значительную часть современных «здоровых» детей составляют те, кому не поставили медицинский диагноз, но состояние которых характеризуется сниженными адаптационными возможностями и фактически относится к «третьему состоянию» по классификации И. И. Брехмана.

С. М. Громбах (1981) предложил еще одну группировку популяции, которая на основании состояния здоровья каждого индивида отражает возможность осуществления им основных присущих ему социальных функций. Она в большей степени учитывает специфику контингента учащихся и также включает пять групп:

I — свободное, неограниченное осуществление социальных функций;
II — частичное, в узком направлении, ограниченное осуществление социальных функций;
III — ограниченное осуществление социальных функций;
IV — резко ограниченное осуществление социальных функций;
V — невозможность осуществления присущих данному лицу социальных функций.

По мнению С. М. Громбаха, основной социальной функцией детей Школьного возраста является выполнение всех требований школьного обучения, включая освоение общеобразовательных предметов, трудовое

обучение, физическое воспитание. Поэтому дети и подростки, полностью соответствующие этим требованиям, должны быть отнесены к I группе. Что касается лиц, которые не могут по состоянию здоровья полностью осуществлять свою социальную функцию и, следовательно, не попадают в I группу, то отнесение их к одной из остальных групп основывается на выраженности отклонений в состоянии здоровья и соответствующих ограничениях выполнении социальных функций.

Принадлежность к той или иной социально-гигиенической группе здоровья определяется не фактическим выполнением индивидом его социальной функции, а состоянием здоровья, допускающим это выполнение без чрезвычайного напряжения компенсаторных механизмов организма. Таким образом, «цена» здоровья определяется осуществлением той или иной деятельности. При этом данная группировка не отменяет классификацию детей по врачебным группам здоровья, а лишь дополняет ее.

Вышеизложенное можно наглядно проиллюстрировать выборками статистических данных по основному медицинскому показателю состояния здоровья населения — заболеваемости.

По данным Н. К. Смирнова (2003), в Москве за последние пять лет первичная заболеваемость детей увеличилась на 12%, подростков— на 35%; частота онкологических заболеваний возросла на 14%; болезней эндокринной системы— на 29,8%, болезней крови— на 36,2%, астмы — на 43%, болезней органов пищеварения — на 22,6%. Впервые за 40 лет врачи столкнулись с проблемой гипотрофии юношей-подростков. Дистрофия призывников вышла в число ведущих причин отсева на призывных пунктах. Вместе с тем выросло и число подростков с избыточной массой тела. Таким образом, значительно меньше стало тех призывников, у кого вес тела в пределах нормы. У сегодняшних подростков показатели в росте, окружности грудной клетки, динамометрии значительно хуже, чем у их сверстников 10-15 лет назад. Сравнительный анализ параметров физического развития старшеклассников, обучавшихся в 1996-1999 гг. и 1985—1987 гг., свидетельствует о снижении среднеполуляционного показателя массы тела, возрастании на 10—13% числа лиц, имеющих астеническое телосложение, об уменьшении роста на 0,5—1,5 см, окружности грудной клетки — на 4,5—8,5 см. Установлен регресс силовых возможностей по динамометрии правой кисти на 2,7—4,9 кг. Это отражает определенную физическую деградацию юного поколения за последние несколько лет.

Очень быстрыми темпами ухудшается здоровье у школьниц. За последние 10 лет число здоровых девушек-выпускниц уменьшилось с 28,3% до 6,3%, то есть более чем в 3 раза. С 40% до 75% возросло число девушек с хроническими заболеваниями.

По данным Минздрава РФ, из 6 млн подростков 15—17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы

различные заболевания. При этом треть заболеваний ограничивает выбор будущей профессии. Почти 40% юношей по медицинским показаниям не годятся для службы в Вооруженных Силах, а те. кто признан годными, редко отличаются хорошим здоровьем.

В Центре психического здоровья РАМН изучали нарушения нервно-психической сферы в общей популяции подростков во время диспансеризации при переводе их из детской во взрослую поликлинику одного из районов г. Москвы. Из 377 обследованных подростков полностью соматически здоровыми оказались только 36% (135 чел.), у остальных (242 чел.) 64% были выявлены различные заболевания. Значительную часть (40%) составили пациенты, имеющие психосоматические болезни (ВСД, бронхиальная астма, дискинезии желчевыводяших путей и т. д.), а также заболевания, сопряженные с возникновением пограничной психической патологии. У 10% имели место органические поражения центральной нервной системы разной степени выраженности. Тяжелые психические заболевания (имбецильность, эндогенный процесс с выраженными деструктивными тенденциями, эпилепсия) были представлены малым числом случаев и составляли 1,9% от общего числа обследованных. 6,9% обнаружили субклинические нозологически неспецифические психовегетативные кратковременные реакции и состояния, которые могли развиться после различных нервно-психических нагрузок (экзаменов), инфекций. У 7,4% психически здоровых подростков имели место личностные реакции, возникающие в ответ на тяжелые психотравмирующие переживания (Кравченко, 2002).

Г. Г. Князев с соавт. (2003) провели скрининговое исследование приспособленности и психического здоровья детей в трех школах г. Новосибирска. Всего в исследовании участвовало 822 учащихся общеобразовательных, коррекционных и гимназических классов (398 девочек и 424 мальчика) в возрасте от 7 до 17 лет. Более половины детей (52,3%) имели какое-либо хроническое заболевание. Наиболее часто (12%) встречались повышенное или пониженное артериальное давление (АД), воспаление верхних дыхательных путей, включая хронический тонзиллит, фарингит и синусит (12%), нарушения опорно-двигательного аппарата, включая кифоз, лордоз, сколиоз и юношеский остеохондроз (11,5%). Обращает на себя внимание преобладание в структуре заболеваемости болезней психосоматического характера, в сумме составляющих 57% всех зарегистрированных заболеваний. Болезни чаще встречались у девочек, чем у мальчиков.

Состояние здоровья сельских школьников по ряду показателей лучше, чем городских: меньше частота функциональных нарушений нервной системы, повышенного АД, дискинезий желчевыводящих путей, ожирения, кариеса зубов, плоскостопия и сколиозов. Однако в сравнении со средними

данными по России у сельских школьников резко выше показатели по травматизму (27% против 8%), по ЛОР-заболеваниям (15% против 3%), близорукости (18% против 9%), аллергии (4% против 2%). Распределение по группам здоровья также фиксирует различие между школьниками, проживающими в городе и селе. Так, к I группе здоровья отнесены 24,3% девушек и 33,7% юношей из города и 36,0% и 38,2% сельских школьников соответственно. Ко II группе здоровья — девушек из города — 49,7%, юношей— 46,7%, а из села— 42,8% и 43,8% соответственно. К III группе отнесены 25,7% городских девушек и 18,8% городских юношей (20,4% сельских девушек и 17,5% сельских юношей).

Согласно исследованиям В. С. Лиходеда с соавт. (2000), практически здоровыми оказались лишь 9,5% городских и 3% сельских учащихся. Скрининг-тестирование выявило психоневрологические расстройства у 65,1% сельских школьников, пульмонологические, кардиоревматологические, ЛОР-заболевания — у 7,8%, 4,8%, 5,8% соответственно. У городских школьников аналогичные показатели составляют соответственно 58,3%, 12,3%, 14,3%, 0,7%.

И. П. Егорова и соавт. (2000) отметили ежегодную тенденцию к росту хронической заболеваемости школьников со среднегодовым темпом 5,8%. За период обучения число здоровых детей уменьшается в 4 раза, число близоруких детей увеличивается с 1-го класса к выпускным с 3,9 до 12,3%, с нервно-психическими расстройствами— с 5,6 до 16,4%, с нарушениями осанки— с 1,9 до 16,8%. За изученный период заболеваемость сердечно-сосудистой системы возросла в 2,8 раза, а отсутствие организации питания в школе привело к росту хронических заболеваний органов пищеварения в 2,8 раза, заболеваний крови — в 3,3 раза: с 0,26% до 0,78%. Причинами такого положения, по данным Министерства образования РФ, являются факторы внутришкольной среды: переполненность классов, сниженный уровень освещенности помещений, совместное обучение детей с разным уровнем подготовки и разными психофизиологическими качествами, авторитарный стиль работы учителя, недостаточная дифференциация учебных предметов, отсутствие помещений для отдыха, плохая организация питания в школе, перегруженность учащихся основными и дополнительными занятиями, неблагополучие психологического климата школьных коллективов; неоправданная интенсификация образования на фоне ухудшения социально-экономической и экологической обстановки.

Комплексные медицинские обследования детей дошкольного возраста, проведенные в различных регионах нашей страны, свидетельствуют о высокой патологической пораженности (лишь 10% 5-летних детей признаны здоровыми). Среди хронических заболеваний у дошкольников наиболее часто встречаются нарушения опорно-двигательного аппарата (63%), отклонения в работе сердечно-сосудистой системы (33%), болезни

желудочно-кишечного тракта (18%), причем частота этих и других заболеваний с возрастом только увеличивается.

Уже при поступлении в 1-й класс I группа здоровья отмечается только у 12—15% учащихся; дети, имеющие хроническую патологию и сниженную резистентность, в 1-м классе составляют 22—25%. В третьем классе число практически здоровых детей резко снижается за счет нарушений в деятельности сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, дыхательной систем и органов зрения.

Одна из самых частых патологий у школьников — нарушение остроты зрения, достигающее в ряде регионов России 30-40%. (В США средние показатели— 18%; в Германии— 13%; в Польше— 21%.) По Москве снижение остроты зрения в школе (23,3-25.5%) выше, чем в среднем по городу (21,8%).В результате обучения в начальной школе количество детей с патологией зрительной системы увеличивается в среднем до 35% (чаще за счет миопии). Обучение в школе к 11-му классу завершается резким уменьшением числа здоровых по зрению детей и ростом патологии в 52% случаев (близорукость, осложненная косоглазием и астигматизмом). На 7 млн выпускников приходится 160 тыс. близоруких. Близорукость занимает первое место среди причин, препятствующих выбору профессии. С возрастом прогрессирует и степень близорукости. Так, высокие степени близорукости (6,0 Д и выше) в среднем и старшем возрасте встречаются в два раза чаще, чем в младшем школьном возрасте. Поэтому охрана зрения школьника должна быть направлена не только на предупреждение близорукости, но и на сдерживание ее прогрессирования.

Основная медицинская группа для занятий физической культурой назначается при остроте зрения 0,5 и выше (с коррекцией и без коррекции) и степени аномалии рефракции до ±3,0 Д; подготовительная группа— при остроте зрения ниже 0,5 (с коррекцией) и степени аномалии рефракции до ±3,0 Д и независимо от остроты зрения — при степени аномалии рефракции от 4,0 Д до 6,0 Д. Начиная с 7,0 Д, независимо от степени снижения остроты зрения, целесообразны дыхательные упражнения. При наличии изменений глазного дна, независимо от степени снижения остроты зрения, вопрос о допуске к занятиям по физической культуре решает офтальмолог.

Патология опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки и искривление позвоночника) чаще встречается у ослабленных детей, перенесших болезни, особенно связанные с нарушением солевого обмена. Из сопутствующих заболеваний, влияющих на формирование порочных осанок, развитие Деформаций, отмечаются заболевания глаз, пороки развития позвоночника, стоп, заболевания легких, сердца и др. Распространенность нарушений осанки и сколиоза у московских школьников значительно выше, чем в среднем по городу (10% против 4,9% и 6,5% против 0,4% соответственно).

Особое место в структуре детской патологии занимают заболевания нервной системы и психической сферы. Около 7,5 млн детей России

страдают заболеваниями нервно-психической сферы. Распространенность психической патологии (на 100 тыс. населения) на 21% выше среди лиц старшего подросткового возраста, чем среди детей до 14 лет. Структура патологии детей и подростков за последние годы не меняется. Так, среди детей в 65,9% выявляются непсихотические психические расстройства, в 31%— умственная отсталость, в 3.1%— психозы (в том числе 0.5%— шизофрения). Среди подростков 1-е место занимает умственная отсталость (50,3%, из них 80%— легкие формы). 2-е и 3-е— непсихотические психические расстройства (43,9%) и психозы (5,84%, в том числе шизофрения— 1,8%). Психические нарушения занимают ведущее место среди причин инвалидности детей (18,6%). Данные представлены на Конгрессе по детской психиатрии в Москве в 2002 г. (В. М. Волошин, Б. А. Казаковцев, Ю. С. Шевченко, А. А. Северный).

При общей высокой распространенности этих заболеваний в популяции, дети с явными нарушениями психики не обучаются в школах общего типа. Поэтому среди учащихся преобладают те, у кого нервно-психические расстройства носят пограничный характер. Обычно это астеноневротические и другие дезадаптационные состояния, а также невротические и патохарактерологические отклонения. По данным ряда исследователей (Смирнов, 1998; Громов, 1999; Кулеев, 2001; Кузнецова с соавт., 2000) др.), дети и подростки с такими нарушениями составляют до 80% учащихся общеобразовательных школ.

Наиболее широко распространенными расстройствами детей, включенными в классификацию ВОЗ, являются эмоциональные расстройства, отклонения в поведении и гиперактивность. Эмоциональные расстройства — это депрессивные состояния, тревожность, страхи, боли и неприятные ощущения, не имеющие органической причины. Их называют также внутренними проблемами и связывают с чрезмерным контролем поведения. Отклонения в поведении, или внешние проблемы, связывают с недостаточным самоконтролем. Это нарушение социальных норм и прав других людей — жестокость по отношению к людям и животным, организация драк, в том числе с использованием оружия, воровство, насилие, поджоги, взлом и порча чужого имущества, побеги из дома и прогулы. Отклонения в поведении являются медицинской и социальной проблемой, а также одним из основных факторов неблагоприятного развития. В развитых странах они встречаются у 10—20% детей и подростков, статистика по другим странам практически отсутствует (Князев и др., 2003). Это позволяет считать проблему психического здоровья подрастающего поколения крайне актуальной. Данная группа является также и группой риска по развитию психосоматической патологии. Так, Л. П. Великанова (1998) отмечает повышенный уровень тревожности учащихся как показатель предболезненного состояния, предлагая использовать его в качестве маркера групп риска функциональных и психосоматических расстройств при проведении скрининга.

По данным Н. О. Беляшиной и соавт., только 40—65% учащихся справляются со школьной программой. О. М. Филькина и соавт. в том же исследовании установили у подростков 15—17 лет с ухудшением соматического здоровья неадекватную самооценку в 50% случаев, высокую тревожность— в 89%, раздражительность— в 78%, эмоциональную лабильность — в 67%, низкий самоконтроль — в 73%. У 87% этих школьников повышен уровень нейротизма.

Неблагоприятное влияние учителей на здоровье школьников отметили в своих работах И. С. Дронов и соавт. (1998). Подчеркивается, в частности, фактор недостаточной опытности начинающих педагогов. Профессиональная деятельность учителя в условиях современного образования не способствует также сохранению его здоровья, о чем свидетельствуют следующие данные: 60% учителей постоянно испытывают психологический дискомфорт во время работы; 85% находятся в постоянном стрессовом состоянии; для 85% женщин-педагогов их деятельность является фактором, отрицательно влияющим на семейные отношения, вследствие чего 1/3 педагогов имеют заболевания нервной системы. В пределах функциональной нормы находится только 10,4% учителей, а 2,9% характеризуются сниженными и резко сниженными адаптационными возможностями организма. Уже среди молодых педагогов велика доля учителей с хроническими заболеваниями, причем ведущим фактором риска являются сердечно-сосудистые заболевания. С возрастом у учителей I и II группы здоровья практически исчезают, сменяясь III и IV группами здоровья.

На психику ребенка падает основная нагрузка в образовательных учреждениях. Под влиянием суммарной школьной нагрузки у учеников учащаются все функциональные отклонения, особенно астенические и невротические проявления, артериальная гипотония, преданемия, понижение иммунологической резистентности адаптационной функции надпочечников, что часто связано с хроническим стрессом. Анализ взаимосвязи нарушений психического и соматического здоровья учащихся показал, что у первоклассников нарушения психического здоровья преобладают над психосоматическими расстройствами, а в 5-м классе у школьников, напротив, преобладают психосоматические расстройства. Рост патологии У учащихся — характерная тенденция последнего десятилетия. Так, по данным В. Р. Кучмы (2001), за 10 последних лет распространенность функциональных расстройств и хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы среди старшеклассников возросла с 10,3% до 17,8%, пищеварительной системы— с 6,6% до 12,5%, позвоночника— с 4,3% до 15,7%, ЛОР-органов— с 6,7% до 10,5%, эндокринно-обменной системы — с 2,4% до 7,3%. При этом особо отмечен рост патологии среди Учащихся школ нового типа. Создание этих образовательных учреждений привело к тому, что заболеваемость детей в них в 2,5 раза выше, чем в

обычных школах, вследствие чего 35% детей нуждаются в стационарном лечении. Внедрение в практику образования различных инновационных методов обучения, как правило, не подкреплено комплексными нейрофизиологическими, медицинскими и социально-гигиеническими исследованиями. Зачастую инновации носят характер эксперимента без должного научного медицинского и психологического обоснования, что приводит к ухудшению состояния здоровья учащихся.

Проведенные валеологические исследования позволяют к уже известным недостаткам традиционной российской школы (ориентация на количество знаний, оторванность получаемых знаний от реальной жизни, нивелирование индивидуальности обучающегося, его неспособность к самостоятельному выбору жизненной позиции) присовокупить и ее негативное влияние практически на все компоненты здоровья детей. Особенно следует отметить, что традиционная школа замедляет психосоматическое развитие детей и, следовательно, препятствует естественному росту их адаптивных возможностей.

Детство — период интенсивного и целенаправленного развития, процесс формирования физического, интеллектуального, психического, нравственного и социального в человеке. Напряженность процессов роста и развития, определяющих сущность детского организма, делает его наиболее уязвимым и чувствительным к минимальным неблагоприятным воздействиям. У ребенка появляется еще один качественно иной тип патологического эффекта, отличный от болезни, — альтерация индивидуального развития, или *альтерация онтогенеза*. Этот эффект возникает всегда, при любых заболеваниях и патологических состояниях, но не имеет никаких непосредственных проявлений и может вылиться в ограничение тех или иных способностей, функциональных резервов, границ адаптации через годы после перенесенного воздействия, нередко уже во взрослом или пожилом возрасте. Неблагоприятные средовые воздействия в критические периоды последовательно, одно за другим, «срезают» ресурсы биологического здоровья растущего ребенка, которые могут быть необходимы для реализации талантов и одаренностей, для резистентности к болезням и достижения долголетия. Наиболее вероятно при этом «срезание» потенциала высших интеллектуальных и творческих возможностей. Последующими мишенями могут быть системы нейроэндокринной регуляции иммунитета, тонкая дифференцировка органных тканевых структур. Следствием всего этого будет общий эффект — снижение качества конечных результатов развития. Отсюда будут брать начало и неполное участие ребенка, его неотзывчивость на процессы обучения, воспитания, то есть неполнота формирования надбиологических этажей здоровья; отсюда же и ранняя аккумуляция возрастных изменений метаболизма, сосудистой реактивности, противоопухолевой резистентности (Казин, Блинова, Литвинова, 2000).

Подростковому возрасту принадлежит особое место в общих тенденциях роста заболеваемости, поскольку в биологическом отношении он является одним из критических и характеризуется мощными эндокринными перестройками, делающими организм подростка особенно чувствительным к воздействию вредных факторов. Между тем уровень употребления алкоголя среди мальчиков в 11 регионах России составляет от 72 до 92%, а среди девочек— от 60 до 84%. К 11-му классу курят около половины юношей и 1/4 часть девушек, до 37% подростков в возрасте 12—18 лет употребляют анаболики. В 1995 г. зарегистрировано около 20 тыс. подростков, больных сифилисом (в 45 раз больше, чем в 1989 г.), причем рост заболеваемости у подростков гораздо выше, чем у взрослых. Отсутствие знаний по культуре здоровья ведет к тому, что 40% школьников не знают, что такое здоровый образ жизни, 85% не занимаются физической культурой и спортом, около 50% (подростки и старшеклассники) уже пробовали наркотики, 70% познали «животный секс», на 45% возросла заболеваемость гонореей у юношей и девушек 14-16 лет (Вайнер, 1998).

В соответствии с международной классификацией, подростковый возраст разделяют на три периода: 11—13 лет— негативная фаза, 14—18 лет— переходный этап (собственно кризис) и 19—21— позитивная фаза.

В результате проведенного нами скрининга состояния здоровья подростков получены следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2

Распределение обследованных подростков по состоянию здоровья

Состояние здоровья	Код МКБ-10	№	%
Здоровые дети		87	26,28
Соматоформная вегетативная дисфункция (нейроциркуляторная дистония)	F45.30	51	15,41
Заболевания системы пищеварения (гастродуоденит, гастрит, язва желудка, язвенный колит)	K29.5; K29.9 K25; K51.9	56	16,97
Заболевания нервной системы (энцефалопатия, эписиндром, ДЦП, гидроцефалия)	C93.4; C40.5 C80; C91	17	5,14
Эндокринные, алиментарные и метаболические заболевания (гиперплазия щитовидной железы I, II степени)	E01	17	5,14
Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (сколиоз, остеохондроз, артрит)	M41; M40 M42 M08	63	19,03
Заболевания глаз и прилежащих тканей (миопия, гиперметропия, косоглазие, амблиопия)	H44 H53	40	12,08

Наиболее распространенными среди выпускников школы являются заболевания опорно-двигательного аппарата (19,03%), заболевания системы пищеварения (16,94%), соматоформная вегетативная дисфункция (нейроциркуляторная дистония — 15,41%) и нарушения зрения (12,08%).

Из 244 больных 128 имеют несколько заболеваний, что составляет 52,46% от общего количества больных детей и отражает общую тенденцию в диагностике ее коморбидность (сочетанность симптоматики).

Полученные нами данные о распространенности заболеваний среди школьников соответствуют результатам диспансеризации, проведенной Министерством здравоохранения в 2002 г. (Смирнов, 2003).

На основании изложенного можно сформулировать некоторые выводы:

1) ухудшение социально-бытовых, экологических, гигиенических, психологических и других условий жизни в нашей стране особенно сильно сказывается на состоянии здоровья детского организма: уменьшается численность I группы здоровья, растет количество врожденных и приобретенных заболеваний у новорожденных, растет число учащихся с отклонениями в психосоматическом здоровье к моменту окончания школы (первое место занимают психосоматические расстройства);
2) существующая система образования направлена скорее не на сохранение и улучшение здоровья учащихся, а на его ухудшение. Именно школьные проблемы, наряду с возрастными кризисами в этот период, судя по научным и статистическим данным, способствуют возникновению хронических заболеваний у каждого второго ребенка, приводя к существенной утрате резерва здоровья;
3) необходима профилактика даже незначительных донозологических нарушений психосоматического здоровья, своевременное устранение возникающих отклонений;
4) особую актуальность приобретает разработка и реализация комплексных оздоровительно-профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости; выделение основных факторов риска; снижение уровня функциональной напряженности детей и подростков, педагогов; обратимого восстановления резерва здоровья, особенно на этапах, переходных от здоровья к болезни; регламентацию режимов жизнедеятельности с учетом индивидуальных особенностей организма, «критических периодов» индивидуального развития; оценку степени наследственно обусловленной адаптивности к экстремальным факторам среды.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Исходя из обзора, сделанного Антви-Дансо Стивеном, аспирантом кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена, следует, что эмоциональная сфера всегда являлась предметом пристального внимания человека. С давних времен отмечалось, что в радости человек совершенно другой, чем в горе, и это касается не только его внешнего вида, поступков, различных видов деятельности, но и его влияния на других людей. Кроме того, самочувствие и состояние здоровья в большей степени связаны с эмоциональным тонусом и в конечном итоге с настроением индивидуума. Нарушение нормального функционирования механизмов регуляции эмоций дезорганизует целесообразное адаптированное поведение. Одним из вариантов нарушения эмоционального состояния человека является депрессия.

Депрессия — серьезное эмоциональное расстройство, которому подвержены люди всех возрастов, включая детей и подростков. Она характеризуется устойчивым грустным и раздражительным настроением, потерей интереса и удовольствия в жизни. Эти чувства сопровождаются рядом дополнительных симптомов, влияющих на аппетит и сон, уровень активности и концентрации, а также на самочувствие.

По мнению А. В. Смулевича (2001), депрессия влияет на весь организм человека, на его чувства, мысли и поступки, а также на его социальную адаптацию. Если не лечить депрессию, это может привести к плохой успеваемости, к алкогольной или наркотической зависимости, к снижению профессионального статуса, и как следствие, к вынужденной смене работы, к распаду семьи, к полной инвалидности или, наконец, к суициду. Проблема депрессии находится в центре внимания многих исследователей разных стран. Сложность ее изучения обусловлена многообразием и разновидностью проявлений, неоднотипностью в понимании термина «депрессия»(заболевание, симптом, синдром), нечеткостью клинико-психопатологических границ, противоречивостью классификации.

Интерес к депрессии особенно возрос в связи с увеличением числа больных, подверженных ей. По мнению Дж. Ананта (Ananth, 1978), депрессия развивается у трех человек из 1000. Общий показатель заболеваемости депрессией на сегодняшний день приближается к 3% (Смулевич, 2001; Whillock, Evans,1999), а при учете мягких форм— к 6%. Это значит, что ежедневно у 100 млн жителей нашей планеты обнаруживаются признаки депрессии и, соответственно, они нуждаются в адекватной медико-психологической помощи.

Еще недавно многие детские психиатры отвергали возможность возникновения депрессии в детском и подростковом возрасте, считая ее присущей только созревающей или взрослой личности, а признаки

угнетения и печали не признавали симптомом депрессии в детстве. Надо отметить, что в прошлые десятилетия не было достаточно существенных исследований для осмысления депрессивных синдромов среди детей и подростков. Сегодня в современной психиатрии произошло значительное продвижение в осознании того, что депрессия в детском возрасте может быть просто определенной фазой эмоционального взросления, которая с течением времени сама собой исчезнет. Обсуждая вопрос о возможности возникновения депрессивных состояний в младенческом возрасте, многие авторы обращали внимание на тот факт, что депрессивные расстройства, в том числе эндогенные и экзогенные, могут возникать в любом возрастном периоде, начиная с младенчества, в своеобразных формах, обусловленных возрастной личностной динамикой (Иовчук, Северный, 1999).

N. Piug-Antich, обследуя амбулаторных и стационарных больных, установил, что депрессивных детей можно более достоверно выявлять в раннем возрасте: дети с депрессивным фоном настроения намного выраженнее психологически функционально заторможены, чем полагали ранее (Piug-Antich, 1986). Он выяснил, что у школьников и подростков могут быть выявлена и сильная и слабая формы депрессии. Была выявлена связь между депрессией и суицидальной наклонностью в молодом возрасте (Brent et al., Robbins, Alessi, 1998). Авторы подчеркивали, что в подростковом возрасте депрессивное состояние и суицидальное поведение часто дополняют друг друга.

Современные исследования свидетельствуют, что психотические, эндогенные формы депрессии чаще встречаются у детей, чем у взрослых (Gatsonis, 1989; Antich, 1986; Ryan, 1987; Бехтерева, 1990). Сегодня проблема депрессивных расстройств у детей и подростков актуализируется в связи с тем, что увеличивается число детей с личностными отклонениями, такими как вегетативные нарушения, неуспеваемость, эпизоды тревоги и страха, навязчивость, грубость, курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, преступность и общие нарушения социального порядка. Дети с психическими расстройствами часто встречаются не только в психиатрических больницах, но и соматических клиниках и реабилитационных центрах. Это подтверждается рядом исследований, в которых среди психически больных детей были выявлены депрессивные проявления в 3—13% случаев, а среди подростков— в 25-30%. Распространенность депрессии у детей и подростков за последние 10—20 лет значительно увеличилась, при этом стала чаще выступать в форме соматизированных депрессий (Исаев, 2000).

Серьезность проблемы депрессии у детей в настоящее время подтверждается следующими данными Американской академии детской и юношеской психиатрии (1999); Национальной ассоциации психического здоровья США (2000); Центра психиатрического обслуживания США (1996):

- дети, подверженные стрессу, пережившие потерю или испытывающие недостаток внимания, имеющие проблемы в обучении, нарушения поведения, находятся в зоне риска повышенной депрессии;
- депрессивный фон настроения в детстве может перейти в более серьезное депрессивное заболевание в зрелом возрасте;
- существует жесткая связь депрессии и суицидальных поступков. Депрессия в детском и подростковом возрасте связана с повышением риска суицидального поведения. Суицид является третьей ведущей причиной смерти людей в возрасте 15—24 лет и шестой ведущей причиной смерти людей в возрасте 5—14 лет. Число попыток самоубийств еще выше;
- девушки-подростки более подвержены депрессии, чем юноши;
- школьники, в особенности младшие школьники, малолетние дети, у которых имеются проблемы в семье, чаще подвержены депрессии;
- четыре ребенка из пяти, совершивших побег из дому, страдают депрессией:
- если молодой человек пережил депрессию, повышается вероятность, что в течение следующих пяти лет у него может быть еще один приступ депрессии;
- около 33% детей и 12,5% подростков подвержены депрессии;
- у одного из пяти детей есть диагностируемые умственное, эмоциональное или поведенческое нарушение; примерно один из десяти может страдать от серьезного эмоционального расстройства, но 70% детей не получают психологической помощи;
- нарушение внимания и гиперактивность — наиболее распространенные психические отклонения у детей, они встречаются у 3—5% школьников.

Некоторые признаки детской депрессии

Депрессия у детей отличается от депрессии у взрослых и часто не распознается родителями или учителями и не лечится врачами. Причинами депрессии могут быть генетическая предрасположенность, переживание негативных событий в раннем детстве, подверженность психологическим и физиологическим стрессовым ситуациям, плохие семейные отношения, семейные конфликты, общественное давление, такие как разделение семьи, развод родителей, смерть близкого человека или Домашнего питомца, переезд из одного города в другой или в другой район города, неуспеваемость в учебе или спорте, травма или болезнь,

приведшие к госпитализации или ограничению активности, физическое или эмоциональное оскорбления и т. д.

Основныепризнакидетскойдепрессии:

- постоянное переживание грусти и безнадежности;
- избегание друзей и учебных занятий;
- возросшая раздражительность и тревожность;
- пропуск школьных занятий или плохая успеваемость;
- изменение привычек в еде и сне (например, потеря веса или бессонница);
- нерешительность, отсутствие концентрации внимания или забывчивость;
- чувство никчемности, неуверенности или чрезмерной вины;
- частые жалобы на плохое самочувствие, например на головные боли или боли в животе;
- потеря энтузиазма или мотивации;
- упадок сил и хроническая усталость;
- злоупотребление наркотиками или алкоголем;
- постоянные мысли о смерти или самоубийстве.

Предложены различные способы лечения детской депрессии. Они включают использование антидепрессантов, обучение семьи предотвращению депрессии при обнаружении симптомов, обучение способам общения и когнитивным приемам поведения в преодолении трудных ситуаций. Многие из этих способов могут быть применены индивидуально или в группах. Признано, что работа с группами сверстников, особенно игровая психотерапия, является наиболее эффективным методом именно для детей.

В исследованиях установлена важность и эффективность вмешательства и участия семьи в лечении детской депрессии. Демонстрация родителями позитивного отношения к ребенку и спокойствие в семье способствуют выздоровлению. В то же время депрессия родителей, конфликты в семье, плохое отношение к ребенку, стресс в семье — все это ухудшает течение детской депрессии, которая, в свою очередь, способствует семейному стрессу и плохим отношениям в семье. И можно говорить о необходимости усиления поддержки программ психологического образования в семье, направленное на улучшение понимания и знаний родителей и опекунов в области детской депрессии.

В школах необходимо применять стратегию оценки, способствующую более раннему обнаружению депрессии. Следует применять профилактические мероприятия для предупреждения развития депрессии. Эта оценочная методика (социально-эмоциональная оценка) включает в себя: прямое наблюдение, шкалу поведения, интервью, обзор школьной деятельности, самооценку и др.

Проблема детской депрессии имеет всемирный характер и несет большую угрозу социальному развитию любой нации.

В Гане, например, большинство детей, подверженных депрессии, игнорируются родителями, сверстниками и учителями. В социальном плане они более изолированы и менее активны. С ними меньше играют и редко берут в помощники. Они хуже других сдают экзамены, но это никого не волнует. В результате многие дети бросают школу и не продолжают обучение после школы. У таких детей нет оптимистичного будущего. Тех, кому повезет, отправляют в больницу для обследования и лечения. Число подверженных депрессией детей возрастает. Если у ребенка в депрессивном состоянии развивается отрицательный взгляд на себя, на свои неудачи и плохую успеваемость, то школа вряд ли будет его интересовать. Он будет, как правило, искать компенсацию вне школы. Такие дети часто занимаются коммерцией на улицах или бродяжничают. У других детей появляются антиобщественные установки, аддиктивное поведение, они начинают употреблять алкоголь, наркотики, такие дети могут заниматься криминальными делами, проституцией.

Депрессия в детском возрасте — настолько сложное явление, что специалисты не всегда могут определить ее. Симптомы могут быть замаскированными, неспецифичными, скрытыми, так что даже родители не могут сказать, притворяется их ребенок или действительно болен.

У школьников, испытывающих депрессию, на первый план выступают умственная и физическая утомляемость. У них ослабевает желание заниматься чем-нибудь, они испытывают лень, скуку и теряют интерес к учебе. Раньше или позже школьники начинают прогуливать, пропускать занятия или вообще перестают посещать школу. Они становятся безразличными к общению со сверстниками, у них появляются несвойственные им ранее раздражительность, грубость по отношению к педагогам, родителям. На уроках они с трудом улавливают объяснения учителя, подолгу сидят над одной и той же страницей книги, плохо воспринимают материал, ничего не запоминают, ошибаются в простых задачах; то, что раньше выполнялось за несколько минут, теперь требует часовых усилий. Постепенно наступают тревога, страх за свою несостоятельность, неуспеваемость. У некоторых депрессивных детей развивается страх перед посещением школы или перед экзаменом. Их движения становятся угловатыми и неловкими, появляется медлительность. Иногда наблюдаются суточные колебания настроения, расстройства сна. В ряде случаев можно выявить нарушения аппетита и колебания веса тела. Таков психологический портрет школьника, находящегося в состоянии депрессии. Все это, безусловно, не является нормальным для развития ребенка и оказывает негативное влияние на его социальную и образовательную деятельность.

К сожалению, депрессия в детском и подростковом возрасте долгое время не рассматривалась применительно к области обучения. Это стало источником страдания многих детей и их семей сегодня. В доступной литературе мы не встретили работ, посвященных изучению влияния депрессивных состояний на обучение детей. Особый интерес представляют профилактические и реадаптационные аспекты плохой успеваемости (и как ее следствия — ухода из школы, обусловленного депрессивным состоянием детей и подростков). Возникает необходимость проведения среди педагогов, учителей и родителей просветительской работы, направленной на выявление и своевременную коррекцию начальных признаков депрессии с целью преодоления последствий этого заболевания у школьников.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

Публикации, посвященные распространенности психических заболеваний, отражают значительную изменчивость результатов эпидемиологических исследований. Следует иметь в виду, что сама статистика в психиатрии является неким «айсбергом», ибо соотношение обратившихся к психиатру и не обратившихся, но психически больных, составляет 1:3, а в некоторых районах страны — 1:5. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), средний показатель распространенности нервно-психических заболеваний в XX веке вырос более чем в четыре раза.

Увеличивается не только число больных в обществе, но и темп роста этих расстройств. Если в нашей стране ранее регистрировалось 5—10 больных на 1000 населения, то в последние десятилетия — 29—33. Тесная связь нервно-психических нарушений с психогенными факторами и усложнением социальных условий современной жизни приводит к большому росту числа неврозов и расстройств личности при относительной стабильности психозов, в этиологии которых наибольшее значение имеют факторы эндогенной природы. Так, количество расстройств личности увеличилось в 4,5 раза, а неврозов — в 56 раз. По данным мировой статистики, на долю расстройств личности приходится 40% заболеваний, неврозы составляют 47%, а эндогенные психозы —13% (Петраков, 1972), то есть личностные аномалии— это весьма существенная часть нервно-психических расстройств в настоящее время.

Общая численность больных, получающих психиатрическую помощь, увеличилась за последние пять лет в 3,7 раза и составляет 4,4% населения страны. В пограничном состоянии находятся еще 15—20 млн человек, в большинстве своем — это дети и молодежь, нуждающиеся в квалифицированной помощи.

Эксперты ВОЗ отмечают заметное распространение нервно-психических расстройств у детей и подростков. Невротические и неврозоподобные состояния составляют 63 случая на тысячу детей. В нашей стране стойкие психические расстройства регистрируются у 5—15% детей. При обследовании 20 тыс. московских детей до 14 лет установлено, что 44,9% из них имеют повышенный риск возникновения психических заболеваний (Козловская, Кремнева, 1981). По мнению большинства специалистов, тяжелая и выраженная умственная отсталость составляет четыре случая на тысячу населения в возрасте 10-14 лет. Распространенность психосоматических расстройств в детском возрасте также значительна— до 40% амбулаторных больных. В 21 случае из тысячи диагностируются системные неврозы (функциональные расстройства) у детей (Исаев Д. Н.. 1994).

Согласно отечественным публикациям, учтенная заболеваемость неврозами составляет 38,5 случая на тысячу детей и 21,8 случая на тысячу — у взрослых. 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.

Исследования, проведенные Научно-исследовательским центром при Институте молодежи, экспертная оценка других социологических опросов и статистических данных позволяют сделать вывод о том, что российская семья находится в состоянии кризиса (Шаронов, 1996), который имеет ряд особенностей:

1) 40% детей остро ощущают отсутствие или испытывают ограничение личной свободы, 10% — внушено ощущение собственной неполноценности, 8% — навязаны мнения, поступки, явно не соответствующие требованиям жизни;
2) многие родители агрессивны по отношению к своим детям (57% случаев), причем в 17% случаев агрессивность проявляется в грубой форме, а потому ежегодно около 100 тысяч детей убегают из дома;
3) усилилась задержка психического развития детей (по данным Московского детского фонда, в детдомах около 90% детей имеют отклонения в психике).

Состояние здоровья молодого поколения в Санкт-Петербурге имеет те же печальные тенденции, что и во всех крупных городах мира. Наибольшее распространение получили заболевания опорно-двигательного аппарата (до 42%), на втором месте стоят болезни психоневрологического профиля (34,5%), то есть болезни, в развитии которых основную роль играют социально-психологические факторы. Заметен рост алкоголизации: 48% студентов указывают, что они регулярно употребляют спиртное. Число наркоманов в городе, по официальным данным, на 2003 г.

составило 191,6 чел. на 100 тыс. населения. Социальное самочувствие большинства студентов может быть охарактеризовано терминами «разочарование», «пессимизм», «неуверенность», «безнадежность», «растерянность», «апатия», «агрессивность», «злость», «экстремизм», «страх». Более 75% студентов испытывают неуверенность в завтрашнем дне.

Таким образом, исследования регистрируют возрастающее количество заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психологические факторы.

Эмоциональные расстройства в зависимости от тяжести симптомов можно разделить на четыре типа, отражающие четыре уровня социально-психологической дезадаптации:

1) акцентуации характера;
2) неврозы и соматоформные вегетативные дисфункции;
3) личностные расстройства (психопатии);
4) психозы.

На одном конце этого континуума— способность жить в рамках компенсаторных возможностей человека, на другом — полная утрата воли к жизни, дезорганизация процессов адаптации и компенсации.

К первому уровню психологической дезадаптации относятся **акцентуации характера.** По определению А Е. Личко (1985), акцентуации характера— это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий («место наименьшего сопротивления» в структуре акцентуаций, так называемые «негативные» свойства акцентуации) при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим («позитивные свойства» акцентуации характера). Акцентуации характера часто выступают в качестве преморбидных особенностей личности в развитии нервно-психической и психосоматической патологии.

Второй уровень социально-психологических дезадаптации представляют **неврозы.** В российской и зарубежной психоневрологии все большее признание получает полифакторная этиология наиболее распространенного пограничного психического расстройства — невроза, причем психологическому фактору отводится ведущая роль. Рассмотрим отдельные положения, характеризующие это заболевание с позиций психологии.

В наибольшей степени содержание психологического подхода раскрывается в патогенетической концепции неврозов В. Н. Мясищева, который видел в неврозе глубокое личностное расстройство, наступающее из-за нарушения системы отношений человека. Рассматривают следующие уровни отношений: отношение к миру предметов и явлений; к другим лицам; к себе. Отношение человека к самому себе — наиболее позднее образование, но именно оно обеспечивает целостность системы отношений личности (Ананьев, 1968).

С позиций «психологии отношений» невроз — это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и выражается в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений (Карвасарский, 1980). Из определения вытекает, что невроз обусловлен не столько количеством и силой психотравмирующих ситуаций, сколько их значимостью в субъективной системе отношений индивида. Именно это является основным источником невротического конфликта и нервно-психического напряжения. С учетом личностных механизмов развития неврозов выделяют три основных типа невротических конфликтов: истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический.

Истерический патогенный конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий; его отличает повышенная требовательность к окружающим и явная нетребовательность к себе (отсутствие критического отношения к себе). В качестве иллюстрации персональной оценки лиц, имеющих такой конфликт, можно привести выражение: *«Не имею права, но хочу!»,* в социальном же плане: *«Удобны для себя, но совершенно неудобны для других»*.

Неврастенический конфликт характеризуется, напротив, повышенными требованиями к себе, превышающими возможности индивидуума, то есть наличием противоречия между возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. По аналогии с предыдущей иллюстрацией наиболее верно этот конфликт характеризует формула: *«Не имею достаточных сил, но хочу!»* Социальная оценка может быть представлена выражением: *«Удобны для других, но неудобны для себя»*.

Обсессивно-психастенический конфликт связан с противоречивостью внутренних тенденций, выражающихся в борьбе между желанием и долгом, актуальными потребностями, влечениями и нормативными установками, моральными принципами. Это противоречие представляет собой типичную основу для возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт может характеризоваться формулой: *«Хочу, но не могу решиться!»* Социальную сторону конфликта можно отразить следующим образом: *«Неудобен для себя и неудобен для других»*.

Нерешенный невротический патогенный конфликт создает хроническое нервно-психическое напряжение высокой степени. Выражение этого напряжения обусловлено функциональной дезорганизацией личности как на психологическом уровне в виде нарушения высших форм поведения, так и на физиологическом — в виде появления моторных и вегетативных симптомов.

Третий уровень психической дезорганизации представлен личностными расстройствами (психопатиями). **Психопатии** — патологический, характеризующийся дисгармоничностью психический склад личности. Психопатический склад личности представляет собой постоянное, врожденное свойство индивидуума. По жизни видоизменения этого свойства незначительны, если есть, то больше в сторону усиления. Патологические свойства психопатической личности тотальны, определяют всю психическую структуру человека. Патологические изменения настолько значительны, что препятствуют полноценной социальной адаптации (безболезненной как для самой личности, так и для окружающих). Таким образом, три критерия по П. Б. Ганнушкину (1933) определяют психопатические свойства:

1) тотальность;
2) относительная стабильность;
3) нарушение социальной адаптации.

Четвертый уровень дезорганизации. Соответствующий ему тип расстройства обычно называют **психозом.** Причинами подобного заболевания чаще всего являются эндогенные факторы. Крайними выражениями психоза могут быть депрессия с витальной тоской, полная отчужденность, галлюцинации и паранойя. Человек в таком состоянии не может выполнять обычные функции: учиться, работать и даже просто заниматься домашними делами. Порою эмоциональное расстройство в этом случае заходит так далеко, что человек теряет ориентацию во времени и пространстве, его личность крайне деградирует, «разваливается», иногда у такого больного пропадает желание жить.

«БОЛЕЗНИ ВЕКА»

На протяжении столетий бичом человечества были инфекционные заболевания. Эпидемии чумы, оспы, холеры опустошали города и села. Недаром в народе эти заболевания называли «мором». Ситуация изменилась в XX столетии. На первое место выдвинулись так называемые «болезни цивилизации», или «болезни адаптации». Некоторые ученые даже пишут, что в последние десятилетия человечество живет в условиях эпидемии неинфекционных заболеваний. С учетом их распространенности и значения для общества по отношению к ним был предложен термин «болезни века».

Какие же болезни объединяются этим термином? Это ишемическая болезнь сердца, проявляющаяся стенокардией и инфарктом миокарда; гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит и некоторые другие. Как видно, в группу «болезней

века» входят заболевания сердца и сосудов, бронхов, суставов, желудка и кишечника. Что же объединяет столь различные болезни? У всех вышеназванных заболеваний есть одна важная особенность, заключающаяся в том, что они по своей природе являются чаще всего *психосоматическими,* то есть в их развитии и течении активно участвуют социально-психологические факторы.

Психосоматическое расстройство — это соматическое заболевание, в этиопатогенез которого включены социально-психологические факторы или проявления которого обострились в результате их воздействия.

В традиционной классификации к психосоматическим расстройствам и заболеваниям отнесены следующие:

1. **Психосоматические реакции:** сильные психологические переживания, получающие соматический ответ. Например, учащенное сердцебиение при страхе.
2. **Конверсионные симптомы:** невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен. Например, психогенная слепота, глухота, рвота или болевые феномены.
3. **Функциональные синдромы** (органные неврозы по одной из классификаций): разнообразные нарушения в органах рассматриваются как телесные проявления, сопровождающие аффект. Например, по Ф. Александеру:
   - ком в горле — внутреннее беспокойство;
   - парестезии (ощущение ползания «мурашек») — сниженная сосредоточенность, истощаемость;
   - затруднения дыхания — депрессивные проявления;
   - ощущения в области сердца — симптомы страха.

   Особенности функциональных синдромов:
   - всегда имеют в основе психический фактор, психотравму;
   - носят обратимый характер;
   - в клинической картине преобладают вегетативные расстройства;
   - заболевание имеет волнообразный характер.
4. **«Большие» классические психосоматические расстройства. К** ним отнесены бронхиальная астма, язвенная болезнь, эссенциальная гипертензия, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит. Это заболевания, в происхождении которых эмоциональный фактор играет большую роль, но не доминирующую; чаще главную роль играет биологический фактор — конституционально-наследственная предрасположенность.
5. **«Малые» психосоматические расстройства. В** современной классификации болезней — МКБ-10 — психосоматические расстройства представлены следующими разделами:

- Соматизированное расстройство (F 45.0).
- Недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1).
- Конверсионное расстройство (F 44.xx).
- Соматоформное болевое расстройство (F 45.4).
- Ипохондрия (F 45.2).
- Дисморфофобическое расстройство (F 45.2).
- Соматоформное расстройство неутонченное (F 45.9).
- Соматоформная вегетативная дисфункция (F 45.3).

Остановимся кратко на их характеристике.

Конверсионное расстройство — это трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты. Чаще всего встречается при истерических неврозах.

Конверсия симптома приносит человеку первичную и вторичную выгоду. Первичная выгода состоит в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до осознания. Вторичная выгода — в том, что симптомы позволяют опосредованным путем удовлетворить актуальные потребности.

С. А. Кулаков (2003) отмечает изменение симптомов в историческом контексте. Например, во время Первой мировой войны распространенным было невротическое дрожание, во время Второй мировой войны — желудочные боли. В настоящее время самыми распространенными стали «сердечные приступы».

Соматоформные расстройства подразделяются на три группы:

1. Соматизированное расстройство (F 45.0).

2. Соматоформная вегетативная дисфункция (F 45.3).

3. Ипохондрия (F 45.2).

Соматоформные расстройства— это расстройства, при которых соматические симптомы нельзя объяснить органическими нарушениями и вторичными последствиями другой психической симптоматики (например, депрессия, паническое расстройство).

Главная особенность — наличие постоянных жалоб на здоровье, продолжающихся несмотря на отрицательные результаты медицинского обследования и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение.

Чаще всего в этой группе встречается соматизированное расстройство. В настоящее время под *соматизацией* понимают совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных компонентов.

Соматизированное расстройство — это соматоформное расстройство, которое характеризируется множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Вероятна связь этих жалоб с психологическими факторами и подсознательными конфликтами. Такие

пациенты являются завсегдатаями поликлиник, и только случайность помогает поставить правильный диагноз.

В настоящее время выделяют соматоформную вегетативную дисфункцию (F 45.3). Это соматоформное расстройство, при котором имеются множественные симптомы преимущественно вегетативного возбуждения.

Главная особенность — жалобы чаще носят вегетативный характер: сухость во рту, сердцебиение, потливость, приливы жара, покраснение, неприятные ощущения в животе и дополнительные неспецифические жалобы на какие-либо органы или системы. Органических изменений, как правило, не выявляется.

Ипохондрия (F 45.2)— это соматоформное расстройство, при котором люди неправильно интерпретируют незначительные или даже нормальные симптомы, связанные с функционированием организма, и чрезмерно сильно реагируют на них.

Главная особенность — убежденность в наличии болезни, сосредоточенность на здоровье, боязнь болезни, злоупотребление медицинской помощью.

Часто нормальные изменения физического состояния — кашель, раздражение кожи, выделение пота — интерпретируются пациентами как патологические.

Дисморфофобическое расстройство (F 45.2) — это соматоформное расстройство, характеризующееся беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.

Люди с дисморфофобией озабочены воображаемыми или минимальными недостатками своей внешности или якобы плохим впечатлением, производимым ими на других.

Соматоформное болевое расстройство (F 45.4) — это расстройство, которое характеризуется болью, ведущую роль в возникновении, силе и продолжительности которой играют психологические факторы.

Главная особенность — жалобы на боль при отсутствии физических расстройств и других причин. Боль не распространяется согласно зонам иннервации. Часто боль вызвана психологическими причинами, и, как правило, больной имеет вторичную выгоду от того или иного симптома.

Часто у пациентов бывают множественные соматоформные расстройства. Они обозначаются как *недифференцированное соматоформное расстройство (F 45.1) или соматоформное расстройство неуточненное (F 45.9).* Эти ситуации для диагностики, как правило, сложны. Отличительный признак— наличие множественных соматических нарушений без органической причины. Для диагностики должны присутствовать от 4 до 6 симптомов.

У детей типичными психосоматическими расстройствами являются: «пупочная колика», болевые синдромы, аффективно-респираторные приступы, невропатия, нервная анорексия, ювенильное ожирение, желтушность, диарея, запоры, энурез, энкопрез.

По статистическим данным (Санкт-Петербург, 2002 г.), у 30-50% всех обращающихся в поликлинику пациентов имеются психосоматические расстройства. Из них 20% составляют пациенты с функциональными нарушениями внутренних органов — системными неврозами; 60% — больные, у которых имеется стертая соматическая патология, но есть выраженная психологическая фиксация; 20% — больные с истинно психосоматическими расстройствами.

Зарубежные авторы приводят сходные цифры: у 48,3% находящихся на стационарном лечении пациентов установлен психосоматический генез заболевания, ставшего причиной госпитализации.

Глава 4
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ

Зарубежные и российские ученые многократно предпринимали попытки анализа стрессоров у больных с болезнями адаптации. Одни определяли стрессоры в основном в производственной сфере, другие обнаруживали основные дистрессовые конфликты в сфере быта, в личных и сексуальных отношениях. Однако локализовать патогенные причины в одной сфере жизнедеятельности человека не удалось в связи с наличием у психосоматических больных определенного спектра личностных характеристик, определяющих конфликтное взаимодействие с окружающими как на производстве, так и в быту. Тем не менее частая встречаемость социальных стрессоров у лиц с болезнями адаптации подчеркивает важность изучения жизненного пути человека с выделением «значимых» событий, особенностей переработки конфликтных ситуаций для более полного понимания возможного участия психических факторов в патогенезе указанной патологии. Социальные стрессоры в случаях наложения на наиболее уязвимые характеристики высшей нервной деятельности могут оказывать существенное влияние на развитие и течение соматического заболевания.

З. И. Ушаков с соавторами выделяют такие особо значимые личностные стрессоры, как высокое чувство ответственности, психологическая перестройка при принятии ответственных решений, неудовлетворяющие темпы продвижения по службе, бесплановая сменность трудовой деятельности, индивидуальное отношение к профессиональным требованиям. При анализе стрессоров и их значимости для больного в современной психосоматике рассматривают и такие понятия, как «сумма жизненных изменений» за определенный период времени в соотнесении со значимостью этих изменений для больного; «качество жизни»; «социально-психологическое несоответствие» динамики психологического статуса установкам человека; «неконгруэнтность статуса» (несоответствие уровня образования статусу на работе, доходам, социальному положению мужей по сравнению с их женами); «географическая и социальная мобильность».

По данным литературы, к социальным факторам, связанным с повышенным риском развития психосоматических расстройств, относятся социально-экономический статус, уровень образования, род занятий, различные характеристики работы, количество межличностных связей и уровень социальной поддержки, жизненные события и их динамика. Таким образом, при проведении профилактики основное внимание следует уделять изучению положения человека в многообразии его связей с окружающей средой.

Примером влияния социальных факторов на природу развития болезней адаптации может служить динамика вероятности их возникновения в различных слоях населения. Так, в начале процесса урбанизации сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) регистрировались больше в социально обеспеченных семьях, в конце же этого процесса — больше в семьях малообеспеченных. В 1950-е гг. высокий риск развития ССЗ наблюдался у мужчин с наиболее высоким социально-экономическим статусом, а в начале 1970-х это соотношение изменилось на противоположное.

Г. Бэй, рассматривая язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки в историческом аспекте, указывает, что до 1900 г. это заболевание наблюдалось в два раза чаще у женщин по сравнению с мужчинами. К 1930 г. мужчины стали болеть чаще женщин в четыре раза. По мнению автора, это связано с изменениями, произошедшими в социально-культурных условиях современной западной цивилизации, которая раскрепостила женщину и ограничила возможности самовыражения мужчин в их антагонистических стремлениях к зависимости и независимости.

Особое внимание при организации и проведении профилактических мероприятий следует уделять работе человека.

Джеймс Л. Гибсон и др. (2000) предложили следующую интегративную модель стресса, связанного с работой. Авторы отмечают, что в первую очередь в модели рассматривали воздействия, влияющие на производительность труда (рис. 1).

Авторы определяют *стресс как приспособительную реакцию, опосредованную индивидуальными различиями и (или) психологическими процессами, которая наступает в результате воздействия окружающей среды, обстоятельств или событий, предъявляющих избыточные психологические и (или) физические требования к человеку.*

Данное определение позволяет сосредоточить внимание на особенностях условий окружающей среды, являющихся возможными источниками стресса. Такие условия называют *стрессогенными.* Авторы подчеркивают, что, будет ли данный человек переживать стресс, зависит от его индивидуальных особенностей. Более того, определение предполагает приспособительный характер реакции.

Рис. 1. Интегративная модель стресса

Следует иметь в виду, что вызвать стресс способно множество разных ситуаций — напряженная работа, усталость, неуверенность, страх, эмоциональное возбуждение, и выделить какой-либо один фактор в качестве единственной причины стресса очень трудно.

Различия между стрессом на работе и стрессом, возникающим в домашних условиях, в лучшем случае искусственны. Например, источники стресса на работе влияют на действия человека вне работы. После стрессовых воздействий на работе человек может прийти домой озлобленным, взвинченным, усталым и поссориться с женой (мужем). Возникший конфликт супругов может стать источником стресса и, в свою очередь, негативно отразиться на их работоспособности. Таким образом, стресс на работе и стресс вне работы часто взаимосвязаны.

Модель разделяет стрессовые воздействия на работе на четыре группы: физические условия окружающей среды, индивидуальные воздействия, групповые и организационные. Модель содержит также пять

потенциальных категорий воздействия стресса. Авторы вводят понятие индивидуальных различий, которые могут обусловливать разные реакции на стресс.

1. Стрессовое воздействие физических условий окружающей среды — влияние на рабочем месте химикатов, радиации, высокой температуры, пестицидов и других токсических материалов и т. д.
2. Индивидуальные стрессовые воздействия:
   - *Ролевой конфликт* — стрессовое воздействие возникает, если человек получает информацию, не соответствующую его ролевому поведению.
   - *Ролевая неудовлетворенность* наступает, когда человек не понимает, в чем заключаются его права, привилегии и обязанности при выполнении работы.
   - *Перегрузка* — количественная и качественная. Если нужно сделать слишком много разных дел или если времени для выполнения какой-либо работы недостаточно, то это *количественная* перегрузка. *Качественная* перегрузка наступает, если человек чувствует, что ему не хватает способностей и возможностей выполнить данную работу при слишком высоких требованиях относительно производительности труда. Наибольшее ухудшение здоровья наблюдается у служащих, испытывавших как наибольшие нагрузки, так и наибольшие снижения нагрузки, приводящие к стрессу.
   - *Отсутствие контроля над ситуацией.*
   - *Ответственность* — за людей, за предметы.
3. Групповые стрессовые воздействия. Эффективность любой организации зависит от характера взаимосвязей между группами. Характеристики групп могут оказывать сильное стрессовое воздействие на некоторых людей. Исследователи отметили, что поддержание хороших взаимоотношений между членами рабочей группы является центральным фактором индивидуального благополучия самочувствия. Плохие отношения подразумевают низкую степень доверия, слабую взаимную поддержку, пониженное желание выслушать и попытаться вникнуть в проблемы другого сотрудника.
4. Организационные стрессовые воздействия:
   - *Участие в принятии решения* может привести к стрессу. Сила стрессогенности этого фактора зависит от объема знаний человека, его точки зрения и идей. Некоторые люди могут быть расстроены тем, что их редко привлекают к участию в принятии решения. Другие могут рассматривать участие в принятии решения как покушение на традиционное право начальника или руководителя оставить за собой последнее слово.

   - *Организационная структура* как стрессовое воздействие изучено недостаточно.

Индивидуальные различия

Стрессовые воздействия в повседневной жизни

Модель поведения типа А

Решительность — стиль поведения личности, выражающий действие, контроль и вызов. Среди людей, сталкивающихся со значительными стрессами (потеря времени, неприятности в личной жизни), решительные люди имеют меньше шансов заболеть как нравственно, так и физически, чем те, кому не хватает решительности, кто испытывает отчуждение и потерю сил при возникновении перемен. Решительность облегчает сопротивление и означает, что человек должен:

- не упускать из виду возможность стрессов в будущем;
- помнить, что не все является борьбой между жизнью и смертью;
- знать, что имеешь возможности и желание бороться со стрессом;
- видеть в стрессовых воздействиях возможности, а не угрозы.

Социальная поддержка

Отрицательная аффективность (ОА) — душевное состояние, присущее некоторым индивидам. Эти люди более склонны выражать и испытывать негативный стресс на более высоком уровне по сравнению с индивидами с низкой ОА. Индивид с высокой ОА обычно испытывает гнев, страх и депрессию и склонен концентрировать внимание на негативных сторонах жизни, работы и внешней среды. Таким образом, ОА способна повлиять на восприятие человеком стрессоров. Выявлена зависимость между высокой ОА и стрессом. ОА, возможно, способствует возникновению у человека негативной реакции на стресс или жалоб на здоровье и «неважное самочувствие». Если людям попросту присуще такое душевное состояние, то попытки менеджеров снизить связанный с работой стресс у сотрудника с высокой ОА могут оказаться неэффективными (Gibson, 1989).

Последствия стресса

Мобилизация защитных механизмов не является единственно возможным следствием контакта со стрессовыми воздействиями. Последствия стресса могут быть позитивными, например стремление упорнее работать, решимость улучшить свою жизнь. Однако многие последствия стресса разрушительны и потенциально опасны. Т. Кокс (Cox, 1978) обозначил пять категорий возможного воздействия стресса:

1) *субъективное* — беспокойство, агрессия, апатия, скука, депрессия, усталость, недовольство, ухудшение настроения, низкая самооценка, нервозность, одиночество;

2) *поведенческое* — подверженность несчастным случаям, алкоголизм, токсикомания, эмоциональные вспышки, избыточное потребление пищи и курение, импульсивное поведение, нервный смех;
3) *познавательное* — неспособность придерживаться твердого решения, слабая концентрация внимания, повышенная чувствительность к критике, снижение умственной деятельности;
4) *физиологическое* — увеличение уровня глюкозы в крови, повышение ЧСС и АД, сухость во рту, потливость, расширение зрачков, попеременное ощущение то жара, то холода;
5) *организационное* — абсентеизм, низкая производительность, отчужденность, неудовлетворенность работой, снижение организационной исполнительности и лояльности.

Не обязательно присутствие одновременно всех этих признаков; они также не ограничиваются тем воздействием, которое всеми признано и научно доказано. Однако все эти признаки принято относить к повышающим риск развития невротических и психосоматических расстройств.

Эффекты стресса

«Выгорание» (burnout) определяют как психологический процесс, который обусловлен неослабевающим стрессом на производстве и приводит к эмоциональному истощению, деперсонализации и возникновению чувства ущербности.

Такое состояние возникает не сразу. Обычно ему предшествует несколько стадий:

1) интенсивная вовлеченность в работу;
2) застой в работе;
3) отрешенность и уход от дел;
4) появление физических и поведенческих симптомов.

С точки зрения организации наиболее важным последствием «выгорания» является снижение результативности труда. Установлено также, что индивиды, находящиеся в таком состоянии, чаще не выходят на работу и текучесть среди них выше, чем среди других работников.

Алкоголизм — хотя потребление алкоголя является ответом на стресс и призвано смягчить его, оно само по себе может стать источником стресса, а это ведет, в свою очередь, к усилению алкоголизма.

Наркомания — наркотики используются служащими всех категорий в качестве защиты от скуки, стресса и трудностей на работе.

Юридические издержки — иски по поводу возмещения потерь в связи со стрессом делятся на три категории: *душевно-физические* (например, из-за язвы желудка, возникшей в ответ на стресс на производстве); *душевные* (депрессия из-за травмы на производстве); *душевно-психические* (приступы беспокойства в связи с психическим стрессом на производстве).

Во многих случаях работа может рассматриваться в качестве потенциального источника стресса, причинами которого могут быть как перегрузка, так и недостаточная нагрузка, не соответствующая индивидуальным особенностям человека (рис. 2). Выделяют *качественную* недозагруженность — результат слишком низкого уровня требований по сравнению со способностями человека, и *количественную,* которую испытывает человек, когда объем работы не способен поддерживать необходимый уровень активации.

Рис. 2. Источники производственного стресса

К главным моментам, формирующим неудовлетворенность работой, относятся конфликты между ожиданиями и воспринимаемой действительностью. Удовлетворенность работой зависит от достижений, признания, ответственности, продвижения по службе, зарплаты, условий труда, безопасности работы. Установлена положительная корреляционная связь между неудовлетворенностью жизнью (в частности, работой) и ИБС. Исследования

последних лет показывают, что неудовлетворенность работой у больных, страдающих язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, достоверно выше, чем при ИБС и бронхолегочных заболеваниях.

Наиболее часто жалобы на здоровье предъявляют учителя и врачи, то есть лица так называемых социономических профессий — профессий, которые требуют ежедневного межличностного общения. Самое большое количество психосоматических заболеваний зафиксировано у авиадиспетчеров. К универсальным факторам производственного характера относятся перегруженность работой и ответственность. Повышение ответственности на работе предсказывает около 10% случаев инфаркта миокарда в ближайшем будущем (Rosenman, 1980). Однако, как отмечают некоторые авторы, риск ИБС повышается не столько из-за того, что человек «выгорает на работе», сколько из-за загруженности, сочетающейся с неудовлетворенностью, условиями соревнования, агрессией, нетерпением (Silfanen, 1984). В российской популяции в последнее время угрозу инфаркта миокарда таят в себе такие производственные факторы, как отсутствие работы или работа не менее 10 часов ежедневно на протяжении нескольких лет, а также работа преимущественно в аварийной ситуации, в том числе связанная с риском и ответственностью за себя и других.

Замечено, что отношения с подчиненными в большей степени повышают риск развития психосоматического заболевания, нежели отношения с начальником. Этот факт свидетельствует о том, что хорошие отношения на работе служат условием профилактики стрессов и являются одной из форм социальной поддержки.

Исследования социальных факторов в этиопатогенезе болезней адаптации представляют парадоксальные данные: например, мексиканские служащие, и особенно шахтеры, больше жалуются на ухудшение психофизического состояния во время отпуска по сравнению с состоянием в рабочий период.

Изучение частоты жизненных изменений в связи с развитием психосоматических заболеваний показало отсутствие достоверной корреляционной связи между этими явлениями. Такая связь часто усматривается лишь в тех случаях, когда изменения в жизни либо существенно значимы для человека, либо кардинально меняют жизненный стереотип. Например, переезд из деревни или небольшого провинциального городка в крупный город или центральный мегаполис (Москва, Санкт-Петербург), жизнь в общежитии, освоение новой профессии — все это способствовало нарастанию психосоматической дезадаптации к моменту дебюта язвенной болезни 12-перстной кишки. Наиболее низкий показатель числа жизненных изменений обнаружен у лиц, состоящих в браке, средний — У одиноких, наиболее высокий — у вдовых и разведенных.

На большом материале установлено, что изменения в жизни могут повысить восприимчивость к болезни. Частота и интенсивность изменений в жизни нарастают перед манифестацией заболевания (Holmes, Rahe, 1989). Жизненные изменения чаще всего ломают привычный стереотип адаптации, нарушаются социальные связи, традиции. Можно сказать, не сам переезд выступает в качестве фактора риска, а его последствия.

Свидетельством сказанному выступают связи социальных факторов со здоровьем, предъявленные в исследованиях С. Вульфа (Wolf, 1976). Ученые в течение 30 лет изучали воздействие социальных факторов на здоровье в г. Розетто в штате Пенсильвания, где жили в основном американцы итальянского происхождения. На первых этапах исследования (1962-1992) между итальянцами были тесные взаимоподдерживающие связи, но потом в течение определенного времени они ослабли и уровень ССЗ резко возрос. Результаты исследования демонстрируют прямую корреляцию между растущим количеством сердечных заболеваний и утратой чувства близости в обществе за тридцатилетний период. Городок Розетто в Пенсильвании стал известен в начале 1960-х гг., когда было обнаружено, что там очень низкий уровень смертности, в особенности от сердечных приступов. Так как население городка, как и окружающих его городов, не отличалось здоровым образом жизни (присутствовали все известные факторы риска: курение, гиподинамия и др.), исследователи предположили, что определяющими являются социальные факторы. Жителями города были главным образом эмигрировавшие итальянцы, предки которых, чтобы выжить, стремились жить тесной общиной. Они участвовали в жизни друг друга, почитали стариков и помогали друг другу в трудных ситуациях. Вульф говорит: «Это было больше чем этнический способ жизни, они создали такое общество взаимной поддержки, где никто не был одинок».

Вульф и его коллеги предсказали, что по мере ассимиляции, точнее американизации, жители Розетто будут демонстрировать более типичную картину заболеваемости и, в частности, заболеваний сердца. Именно так и случилось. Уровень смертности резко вырос, в особенности среди мужчин старше 55 лет. К середине 1960-х молодые розетцы стали тяготиться социальной изоляцией и плановостью. Они начали заключать браки с неитальянцами, вступать в различные клубы, перестали посещать церковь. Традиционная общинная близость стала заметно утрачиваться, и ее влияние существенно ослабло. «Впервые, — пишет Вульф, — молодые люди умирают от инфаркта — этого убийцы, почти неизвестного там, где традиции и семейные узы крепки» (цит. по: Шутс, 1993).

Существенным для изучения социально-психологических стрессов в развитии психосоматической патологии является не столько их количество на жизненном пути человека, сколько индивидуальное качество

переживания. Если человек успешно преодолевает жизненные трудности, то для него они минимально стрессовые и не вызывают заметных изменений здоровья. Каждый человек имеет собственные стрессовые факторы, которые и вызывают свойственные только ему психосоматические нарушения. Таким образом, именно умение преодолевать жизненные трудности (адекватно используя механизмы социально-психологической адаптации) определяет в конечном счете, станут ли эти трудности стрессовыми.

Частота возникновения новых случаев (инциденция) психосоматических заболеваний резко возрастает в общностях, перенимающих западные образцы культуры. Современный мир предлагает такие стандарты жизнедеятельности, которые формируют у людей высокую мотивацию. В то же время стремление к достижениям порождает условия хронизации стресса, эмоционального напряжения, что, в свою очередь, является пусковым механизмом дезадаптации. Пропаганда, направленная на формирование образа преуспевающего человека, требует от него и выработки конкретных качеств. В результате исследований, проведенных институтом Гэллапа, определились *пять важнейших факторов успеха:* здравый смысл, знание дела, уверенность в своих силах, высокий общий уровень развития и способность доводить начатое дело до конца. Подобная формула успеха всегда связана с упорным, напряженным трудом, иногда составляющим 100 часов в неделю. Конкуренция, интенсификация жизненного ритма, возрастающее значение жизненного успеха, модификация отношений семейной, культурной и религиозной принадлежности— все это социально типичные ситуации, провоцирующие стресс и хронизирующие его (Копина, 1987).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ

Дж. Каплан описал представления о болезни и ее лечении, существовавшие со времен первобытного общества (10 000 лет до н. э.), когда считалось, что болезни вызываются злыми духами. Он приводит, в частности, высказывание известного историка медицины О. Зигериста о том, что «медицина Месопотамии» (2500—500 гг. до н. э.) была психосоматической во всех ее аспектах. Подобные представления сохранились и до наших дней, например, у северных народов в шаманской практике. Есть два базовых варианта возникновения болезни: первый вариант, когда больной теряет одну из своих душ, которую похитил покойник или злой дух; второй — когда в человека вселяется злой дух.

В книге «Русская бытовая медицина» (1991) была четко представлена психосоматическая модель природы заболеваний, которую понимал всякий «темный» крестьянин. Практически каждый человек в те

времена обладал своей (традиционной) концепцией болезни, которая непременно связывалась с каким-либо воздействием кого-то: порча, сглаз, «обурочили» и т. д. Поэтому знахарские средства и приемы в громадном большинстве случаев находились в строгой, иногда поразительной зависимости от тех воззрений на болезни, какие имеет о них народ. Очень часто крестьяне с сомнением относились к лекарствам, которые не имели цвета, запаха, вкуса. Как пример, доктор дает пить лекарство: мужик не понимает: «Ну зачем он пить дал, когда голова болит? Надо что-нибудь к голове приложить, а это в животе останется». Существовала в связи с этим и поговорка, актуальная до сегодняшнего дня: «Не ходи, милый, в больницу, там отрежут пятки, а беги скорей домой, беги без оглядки».

С древних времен существовали описания специфического воздействия отдельных эмоциональных переживаний на конкретные органы. Так, китайская медицина выделяла семь страстей, повреждающих жизненность: чрезмерная радость, восторг вредит сердцу, интенсивный гнев— печени, горе— легким, страх — почкам, озабоченные размышления, интенсивные желания — желудку, любовь — духовности, ненависть — расположению.

Можно сказать, что в средние века в медицине господствуют мистицизм и религиозные представления о болезнях. Только к началу нашей эры медицина принимает холистический подход.

В те далекие времена первые психосоматики Авиценна, Гален, Гиппократ и др. призывали лечить не столько болезнь, сколько больного человека. Гиппократ говорил: «Для того чтобы лечить человеческий организм, надо знать его целостность».

Как известно, психосоматическая медицина зародилась в Европе, но окончательно оформилась как особое движение и получила интенсивное развитие в США в конце 1920-х гг. Рассмотрим кратко основные направления психосоматической медицины.

Самая ранняя ортодоксальная школа психоанализа — «теория символического языка органов». Психосоматическая медицина в начале своего пути в качестве теоретической основы признавала психоаналитические идеи З. Фрейда, а в качестве основного средства терапии — психоанализ. В это время соматическую болезнь представляли как трансформацию нереализованной сексуальной энергии в нарушения функции вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой (Weiss, English, 1924). Слово «конверсия» подразумевает, что переживание человеком тревожного состояния было превращено в соматические симптомы. То есть боли в животе, спине, голове и т. д. чаще всего возникают в качестве соматических эквивалентов тревоги. В качестве примера, ревматизм — свидетельство неустойчивости

личности; повреждение стоп, голеностопных суставов происходит именно тогда, когда человеку кажется, что у него нет свободы движения к цели. Психоанализ отводит особую ключевую роль позвоночнику в ситуации «противостоять — держаться» или «сгибаться — уступать» (чем увереннее чувствует себя индивид в межличностных отношениях, тем легче ему поддерживать вертикальное положение). В руководстве по психосоматической медицине Ф. Александера представлен обширный поиск символики для любых заболеваний. В современной популярной литературе теория «символического языка органов» представлена в рамках метафизики болезней (Хейли, 1991; Бурбо, 2003).

Луиза Хей предлагает список метафизического диагноза и психологических причин многих болезней. Приведем несколько примеров.

Боль в ушах — пример наивысшего раздражения в отношении того, что человек слышит; боль, глухота — нежелание кого-либо слушать.

Болезнь глаз— нежелание кого-либо или что-либо видеть в самом себе или в своей жизни.

Легкие — способность брать и давать жизнь. Болезни легких — из-за нежелания или страха жить полной жизнью.

Спина — это система поддержки. Проблемы со спиной означают, что человек чувствует недостаточную поддержку.

Сердце символизирует любовь, а кровь — радость. Отсутствие любви ведет к «охлаждению» сердца, кровь движется медленнее, отсюда склероз сосудов.

Желудок перерабатывает все новые идеи и ситуации. Проблемы с желудком означают незнание того, как ассимилировать новую жизненную ситуацию.

Ревматизм — болезнь, приобретенная от постоянной критики себя и других. На этих людях лежит проклятье— постоянно быть правильными, совершенными.

Бронхиальная астма — человеку кажется, что у него нет права дышать. Дети-астматики — это, как правило, дети с высокоразвитой совестью. Они за все происшедшее берут вину на себя.

Рак — глубокая накопленная обида, которая поедает тело. Жалость к себе с детства. Высокая самокритичность. Оценка жизни как цепи бесконечных разочарований.

Избыточная масса тела — не что иное, как нужда в защите от боли, критики, сексуальности, оскорблений.

Метафизический диагноз может показаться очень привлекательным, но он как гороскоп, ибо очень трудно отделить истину, если, конечно, она здесь имеет место, от фантазий автора. Данный подход есть современное преломление психоаналитической теории «символического языка органов».

Понимание того, что на основе пансексуализма, идеи о символическом языке органов невозможно объяснить причины соматических заболеваний, послужило созданию еще одной теории — «специфического эмоционального конфликта» (Alexander, 1950, 1964).

Опираясь на обзор, опубликованный Ю. М. Губачевым (1981), приведем основные положения данной теории. По представлениям Ф. Александера, психосоматическое заболевание является физиологическим выражением хронического или периодически повторяющегося эмоционального напряжения. Только эмоциональное напряжение приводит к условиям, создающим органические изменения, причем определенным эмоциям соответствуют и определенные соматические расстройства. Принципиально важным было выделение *трех основных типов* соотношения психических расстройств и вегетативных нарушений. В зависимости от степени подавления и вытеснения эмоционального напряжения могут возникнуть истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. В случае истерической конверсии вытесненные эмоции символически выражаются в симптоме. Такого рода символическая переработка вытесненного в бессознательное конфликта приводит к расстройствам в зоне произвольной иннервации (параличи, гиперкинезы, нарушения функций анализаторов). Более полное вытеснение энергии конфликта в бессознательное, не имея возможности разрядиться на путях произвольной иннервации, проявляется вегетативной симптоматикой (невротические расстройства функций сердца, желудка, кишечника и т. д.). При психосоматических заболеваниях декларируется особенно полное вытеснение конфликта. В этих условиях сдерживаемые в своем выражении эмоции наиболее травматичны для вегетативной системы, что и приводит к хроническому заболеванию.

Ф. Александер впервые предложил объяснение специфичности психогенного соматического заболевания. Почему вследствие эмоционального напряжения возникает то, а не иное заболевание? По его мнению, это зависит от характеристики эмоционального статуса человека. Например, сдержанный гнев, подавленная враждебность, любые не нашедшие выхода агрессивные тенденции личности реализуются через симпатическую активацию и способствуют развитию таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, тиреотоксикоз. В то же время заблокированные и нереализованные стремления к признанию, вниманию окружающих, удовлетворению сексуальных потребностей связываются с повышением активности холинергических структур и способствуют развитию бронхиальной астмы, язвенной болезни и язвенного колита.

Гипотеза Ф. Александера в течение 1951—1965 гг. была подвергнута экспериментальной проверке Чикагским институтом психоанализа. В выводах указывалось, что специфика психосоматического заболевания определяется сочетанием трех групп факторов.

1) наличие основных интрапсихических конфликтов и стереотипов защитного поведения;
2) стрессогенные условия жизни (события, эмоционально значимые для человека);
3) конституционально предрасположенная ранимость органа или вегетативной системы.

Следующим этапом развития психосоматики была теория «профиля личности» (Dunbar, 1948). Считая эмоциональные реакции производными от личности больного, автор этой концепции обращает внимание на связь особенностей личности с вероятностью развития различных соматических заболеваний. На основе многолетнего опыта общения с больными Ф. Данбар выделила коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Впоследствии она сама признала несостоятельность указанной типологии. Однако теория «профиля личности» послужила началом многочисленных работ, связанных с изучением личностной специфики у соматических больных. Все же ответ на вопрос о том. предрасположены ли лица с определенной личностной структурой к определенному психосоматическому заболеванию, был скорее отрицательным. Чрезвычайное разнообразие характерологических особенностей не позволяет говорить о какой-то однородности личностных свойств у соматических больных (Ананьев, 1987). Сегодня чаще авторы указывают на правомерность рассмотрения «психосоматической личности» вообще — «концепция оперативного мышления» (Marty, Uzan, Danke, 1963); «концепция алекситимии» (Sifneos, 1973); «концепция дискретного типа личности» (Ананьев, 1998).

Антропологическое направление в психосоматической медицине представлено В. Ватзекером (1949). Это экзистенциальный подход в интерпретации различных заболеваний, его основной задачей является не определение симптоматики, а понимание смысла болезни, симптома через соматическое его выражение.

Последнее время в психосоматической литературе большое внимание уделяется концепции алекситимии (Sifneos, 1973). Сущность концепции состоит в том, что психосоматический больной испытывает определенные трудности в осознании своих эмоциональных состояний, он неспособен к эмоциональному резонансу. У него конкретный, прагматический образ мышления и поэтому скуден лексикон, чтобы точно охарактеризовать свое состояние и чувства. Подобные особенности относят к специфическим признакам психосоматической личности. Все эти явления ведут к неспособности вербализовать и разрешить конфликт, что, в свою очередь, обусловливает развитие психосоматических расстройств.

Представители французской школы психоанализа (Marty a. o., 1963) несколько раньше выдвинули концепцию, названную ими «оперативное

мышление». В основе данного представления лежит гипотеза о скудной фантазии больных, сдерживаемой оперативным (конкретным, прагматическим) образом мышления. Это приводит к неспособности разрешать конфликты, выходящие за рамки конкретных понятий. Авторами разработана принципиальная модель развития заболеваний:

а) психическая активность психосоматических больных во всех своих характеристиках противоположна психической активности неврологических больных;
б) пациенты из-за бедности фантазии не могут описать свое заболевание или решить конфликт;
в) скудность фантазии ведет к развитию патологического процесса.

Среди психобиологических моделей развития психосоматической патологии в первую очередь следует отметить «психосоциальную модель» Леви (Levi, 1970), в соответствии с которой:

а) психосоциальные раздражители воздействуют на человека,
б) у которого имеется определенная психобиологическая программа (в это понятие включаются накопленный в детстве опыт и генетические факторы, влияющие на изменчивость индивидуальной реакции);
в) он и вызывает через стресс определенные физиологические реакции (нервной, эндокринной систем, отдельных органов), что влечет появление
г) функциональных изменений в организме транзиторного характера, что приводит к
д) соматическому заболеванию.

Следующая модель «психофизического дополнения», разработанная К. Бансоном (Bahnson, 1967), предполагает, что у человека в условиях стресса проявляется определенная регрессия на уровне психической и физиологической активности. Организм человека направляет все импульсы раздражения по двум основным каналам: психическому и соматическому.

Предполагается, что тип развивающейся «регрессии» зависит от типа защитных механизмов, которые включаются в организме человека в условиях стресса. При защитной реакции проективного типа отмечается «психическая регрессия», при защитной реакции по типу «подавления», «отрицания» — «соматическая регрессия».

Новым направлением медицины в зарубежных странах является *поведенческая медицина,* которая пытается интегрировать в себя и психосоматическую медицину. Это направление получило официальное признание в 1977 г. в Йеле. Одним из ее представителей является А. Бионди, Который выделяет две поведенческие модели. Первая модель, основанная на исследовании «висцерального обучения», объединяет патогенные

механизмы соматических заболеваний, таких как язвенная болезнь, гипертония, мигрень и т. п. Вторая модель основана на представлении о «поведенческом обучении», которое объясняется образом жизни или личностными особенностями больного при таких заболеваниях, как ожирение, коронарная болезнь, алкоголизм, инфаркт миокарда и т. п.

Известный гуманистический психолог Вилл Шутс (Schutz) выделяет три стадии развития человека:

1) стадия присоединения (включения) ребенка к миру (оральная стадия в психоанализе);
2) стадия социализации, интерперсональный аспект которой относится к решению вопроса о контроле ребенка (анальная стадия в психоанализе);
3) стадия открытости (аналог генитальной стадии в психоанализе).

На основе представленных положений автор рассматривает выбор болезней, которые делает человек в зависимости от наличия проблем, связанных с той или иной стадией развития.

Каждая болезнь представляет собой результат неосознаваемого конфликта, то есть этот конфликт в буквальном смысле воплощается в болезнь. Каждая болезнь имеет скрытую вторичную выгоду. Разные системы органов тела специфично соответствуют отношениям человека и внешнего мира и отношениям между внутренними частями. Понимание того, какие части тела соответствуют сферам присоединения, контроля и открытости, прояснит причины выбора конкретной болезни.

Болезни присоединения. На физическом уровне проблема присоединения соответствует границе между человеком и остальным миром и, таким образом, относится в основном к периферии тела — коже, органам чувств (глаза, уши, нос, рот), и к системам тела, осуществляющим обмен со средой — дыхательной, пищеварительной, выделительной. Установки человека по отношению к этим органам и системам органов подобны отношениям присоединения к другим. Если человек находится в конфликте присоединения, у него легко развивается лишай, сыпь, или прыщи, или что-то, что заставит людей держаться подальше от больного. Если человеку трудна близость с людьми, то он может не видеть достаточно ясно, что называется дальнозоркостью. Если человек не хочет слышать того, что говорят люди, он может оглохнуть. Заболевания пищеварительной и выделительной систем представляют собой переход **от** проблем присоединения к проблемам контроля.

Болезни контроля. Связаны с системой органов, которыми пользуется человек для управления телом: скелетно-мышечная, нервная и эндокринная. Эти системы отвечают за совладание с окружающим миром, обеспечение безопасности человека и удовлетворение им своих нужд. Если человек воплощает неосознаваемый конфликт по поводу управления, то развивается болезнь этих систем. Часто молодые люди, особенно девушки, испытывают желание ударить свою мать, но сдерживаются из-за чувства вины и страха. Когда чувство вины становится переполняющим, развитие артрита служит хорошим профилактическим средством против самой физической возможности ударить.

Болезни нервной системы с этой точки зрения пока не изучены детально. Для молодых мужчин поддержание образа «настоящего мужчины» является центральной чертой сферы контроля. Наличие конфликта в этой сфере приводит к травмам позвоночника. Подобные травмы избавляют человека от необходимости демонстрировать мужественность. Так, молодой сержант в армии хотел продемонстрировать свою силу молодым бойцам и поднял тяжелую штангу, в результате чего произошел сдвиг позвонков.

Головные боли являются более мягкой формой нервных заболеваний. Наблюдения показывают, что у человека болит голова, когда он чувствует свою некомпетентность, когда происходит что-то для него не вполне понятное.

Болезни открытости. Открытость выражается телом через любовь (сердце) и секс (гениталии). Всем знакомы выражения «разбитое сердце», «я открыл ей сердце», «бессердечный», «сердце мое молчит». Вот что пишет Х. Израэли (цит. по: Шутс, 1993) по этому поводу: «Похоже на то, что имеется прямая связь между чувствами любви и поддержки со стороны вашей жены и состоянием вашего сердца. Имеет значение и то, как к вам относится начальник: чем более вас ценят, тем меньше вероятность сердечного приступа».

Отношение сердца и циркуляторной системы к открытости объяснимо, так как любовь является всепоглощающим чувством. Кровеносная система пронизывает все тело. Если сосуды сужаются, все тело испытывает недостаток питания и кислорода. Если кровь спокойно и ровно течет через свободно и легко работающее сердце, весь организм снабжается питательными веществами и получает кислород.

Такие гинекологические заболевания, как вагинизм, герпес, половые инфекции, появляются при наличии неосознаваемого конфликта в сфере любви и открытости, в особенности в сексуальном аспекте любви. Если у человека есть чувство вины по поводу секса, если нарушаются традиционные, религиозные принципы и конфликт не осознается, то очень вероятно возникновение болезней половых органов.

В работах В. М. Ротенберга и В. В. Аршавского аргументируются психологические поведенческие факторы, участвующие в развитии соматических расстройств. Есть такая группа заболеваний, которая в медицине именуется «болезнями достижения», то есть пока человек находится в процессе достижения какой-либо цели, он полон сил и здоровья, но вот

цель достигнута, и степень риска заболевания резко возрастает. В качестве классического примера можно привести случай с человеком, который мечтал стать профессором. Долгое и упорное продвижение к цели, связанное с колоссальным количеством трудностей, увенчалось успехом. Получив должность и звание профессора, в 48 лет умирает от инфаркта миокарда. Таким образом, сам по себе знак эмоции — отрицательный или положительный — еще не является определяющим для развития болезни. Попадание в зону «мнимой смерти» не должно останавливать человека в движении к другим целям, последние необходимо готовить задолго до осуществления заветной мечты. Эксперименты показали, что сам процесс активного поиска и достижения — «верный страж» здоровья, он повышает резистентность организма и выступает в качестве важного фактора профилактики соматических заболеваний. Отказ же от поиска необходимой информации в прогнозировании своего будущего проявляется у индивидуума в снижении настроения, апатическом состоянии, то есть формируется тот комплекс признаков, который имеет патогенный вегетативный аккомпанемент.

Косвенным доказательством сказанного могут служить результаты наших исследований, где показано, что лица, страдающие психосоматическими заболеваниями, во многих ситуациях используют более пассивные стратегии купирования стресса, в то время как здоровые лица предпочитают более активные способы преодоления психологических трудностей.

Гипотетическим истолкованием процессов, возможно лежащих в основе возникновения гибельных для организма локальных проявлений стрессовых вегетативных реакций, может служить гипотеза «торжества победы» (Китаев-Смык, 1983). Согласно этой гипотезе, человек, постоянно действующий, но систематически лишенный чувства «торжества победы», переживаний успешности своих действий даже при осознавании формального своего успеха, накапливает, «аккумулирует», не осознавая того, своего рода «внутриорганизменную» информацию о своей якобы неуспешности. Накопление на биологическом уровне организма информации о неуспешности данного индивида создает иллюзию бесполезности как особи для группы популяции. Это, в свою очередь, формирует ощущение неопределенного дискомфорта, тревоги, чувства тоски, в конечном итоге — состояний, ведущих к неблагоприятным локальным вегетативным проявлениям стресса: инфаркты внутренних органов, изъязвления желудочно-кишечного тракта и т. п.

Исследования, проведенные в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, позволили выделить следующие варианты развития заболеваний, включенных в группу психосоматических (Губачев, 1981): ситуативный, личностный, эндогенно-психопатологический, церебральный и соматический.

1. При *ситуационном варианте* (первично-психогенном) условия жизни столь жестко и длительно воздействуют на человека, что даже развитые возможности психологической и биологической зашиты не ограждают его от формирования органических следствий избыточной активации соматических систем.
2. При *личностном варианте* основным инструментом формирования хронического эмоционального напряжения является изрядно деформированная, с гипертрофией отдельных черт, личностная структура (нередко психопатоподобная), которая обусловливает затяжной и извращенный тип психологического реагирования на стрессы повседневной жизни. К этому варианту можно отнести и развитие болезни через активизацию хронических патологических привычек (переедание, злоупотребление алкоголем, курение и др.), имеющих личностную обусловленность.
3. При *эндогенно-психопатологическом* варианте в становлении патогенной психосоматической системы основную роль играют генотипические или приобретенные особенности центрального аппарата эмоций.
4. При *церебральном* варианте исходными являются органические заболевания мозга и их следствия.
5. *Соматический* вариант предполагает развитие заболевания даже при гармоничной личностной структуре и благополучно складывающейся жизни. Болезнь возникает на базе дефектности нейрогормональных и исполнительных систем.

Таким образом, знание патогенетических вариантов становления психосоматических заболеваний предполагает целенаправленное проведение профилактических мероприятий, то есть выбор необходимых средств воздействия будет диктоваться вовлеченностью в формирование патологии средовых, личностных и соматических факторов.

Теоретическое объяснение функциональной активности барьера психической адаптации можно найти в монографии А. И. Воложина и Ю. К. Субботина (2000). Указанные авторы рассматривают процесс приспособления биосистем как единство противоположных механизмов «адаптации» (изменения) и «компенсации» (сохранения). В отличие от механизма адаптации, изменяющего структуры и функции организма под влиянием среды, механизм компенсации направлен на сохранение структур и функций организма в результате его ответной реакции на воздействие среды. Норма адаптации организма соответствует допустимым для него пределам изменений действующих на него условий среды, определяемым адаптациогенезом и адаптациоморфозом, при которых не нарушаются функциональные связи организма со средой и обеспечивается его существование, то есть сохраняется гомеостаз «организм—среда».

Для организма, существующего в условиях его адаптационной нормы, необходимость адаптации отсутствует, так как он к этим условиям адаптирован, то есть адаптивно-компенсаторные реакции у такого организма осуществляются в пределах физиологической нормы. Это не исключает возможности адаптации отдельных его систем к изменению конкретных характеристик среды, поскольку они имеют свою норму адаптации, дифференцированную в суммарной норме адаптации организма. Превышение нагрузкой нормы адаптации действует разрушающе на взаимодействующую с ней функциональную структуру. Нарушение структуры приводит к ее дезадаптации и дисфункции. Следовательно, организм должен компенсировать дисфункцию своего элемента для того, чтобы продолжить свою жизнедеятельность. Началом патологического процесса является компенсаторная перестройка. От организма зависит, ограничится он локальной патологией или же патология может генерализоваться — и тогда в борьбу с патологией включаются системы жизнесохранения организма. А. И. Воложин и Ю.К.Субботин (1987, с. 33) определили сущность патологического процесса следующим образом: «Во-первых, в патологическом процессе участвуют две стороны приспособления, то есть адаптивные физиологические реакции, изменяющие функции органов и систем, и компенсаторные патологические, направленные в конечном счете на сохранение биологических функций организма и социальных — человека. Во-вторых, названные адаптивные (физиологические) и компенсаторные (патологические) реакции в патологическом процессе — генотипические, они сложились в течение биологической эволюции человеческого организма, сопровождавшейся одновременно и социальным развитием человека. Об этом свидетельствует наличие у человека форм патологии, присущих только ему и связанных с особенностями его организма, в частности с приспособлением организма к прямохождению. В онтогенезе отдельного человека эти генотипические реакции лишь реализуются, проявляясь индивидуально в зависимости от фенотипа. В-третьих, исход патологии зависит от возможностей приспособительной (адаптационной) нормы индивида. Выздоравливают и выживают те, организм которых наиболее приспособлен к условиям существования.

Можно сделать вывод о том, что патология индивида является проявлением естественного отбора и, следовательно, приспособительна по своей сущности».

Другие авторы процесс дезадаптации связывают с системным переходом с психического на соматический уровень реагирования.

Александер Митчерлих (1956) расширяет представления Фрейда о конверсии развитием своей концепции двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения. По Митчерлиху хронические психосоматические

заболевания имеют предпосылкой грубые невротические аномалии развития: «Неотраженный кризис хронифицируется в первой фазе вытеснения или иной защиты с невротическим формированием симптомов. Если эти психические средства преодоления конфликта оказываются недостаточными, на второй фазе происходит сдвиг в динамике телесных защитных процессов. Мы говорим поэтому о двухфазном вытеснении или защите» (Mitscherlich, 1956).

Автор представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом исключительно при помощи психических средств на психосоциальном уровне:
   1) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт посредством обращения в противоположность, сублимации или смещения инстинктивных целей и др.;
   2) когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т. п.);
   3) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.
2. Если по каким-либо причинам не удается справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона — соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве желудка, болезни Крона, язвенному колиту и т. п.). Это защита на психосоматическом уровне.
3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты — психотическое симптомообразование (Кернберг, 1980).

Известно, например, что после операции по поводу колита больного как бы лишают возможности защиты по типу второго (соматического) эшелона — защита далее часто идет на уровне психотического симптомообразования. И наоборот, опыт психиатрических больниц показывает, что, когда психотические больные заболевают, например, воспалением легких, их психотическая симптоматика на время смягчается или даже почти снимается.

Следующая теория рассматривает психосоматический симптом как результат нарушенных объектных отношений. Теория объектных отношений развита последователями З. Фрейда— М. Кляйн, О. Кернбергом, М. Малер.

Эта теория родилась в результате изучения воздействия индивидуальных взаимоотношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализируются) сознанием в виде «объектных отношений». Детство рассматривается как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте.

С точки зрения авторов теории, под объектом подразумеваются значимые люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), создаваемые человеческим разумом на основе этих отношений. Они существуют в сознании человека в виде психических представлений о них и находятся в отношениях с представлением человека о себе (самопредставлением). Таким образом, теория объектных отношений, в отличие от теории 3. Фрейда, рассматривает ребенка как «открытую систему», постоянно вступающую во взаимоотношения с внешним миром.

С момента рождения малыш начинает устанавливать связи с окружающими. Развитие личности, по мнению авторов,— это результат развития объектных отношений. Неполное удовлетворение Эго внешним объектом ведет к переживанию индивидом тревоги и ассоциируется со страхом отвержения или отторжения.

Для ребенка его потребности важны, но негативный объект он изменить не в силах. Для совладания с тревогой и установления контроля над объектом ребенок бессознательно помещает его дубль внутрь своей психики или интернализует. В итоге формируется автономная часть личности (субличность), которая часто неосознаваема. В обычной жизни можно встретить проявления этого: «Я не хозяин сам себе», «Меня охватывает гнев».

Самое важное в объектной теории: наше настоящее воспринимается через призму или фильтры субличностей. Заболевание может быть результатом искаженного развития объектных отношений.

Практически все концепции происхождения и терапии личностных расстройств опираются на концепцию М. Малер.

М. Малер впервые описала процессы отделения ребенка от матери (сепарации и индивидуации), которые происходят в период от 14-15 до 30-35 месяцев после рождения ребенка.

Автор считает, что ребенок достигает своего психологического рождения, проходя фазы аутизма, симбиоза, сепарации и индивидуации. Для успешного развития ребенка важно адекватное поведение матери, особенно на симбиотической и сепарационной фазах.

Термином *сепарация,* или *разделение,* М. Малер называет процесс, в ходе которого ребенок постепенно формирует внутрипсихическую

репрезентацию самого себя, отличную от репрезентации матери. Речь идет не о физическом, пространственном отделении от родителей или разрыве межличностных отношений, а о развитии внутреннего чувства возможности нормального и полноценного психического функционирования независимо от матери.

Индивидуация означает усилия маленького ребенка по построению собственной уникальной идентичности, восприятию самого себя как отличающегося от других людей.

В оптимальном варианте отношения сепарации и индивидуации разворачиваются одновременно, но могут и расходиться в силу задержки или ускорения развития какого-то аспекта.

В соответствии с теорией М. Малер, мать, бессознательно отвергающая попытки ребенка сепарироваться (отделиться), может задержать его развитие на фазе симбиоза (слитности с матерью), что приводит к возникновению нарушений Эго (инфантильное Эго) и создает предрасположенность к болезни (которая до определенного времени никак не проявляется).

Мать будущего психосоматического больного описывается как авторитарная, доминирующая, тревожная, враждебная, требовательная, навязчивая. Любые попытки ребенка сепарироваться ею скрыто отвергаются.

В дальнейшем именно несформированное (инфантильное) Эго и является почвой для возникновения психосоматики. Под воздействием психотравмирующих ситуаций у такой личности легко возникают телесные симптомы, которые могут расцениваться как символическое выражение потребности пациента в защите и зависимости или как символическое подчинение матери и одновременно восстание против нее.

Конечно, эти представления носят скорее метафорический характер, однако очень важным здесь является вынесение болезни «изнутри» и включение ее в социальный контекст.

Развитие этих теорий нашло свое выражение в концепции Дж. Л. Инджела, который в 1975 г. описал теорию утраты значимого объекта. По мнению автора, для возникновения соматических заболеваний велико значение утраты (реальной или воображаемой) объекта с последующим ощущением беспомощности и безнадежности. Объектом может быть близкий человек (отец, мать или же какое-либо другое лицо, либо профессия). Психосоматические пациенты не в состоянии адекватно пережить ситуацию утраты. В силу своей лабильной самооценки они воспринимают ее как нарциссическую травму.

Перед началом заболевания у такого пациента наблюдаются состояния отчаяния, депрессии, общего упадка. Переживание события как потери, подчеркивал Инджел, гораздо важнее степени реальности самой

потери. Он различал угрозу потери, символическую потерю и действительную потерю, которые обозначал как «потерю объекта». Каждый вариант может спровоцировать начало заболевания.

Подверженность стрессу «объектной потери» или «потери объекта» является свидетельством наличия дефектов в структуре Эго. Этот дефект формируется под влиянием нарушенных родительско-детских отношений (симбиоз матери с ребенком, неудачная попытка сепарации). Такое Эго называют «нуждающимся» Эго, ему необходимы «архаические Я-объекты» (родители или их заместители), выполняющие функцию регуляции внутреннего равновесия. Изъятие людей-регуляторов (объектная потеря) ведет к беспомощности, безнадежности у зависимого симбиотика и увеличивает риск соматизации.

Эта модель развития психосоматической патологии — модель отказа от веры в будущее (Engel, Schmale, 1967). В рамках концепции «отказа от веры в будущее» («giving up» и «given up») они связывали нарушения иммунитета, лежащие в основе психосоматического заболевания, с «психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма». Обосновывая свою точку зрения, авторы указывают, что у больных еще до заболевания выявляется характерные комплексы «giving up» («прекращаемый, бросаемый») и «given up» («прекращенный, брошенный»), характеризующиеся чувством утраты, разрыва взаимосвязей между прошлым и будущим, в результате чего они не могут позволить себе с уверенностью и надеждой смотреть вперед. Такие психологические проблемы, по их мнению, сопровождаются аффективными расстройствами («отчаяние, подавленность, безнадежность, горе и печаль, чувство невосполнимой потери, беспомощность»), которые, в свою очередь, приводят к снижению иммунитета и манифестации соматического симптома.

В. И. Гарбузов (1999) рассматривает любое нарушение здоровья как психосоматическую дезадаптацию (ПСД). В общем виде ПСД — нарушение адаптации индивида во внешней среде, которое возникает на почве низкой адаптивности или сверхсильных для человека стимулов внешней среды, дезадаптирующих и лиц с нормальной и даже высокой адаптивностью, и выражается в психической и в соматической дезорганизации. ПСД — процесс, протекающий и субклинически, в донозологических формах, и в форме нозологически классифицируемых заболеваний.

В нашей стране термин «психосоматическая медицина» в прошлые социалистические годы не принимался, сегодня мы также не принимаем его. Однако отечественные специалисты (Ю. М. Губачев, В. И. Симаненков, В. М. Дорничев, В. А. Ананьев и др.) говорят о психосоматической ориентации или психосоматическом подходе к заболеванию. Замораживанию развития психосоматической мысли в отечественной науке способствовало доминирование кортико-висцеральной теории

патогенеза болезней внутренних органов (Быков, Курцин, 1960). Представители этой школы, базируясь на знаниях о закономерностях высшей нервной деятельности и экспериментальных неврозах, игнорировали учение о личности, психогениях и эмоциональном стрессе. Ведущими для них стали представления об особой роли невроза как облигатной функциональной стадии органического заболевания. Определяющими в патогенезе заболевания рассматривались исходные физиологические особенности высшей нервной деятельности (слабый тип высшей нервной деятельности). Клиническая практика показала отсутствие «невротических стадий», а также сравнительную редкость определения слабых типов высшей нервной деятельности у большей части больных органическими заболеваниями (Губачев. 1972).

Правомерно ли ставить вопрос о психогенезе соматических заболеваний? Как известно, соматическое заболевание не есть результат мгновенного воздействия психического стрессора. Хроническая патология различных систем человеческого организма развивается на протяжении длительного времени. Существует точка зрения, согласно которой на протяжении жизни человека происходит накопление факторов риска. При достижении критической, «пороговой» суммы факторов развивается болезнь. Экспериментальный материал, полученный нами с использованием многомерной статистики, свидетельствует о формировании целых систем риска, участвующих в развитии соматической патологии. Системы риска представляют собой не отдельные, последовательно накопленные (аккумулятивные) факторы риска, а психосоматические паттерны. Эти системы могут включать и включают в себя психологические характеристики, особенности высшей нервной деятельности, центральной вегетативной регуляции, показатели телосложения, секреции, реакции отдельных систем на эмоциональные стимулы. Все эти факторы, исходя из теории онтогенетической психосоматики, формируют патогенетические психосоматические функциональные системы («структурные аттракторы болезни»), которые при переживаниях стресса постоянно активизируются, что и приводит к развитию соматической патологии (Симаненков, Ананьев. 1994).

Редко, но встречаются варианты развития соматической болезни в результате роковой «психической травмы» или эмоционального стресса. В многочисленных экспериментах показаны возможности формирования острого инфаркта миокарда, мозговых сосудистых катастроф, изъязвлений слизистой желудка и др. По мнению В. Г. Старцева, при эмоциональном стрессе максимальные структурные изменения наблюдаются в той функциональной системе, возбуждение которой предшествует стрессу и обрывается им.

Небольшой обзор психосоматических концепций демонстрирует эклектичность многих подходов. Характерной особенностью эволюции

психосоматической медицины является отказ большинства ее представителей от вульгарного психоанализа, стремление использовать новые подходы. Можно отметить, что широкое распространение получила концепция «холизма», интегрирующая в себе многоуровневый социопсихобиологический подход.

Наличие хронических, неразрешенных конфликтов, как правило, связано с фиксацией неотреагированных эмоций. Невозможность внешнего их выражения играет особую роль в патологическом процессе. Блокирование «эмоциональной разрядки» ведет к тяжелому протеканию вегетативных составляющих этих эмоций. Отклонения вегетативной активности связаны также с некоторыми формами социальной регламентации. Склонность к развитию психосоматических заболеваний появилась, по-видимому, на той стадии эволюционного развития животных, когда возникли социальные отношения в стаде, образовалось иерархически организованное общество.

Причиной эмоционального напряжения может быть конкретная жизненная ситуация, связанная с личной катастрофой, горем, вызванным потерей близкого человека, крахом жизненных надежд, материальной неустроенностью, горечью одиночества — одного из тягостных для человека переживаний, особенно в праздничные дни; тревогой, связанной с боязнью «разоблачения», угрозой выглядеть неблаговидно в глазах окружающих, и многие другие значимые для человека обстоятельства.

Особое место в патогенетических механизмах занимает неосознанный психический стресс. Например, эмоционально значимой годовщиной считается достижение возраста умершего родителя («годовщинная реакция»). Иллюстрацией неосознанного психического стресса может быть следующий пример. Больной из пары монозиготных близнецов, перенесший инфаркт миокарда, через два месяца после его развития перед выпиской из стационара стал проявлять выраженное беспокойство. Свое состояние он объяснил тем, что боится умереть, как его брат, который год назад тоже перенес инфаркт миокарда и умер вскоре после выписки домой. В связи с этим была усилена седативная терапия в течение недели, после чего больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Внезапная смерть больного наступила в тот же вечер от острой коронарной недостаточности за торжественным семейным чаепитием по случаю возвращения больного домой (Соколов, 1983).

К другим вариантам неосознанного стресса относят приближение к так называемой «пограничной черте» — времени выхода на пенсию, дням рождения и др.

Болезни и смерть родственников могут сами по себе вызывать глубокие изменения в психике человека, оказывать влияние на развитие психической или органической патологии. Считается, что горе

является аномально тяжелым, если угнетенное состояние не проходит в течение года или более. Подобное состояние регистрируется примерно у 16% лиц, потерявших близких. Лица, горюющие аномально тяжело, увеличивают число заболеваемости и смертности как от психологических, так и от органических заболеваний. Потенциальные осложнения включают депрессию, социальную изоляцию, злоупотребление алкоголем, медикаментами или наркотиками. У некоторых детей появляются эмоциональные сложности в последующие годы. Описано немало случаев, подтверждающих высказанные опасения. Например, мальчик семи лет потерял отца, погибшего в автокатастрофе в декабре. Каждый год в декабре у ребенка возникала тяжелая депрессивная реакция, несвойственная такому возрасту.

Отдельные лица, особенно тяжело переживающие утрату, могут покончить жизнь самоубийством. Суициды особенно распространены среди пожилых вдовцов. Можно выделить три основные причины, вызывающие депрессивную реакцию на утрату:

1) временная, часто переходящая в хроническую, заблокированность эмоциональных реакций (не случайно существовал ритуал оплакивания, специальные группы плакальщиц провоцировали выход слез горя у близких, чем облегчали переживание утраты);
2) реакция вины (переживания человека по поводу того, что он как-то виновен в смерти человека: мало любил, не уделял достаточно внимания и т. п.):
3) неустойчивость (возможно, человек сильно опирался на утраченного, поэтому после потери «костыля» человек испытывает дезадаптацию, сильную тревогу по поводу отсутствия личных сил бороться в одиночку с жизненными трудностями).

Динамика горя (реакций на утрату) включает в себя шок, оцепенение, затем отрицание и отстранение, признание и боль, и, наконец, -- принятие и возрождение (Дейтс, 1999). Принять утрату можно только через переживание горя, то есть признание утраты и ответственности за свои чувства. Как известно, в первые 6-9 месяцев у 25% овдовевших существенно снижен иммунитет. Особенно тяжело утрату переживают мужчины дискретного типа, которые испытывают сильный подавленный страх, которые пытаются скрыть от других напряжение и страдание.

Перечисленные причины служат определенной мишенью для психотерапевтического воздействия, ибо каждый случай утраты требует своего коррекционного подхода. Хотя методы помощи индивидуальны в каждом случае и на каждой стадии горя, психологи могут оказать эмоциональную поддержку, помочь осиротевшим принять потерю близкого, смириться с ситуацией, научиться обходиться без умершего и развить Новые отношения.

Одинокие женщины в 6 раз чаще умирают от бронхолегочных заболеваний, чем замужние. Смертность неженатых мужчин в 3 раза выше, чем тех, кто живет в условиях любви и эмоционального тепла.

Результаты научных исследований рекомендуют рассматривать лиц без соответствующей социальной поддержки: вдовцов, которые не женились вторично или живут одни; лиц с предшествующими психиатрическими отклонениями или тех, кто злоупотребляет алкоголем, как группу с высокой степенью риска к психосоматическим заболеваниям.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

В условиях перехода к рыночной экономике меняется отношение людей к своему здоровью и своим болезням. Все большее число граждан осознает, что их психическое и физическое здоровье — это их капитал, от которого напрямую зависит будущее благосостояние, то есть здоровье можно рассматривать в качестве средства для достижения жизненных целей в широком диапазоне — от узкоматериальных до высокодуховных.

Задача номер один — сохранить, укрепить и совершенствовать свое здоровье. Однако многие уже утратили часть своего здоровья и приобрели болезнь.

Сегодня, как, впрочем, и вчера, врачи жалуются на пассивное отношение здоровых к своему здоровью, больных — к своей болезни. Проблема эта без труда угадывается в одной известной во врачебной практике фразе, которую произносит пациент на приеме у доктора, вслух или про себя: «Я вам больной — вы меня и лечите». То есть доктор лучше меня знает, что со мной происходит, пусть он и старается, а я буду только ждать и при этом еще и ворчать, что нет никакого улучшения, что плохой доктор. Какова природа этого крайне деструктивного, невыгодного отношения человека к самому себе? Рискнем выдвинуть гипотетическое предположение. Самые древние литературные источники свидетельствуют о том. что люди, жившие еще в доисторические времена, исключительно «точно» для себя знали о происхождении своего заболевания. Понятно, что у них был свой язык описания причин того или иного заболевания, было и свое объяснение, которое современному человеку может показаться наивным, даже нелепым: например, болезнь возникла оттого, что в человека вселился злой дух или умерший выкрал душу больного, сглазили, навели порчу, наступил на худое место и т. п. Сейчас мы говорим не о правильности или неправильности определения природы заболевания. Речь идет о складывающемся отношении к стратегии избавления от того или иного заболевания. А ведь позиция даже у самого «дремучего» крестьянина, если можно, конечно, так

выразиться, была крайне активной. Это значит, через такое понимание природы своего заболевания человек искал возможность бороться с ним. то есть сам включался в процесс собственного выздоровления. Он твердо представлял себе, на что надо воздействовать, чтобы избавиться от порчи, сглаза и т. д. Любой целитель всегда стремился включить активность самого больного в процедуру лечения. Исходя из природы болезни, использовали различные системы оздоровительных ритуалов, которым больной следовал самостоятельно или под руководством колдуна, знахаря. Подчеркнем еще раз основную идею сказанного: у человека прошлого было пусть наивное, но доступное его пониманию представление о причинах любого заболевания.

Что происходит далее? А дальше в ходе эволюции человеческой мысли формируется класс людей, которые все больше и больше настаивали, что болезнь — это тайна. Тайну эту, могут разгадывать только посвященные люди, и ими, как можно догадаться, являются врачи, которые даже придумали свой язык, доступный пониманию лишь немногих. Таким образом, справедливо или несправедливо, а этот класс врачей-специалистов поставил всех остальных в положение невежд относительно своего здоровья.

Да, с этим можно было бы согласиться на все сто, если бы сегодня, обучившись в медицинских институтах, переименованных в университеты, врачи твердо представляли себе все закономерности функционирования организма человека и могли бы без участия самого больного вылечить его. Увы, практика показывает, что при действительно огромном объеме знаний не всегда удается разобраться во всех сложностях развития и течения заболеваний.

Возможно, это связано с тем, что, используя только медицинский язык, а также различные узколокалистические подходы к объяснению причин заболеваний, не удается охватить все факторы, которые участвуют в процессах становления и развития болезней. До сих пор, когда объясняют болезнь сердца, говорят только о сердце, когда объясняют болезнь печени или желудка, говорят только о печени и желудке, а ведь изменения, происходящие в этих органах, могут зависеть от разных причин, в том числе и психологических, на которые мало кто обращает внимание. Но каждому известно, что эти психологические факторы если не на 100%, так на 80 могут быть подконтрольны человеку, и он сам может их корректировать, обучившись определенным навыкам саморегуляции, особенно на этапе предупреждения возникновения болезни.

Представляется очевидным, что активная позиция пациента и готовность принять на себя ответственность за свое здоровье являются необходимым условием достижения позитивных результатов и в профилактике и лечении. Осознание этого обстоятельства, а также признание

неэффективности отношения к пациенту как объекту медицинского воздействия привело к выработке принципов «делегирования полномочий пациенту» (empowerment). Таким образом пациент становится активным и полноценным участником лечебного процесса.

Делаем вывод. Сегодня необходимо направить все усилия специалистов, ученых-медиков, психологов и др. на изучение взаимосвязей психики и соматики, чтобы на основании учета множества факторов, повышающих риск развития заболеваний, создать такую научную концепцию, которая будет доступна пониманию каждого и будет стимулировать вооруженного этим знанием к активной профилактике и оздоровлению своего организма.

Изучение проблемы отношения человека к своему здоровью показало, что обязательным фактором является формирование *внутренней картины здоровья* — особого отношения к здоровью, выражающегося в осознании его ценности, и активно-позитивного стремления к его совершенствованию.

Новое понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ). по аналогии с понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ), было предложено В. М. Смирновым и Т Н. Резниковой в 1983 г.: «Наши исследования показали, что одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель — внутренняя картина здоровья, своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела и т. д. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений». Данную идею описал В. Е. Каган (1988). Затем, в расширенном варианте это понятие рассмотрено В. П. Казначеевым (1996), В. А. Ананьевым (1998), И. И. Мамайчук (2000).

В. Е. Каган писал: «Исчерпывающая дефиниция здоровья подобна горизонту, но каждый человек представляет себе, что такое здоровье, и способен так или иначе соотнести с этим представлением свое актуальное состояние. Это представление, «для себя знание» мы обозначаем как внутреннюю картину здоровья — ВКЗ. В ней здоровье и болезнь не противо-, а сопоставлены так, что понятие болезни характеризует не количественный, а качественный аспект здоровья, и внутренняя картина болезни предстает как частный случай проблемы ВКЗ» (1988, с. 202).

В нашем представлении, ВКЗ — это самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. Это базовое понятие как в валеологии, так и в психологии здоровья. Внутренняя картина здоровья есть определенное психофизическое пространство, где человек способен оценить свои биологические, социально-психологические и духовные возможности. Это не только знание своих возможностей, но и умение пользоваться истинными резервами и не раскрытыми в себе самом потенциями. Формирование «внутренней картины здоровья» для

здорового человека более сложная задача, чем для больного, который способен дать субъективную оценку происходящих с ним изменений, создавая «внутреннюю картину болезни». В процессе здоровья, казалось бы, изменений не происходит, на самом деле человек просто не обучен их регистрировать. «Зашумленность» насущными проблемами сознания современного человека, постоянно находящегося на дистанции «деньги — престиж — деньги» и опирающегося на базовые ценности «разум — богатство — власть», препятствует адекватному восприятию сигналов, исходящих из «системы раннего оповещения». Формирование внутренней картины здоровья предполагает:

1) осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического состояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового психосоматического целого;
2) осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, то есть идентификацию в себе индикаторов предболезни, предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья.

ВКЗ не может быть врожденной, она формируется как личностное развивающееся образование. При построении человеком собственной модели ВКЗ большое значение имеет система «схемы тела» (Смирнов, Резникова, 1983). Здоровая модель «схемы тела» свидетельствует об отсутствии телесного дискомфорта в какой-либо части тела. Если имеется «географическая карта» отклоняющихся ощущений, то необходимо исследовать и осознать связь телесных зажимов с психологическими феноменами (эмоциональными переживаниями, поведенческими реакциями).

Таким образом, внутренняя картина здоровья — это совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс его эмоциональных переживаний, ощущений и поведенческих реакций. В этом определении можно увидеть все три слагающие структуры личности: когнитивную, эмоциональную и поведенческую, то есть можно увидеть элемент целостности в восприятии себя.

Следует отметить, что хорошее общее состояние здоровья — это всегда гармоничное равновесие физиологических, психических и социальных аспектов человеческой личности. Ведь здоровье означает целостность личности. В санскрите, одном из старейших языков, для обозначения здоровья служит слово «свастхия». «Сва» значит «собственное Я», а «стхия» можно перевести примерно как «крепко сбитый». Исходя из этого, здоровый человек, можно сказать, — это человек, «прочно построенный в собственном Я».

Отношение к здоровью может определяться типом личности человека, а также отношением к здоровью в значимом для человека окружении — микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

В формировании ВКЗ важны не только эмоциональные компоненты, но также интеллектуальные и волевые. На основе опыта окружающих (бытового представления), информации, почерпнутой из литературных источников, чаще медицинских (научного представления), каждый человек вырабатывает для себя особую концепцию здоровья. Она включает в себя причины, механизм развития, признаки самочувствия, симптомы отклонения и в том числе доминирующее представление о будущем и некоторые спланированные ступени к нему, прогноз продвижения к здоровью. В отсутствие подлинного валеологического знания и опыта может сложиться искаженное понимание человеком своего здоровья, что ведет к учащению разнообразных форм невротического реагирования на здоровье, например, фанатизму по отношению к своему здоровью либо страху за него, а также к созданию мифов о природе и лечении заболеваний. Исходя из личного практического опыта автора и опыта коллег (А. И. Вовк), можно уверенно выделить как минимум семь мифов, которыми оперируют современные пациенты.

1. Биоэнергетический: все мои болезни оттого, что кто-то «вампиризирует», «высасывает» мою жизненную энергию.
2. Магический: все мои болезни оттого, что кто-то «навел порчу», «сглазил».
3. Сакральный (христианский): все мои болезни — за мои грехи.
4. Кармический: все мои болезни за мои грехи в прошлых жизнях или «несу карму своей грешной бабушки».
5. Астрологический: все мои болезни из-за того, что «так неудачно расположились надо мной звезды».
6. Психоаналитический:

а) все мои болезни из-за неудачных отношений между мной и моими родителями (З. Фрейд);

б) все мои болезни из-за родовой травмы (В. Ранк). из-за неудачного прохождения «пренатальных матриц» (С. Гроф);

в) все мои болезни из-за ингramм (записанных в бессознательной памяти моментов боли и действительной или кажущейся угрозы выживанию) (Р. Хаббард);

г) все мои болезни из-за плохой психической наследственности (психогенетика — Ч. Тойч);

7. Социоцентрический: все мои болезни оттого, что я выполнил свою миссию на этой Земле.

Специалистам — психологам и валеологам — необходимо уметь корректировать «масштаб переживаний здоровья», способствовать формированию адекватного представления о здоровье. Для этого нужно выявлять (изучать) ранние дифференциально-диагностические и прогностические критерии в динамике развития основных хронических неинфекционных заболеваний на основе социально-клинико-психологических исследований.

Важнейшая задача психологии здоровья — формирование у человека комплекса представлений о том, как «расшифровывать» свое психосоматическое состояние, управлять им в рамках допустимого и полезного, как определить сильные и слабые стороны своих адаптационно-компенсаторных реакций, адекватно оценить подлинный уровень своих физических и психических возможностей, наконец, как быть хозяином своей судьбы, находясь в процессе активной жизнедеятельности. Для реализации указанных задач, по всей видимости, необходимо будет сотворить нечто вроде «Психологической Библии», где можно будет найти ответы на три базовых вопроса:

1. Как естественно родиться?
2. Как естественно жить?
3. Как естественно умереть?

Сегодня без всяких оговорок можно сказать, что здоровый организм ясно и четко может сообщать нам о том, что он считает для себя важным, необходимым на данный момент, какой выбор необходимо сделать для более полного благополучия. Это свидетельствует о том, что каждый человек имеет «структурный аттрактор здоровья» (attractio *(лат.)* — притяжение), напоминающий собой определенную программу («божественный проект») здорового развития организма. Выражением его функционирования является сильная тяга человека к здоровью, росту, и биологическому, и психологическому, и социальному, в целом к улучшению самого себя.

ВКЗ — это текст, совокупность описаний, мыслеобразов, относящихся к сущностным характеристикам человека, сформировать и осознать ее можно только через познание своей «самости». Важно понять, что ты представляешь собой биологически (конституционально), психологически (характерологически), социально (личностно). ВКЗ — это осознание человеком своих биологических ресурсов, своих возможностей, желаний, потребностей на разных уровнях, степени их удовлетворения, механизмов защиты, а также своих склонностей, своего предназначения, наконец, своей миссии на этой Земле. Всеми своими характеристиками ВКЗ выступает как бы даже категорией внепсихической. Однако в ВКЗ прежде всего делается опора на самосознание человека, его интрапсихические и личностные способности. Формирование ВКЗ связано с проекцией объективной реальности здоровья в самосознание человека, с субъективным восприятием и переживанием им своего здоровья, пониманием его причин, резервов, адекватных своей сущностной природе методов его совершенствования, способов развития. Способность познавать самого себя предполагает не столько отслеживание конкретных поверхностных проявлений человеческой природы, сколько улавливание собственной глубинной сути. Эта способность выражается в умении видеть себя и

мир. а также себя в мире: слышать себя и мир, а также себя в мире; чувствовать себя и мир. а также себя в мире. Познав таким образом составляющие своего здоровья и себя здоровым в целокупности, необходимо строить дальнейшую жизнь в гармонии со своей внутренней сущностью (аутентичность — первая категория ВКЗ). Гармония обусловлена еще двумя базовыми категориями ВКЗ: конгруэнтностью и мерой.

Быть конгруэнтным — значит говорить то, что думаешь, и делать то, о чем говоришь. Как было сказано выше: «Благие мысли порождают благие слова, благие слова порождают благие поступки» (см. перечень качеств зрелой личности).

«Всякое дело мера красит». При воспитании здоровья необходимо обучать человека чувствовать границы нормы адаптации.

«Не будь сладким, чтоб тебя проглотили. Не будь горьким, чтоб тебя выплюнули».

Возникновение порядка античная традиция интерпретации миров связывала с понятием «меры». Мы также рассматриваем здоровье как порядок, что означает меру, устойчивое равновесие между адаптационными и компенсаторными тенденциями. Опираясь на синергетические воззрения, можно отметить, что порядок (сложная структура) возникает при критических значениях в зоне баланса (соразмерности) энтропийных и неэнтропийных тенденций, и сам этот порядок есть своего рода компромисс (мера) между устойчивостью и неустойчивостью.

Таким образом, внутренняя картина здоровья представляет собой совокупность (комбинацию) элементов здоровья («валеологическая» ВКЗ) и интимно связанных с ним содержательно-психологических, субъективно-оценочных моментов существования («валеопластическая» ВКЗ).

Рассматривая ВКЗ с психологических позиций, можно выделить три ее основные грани:

1. *Когнитивная.* Рациональная сторона ВКЗ представляет собой совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья (в целом все то, что формирует систему верований человека).
2. *Эмоциональная.* Чувственная сторона ВКЗ включает в себя переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость, симпатия и др.).
3. *Поведенческая.* Моторно-волевая сторона ВКЗ, которая представляет собой совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей.

Формулируя заключительную фразу о проблеме ВКЗ. следует подчеркнуть, что внутренняя картина здоровья выступает в качестве сущностного психогигиенического ядра как для индивида, так и для общества в целом. ВКЗ формируется в ходе социализации человека с ранних этапов онтогенетического развития, следовательно, существуют реальные возможности корректного вмешательства в процесс ее воспитания, для чего необходимо изучить закономерности этого многомерного образования и предложить методологию формирования ВКЗ.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Совокупность переживаний и ощущений больного, его эмоциональные реакции на болезнь и лечение, представления о болезни формируют и внутреннюю, или аутопластическую, картину болезни (Лурия, 1935). Это понятие включает в себя не только эмоциональные компоненты, но и интеллектуальную переработку сложившегося положения, волевые качества, участвующие в преодолении болезни.

Развитие и течение заболевания тесно переплетается с субъективной оценкой происходящих с человеком изменений. Личность является активным участником этого сложного процесса через оценку субъективной значимости болезни, прогноза течения, реакцию на текущие болезненные процессы,— самопознание себя в патологических условиях. Следовательно, знание черт характера больного может явиться прогностическим по отношению к его реакции на имеющуюся или еще формирующуюся болезнь. Отношение к заболеванию определяют три важнейших фактора (Личко, Иванов, 1980):

1) природа самого соматического заболевания;
2) тип личности (акцентуация характера);
3) отношение к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

В литературе можно встретить различные взгляды на характер взаимодействия между нервно-психическими расстройствами и психосоматическим заболеванием. Одна точка зрения основывается на том, что психические нарушения, появляющиеся в преморбиде или одновременно с соматической патологией, следует рассматривать в рамках соматогении.

При этом целесообразно выделять тревожно-депрессивный, ипохондрический, астеноневротический и некоторые другие варианты социально-психологической дезадаптации. Формирование указанных вариантов психосоматической дезадаптации, как показывает ретроспективный анализ, происходит задолго до дебюта соматической патологии. Становление психосоматических дезадаптаций тесно связано с фиксацией

эмоциональных нарушений, сопровождающихся специфическим нейрогормональным «обеспечением». В период развития психосоматического расстройства, в фазе обострения, наблюдается выраженное заострение преморбидных личностных особенностей. Чаще всего отмечается нарастание тревожно-депрессивной симптоматики.

Другие авторы относят нервно-психические нарушения к реакции на само заболевание. Представляется, что изучению и коррекции должен подлежать «сплав» исходных особенностей личности с эмоциональной реакцией на болезнь.

Наиболее распространенными эмоциональными реакциями на болезнь З. Липовский (Lipovski, 1983) считает тревогу, горе, депрессию, стыд, вину, гнев.

В нашем представлении неврозоподобные реакции больного на болезнь выступают в качестве защитной реакции, ослабляя обостряющие заболевание вегетативные реакции. Возникновение подобной реакции сопровождается диффузным нейрогормональным сопровождением, ослабляющим активность «структурного аттрактора болезни».

Психологические феномены личностной защиты у психосоматических больных направлены 1) на ослабление внутриличностных конфликтов (уменьшение степени тревоги, напряжения и т. д.) — *первичный, невротический аспект;* 2) на ослабление вторичных функциональных наслоений, вызванных соматической патологией, — *вторичный, неврозоподобный аспект.*

Одним из основных вопросов психосоматики считается определение природы различных личностных особенностей (тревожность, депрессивность, агрессивность и др.): являются ли они реакцией человека на хроническое заболевание, угрожающее благополучию или жизни больного, или это следствие патологии органа или системы, или, наконец, эти черты личности относятся к преморбиду, исходным характеристикам. Ответ на указанные вопросы пока неоднозначен. Что причина, а что следствие — остается неясным. Отсюда неясной остается и полезность психотерапии неврозоподобных реакций, учитывая, что тревожные состояния рассеивают энергию стресса, ослабляя обостренную реактивность основного хронического заболевания. Наши исследования свидетельствуют о том, что если те или иные характеристики личности входят от преморбида в патологическую психосоматическую функциональную систему, то их актуализация, например повышение уровня тревоги, приводит к обострению основного заболевания. В случае, если та же тревога является реакцией на основное соматическое заболевание, повышение ее уровня скорее приводит к элиминации основных соматических симптомов. Таким образом, психотерапия психосоматических больных должна быть исключительно прицельной.

На основе опыта окружающих (бытового представления), информации, почерпнутой из медицинских источников, от врачей (научного представления) каждый больной вырабатывает для себя особую концепцию болезни. Она включает в себя причины, механизм развития, клинические проявления, средства терапии, возможность и эффективность лечения, а также прогноз. В отсутствие подлинного клинического знания и опыта у человека может сложиться искаженное понимание своей болезни. Одной из задач психотерапевтического консультирования должна быть выработка у больного адекватного представления о болезни, предупреждающая и устраняющая как анозогнозические варианты реагирования, так и реакции паники, катастрофы, выраженной депрессии. Такое психотерапевтическое воздействие на больного носит название коррекции «масштаба переживания болезни».

Глава 5
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ

Дальнейшее изучение психосоматических соотношений при нарушениях адаптации связано с использованием синергетики как «научной парадигмы самоорганизации и нелинейности» (Князева, Курдюмсв. 1995). Основы синергетического мировидения сформулированы Х. Хакеном (Haken, 1980) и И. Пригожиным (Prigogine, 1986). Основные принципы синергетического мировидения состоят в следующем:

- необходимо смотреть на всякое, даже застывшее, явление как на определенную эволюционную стадию процесса его развертывания;
- существует глубинная необратимость развития, его многовариантность и альтернативность как в исторической ретроспективе, так и в перспективе;
- даже в относительно простой нелинейной среде существует множество типов или путей эволюции;
- не все, что угодно, будет самоподдерживаться в данной нелинейной среде (системе). Могут возникать только те структуры, которые в ней потенциально заложены и отвечают собственным тенденциям процессов в данной среде;
- новое появляется в результате бифуркаций (точек ветвления возможных путей эволюции системы) как эмерджентное и непредсказуемое, и в то же время новое запрограммировано в виде спектра возможных путей развития, спектра относительно устойчивых структур — аттракторов эволюции. Аттрактор — устойчивое состояние (структура) системы, которое как бы притягивает (attrahere *(лат.)* — притягивать) к себе множество траекторий системы, определяемых различными начальными условиями (если система попадает в конус или сферу аттрактора, то она неизбежно эволюционирует к этому устойчивому состоянию);
- всякая система не является свободной, полностью независимой от процессов на нижележащих уровнях организации. При определенных условиях (условия неустойчивости) микрофлуктуации могут прорываться на макроскопический уровень и определять макрокартину процесса. Эффект разрастания флуктуаций предполагает, что в нелинейном мире малые причины могут порождать большие следствия;
- существует возможность сократить многочисленные зигзаги эволюционного пути, миновать нелепые и пустые попытки, которые все равно будут разрушены, размыты диссипативными процессами. Можно резонансно возбуждать правильные структуры в нелинейной среде. Причем резонанс — это не привычное для нас взаимное усиление параллельных усилий, движений, колебаний, а эффективность малых, но топологически правильных воздействий.

Предлагаемый список не является исчерпывающим, он остается открытым для возможных дополнений (Князева, Курдюмов, 1995). Синергетическое мировидение выступает философской основой нашей работы.

ДИНАМИКА ОТСТУПЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА К БОЛЕЗНИ И ЗАТЕМ К СМЕРТИ

Учет возрастающего значения психических факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации различных соматических болезней определяет одну из особенностей психологии здоровья — ее «неспецифичность». В настоящее время уже не вызывает сомнений, что не менее 30%, а по некоторым данным, не менее 50% пациентов, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, являются по существу практически здоровыми и нуждаются лишь в известной коррекции эмоционального состояния (Тополянский, Струковская, 1986).

Статистика свидетельствует, что лиц, свободных от каких-либо психических нарушений, то есть «абсолютно здоровых», в настоящее время насчитывается в среднем лишь 35%. Прослойка людей с предболезненными состояниями (донозологические формы психической дезадаптации) в населении достигает немалых размеров: по данным разных авторов — от 22 до 89% (Семичев, 1987). Однако согласно мнению экспертов, половина носителей психической симптоматики не нуждаются в психиатрической помощи. Они самостоятельно адаптируются к среде и. возможно, нуждаются только в психологическом консультировании.

В. П. Казначеев с соавторами предложили «светофорную модель» распределения обследуемых по степени состояния их здоровья, критерием нарушения которого могут явиться эмоциональные расстройства. По аналогии с цветами светофора группа лиц, не требующих проведения каких-либо специальных или лечебных мероприятий, обозначается

литерой «З» (зеленый). Предупреждение о возможных неблагоприятных последствиях и проведение оздоровительных и профилактических мер — «Ж» (желтый). Группу «Ж» авторы делят на две ступени: «Ж-1»— характерны разные степени напряжения адаптивных механизмов, но еще без явлений истощения; «Ж-2» — признаки перенапряжения и истощения адаптивных механизмов. «К» (красный) — нуждающиеся в дополнительном и тщательном врачебном обследовании и проведении специализированного лечения (Казначеев, 1987). Таким образом, компетенция психологии здоровья в указанной модели распространяется на зеленый и желтый цвета.

Одним из признаков движения по пути совершенствования является борьба с невежеством, стремление человека к самопознанию. Познавая себя, каждый способен видеть (выделить) целый арсенал индикаторов, помогающих ему ориентироваться в своем здоровье и на жизненном пути в целом. К сожалению, следует заметить, что «слепота» бывает не только «внешней», но и «внутренней». Проявляется она в том, что человек не замечает изменений в своем состоянии в зависимости от изменений в окружающей среде. Язык этих индикаторов чаще всего соотносится с эмоциональным уровнем и уровнем ощущений (соматический эквивалент эмоциональных состояний). Это подтверждается тем фактом, что современный человек часто отчуждает себя от чувств, считая их проявлением слабости. Обобщенным вариантом языка здоровья выступает психическое и физическое самочувствие.

Уровень психосоматического самочувствия человека варьирует в очень широком диапазоне — от серьезных органических нарушений до высокого эмоционального благополучия. Степень же психического (синоним эмоционального в данном контексте) благополучия меняется день ото дня.

СТЕРЖНЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Выделим стержневые характеристики эмоционального благополучия человека.

1. Прежде всего, это адекватная самооценка и уважение собственной личности. Уважение к себе есть неотъемлемая часть самосознания во внутренней картине здоровья. Адекватное восприятие себя означает признание своих недостатков как части своей натуры.
2. Следующей основой здорового самочувствия можно назвать способность адаптироваться к меняющимся условиям, иметь гибкую систему описаний. Это один из законов биологии, говорящий о том, что каждый живой организм, встречаясь с постоянно меняющейся средой, должен приспосабливаться к ней для своего выживания. Чтобы быть достаточно защищенным, человеку необходимо знать, что он может освоить любые изменяющиеся условия жизни. В таком случае человек может смотреть в будущее не со страхом, а с уверенностью и интересом. Это и есть свидетельство высокого уровня эмоционального благополучия.
3. В формировании эмоционального благополучия активно участвует способность человека эффективно удовлетворять свои потребности и умение компенсировать те, которые невозможно удовлетворить на данный момент или вообще. Способами удовлетворения разнообразных потребностей человек овладевает в ходе жизни. Каждый человек должен определить, в чем именно он нуждается, и степень этой нужды. Непонимание или отрицание своих потребностей делает человека несчастным. Можно достигнуть высокого материального благополучия и положения в обществе, но не чувствовать при этом себя счастливым, так как базовые потребности в любви, теплом отношении со стороны других остаются неудовлетворенными. Некоторые люди вытесняют эти потребности или даже отрицают их из-за страха быть отвергнутыми.
4. Эмоциональное благополучие подразумевает уверенность человека в том, что он сам в значительной мере управляет своей жизнью. Счастливый человек осознает ограниченность этой свободы, так как понимает, что есть определенные аспекты, которые от него не зависят, и поэтому не стремится все подчинить своей воле, чтобы не испытывать разочарование.
5. В то же время психологически благополучные люди независимы, умеют самостоятельно принимать решения, планировать свою жизнь и следовать собственным планам. Напротив, люди эмоционально незрелые затрудняются в принятии решений. Важно понимать, что полной независимости не существует, более того, каждому необходима и определенная степень зависимости. Например, любовные отношения предполагают взаимную зависимость, и без нее одна из самых главных потребностей человека не будет удовлетворена.
6. Независимо от того, удачно или неудачно складывается жизнь человека, в ней неизбежно наступает момент, когда какое-то из желаний оказывается неудовлетворенным. Эмоционально здоровый человек всегда может найти подходящий способ справиться с разочарованием. Таким образом, эмоциональное благополучие зависит от способности человека активно преодолевать жизненные разочарования, неприятности, связанные со стрессами, с помощью действия, а не алкоголизации или наркотизации.

7. Признаком эмоционального благополучия человека является способность заботиться о других людях. Через заботу о себе человек выполняет генетическую программу заботы о других Эгоистичный человек, как правило, несчастен, ибо имеет больше неудовлетворенных и ненасытных потребностей, чем более альтруистичные люди.
8. Важной характеристикой эмоционального благополучия является качество взаимоотношений людей друг с другом. Эмоционально здоровые люди любят других людей, верят, доверяют им. ждут такого же отношения к себе и получают его. Они чувствуют свою принадлежность ко всему сообществу людей. Безусловно, прежде чем человек научится любить других, он должен научиться уважать и любить себя.
9. Эмоциональное благополучие неразрывно связано со способностью творить, эффективно работать и получать удовлетворение от проделанной работы.

Следует признать, что перечисленный ряд индикаторов эмоционального благополучия не может быть завершен окончательно. В целом психологическое оптимальное самочувствие не имеет предела, следовательно, всегда есть возможности для улучшения неразрывно связанного с этим качества жизни человека. Судя по стержневым показателям эмоционального благополучия, можно сказать, что именно психическое здоровье в значительной степени определяет наше общее самочувствие, поскольку:

а) прямо воздействует на функции организма и таким образом на физические аспекты нашего благополучия;
б) способствует адаптации в разных жизненных условиях;
в) формирует чувство собственного уважения и достоинства, что совершенно необходимо для мотивации здорового поведения;
г) влияет на взаимоотношения с другими людьми и через них — на здоровье человека;
д) определяет в значительной степени работоспособность;
е) дает ощущение полноты и осмысленности жизни, делающее людей счастливыми.

Л. В. Куликов связывает понятия «психологическая устойчивость» и «потенции» (2004). Б. Г. Ананьев выделял две основные движущие силы, действие и взаимодействие которых определяет ход развития и может либо способствовать ему, либо тормозить, препятствовать, — это потенции и тенденции. Потенции включают в себя жизнеспособность, трудоспособность, работоспособность, общую одаренность, специальные способности (1980). Психологическая устойчивость индивидуума непосредственно определяет его жизнеспособность, соматическое и психическое

здоровье. Психологическая устойчивость личности — способность противостоять жизненным трудностям, неблагоприятному давлению обстоятельств, сохранять здоровье и работоспособность в ситуациях различных испытаний. Выбор стратегии и успешность совладания с трудными жизненными ситуациями в наибольшей степени зависят от склонности человека принимать на себя ответственность за происходящее с ним.

Рассмотрим динамику «отступления» человека к болезни и затем к смерти (табл. 3). В первой графе таблицы отмечены **«базовые умения»** человека в условиях здоровья. Это комплекс адаптационно-компенсаторных паттернов, отлаженная работа которого свидетельствует о нашем психическом и соматическом благополучии. Данное состояние есть состояние условного здоровья.

Адаптация — составная часть приспособительных реакций биологической системы на изменение условий среды существования. При адаптации система перестраивает свои структурные связи, изменяет их для сохранения функций, обеспечивающих ее существование как целого в изменившейся среде.

Компенсация направлена на сохранение функции системы даже в случае нарушения деятельности функционального элемента. То есть адаптация направлена на изменение функций и структуры, а компенсация — на сохранение, восстановление функций и структуры (Воложин, Субботин, 1987). Это два полюса реакций организма на возмущение среды, два полюса одного континуума. Существование одного без другого невозможно. В основе адаптации как приспособления лежит изменчивость психосоматических признаков в результате воздействия на них внешних сил. В то же время ответственность за сохранение признаков возлагается на наследственность, то есть внутреннюю конституциональную программу здорового организма. Отступление человека к болезни и затем к смерти: переходы от первичного состояния «базовых умений», сформированных как наследственными факторами, так и приобретенными, к состоянию предболезни, болезни и. наконец, -- к смерти, и далее, снова к базовым умениям, но на другом уровне их реализации, не обусловлены противоречием внутренних и внешних (средовых) факторов, а есть результат внутренних противоречий. Построение таким образом эмоционально-когнитивно-поведенческой стратегии в соответствии с конституциональным стержнем (структурным аттрактором) создает условия здорового существования человека. Противоречивое единство внутреннего и внешнего— это условие развития здоровья, а не его причина, в качестве которой всегда выступают внутренние противоречия. Соответствие человека его генетической модели здоровья способствует благополучию всех сторон жизни (все получается, все горит в руках, когда переполняет радость от самого процесса жизни и т. п.).

Таблица 3

Динамика отступления человека к болезни и затем к смерти

Бессознательное						
БАЗОВЫЕ УМЕНИЯ (здоровье)	**ПРЕДБОЛЕЗНЬ**	**БОЛЕЗНЬ (ненормальная)**	**СМЕРТЬ (неестественная)**	**БАЗОВЫЕ УМЕНИЯ (ремиссия)**	**БОЛЕЗНЬ (нормальная)**	**СМЕРТЬ (естественная)**
БУР)	ПБ	Б(НН)	С(НЕ)	БУ(Р)	Б(Н)	С(Е)
Адаптивно-компенсаторные паттерны реагирования: эмоциональные, поведенческие, когнитивные	Соматические признаки / индикаторы: расстройства пищеварения: снижение аппетита, переедание; изжога, запор/понос; отрыжка, тошнота	Большие психосоматические расстройства: инфаркт миокарда; язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенный колит, гипертоническая болезнь; бронхиальная астма, ревматоидный артрит	MEMENTO MORI	Тонкая настройка сенсорного аппарата; гармония души и тела; использование телесных индикаторов для коррекции поведения	Климакс, гипер-адаптоз, возрастное ожирение, предиабет, атеросклероз, метаболическая иммунолемрессия, возрастная психическая депрессия, гипертоническая болезнь возраста, канкрофилия, премикседема	ПЕРЕХОД В НЕИЗВЕДАННОЕ
Психосоматические адаптационные процессы	Утрата сексуального желания, импотенция, фригидность	Менструальные осложнения, гиперфункция щитовидной железы, кожные заболевания; аллергия, диабет		Синхронизм и синергия с природой, самим собой, устойчивые и совершенные адаптационно-компенсаторные шаблоны,		
Структурные аттракторы здоровья (болезни)	Затруднения с дыханием, спазмы, ком в горле			Адекватность самому себе, защищенность, благополучие, свобода, независимость, знание, контроль над ситуацией		

Окончание табл. 3

Бессознательное						
БАЗОВЫЕ УМЕНИЯ (здоровье)	**ПРЕДБОЛЕЗНЬ**	**БОЛЕЗНЬ (ненормальная)**	**СМЕРТЬ (неестественная)**	**БАЗОВЫЕ УМЕНИЯ (ремиссия)**	**БОЛЕЗНЬ (нормальная)**	**СМЕРТЬ (естественная)**
Наследственные и приобретенные факторы: конституциональные особенности нейрогормонального статуса и реактивности, стереотипы воспитания, социальные установки	Головные боли;ощущенияв области сердца; мышечные судороги; обмороки; повышенная потливость; нервный тик; слезливость без видимой причины и т. п.	Малые психосоматические расстройства: соматоформные вегетативные дисфункции (органные неврозы)		Высокий духовный уровень существования		
Адекватное отношение к себе, другим, миру	Психические признаки (индикаторы): тревожность, беспокойство; постоянное чувство усталости, истощаемость; бессонница; хроническая раздражительность; постоянное ожидание неудачи, страх перед будущим; ипоходричность; пониженное настроение; неудовлетворенность; потеря интереса к жизни, нелюбовь себя; утрата чувства юмора и т. п.	Неврозы: истерия, неврастения, невроз навязчивых состояний. Депрессии: маскированная (соматизиро ванная, ларвированная) депрессия		Возврат к первичному структурному аттрактору здоровья (формирование нового)		
Сознание						

Обнаружение человеком в самом себе скрытых установок (структурных аттракторов; проектов, моделей здоровья) на благоприятное и здоровое будущее и следование этим самоподдерживающим силам и есть естественный самоисцеляющий путь развития индивидуума, когда он находится в границах «базовых умений» или «срединного пути психосоматической активности» (табл. 4).

Шкала уровней психосоматической активности построена на основе результатов исследований В. А. Ганзена, В. Н. Юрченко (1991), А. О. Прохорова (1997) и дополнительных результатов, полученных в наших исследованиях (Ананьев, 1988).

Таблица 4

Шкала уровней психосоматической активности

Уровень психосоматической активности	**Психосоматические состояния**
Повышенный	Гнев, ярость, ужас, паника, ненависть, страсть, дистресс, воодушевление, негодование и другое «норадреналиновое обеспечение»
Средний (оптимальный)	Спокойствие, симпатия, сострадание, эмпатия, сосредоточенность, озарение (инсайт), удивление, заинтересованность, размышление и др. «Уравновешенный, смешанный (адреналиново-холинергический) тип нейрогормонального обеспечения»
Пониженный	Подавленность, грезы, грусть, тоска, горе, страдание, утомление, монотония, скука, прострация, рассеянность, кризисное состояние и др. «адреналиновое обеспечение»

Рис. 3 иллюстрирует взаимодействие нейрогормональных структур на этапе «базовых умений» с факторами средовых воздействий, где отражен баланс между средой, центром и периферией.

«Когда ребенок пребывает в младенчестве, он подчинен законам природы своего тела и психики, своего естества, в нем заложено и стремление к здоровью. По мере взросления ему приходится учиться «игнорировать» или «нарушать» эти законы, сдерживать удовлетворение потребностей, запросов тела и психики, что, в свою очередь, ведет к «возмущению» тех или иных заблокированных систем организма. Это условия, когда нарушается соответствие уровня адаптационно-компенсаторных процессов «норме адаптации». *«Норма адаптации»* — это пределы изменения структуры системы (или элемента) под влиянием действующих на систему условий среды, при которых не нарушаются структурно-функциональные связи со средой, что обеспечивает существование системы» (Воложин, Субботин. 1987). Для человека (организма), существующего в

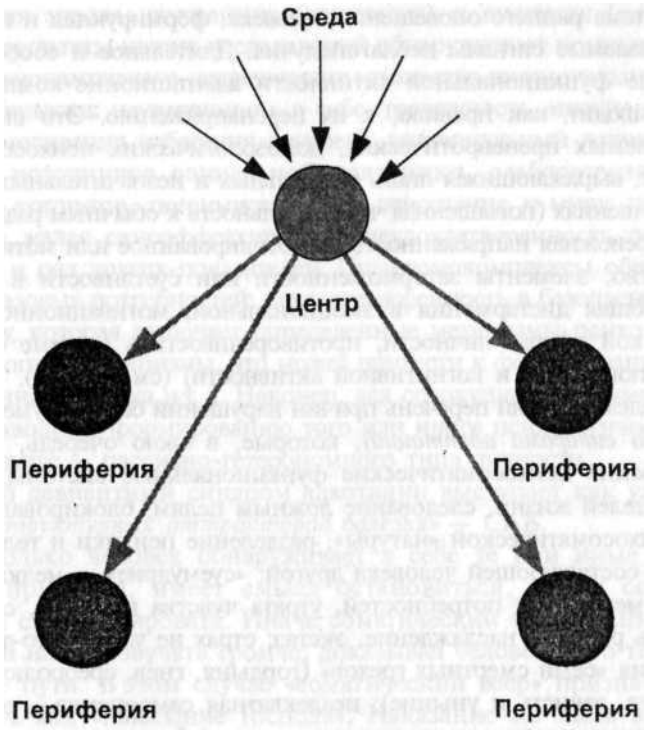

Рис. 3. Взаимодействие центральных и периферических отделов нейрогормональной системы в условиях здоровья (БУ(3)

условиях его адаптационной нормы, необходимость адаптации отсутствует, поскольку он к этим условиям уже адаптирован. Норма биологической адаптации сформировалась в адаптациогенезе и закрепилась наследственно, однако норма психической адаптации формируется благодаря научению, то есть является приобретенным фактором. Норма психической адаптации, хотя и опирается на индивидные характеристики человека, во многом зависит от сформированных окружающей средой границ адаптационно-компенсаторных реакций. Точно так же существует норма социальной адаптации, границы которой определяются обществом. Норма биологической адаптации имеет более жесткие границы по сравнению с социально-психологической нормой адаптации.

Таким образом, на каждом уровне структурно-функционального устройства человека существует своя норма адаптации. Если происходит нарушение границ нормы адаптации на любом уровне, то последствия обнаруживаются во всех слоях, хотя более отчетливо начинает звучать «биологический голос ощущений», метафорически выражаясь, голос Бога внутри нас. Это вступает

в силу система раннего оповещения человека, формируются и проявляются вполне осязаемые сигналы неблагополучия. Длительное и особенно резкое напряжение функциональной активности адаптационно-компенсаторных систем приводит, как правило, к их перенапряжению. Это выражается в так называемых преневротических, донозологических психосоматических состояниях, выражающихся лишь в отдельных и незначительных на первый взгляд нарушениях (повышенная чувствительность к обычным раздражителям, «мягкая» тревожная напряженность, немотивированное или мотивированное беспокойство, элементы заторможенности или суетливости в поведении, в целом общая дисгармония в эмоциональной, мотивационно-волевой и поведенческой сферах личности, противоречивость в системе отношений, снижение поисковой и когнитивной активности) (см. табл. 3).

Приведем краткий перечень причин нарушений базовых умений *(общего девиантного синдрома адаптации),* которые, в свою очередь, формируют патологические психосоматические функциональные системы: смешение смысла и целей жизни, следование ложным целям, блокирование потребностей психосоматической «натуры», разделение психики и тела, неуважение одной составляющей человека другой; «суемудрие» — мелкая возня на уровне элементарных потребностей, утрата чувства главного, способности испытывать радость, наслаждение, экстаз; страх не успеть что-то в жизни; актуализация «семи смертных грехов» (гордыня, гнев, сребролюбие, чревоугодие, блуд, зависть и уныние); неадекватная самооценка— завышенная или заниженная; отказ от индивидуальности («быть как все», «иметь то. что все»), повышенные притязания, превышающие возможности человека (высокий уровень притязаний при скудных средствах достижения); ложь, поступки против совести, привязанность к прошлому, к людям, которые уже ушли, к собственным промахам и т. п., неверие в себя, хроническое ожидание личных катастроф, особая трата энергии на то. чтобы удержать прошлое и страховать будущее; гипертрофированная серьезность в отношении к себе, другим, к жизни в целом и многое другое; у одних — страх потери жизненной компетентности, боязнь несоответствия должности, роли матери, отца, мужчины, женщины — боязнь непризнания другими, болезненная ответственность за все и за всех, в то же время у других, наоборот, — ослабление воли, боязнь ответственности.

Общий девиантный синдром адаптации (ОДСА) — это *базовые нарушения донозологического уровня на когнитивном, эмоциональном либо поведенческом уровнях.* Эти нарушения неспецифичны, полиморфны по проявлениям, они не относятся к патологическим и представляют собой донозологический уровень реагирования. Проявления данного синдрома выступают факторами, затрудняющими адаптацию.

К проявлениям ОДСА относится в первую очередь отсутствие (в случае детского возраста, где только расширяется и укрепляется ресурсная

система) или утрата внутренних (душевных) и внешних (социальных) ресурсов. Результаты наших исследований обнаруживают признаки ОДСА в виде симптомокомплексов, включающих множество взаимоувязанных характеристик личности: неуверенность в себе, тревожность, низкие показатели «силы Я», мотивация избегания неуспеха, экстернальный локус контроля, отсутствие источников социальной поддержки, слаборазвитая система адекватных копингов, пессимистическое отношение к миру, пониженное настроение, малая самоэффективность, неудовлетворенность потребности в общении и ряд других показателей. Симптомокомплексы образуются от исходных базовых потребностей: неудовлетворенность в безопасности вызывает тревогу, которая включает определенные механизмы психологической защиты и копинг-механизмы, что может привести к формированию мотивации избегания неуспеха и т. д. Наконец, вся совокупность взаимоувязанных качеств приводит к формированию того или иного психологического типа, в нашем случае — пассивно-гетерономного типа личности.

Общий девиантный синдром адаптации выступает как условие выявления *«структурных аттракторов болезни»* — САБ.

Как только человек обнаруживает в себе те или иные вышеприведенные признаки, имеет смысл остановиться, чтобы осознать их причины и скорректировать. Иначе соматический эквивалент подобных проявлений начнет звучать громче, доказывая человеку, что тот сбился с праведного пути. В этом случае «соматический веер» признаков можно расценивать как «наказание Господа». Наказание же здесь выступает в качестве наказа человеку, в том, чтобы он провел ревизию своих отношений с самим собой, с другими людьми, с окружающим миром вообще и, по возможности, изменил неадекватные стороны в этих отношениях. Сбиться с пути к истине может каждый, но и осознать этот факт дано каждому именно через систему раннего оповещения. Так начинается движение человека спиной к болезни и в конце концов — к смерти. Разумеется, границы между различными этапами «отступления» весьма размыты, как это бывает при смешении цветов, еще нагляднее — при переходе одного цвета в другой.

Если человек не смог адекватно понять свою сигнальную систему, то он «переходит» из графы БУ (базовых умений) в графу ПБ (предболезни). Это период, когда «собака еще лает», — открытое предупреждение, что что-то идет не так. Однако, как говорят на Востоке, «Если собаку нельзя повесить, то, по крайней мере, ее можно игнорировать», у нас еще проще высказываются по этому поводу: «Собака лает, ветер носит». Все это в переводе с языка метафор означает, что человек находит массу псевдоразумных аргументов в пользу того, что ничего не надо менять. На данном этапе развития патологии человек либо вытесняет тревожащую его информацию, либо рационализирует ситуацию на уровне: «Наверно, съел что-нибудь не то» или «Просто устал, надо выспаться как следует, и все пройдет». Если

нервный тик - «По-видимому, продуло, сквозняк на работе». Если нет сексуального желания — «Да и не очень-то и хотелось». Если снизился аппетит - «Прекрасная экономия денег». И много других расхожих псевдообъяснений своего уже болезненно изменившегося состояния.

Немецкий автор Курт Теппервайн пишет, что наше тело — это превосходный сигнал жизни, постоянно шлет нам послания, не только сообщая о том, что в данный момент мы ведем себя неправильно, но и подсказывая, как поступить, дабы вновь обрести гармонию. Если мы оставляем без внимания послания тела, оно несет нам боль. Тем самым тело вынуждает нас заниматься собой. Следовательно, всякий раз, когда мы испытываем боль, мы получаем сигнал, а тот, кто постоянно не слышит слышимого и не видит видимого, пусть не удивляется новым проблемам.

Рис. 4 иллюстрирует нарушенные связи между центральными и периферическими отделами нейрогормональных систем, приводящие, как правило, к явлениям предболезненного характера; именно в этих условиях отчетливо оформляется структурный аттрактор болезни.

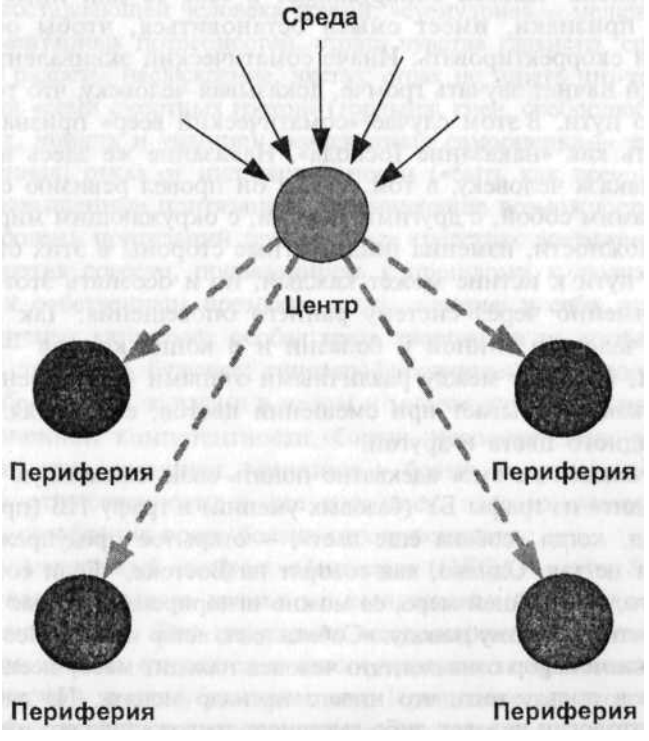

Рис. 4. Взаимодействие центральных и периферических отделов нейрогормональной системы в условиях предболезни (ПБ)

Предболезнь — это латентный (скрытый) период болезни, оценка которого осуществляется по избыточной эмоциональной напряженности донозологического уровня, имеющего выраженный вегетосоматический эквивалент. «Тело здоровое, но не до предела, тело не здоровое, но и не больше» — так отзывался Авиценна об этом периоде, то есть это еще не болезнь, но уже и не здоровье. Таким образом, как показывают клинические наблюдения и психологическое тестирование, эмоционально-стрессовые реакции довольно жестко сопряжены с предболезненными состояниями. «Третье состояние», по Авиценне, есть непатологическое, однако адаптационные реакции становятся похожими на невротические проявления. Признаки, определяющие это состояние, часто интерпретируются, особенно психиатрами, как начало того или иного патологического процесса и оформляются в диагноз. Однако так называемая «начальная нервность»: астения, тревога, вегетативные дисфункции, снижение порога переносимости различных воздействий из окружающей среды — скорее отражает динамику здоровья как процесса, ибо часто отличается парциальностыо. При этом у человека есть все ресурсы, чтобы выйти из предболезненной фазы, пересмотрев свои уже деформированные базовые умения: «Как я реагирую на те или иные стимулы жизни», «Какие эмоции вызывают те или иные события», «Что я думаю», «Как мыслю о своей жизни» и т. д. — все это на данном этапе «отступления» может быть представлено в качестве мишени для осознанной коррекции. В случае проявления упрямства, «симулирования внутренней слепоты», «голос Бога», его слова, выраженные пока еще в неотчетливых диффузных симптомах, начинают звучать оглушающе, и человек вынужден перейти в новый статус — статус больного. Если и дальше из-за невежества человека давление на нормативные границы адаптации продолжает усиливаться, то резервные возможности защитных систем (компенсаторных механизмов, поддерживающих норму адаптации) оказываются исчерпанными. В этот момент нарушается целостность приспособительных механизмов, хотя показатели функционирования вроде бы остаются прежними. Все это приводит к сужению рамок адаптированной психосоматической деятельности организма и психики, вследствие чего человек вынужден вырабатывать качественно и количественно новые формы адаптационно-компенсаторных реакций. В этот период, когда «собака уже кусает». У человека возникают серьезные функциональные нарушения или же органическое заболевание. «Виноват медведь, что корову съел, а не права и корова, что за поля ходила». Болезнь в общефилософском понимании — это новое качество (новая форма) жизнедеятельности. В соответствии с законами диалектики происходит накопление тех или иных «предболезненных» факторов и их переход в новое качество — ту или иную оформившуюся нозологическую единицу.

В исламе болезни понимаются как великое благословение, поскольку человеку предоставляется возможность очистить себя от прежних грехов, отбросить прочь ложные помыслы и поступки. В христианстве также воспринимают болезнь как испытание, ибо в болезни ослабевают страсти и человек «приходит в себя». «Недуги посылает Бог для здравия души». Болезнь есть время размышлений, самопроверки, время покаяния. Период болезни — это время, когда психолог частично уступает место врачу. Кажется, здесь заканчивается биография человека и начинается анамнез, а может быть, это произошло уже на предыдущей стадии. Надежды на врачей редко оправдываются, когда болезнь уже разъедает тело и душу. Люди «бегут вешать замок на гараж, откуда уже угнали машину». На этом этапе БУ (базовые умения) расшифровываются как «бывшие в употреблении», ибо необходимо вырабатывать новые механизмы адаптации и к самой болезни, и вместе с болезнью к жизни. В этот критический период к людям нередко приходит осознание своего невежества. В период страданий человек вдруг вспоминает о неотмеченных им в свое время предвестниках своей болезни. Если болезнь для человека действительно послужила уроком и все-таки позволила вернуться к реконструкции и обновлению базовых умений, то он способен войти в достаточно стойкую ремиссию. Однако много и таких, кто, признав, что уже болен, продолжает упорствовать в отвержении связей между болезнью и стилем жизни, который сбил его с пути истинного. И тогда «время приходит — к смерти доводит».

На рис. 5 изображена схема взаимодействия центральных и периферических отделов нейрогормональных систем в условиях сформировавшейся болезни.

Болезнь — это предпоследний по силе индикатор, указывающий человеку на неблагополучие, вынуждающий его задуматься о соответствии своих целей и смысла жизни и требующий пересмотра его жизненных установок, программ. Еще со времен К. Галена известно, что «солнце освещает успехи врачей, земля закапывает их ошибки». Однако согласиться с этим можно лишь отчасти, ибо ошибки обнаруживаются, прежде всего, в жизненном порядке самого больного, его образе жизни, а не только во врачебных мероприятиях.

В том случае, если человек не внял призывам организма и на стадии болезни, ему неминуемо приходится столкнуться со смертью. К задачам психологии здоровья может быть отнесена и качественная подготовка людей к смерти. Наука о смерти — танатология — в последние несколько десятилетий очень энергично изучает феномен смерти, что позволило узнать много нового об этой проблеме. Однако понимать, что такое смерть, вовсе не означает только примириться с мыслью о ее неизбежности; через понимание смерти человек способен пересмотреть

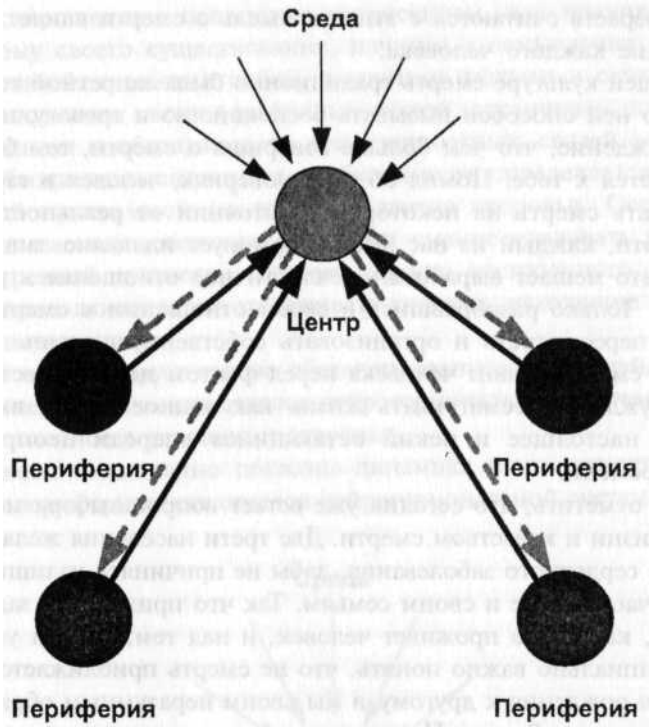

Рис. 5. Взаимодействие центральных и периферических отделов нейрогормональной системы в условиях болезни (Б)

жизнь, переструктурировать время в ней и быть готовым встретиться во всеоружии со своим «пределом». Каждый человек может найти для себя смысл своей смерти, будучи еще здоровым. Что такое смерть? Ответ на этот вопрос в значительной степени зависит от возраста, состояния здоровья, интеллекта человека, от того, в какой культурной среде вырос и какую религию исповедует. За этим понятием могут стоять: биологическое событие, превращение, ритуальный переход, неизбежность, естественное явление, наказание, избавление, угасание, Божья воля, разлука, воссоединение, время для подведения итогов. Для умирающего смерть— одно, для его близких— совсем другое. По-видимому, люди — единственные живые существа, способные ожидать собственную смерть и готовиться к ней. Готовность сознания человека к принятию смерти прямо или косвенно определяется переживаниями, связанными со смертью других людей. Именно на основании этих переживаний человек формирует собственный взгляд на явление «ухода». Осознавая, что все без исключения рано или поздно столкнутся со смертью, люди

любого возраста считаются с этим, а мысль о смерти влияет на чувства и поведение каждого человека.

В нашей культуре смерть традиционно была запретной темой. Один разговор о ней способен вызывать беспокойство и тревогу, ибо существует заблуждение, что чем больше говоришь о смерти, тем быстрее она приближается к тебе. Помня об этих повериях, человек в страхе старается держать смерть на некотором расстоянии от реальности. Избегая темы смерти, каждый из нас лишь формирует иллюзию защищенности от нее, а это мешает выработать реалистичное отношение к указанному феномену. Только разобравшись в своем отношении к смерти, человек способен пересмотреть и организовать собственную жизнь. Осознание феномена смерти ставит человека перед фактом неизбежности его конца и вынуждает рассматривать жизнь как единое целое, включающее прошлое, настоящее и некий остающийся впереди неопределенный отрезок времени.

Надо отметить, что сегодня уже встает вопрос выбора между количеством жизни и качеством смерти. Две трети населения желают умереть от острого сердечного заболевания, дабы не причинять излишние страдания и несчастья себе и своим семьям. Так что приходится задумываться и над тем, как долго проживет человек, и над тем, как он умрет. И все же принципиально важно понять, что не смерть приближается к нам от одного дня рождения к другому, а мы своим неразумным образом жизни делаем шаги в ее объятия. Подготовка к смерти предполагает составление духовного завещания, умение освобождаться от земных привязанностей на когнитивном и особенно на эмоциональном уровнях.

Табл. 3 имеет пятую колонку — БУ(Р) — «базовые умения (ремиссия)», содержание которой отразить в названии достаточно затруднительно. Так или иначе, опыт практической работы показывает, что все больше встречается людей, кто «прошел», правильнее сказать, «перешагнул» смерть, кто в своей жизни побывал в «желтой долине смерти» и смог выбраться оттуда, восприняв болезнь как горькое, но в высшей степени полезное лекарство. Ибо смерть закрывает глаза и она же их открывает. Кто эти люди, которых можно было бы назвать «дважды рожденными»? Это те, кто в своей личной истории пережил потрясения, катастрофы и вместе с ними испытал особые состояния измененного сознания. В этом состоянии, возможно, они смогли переосмыслить свою картину мира и реконструировать ее. Как уже говорилось, норма адаптации конкретного организма не может сколь-либо существенно меняться, однако норма психической и особенно социальной адаптации может расширяться в результате перехода на новый уровень существования, и это происходит как раз благодаря проживанию ситуаций, связанных с «потрясениями».

Люди, прошедшие испытание потрясением, как правило, создают новую форму своего существования, начиная с осмысления всех своих обычных связей: с самими собой, с другими людьми и с миром вообще, через познание своих устойчивых связей, заканчивая познанием и использованием необходимых, то есть сущностных, связей. «Сущность» живет необходимыми связями, а необходимость определяется конституциональной программой (моделью) развития здоровья. Особенностью людей, называемых «святыми», является умение следовать рекомендациям внутренней сущности, за счет хорошо отстроенного сенсорного аппарата, позволяющего им отслеживать сигналы, исходящие из системы раннего оповещения.

Рис. 6 иллюстрирует заново сбалансированное взаимодействие центральных и периферических отделов нейрогормональных систем в условиях ремиссии, сходное с условиями здоровья.

На рис. 3-6 наглядно показана динамика взаимоотношений центральных и периферических отделов нейрогормональной системы. На этапе

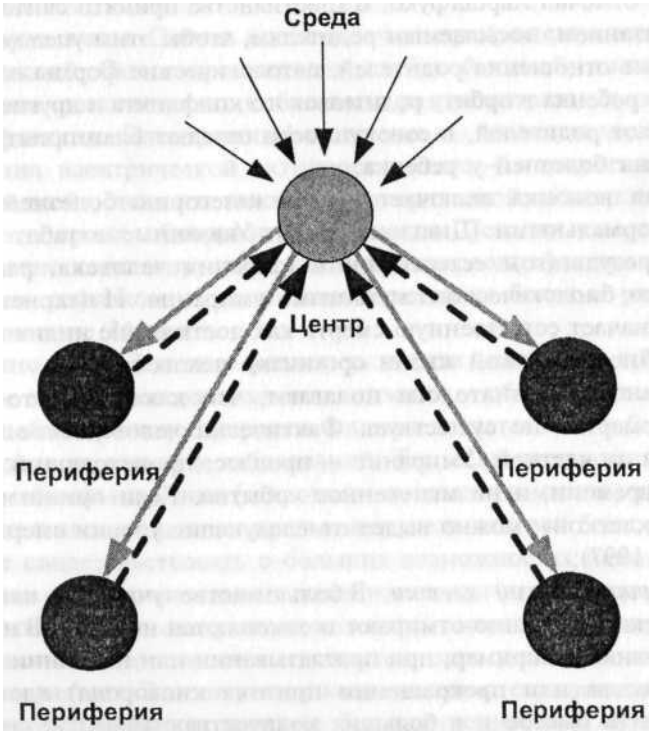

Рис. 6. Взаимодействие центральных и периферических отделов нейрогормональной системы в условиях ремиссии (БУ(Р))

условного здоровья это взаимодействие представлено заложенным конституцией балансом влияния центра на периферию. По мере нарушения нормы адаптации в стадии предболезни центральное регулирование начинает функционировать в неустойчивом режиме. Далее, при формировании органического дефекта и нарушении нормы адаптации периферических отделов усиливается их воздействие на центральные структуры. Наконец, при выходе в ремиссию эти связи могут быть относительно сбалансированы заново, за счет устранения органического дефекта и ослабления периферического влияния или же за счет нормализации центрального звена нейрогормональной системы. Исходя из представленной динамики, становится понятной специфика «нейрогормонального сопровождения» одних и тех же эмоциональных реакций при различных нозологиях, например тревога при ИБС и ЯБ обеспечивается различным образом (Ананьев, 1999).

Такова динамика отступления к болезни и смерти взрослого человека. Относится ли она к болеющим детям? Скорее относится к их родителям. «Природа иногда наказывает раньше, чем успеваешь провиниться», — отмечал Ларошфуко. В христианстве принято считать болезнь детей испытанием, посылаемым родителям, чтобы этим уцеломудрить их. Нарушенные отношения родителей, патологические формы воспитания, вовлечение ребенка в орбиту родительского конфликта и другие причины, исходящие от родителей, в совокупности создают благоприятную почву для развития болезней у ребенка.

Шестая колонка включает в себя категорию болезней, которые названы нормальными (Дильман, 1987). Указанные в табл. 3 болезни являются результатом естественного старения человека, реализацией заложенного биологического механизма умирания. И наконец, седьмая колонка означает естественную смерть как достижение индивидуального «предела» биологической жизни организма человека.

Современные танатологи полагают, что какого бы то ни было «момента смерти» не существует. Фактически человеческое тело умирает клетка за клеткой. Умирание — процесс, происходящий в течение какого-то времени, а не мгновенное событие. Если организм умирает «клетка за клеткой», можно выделить следующие уровни смерти (Байер, Шейнберг, 1997):

1. *Смерть (гибель) клетки.* В большинстве участков нашего тела клетки постоянно отмирают и заменяются новыми. В необычных условиях (например, при проглатывании или вдыхании ядовитого вещества или прекращении притока кислорода) клетки могут гибнуть быстро и в больших количествах.
2. *Локальная смерть.* Это гибель части тела. Так, у некоторых больных диабетом приток крови к стопе нарушается настолько, что ткань может погибнуть. Подобное отмирание участков ткани называется некрозом, или гангреной. В таких участках нередко скапливаются бактерии, вырабатывающие токсины, что усугубляет гибель ткани. Иногда только ампутация пораженной части тела способна остановить распространение инфекции.
3. *Смерть клеток мозга.* К недостатку кислорода, многочисленным лекарственным препаратам и токсическим веществам из всех клеток нашего организма наиболее чувствительны клетки мозга. Кроме того, отмирающие клетки мозга никогда не замещаются новыми. Если прекратилось снабжение организма кислородом, что, например, бывает при электрическом шоке, утоплении, удушении или сердечном приступе, клетки высшего, «сознательного» отдела мозга — головного мозга — начинают гибнуть уже через несколько минут. Еще через несколько минут начинают отмирать клетки рефлекторных центров мозга. Напротив, мышечные клетки выживают без кислорода несколько часов. Клетки почки живут без кислорода 7 часов, что делает почку идеальным органом для трансплантации.
4. *Смерть мозга.* Смерть мозга означает прекращение всех мозговых функций. Она сопровождается глубокой комой, полным отсутствием реактивности к болевым раздражителям и отсутствием рефлексов. Электроэнцефалограмма — диагностическая регистрация электрической активности мозга — становится при этом «гладкой», то есть никакой электрической активности в мозге в это время обнаружить не удается. Сегодня смерть человека обычно констатируют по гладкой электроэнцефалограмме, отсутствию рефлексов и отсутствию ответов на болевые раздражители в течение 24 часов.

Условно табл. 3 можно разделить на два усеченных треугольника. Верхний — область бессознательного, нижний — область сознания. Таким образом удобно проиллюстрировать влияние сознательных и бессознательных факторов на развитие заболеваний. Так, если рассматривать первую колонку — «базовые умения (здоровье)», то можно заметить, что удельный вес сознательных процессов превышает удельный вес бессознательных, что может свидетельствовать о больших возможностях использования в этот период силы сознательных механизмов для предупреждения болезней. При переходе в следующую колонку — «предболезнь» — удельный вес сознательных процессов сокращается, зато удельный вес бессознательных возрастает. Это ситуация, когда человек, страдающий неврозом, может ясно осознавать и, казалось бы, контролировать свое состояние, но, попав в особо значимые условия, утрачивает контроль над тем, что с ним происходит. Например, войдя в метро, подверженный фобиям

закрытых пространств, испытывает сначала страх («вегетативную бурю») и затем панику, которая заставляет его бежать из помещения. Последнее обстоятельство уже выходит за рамки сознательного контроля и управления. Таким образом, в следующей колонке - «болезнь» — мы можем отметить все возрастающую роль бессознательных процессов и снижение сознательных. Парадоксальным на первый взгляд может показаться преобладание бессознательных факторов у лиц, переживших те или иные потрясения. Однако нет ничего удивительного в том, что те, кто принадлежит к этой категории, ориентированы на собственную систему саморегуляции, которая позволяет им жить в ладу с самим собой.

Обобщая динамику отступления человека к болезни и смерти, можно выделить следующие стадии развития дезадаптации:

1. «БУ(3)». Возросшие нагрузки, нарушающие первичную генетическую модель здоровья, ведут к функционированию системы на пределе нормы адаптации; возникает процесс преадаптации. При возвращении соответствующих условий модели здоровья человек реадаптируется.
2. «ПБ». При хронизации психотравмирующих ситуаций начинается компенсаторный процесс, который связан с включением более широкого репертуара психологических защитных механизмов, а также копинг-механизмов (механизмов преодоления), что приводит к снижению нагрузки на значимую систему личности (происходит перераспределение энергии).
3. «Б(НН)». При многократном повторении, дальнейшем усилении давления психотравмирующих условий на значимую систему личности человек исчерпывает адаптационный потенциал и дезадаптируется (формируются нервно-психические или психосоматические отклонения).
4. «БУ(Р)». На этой стадии рекомпенсированная личность начинает осуществлять свои функции снова в пределах адаптивной нормы.

Таким образом, динамика развития болезни и выхода в ремиссию имеет свои стадии взаимодействия адаптационных и компенсаторных механизмов. На большом фактическом материале нам удалось показать, что на стадии «базовых умений» наибольшая активность обнаруживается на поведенческом уровне функционирования индивидуума. Это этап прямого соответствия поведенческих реакций предъявляемому из внешней среды стимулу (условия свободного функционирования структурного аттрактора здоровья). Нарушение «нормы адаптации» на поведенческом уровне в стадии БУ(3) в дальнейшем компенсируется активизацией эмоционального компонента функционирования организма и психики. Однако эта компенсация подводит к границе за которой

начинается новая стадия адаптации человека — предболезненное состояние. «Застревание» на эмоциональном уровне является условием развития классических неврозов или соматоформных вегетативных дисфункций. В дальнейшем нарушение «нормы адаптации» на эмоциональном уровне требует компенсации на более высоком логическом уровне — когнитивном, но уже происходит переход организма в новую стадию — болезнь. Фиксация на когнитивном уровне ведет к развитию психосоматических расстройств. Включение компенсаторных механизмов на этой стадии может повлечь за собой переход на еще более высокий уровень существования человека — духовный.

Обострение заболеваний выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения к фазе стойкой ремиссии [стадия «базовых умений (ремиссия»)] осуществляется за счет обретения базовых умений более высокого уровня, чем предыдущий.

Описанная динамика соответствует концепции, предложенной фон Берталанфи (Von Bertalanffy, 1973). в дальнейшем она получила развитие во всех системных теориях, в том числе в синергетике И. Пригожина. Синергетическое мировидение, как уже говорилось, является философской основой и нашей работы. Концепция иерархических порядков Берталанфи предлагает рассмотрение порядка систем в следующем виде: более простые системы (например, клетки) интегрированы в более сложные (например, органы) в качестве элементов или подсистем. Органы же, в свою очередь, входят в качестве элементов или подсистем в еще более сложные системы (например, организмы), которые на следующем иерархическом уровне снова взаимодействуют с окружающим миром и образуют социальные системы. Эта точка зрения выводит на первый план сформулированный еще в конце позапрошлого столетия В. Эренфельсом (Ehrenfels, 1890) тезис о том, что целое (система) есть большее, чем сумма его частей (подсистем): с повышением сложности систем появляются новые качества, которых на уровне подсистем еще не было.

Принятие такого положения требует разработки новых методических подходов к исследованию и лечению человека в клинике нервно-психических и психосоматических расстройств.

Эта динамика отчетливо выявляется в нашем исследовании при рассмотрении этапов перехода от здоровья к болезни, а также, например, от гастродуоденита (предъязвенного состояния) к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, или от пограничной артериальной гипертонии к гипертонической болезни.

В настоящее время отмечается негативная тенденция увеличения числа «сбоев», «ломки» процессов адаптации, что находит свое выражение в различных патологических формах: это неврозы, психосоматические

расстройства, девиации поведения, которые можно назвать неудачной формой приспособления к окружающему миру. И эта тенденция продолжает расти.

Так, уже отмечалось, что психосоматические расстройства, по данным различных исследователей, составляют 40—68% от числа обратившихся за помощью к врачам общего профиля (Исаев, 1989; Брязгунов, 1995 и др.). По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 65 лет число неврозов выросло в 24 раза, заболеваемость неврозами в России составляет 20—25 человек на 1000 населения. И это только учтенная заболеваемость, и скорее ее можно рассматривать как вершину айсберга.

По статистическим данным, около семи миллионов человек в России страдают хроническим алкоголизмом. Наркомания распространяется стремительными темпами: 2% населения страны имеют стойкую наркотическую зависимость. И эти цифры можно продолжать.

Причины этого деструктивного процесса разнообразны, но в то же время в чем-то они являются сходными для всех нарушений адаптации. В первую очередь это глобальная ломка социальных стереотипов, разрушение семейных ценностей, что в конечном итоге означает для современного человека утрату базового чувства безопасности. Это и утрата духовных и нравственных ориентиров, что способствует возникновению таких тяжелых экзистенциальных переживаний, как одиночество, изоляция, внутренний вакуум, потеря смысла жизни. И, как правило, этот вакуум заполняется психосоматическими расстройствами, девиантным поведением, неврозами, которые представляют собой компенсаторную попытку организма восстановить нарушенную адаптацию и целостность. В. Вайдцзеккер указывал, что и сама болезнь может быть формой адаптации к окружающей среде (по: Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Все эти причины наслаиваются на внутриличностные особенности, конфликты, исходные внутрисемейные отношения. В онтогенетическом аспекте удельный вес этих составляющих различен (Ананьев, 2003).

Наличие этого сложного комплекса факторов приводит к возникновению «общего дезадаптивного синдрома», который имеет общие глубинные причины, но различные формы проявления: в первую очередь это психосоматические расстройства, неврозы, девиантное поведение. В итоге происходит тотальный системный «сбой», в результате которого система как бы «выбирает» один из возможных дезадаптивных вариантов.

В контексте нашего исследования можно условно говорить о переходе из состояния «здоровье» в состояние «болезнь», иными словами, о переходе из состояния адаптации к состоянию дезадаптации. Причины возникновения той или иной формы дезадаптивного синдрома в настоящее время мало изучены, отсутствует комплексный, целостный подход к видению этой проблемы.

Представители разных школ и напраачений психологии и психотерапии по-разному смотрят на механизм нарушения иерархии целостности в триаде: духовного-душевного-телесного, то есть на психологический механизм возникновения дезадаптивных нарушений. Не будем подробно останавливаться на точках зрения отдельных исследователей, а сразу обобщим их и попытаемся свести в некую интегративную схему.

Результаты проведенных под нашим руководством психосоматических исследований (Е. А. Нагога, О. Б. Нестеренко, Е. А. Горская, Л. А. Фоменко, С. Я. Захаров и др.) позволили выдвинуть рабочую гипотезу формирования механизмов перехода от «общего девиантного синдрома адаптации» к «общему синдрому дезадаптации».

Е. А. Нагога предлагает рассматривать параллельно психосоматические расстройства, неврозы и девиантное поведение, так как некоторые звенья в механизмах являются общими.

Практически все авторы как важнейшее звено в формировании дезадаптации рассматривают роль нарушений взаимоотношений между матерью и ребенком, особенно на ранних стадиях.

Именно искаженные объектные отношения, в частности: отвержение ребенка, симбиоз, обусловленная любовь — являются краеугольным камнем в развитии той или иной патологии в будущем.

Первый этап в формировании дезадаптивного синдрома: нарушение объектныхотношениймеждуматерьюиребенком.

- **Нарушение объектных отношений в** диаде «мать—ребенок». Варианты нарушений: обусловленное принятие; симбиотические отношения с матерью; отвержение.
- Формирование в организме системного структурного следа, связанного со страхом отвержения (вегетативная память): нарушение в формировании собственных границ.
- Наслаивание на системную матрицу однотипных эмоций и событий.

В разных формах дезадаптивного синдрома отношения «мать -ребенок» могут страдать в различной степени.

1. **В случае невротических расстройств** нарушения более поздние (по сравнению с психосоматическими расстройствами и девиациями поведения), соответствующие возрасту 5—7 лет:

- по М. Малер: неуспешно пройдена стадия интеграции идентичности, то есть ребенок не сформировал целостное представление о себе как об отдельной личности;
- по 3. Фрейду: человек зафиксировался на генитальной стадии развития; этому соответствует Эдипов комплекс:
- по Э. Эриксону: неуспешно пройден кризис «Инициативность — вина».

2. **В случае психосоматических расстройств и девиаций поведения** поражение более раннее и более глубокое, соответствующее возрасту 1-3 лет:
   - по М. Малер ему соответствует неуспешное прохождение стадии сепарации—индивидуации, то есть ребенок психологически не отделился от своей матери;
   - по 3. Фрейду это фиксация на анальной или оральной стадии;
   - по Э. Эриксону: неудачное прохождение кризисов «Автономия—стыд и неизвестность», «Доверие—недоверие».

Данные нарушения могут быть скомпенсированы при изменении родительского отношения, при безусловном принятии ребенка. Если этого не происходит, личностные искажения усиливаются, становятся более устойчивыми. Это возникает в тех случаях, когда патология поддерживается определенными стилями воспитания. Перечислим их:

- стиль воспитания в семье по типу гиперпротекции, эмоционального отвержения (чаше в случае девиаций поведения);
- семейные системы преимущественно ригидного и хаотичного типов;
- размытые или чрезмерно жесткие границы между подсистемами;
- ролевой дисбаланс в супружеской паре, потребность родителей в симбиотической связи, «опредмеченной» близостью с ребенком (чаще в случае невротических и психосоматических расстройств);
- нарушение эмоциональных отношений в семье;
- чувство тревожности, неполноценности в семейной ситуации.

В итоге ребенок все больше уходит от своего естественного индивидуального пути развития.

Второй этап в развитии дезадаптации: формирование негативной Я-концепции.

- Искаженная идентификация с родителями.
- **Формирование неадекватной Я-концепции:** неадекватной самооценки, что аффективно сопровождается базовым чувством тревоги, аутоагрессии. В случае поведенческих расстройств агрессия в большей степени направлена вовне.

Третий этап в развитии дезадаптации: формирование дефицита структуры Я.

«Ложное Эго».

1. **В случае невротических расстройств** структура Я более или менее сохранная, но она «раздирается» на части невротическими конфликтами. Возникают так называемые краевые нарушения Эго.
2. **В случае психосоматических расстройств и девиаций поведения Я** страдает в большей степени: возможна так называемая **диффузная идентичность,** расщепления. как горизонтальные, так и вертикальные.

Четвертый этап: формирование различных форм дезадаптаций.

Заполнение внутреннего вакуума, дефицита Я различными формами дезадаптаций:

1) психосоматические расстройства;
2) неврозы;
3) девиации поведения.

Причем в детском и подростковом возрасте дефицит Эго будет связан преимущественно с внутрисемейными отношениями (страдают преимущественно телесная и душевная составляющие), а во взрослом он будет углубляться за счет присоединения экзистенциального вакуума (будет в большей степени страдать духовная составляющая).

Нервно-психическое напряжение в случаях развития неврозов всегда сопровождается вегетососудистой дистонией (по старой терминологии, по МКБ-10 — соматоформные вегетативные дисфункции)— тотальной рассогласованностью стимулов и реакций, в отличие от развития психосоматических расстройств, где оно приводит к длительной гиперактивации отдельных систем, результатом которой является формирование органических нарушений локальной перегрузки (Губачев, Стабровский, 1981). Таким образом, человек, страдающий неврозом, почти всегда демонстрирует диффузную реакцию на любой стресс (что связано с диссипативными процессами, процессами рассеивания энергии по различным системам), в отличие от психосоматического больного, где прицельная реакция как бы движется по накатанной лыжне к определенной системе или органу (в данном случае сложившаяся патологическая функциональная система выступает в качестве аттрактора энергии реакции на стимулы внешней или внутренней среды).

В настоящее время здоровье рассматривается с широких социально-психологических позиций, что требует разработки более активных программ профилактики в рамках психологии здоровья. Осуществление ее задач может идти по одному из нескольких путей: 1) национализация программ укрепления здоровья населения («популяционная стратегия»); 2) оздоровление лиц с высоким риском основных хронических неинфекционных заболеваний («стратегия высокого риска»). В нашей стране принята интегративная программа профилактики, направленная на снижение распространенности и интенсивности факторов риска. Сегодня установлена универсальная роль ведущих факторов риска в возникновении хронических неинфекционных заболеваний— артериальной гипертензии, курения, избыточной массы тела, недостаточной физической активности, злоупотребления алкоголем. Эффективность борьбы с хорошо известными вредными привычками во многом определяется их психологическими

корнями. Знание психологических основ этих факторов риска позволит адекватно разработать тактику и стратегию профилактических мероприятий. Известно, что курение, злоупотребление алкоголем являются своеобразными индикаторами стрессированности индивидуума. Курение может быть использовано для снятия эмоционального напряжения, тревоги, в качестве компенсации некоторых неудовлетворенных желаний или комплексов неполноценности и несовершенства. Зачастую главным для курильщика становится не столько сам факт приема очередной дозы никотина, сколько ритуал подготовки и непосредственно процесс, акт курения. Сигарета нередко служит средством объединения людей, условием коммуникации. Стремление к равноправию со взрослыми (у подростков), желание быть современной (эмансипированной) женщиной также являются причинами приобщения к табачному дыму, что, в свою очередь, порождает серьезную психологическую зависимость. Алкоголизм, лекарственную зависимость во многих случаях можно рассматривать как инструмент, с помощью которого человек уходит от решения жизненных проблем, как механизм психологической защиты, снимающий чувство внутренних преград, дающий ощущение «иллюзорной свободы» духа и т. д.

Во многих исследованиях дается психологическое обоснование такому фактору риска, как переедание (ожирение). Многие люди «богато» накрытый стол воспринимают как показатель жизненного вознаграждения. Предполагается, что в некоторых случаях переедание выступает как фактор, замещающий неудовлетворенность в самоутверждении, признании, безопасности, сексуальных отношениях. Изрядная полнота до некоторых пор оценивалась как знак солидности и рассудительности. «Худые люди на руководящих постах не вызывают доверия» — такую фразу нередко можно было услышать в коридорах власти.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно отметить, что здоровье зависит от множества факторов, однако каждый из них имеет свой психологический подтекст. В изучении здоровья необходим многофакторный подход. Известно, что существуют как минимум три закона причинности: 1) закон равенства (причина равна следствию, следствие адекватно породившей его причине): 2) закон однозначности (одна причина — одно следствие); 3) закон реактивной детерминации (внешнее воздействие специфично преломляется через внутренние реактивные силы живого) (Лисицын, Петленко, 1992). Каждый человек формирует свою детерминанту, опираясь как на генетические программы, так и на приобретенные. Психология здоровья призвана формировать призмы — детерминанты преломления негативных воздействий среды в условия самостимулирующего роста, оздоровления и совершенствования человека.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ И ЗДОРОВЬЕ

Каждый человек — открытая энергоинформационная система. Информация из внешнего и внутреннего миров поступает через «входы» — сенсорные каналы: зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой и др. При переработке в нервной системе информация существенно трансформируется: она может искажаться, частично теряться или обогащаться.

Каждый человек строит свою картину мира, дает сенсорному опыту свое описание, организует этот опыт в своей логике.

Картина мира представляет собой сложную суперпозицию архетипов, сформированных в филогенезе; образов объектов, сформированных в процессе прохождения жизненного пути (онтогенеза); образов, взятых из социокультурной среды и родившихся в результате научения (науки). В целом картина мира представляет собой многослойное поле символов, знаков, образов, смыслов, каждый из которых по отдельности и в комбинации имеет свое значение и эмоциональную окраску (Калмыков, 1999).

Вербальное составление карты реальности, в свою очередь, формирует обширные семантические поля в психическом пространстве человека. Именно в этих полях закладываются невротические проблемы, сюда «вживляются» различного рода словесные программы, которые могут либо помешать человеку быть счастливым, либо помочь ему стать таковым.

«Все мужчины — подлецы. Бойся мужчин», — говорила умирающая бабушка своей юной внучке. А теперь, когда внучке сорок лет, она не может объяснить своего одиночества или объясняет словами бабушки. Эта призма (программа) — как сбой в сломанном калькуляторе. Вы набираете 2 2, но получаете не 4, а, скажем. 26. Каждый человек воспринимает свою карту как реальность, поскольку для него она логична и объяснима. Однако у каждого эта реальность своя, поэтому при взаимодействии человека с человеком, одной картины мира с другой возникают недопонимания и конфликты. Одна и та же информация, перерабатываясь в уникальном компьютере, коим является человеческий мозг, проходит как минимум три фильтра: нейрофизиологический, социальный, индивидуальный.

1. **Нейрофизиологический.** Всем известно, что не вся информация, поступающая через пять органов чувств, осознается. Например, звук, частота которого меньше 20 либо больше 20 000 колебаний/сек, человеческим ухом не воспринимается — это иной над- или подпороговый диапазон. Зрительная система способна улавливать волны в интервале от 380 до 680 миллимикрон. Каждый человек имеет разные диапазоны восприятия.

1. **Социальный.** Речь идет о восприятии и переработке информации, связанной с общественными нормами, традициями, законами социальной системы, в которой мы воспитываемся. Если, например, в Азии принято есть плов руками, то в Европе это не принято и рассматривается как «дикость».
3. **Индивидуальный.** Этот уровень ограничений связан с уникальным жизненным опытом каждого человека. Никто и никогда не способен повторить нашу жизнь один к одному. Даже однояйцовые близнецы, живущие в одной семье, имеют похожее, но не идентичное мировосприятие.

«Пап, а сколько в тюбике зубной пасты?» — спрашивает ребенок своего отца. «Ну, граммов 150-200». — «Нет, пап, ровно столько, сколько надо, чтобы испачкать стены на кухне, в коридоре и еще немножечко в туалете».

Получается, что люди живут в одном мире, а описывают и переживают его по-своему. Удивительно то, что причиной страданий часто является несоответствие нашей убогой модели мира богатству и многообразию самого мира.

Осознание мира всегда связано с вербальным описанием. Все, что видит, слышит и чувствует, человек оформляет в языковую форму и получает собственную осознанную реальность. Таким образом, зрительная, слуховая, кинестетическая системы — это поставщики сенсорных стимулов, а человек сам строит из них образы предметов, а также переживания и чувства, сопровождающие восприятие этих объектов. Это, в свою очередь, означает, что образ объективного мира виртуален. Точно сказано, что «карта — это не территория». Мир для человека — это сенсорный опыт, описанный словами. Так у него формируется предпочтительная репрезентативная система. В каждой системе репрезентации имеется своя логика понимания, свой набор объяснений, стереотипов поведения, эмоционального реагирования. Репрезентативная система — это то, что уже введено в сознание и обозначено словами. На основе доминирования той или иной системы можно построить типологию людей. Эта типология отличается практичностью и может быть полезна для решения разных задач в процессе самопознания и познания других. Но не надо забывать, что любая типология — это условность, необходимая для практических целей, а каждый человек — это уникальный, феноменальный мир.

Итак, на основе парциального доминирования той или иной репрезентативной системы выделяют три характерных типа: 1) визуальный (зрительный), 2) аудиальный (слуховой) и 3) кинестетический. Опыт работы подсказывает, что есть по крайней мере еще один мета-тип, который мы называем дискретным (сверхлогичным). Дадим описание типологических характеристик по единой для всех схеме.

Визуально ориентированный тип. Говорят быстро, громко, тон голоса чистый, быстрый темп речи обеспечивается поверхностным, быстрым дыханием (верхняя треть легких, грудное дыхание). Громкость голоса часто имеет тенденцию к нарастанию от тихого в начале до крика в конце. Контроль голоса почти отсутствует, даже при объяснении в любви они могут громко кричать. Им свойственна прямая поза, расправленные плечи, высоко поднятая голова, уверенная энергичная походка.

У каждого человека существует личностное пространство. Так вот у визуала оно довольно значительное, и входить в него «без стука» не рекомендуется, ибо это может вызвать агрессию. Свое персональное пространство он держит под неусыпным контролем: если кто-то слишком приближается, он тут же дает знать, где граница. Дистанцирование от партнера по общению связано еще и с тем, что такой человек должен как можно полнее видеть собеседника, чтобы «считывать» с него всю информацию. Это о дистанции по горизонтали. По вертикали: более удобно визуалы чувствуют себя, если их глаза находятся выше взгляда партнера, в крайнем случае — на одном уровне, но никак не ниже. Отсюда их любовь к сценам, трибунам. Если нет возможности как-то подняться над другим, над миром вообще, то всегда можно других, и мир в том числе, опустить ниже себя с помощью простого приема: предельно приподнять подбородок. Когда они располагаются в круге, то выбирают место, откуда могли бы видеть всех, а все могли бы созерцать их.

У визуалов обнаруживается два типа жестов: рисующие и вертикальные указательные. Поскольку способ мышления у таких людей скорее образный (полученная в виде слов информация трансформируется в картинки), то и движения направлены на воспроизведение (рисование) для собеседника этой картинки.

Второй тип жестов — сверху вниз, указующий: «Все ты делаешь не так, тяп-ляп» или же указывающий направление, например, к «светлому будущему», иллюстрацией чему являются многочисленные памятники вождям с вытянутой рукой, да еще и с вытянутым указательным пальцем. Поскольку визуалы очень критичны к другим, этот жест для них — большая находка. Любопытно, что когда они слушают, то словно замирают, если информация интересна для них.

Визуалу необходимо смотреть в глаза собеседнику. Если есть заинтересованность в разговоре, то такой контакт составляет больше 80% времени общения, если нет интереса — менее 50%. При общении с человеком, который отводит глаза, визуал испытывает чувство недоверия к нему: «Что-то скрывает, раз не смотрит в глаза». Когда отчитывает ребенка, строго приказывает: «Смотреть мне в глаза!»

Визуала можно определить по речи, стоит внимательно прислушаться к словам. Он применяет огромное количество визуальных ключевых

слов-предикатов. Предикат — это именная часть грамматического сказуемого. Это и глаголы, и прилагательные, которые используются для описания опыта. Например, такой человек говорит: «Я не вижу, что ты имеешь в виду»; «Покажите мне. где вы здесь увидели проблему?»; «Жизнь — так, тускло-коричневая»; «Я имел цветастое прошлое»: «Все это выглядит таким туманным». Оценка человека звучит примерно так: «О! Это блестящий человек!» — или: «Это — серость».

Визуалы часто пытаются доказать, что они обладают телепатическими способностями и умеют читать ваши мысли и вообще хорошо представляют, что у вас в голове: «Я знаю, ты думаешь, что я плохая»; «Я знаю, тебе это будет лучше» и т. п. В их речи обнаруживается много универсальных, обобщающих слов: «Ты никогда и ни в чем мне не помогаешь»; «Ты никогда и никуда не ходишь со мной»; «Ты всегда все делаешь мне назло».

Одеваются и обставляют свое рабочее место они, как правило, с претензией. Им важны символы статуса: «Я — директор», «Я — академик». Над головой в кабинете, если, конечно, таковой имеется, висит сертификат в рамочке, возвещающий о том, что хозяин кабинета прошел обучение у американских специалистов и т. п. Класс у учителей-визуалов организован, упорядочен в соответствии с размером, цветом. На столе красивый порядок. Эти люди рождены, чтобы быть лидерами, и дается им это благодаря умению четко ставить цели и концентрировать все свое внимание на их достижении. Основная мотивация — достижение успеха, поэтому их жизнь — сплошная конкуренция с установкой на победу.

В стрессовых ситуациях ведут себя собранно, решительно, хотя при этом всех обвиняют, поскольку причина неуспеха для них всегда лежит вовне. Не зря известный психотерапевт В. Сатир подобный тип людей назвала «блаймерами», то есть «обвинителями». Негативной чертой этого типа является чрезмерно выраженный эгоизм. Движение к цели может осуществляться по головам и без лишней щепетильности.

Отношения со временем у визуалов складываются так: настоящее — это бледная тень, прошлое туманно. А вот будущее реальнее того, что происходит. Поэтому у них наблюдается «перескок» из настоящего в будущее. Они еще только спланировали дело, а всем уже рассказывают как о свершившемся факте. И этим они здорово вдохновляют окружающих и ведут за собой. Наглядные примеры — Остап Ибрагимович Бендер. В. И. Ленин. Жизнь, идущая своим чередом, представляется им летаргическим сном. Иллюстрацией возвращения визуала в настоящее может быть сказка, в которой лягушка мечтала научиться летать и попросила птиц взять ее в полет. Птицы взяли в клюв палку, сказали, чтобы лягушка покрепче схватилась зубами за нее. и взметнулись ввысь. Восторг, который испытала лягушка под куполом неба, был неописуем, и она выразила его громким и радостным криком: «Я лечу...у...у...»

Все, что ускоряет обычную жизнь, приветствуется визуалами. а видение будущего — это детерминатор их жизни.

Исходя из психогеометрии, символом визуалов является треугольник.

Кинестетически ориентированный тип. Люди этого типа являют собой прямую противоположность визуалам, особенно в темпе жизни. Речь у них плавная, эмоционально успокаивающая, голос нередко сочный, густой, низкий, говорят они медленно, с придыханием, тщательно подбирают слова. Такая речь обеспечивается диафрагмальным дыханием, проще говоря, они дышат животом. Кинестетики убеждены, что их чувства так же реальны, как реальна информация, идущая от внешнего мира. Они воспринимают мир через ощущения, возникающие в их теле в ответ на импульсы внешней среды. Воспринимая слова, они пропускают их через тело, а затем делают заключение (слушают, если можно так сказать, всем телом). Динамика речи — по затухающей, от громкого начала к тихому концу. Обиженный кинестетик переходит на визг, чувствуется особое напряжение в горле.

Психические процессы у кинестетиков протекают медленнее, чем у визуалов, что может явиться почвой для ссор. «Тут все ясно, как божий день! А этот тугодум все еще не видит перспектив», — говорит визуал по поводу неторопливости кинестетика в принятии решений. Но на «финише» и визуал и кинестетик оказываются, как правило, в одно и то же время. Только визуал от светофора до светофора мчится на четвертой скорости, максимально нажимая на акселератор, да еще и выкрикивая: «Сейчас я вас всех сделаю», — а затем резко тормозит перед красным светом. Кинестетик чувствует, что как только он подъедет к светофору, там как раз загорится зеленый свет и можно не останавливаясь двигаться дальше, а не топтать понапрасну педали. Это существенное различие стилей мыслить и жить.

По горизонтали кинестетики предпочитают, что называется, «интимную» дистанцию. Они приближаются к собеседнику на такое расстояние, чтобы можно было до него дотянуться. Большое удовольствие им доставляет трогать, поглаживать своего собеседника, крутить ему пуговицу. Им необходимо чувствовать тот объект, с которым они ведут беседу. А как же можно еще его почувствовать и вообще проверить, здесь ли тот, с кем общаешься, если не потрогать его.

По вертикали кинестетик чувствует себя более комфортно, когда его глаза находятся на одном уровне с глазами собеседника или ниже. Садясь в кресло, обычно разбрасывает тело так, чтобы оно «растеклось» по креслу. Это и удовлетворяет его потребность в комфорте, и опускает уровень глаз ниже уровня глаз собеседника.

Критерий удобства — основной критерий выбора одежды. Стиль не имеет значения: официальный или небрежный, главное, чтобы было удобно. Таких людей нередко можно увидеть в старых джинсах, шерстяном

свитере, разбитых кроссовках и т. п. В официальной обстановке — при костюме — кинестетики выдают себя тем, что отпускают узел галстука «ниже пупа». Класс учителя-кинестетика часто неопрятен, зато функционально организован, содержит много материалов. Особенно любит такой учитель демонстрировать работы учеников. Стиль обучения также связан с вовлечением учеников в «делание».

Жесты кинестетиков делятся на три разновидности.

Первый тип — *указывающие* — это жесты от тела, с указанием места, которое что-то испытывает — удовольствие или неудовольствие. «Ваши слова, как маслом по сердцу», — и рука прикладывается к левой половине груди. «Как бальзам на душу», — указывает, где находится у него душа. «Я у вас получил огромное удовольствие», — поглаживая живот, кинестетик прощается с хозяевами, у которых провел вечер и славно поужинал.

Второй тип — *пробуждающие* (диффузные) движения — разного рода поглаживания себя, почесывания, перебирание четок и т. п. Делается это для того, чтобы почувствовать свое тело, а значит, и себя. Именно этот тип движений вызывает недоумение у визуала в процессе общения с кинестетиком: «Как можно слушать и при этом суетиться, чесаться?» Нередко при этом визуалы заинтересованно спрашивают: «С тобой все в порядке, может быть, ты хочешь в туалет?» Подобного рода движения могут вызывать много проблем у детей-кинестетиков в школе, ибо именно они не могут сидеть на месте тихо, не шевелясь. Им надо обязательно что-то делать: грызть ручку, царапать парту и т. п. — лишь для того, чтобы почувствовать мир вокруг себя и себя в мире. Невыполнимой для них является команда учителя: «Всем сидеть смирно!» Никто же из взрослых не сможет выполнить, например, такую команду: «Всем сейчас же перестать думать!» К несчастью для этих детей, они часто оказываются в рядах отстающих, неуспевающих и нарушающих поведение только потому, что подход к ним стандартный, а не потому, что они глупее. Они просто иначе устроены. И взрослые, и дети, относящиеся к кинестетическому типу, значительно лучше запоминают информацию через «делание», поэтому им рекомендуется конспектировать прочитанное или услышанное, то есть запоминать информацию через моторику.

Третий тип жестов — *подражательный*. Кинестетики легко отождествляются с живым миром, с людьми и с животными на уровне жестов и повадок и даже ощущений, поэтому, когда кто-то испытывает боль. они могут почувствовать ее в своем теле.

В речи кинестетически ориентированные люди с высокой частотой используют встречающиеся предикаты такого рода: «Я чувствую это селезенкой»: «Это вызывает скользкое ощущение»; «Все эти события давят на меня». Если они оценивают человека, то обязательно с помощью

кинестетических предикатов: «Это теплый человек»; «Моя жена — это холодная рыба». В высказываниях кинестетиков нередки причинно-следственные мотивы вроде таких: «Это делает меня печальным»; «Его смех делает меня больным и разбитым». Довольно часто они используют неспецифические глаголы: «Мой муж делает мне больно». Кинестетики очень чувствительны к боли, поэтому они стараются не причинять ее другим. Кинестетики никогда и никого не критикуют. По В. Сатир они «плакаторы» («соглашатели»). Они часто соглашаются с тем. что им предлагается, и в разговоре постоянно кивают головой в знак согласия. Если они сподобятся кого-то покритиковать, то испытывают сильное напряжение. Это истинные демократы, ответственные за все. что происходит в мире. Если вы говорите ему: «Какая сегодня поганая погода», его ответом может быть: «Да, простите, пожалуйста», — будто бы он является председателем «небесной канцелярии».

Кинестетики крайне заинтересованы в хороших межличностных отношениях, это действительно «клей», который скрепляет коллектив, стабилизирует, сплачивает группу. И болеют они. в отличие от визуалов, больше за людей, чем за дело, даже готовы отказаться от цели, если от этого кому-то станет легче. Это хорошие слушатели, которых часто используют в качестве «жилетки», когда нужно «поплакаться».

Отношения со временем. Прошлое определяет поведение кинестетиков в настоящем. Мир для них остается таким, каким был в годы их молодости.

Чувства, эмоции, отношения — детерминаторы их жизни.

Геометрическим символом кинестетиков является круг.

Аудиально ориентированный тип. Аудиальная система редко используется людьми в качестве первичной, но часто - как вторичная. То же относится к обонятельной и вкусовой репрезентативным системам. Встречаются исключения —- люди, которые воспринимают и описывают мир через запахи и вкус, но это редкость.

Аудиалов отличает высокий темп речи, тембр голоса чистый, дыхание, как у визуалов. Хотя они хорошо улавливают оттенки речи Других и могут подражать голосам, сами говорят малоэмоционально. Им режет слух не столько то, что сказал человек, сколько то, как он это сказал.

Дистанция для них не имеет значения, лишь бы было слышно. Мало внимания аудиалы обращают на обратную связь: главное для них — передать информацию. На жесты аудиалы довольно скупы, если в чем-то не уверены, держат руку на подбородке, как бы прикрывая Источник неверной информации. Нередко жесты и движения аудиала подчинены какому-то ритму. Три шага к окну, три обратно или выстукивание определенного ритма по столу, колену и т. п. У некоторых из

них в голове как минимум два. а то и три «магнитофона». На один записывается его собственный голос, а на другом может быть записан голос оппонента, скептика и других персонажей, ведущих непрерывный диалог. Чаще всего аудиальный тип трансформируется в мета-тип, называемый дискретным.

Дискретный тип. Это люди, живущие в мире языковых знаков, для них семантические поля — это родные просторы, где они чувствуют себя привольно. А мир они воспринимают через слова-обозначения. Мир — как смысл, выраженный словами.

Говорят они монотонно: один и тот же ритм, громкость, тональность на протяжении всего разговора или чтения лекции. Люди этого типа часто читают лекции не слушателям, а дальней стенке в аудитории. Если они ведут разговор с партнером, то смотрят либо ему в лоб, либо в сторону, либо в пол. Не любят смотреть в глаза другим и терпеть не могут, когда до них дотрагиваются.

Чем длиннее слова, которыми они пользуются, чем больше терминов, иностранных слов, тем умнее они себе кажутся. Слова, сентенции — это для людей дискретного типа живая ткань, и ткут они ее часто из абстрактных номинализаций, неспецифических глаголов. Язык делается искусственным. «При интеллектуальном сношении необходимо соблюдать концептуальную гигиену», — предупреждал наш учитель Л. М. Веккер. Им хочется всем явлениям дать свое разъяснение, четкое определение. что порой выглядит довольно комично. Вот примеры таких «перлов». «Золотая рыбка — это многоцелевой преобразователь наших желаний в действительное поле наших же возможностей»; «Куст — это совокупность отдельных веток, растущих из одного места»: «С точки зрения банальной эрудиции не каждый индивидуум может игнорировать критерий утопического субъективизма». Часто лекции ученых-психоаналитиков представляют собой нанизывание номинализаций друг на друга, в результате утрачивается понимание того, что хотел донести лектор. В таких случаях обычно так и подмывает спросить: «Ты хоть сам-то понял, что сказал?»

Завеса слов мешает такому человеку быть чувствительным к высшим проявлениям бытия, с трансреальностью вследствие доминирования левополушарных форм мышления, в сознании прочно оседают упрощенно-рационалистические абстрактные модели бытия, не имеющие чувственного подкрепления. Доминирует дигитальная (цифровая) функция сознания.

Таким образом, для людей дискретного типа интеллект — сильное оружие, а чувства, эмоции — признак слабости. Отсюда их переразвитый самоконтроль, доводящий до предельной, хронической скованности, напряженной позы, походки как будто «аршин проглотил». Все ощущения, эмоции, чувственные потребности, все то. что исходит от души и тела.

они стараются отмести с помощью перевода в словесные формулировки, а если и говорят о чувствах, то скорее не о чувствах как таковых, а по поводу чувств вообще. Строго контролируются все три базовые составляющие структуры личности: когнитивная (прежде чем что-то сказать, надо хорошо подумать), как профессиональный дипломат: сто раз подумает, прежде чем ничего не сказать; эмоциональная (прежде чем выразить эмоциональную интенцию, надо оценить степень возможности выражать ее в данной ситуации, в данном контексте); поведенческая (прежде чем что-то сделать, надо со стопроцентной определенностью просчитать последствия).

Контроль обычно выражается в блокировке экспрессивной составляющей эмоций. Такое постоянное подавление эмоциональных интенций приводит к возникновению дисрегуляторных процессов. Комок подкатил к горлу, хочется пролить слезу. В этот момент включается внутренний голос: «Нет, ни в коем случае, я не слюнтяй, я сильный человек, а не женщина». Так «комок» загоняется внутрь, энергия эмоций перенаправляется во внутренние системы, и регуляция внутренних органов нарушается. Подавляются проявления не только негативных эмоций. Несколько утрируя, кто-то рассказывает смешной анекдот, всем весело, а этот человек думает: «Нет, здесь и сейчас, когда в стране столько горя, смеяться как-то вовсе неприлично». Такое постоянное подавление эмоций приводит к серьезным последствиям, ухудшая здоровье. Наши исследования показали, что среди психосоматических больных до 60% составляют носители черт дискретного типа.

Именно среди дискретных личностей встречаются так называемые «транзиторные суициденты» — те, кто, столкнувшись с неординарной стрессовой ситуацией, не вписывающейся в их логическую картину мира, безоговорочно капитулируют перед ней, импульсивно принимая решение об уходе из жизни. Дискретные люди «просчитывают» мир. полагая, что интеллект, разум умнее самой жизни, и становятся заложниками умозрительных схем.

«Каждый считает конец своего кругозора концом света»,— будто о них сказал Шопенгауэр. Беда их в том. что они просчитывают мир, полагая, что интеллект, разум умнее самой жизни, и становятся заложниками умозрительных схем. Как говорят восточные мудрецы: «Гордиться высоким интеллектом — все равно что узнику гордиться большими размерами своей камеры». Всегда будешь этим размером ограничен.

Чтобы выглядеть серьезным человеком, надо иметь серьезное лицо, считают представители дискретного типа, и их лица обычно бывают бесстрастными. Они редко улыбаются. Шуток эти люди, особенно в отношении себя, не понимают, все понимают буквально, хотя знают много анекдотов.

Проведенное нами исследование позволило выделить три основные причины, способствующие формированию дискретного типа:

1) сверхнормативное, гиперсоциализированное воспитание (трансформированный аудиальный тип);
2) переживание психотравмы, чаще всего в подростковом возрасте («заблокированные» кинестетики);
3) профессиональная личностная деформация (трансформированные визуалы) — это в основном люди социономических профессий (врачи, учителя, психологи, менеджеры и т. д.).

Чаще всего дискретный тип — это либо трансформированные аудиалы, либо «заблокированные» кинестетики. Раньше, возможно, они были чувствительными, но что-то сделало их «толстокожими». Одних воспитывали в условиях гипертрофированного чувства долга («Машенька, скушай кашку, иначе у дедушки будет инфаркт»), другие (частый вариант для подростков) стали такими после пережитой психотравмы. Юношу покинула любимая девушка — закрылся в себе, обиделся на всех девушек. Молодой человек до армии — живой, веселый, жизнерадостный, после армии — как подменили: вокруг «китайская стена», не достучаться. В третьем варианте — профессионально-личностная деформация... «Я учительница, должна постоянно держать себя в руках»; «Я директор, все на меня смотрят, я хладнокровен»: «Единственное, что я ценю, — это успех по службе. Чувствовать — это вздор, сказки и забавы для женщин и детей. Хладнокровие, трезвый ум, холодное сердце, интеллект— это мужские качества». Вернуть таких людей к первичной репрезентативной системе возможно только через доброжелательность, безопасность, через нежность, любовь, доброту. Есть еще один способ — через возрастной регресс: «вернуть» их в детство и дать возможность пережить что-то искренне и по-детски.

Люди дискретного типа — неутомимые труженики, выносливые, методичные, терпеливые. Их жизнь — «сплошное социальное функционирование». Их идеал — строго распланированная жизнь, стопроцентная определенность, без сюрпризов. Живут они в соответствии с принципами, правилами, законами, под которые подстраивают всю жизнь. Места для непредусмотренного, незапланированного, для спонтанности и живости практически не остается. Это хорошие классификаторы, ответственные исполнители, однако нередко — «напуганные» менеджеры и руководители, не способные идти на риск. В. Сатир называла таких людей прямо — «компьютерами».

Они наиболее часто используют такие механизмы психологической защиты, как рационализация (то есть псевдоразумное объяснение своих желаний, убеждений, поступков, осознание истинного содержания которых может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению уровня тревоги и т. д.) и интеллектуализация (преобладают

размышления, рассуждения по поводу эмоций, чувств вместо подлинного их переживания). Хроническая диссоциированность со своими чувствами делает их «свидетелями собственной жизни», ибо они постоянно находятся в позиции наблюдателей, в мета-позиции по отношению к себе, по отношению к тому, что с ними происходит.

Жизнь таких людей не только подчинена внешним правилам, каковые они позволяют себе навязывать, стремясь соответствовать общепринятому, но они сами сковывают себя жестким каркасом собственных внутренних норм, правил и принципов, которыми ни в коем случае не могут поступиться.

Замкнутость, холодность мешают им быстро устанавливать контакты с разными людьми. Там, где жизнь структурирована, например в армии, они чувствуют себя комфортно и добиваются хороших результатов. К сожалению, они ориентированы на понятие «типичность». Из них выходят добротные, но типичные директора, типичные главные врачи, сегодня — типичные бизнесмены, психологи.

Если говорить об отношении ко времени: живут либо прошлым (в случае «заблокированных» кинестетиков), однако это прошлое не личное, а скорее отвлеченное, историческое прошлое, либо будущим (в случае трансформированных визуалов).

Действовать решительно в настоящем не способны, ибо надо сначала все обдумать (самое любимое занятие); чтобы не было случайностей, надо разработать план. Время отмеряется записями в ежедневнике, встречами, делами, переговорами...

В стрессовых ситуациях становятся еще более логичными.

Логически сформулированная схема жизни — это и есть детерминатор их жизни.

Геометрическим символом людей дискретного типа является квадрат. Как известно, квадрат искусственно создан человеком, в природе встречается редко, вот и дискретный тип личности — это искусственно созданный метатип.

Описанный дискретный тип является ведущим личностным профилем практически для любой нозологии в психосоматической медицине. Он включает в себя алекситимические черты, хотя на первый взгляд здесь можно усмотреть некоторое противоречие. Так, нельзя сказать, что лексический запас дискретного человека скуден, скорее наоборот; однако можно сказать, что дискретные люди как носители алекситимических черт не способны адекватно оценивать свои чувства, ощущения в связи с процессом перманентного диссоциирования. Поэтому для них конкретная физическая боль является «оглушительной сиреной» в их забаррикадированном словами внутреннем мире. До развития серьезной симптоматики эти больные умудряются пропускать сигналы, идущие

из «системы раннего оповещения», объясняя себе и другим (докторам, психологам, окружающим), что с ними все благополучно.

Дифференциации этого типа, кроме шкалы алекситимических черт и КАВД, способствуют такие шкалы 16-факторного опросника Кеттелла, как B, F, I, M, N, Q1, Q4.

B — «конкретное мышление».

F — «сдержанность, озабоченность».

I — фактор предназначен для измерения тонкости эмоциональных переживаний. Его значения могут свидетельствовать о большей «толстокожести», практичности и реалистичности. Люди, имеющие соответствующие показатели по этому фактору, отличаются серьезным отношением к миру и не склонны доверять собственным впечатлениям и ощущениям.

M — «мечтательность—практичность». Фактор включает в себя характеристики здравомыслия, практичности, трезвости в оценке обстоятельств и людей.

N — интерпретация этого фактора также связана с прагматическими чертами личности. Лица с выраженными показателями по этому параметру отличаются расчетливостью, искусственным поведением без эмоциональных порывов.

Q1 — «гибкость—ригидность».

Q4 — «напряженность—расслабленность».

Для более точного оценивания дискретного типа необходимо, по-видимому, разработать специальную шкалу.

В два последних десятилетия изучение личностных особенностей психосоматических больных характеризуется, с одной стороны, тенденцией к преодолению умозрительности исследований предыдущих десятилетий, с другой — к более строгой дифференциации психологических детерминант этих больных. Изучению личностных характеристик больных посвящено огромное количество работ как в нашей стране, так и за рубежом. Общим итогом этих исследований было скорее отрицание личностных структур, характерных для отдельных нозологий. Многие авторы подчеркивают необходимость использования термина «психосоматическая личность» больного и сегодня чаще всего увязывают это понятие с характеристиками алекситимии.

В целом разочарование по отношению к попыткам вычленения специфических психологических характеристик (констелляций личности, по Ф. Данбар) для различных соматических заболеваний явилось еще одной причиной возникновения представлений о наличии теоретического тупика в психосоматике. Однако позитивная значимость этих исследований, особенно проспективных работ по изучению преморбидных психологических особенностей, а также динамических исследований, достаточно высока. Еще И. М. Сеченов отмечал специфичность психогенного реагирования.

сопровождающего патологический процесс в том или ином органе. Он утверждал, что «человек, страдающий болезнью желудка, должен иметь свою психологию».

В сравнительном плане можно проанализировать одну из современных и популярных теорий в психосоматике — **концепцию алекситимии,** дословно обозначающую «недостаток слов для выражения чувств». Автор термина П. Сифнеос в 1970 г. предположил, что именно алекситимия ответственна за развитие психосоматического заболевания. В совокупности этого синдрома автор выделил группы признаков.

Эмоциональные:

- трудность идентификации и различения чувств и телесных ощущений;
- невозможность описания чувств.

Когнитивные:

- неспособность к фантазированию;
- недостаточное воображение;
- сниженная способность к символизации:
- внешне ориентированное мышление (наглядно-действенное) преобладает над абстрактно-логическим.

Поведенческие:

- трудность в установлении эмоциональных контактов;
- выраженная сверхнормативность, рационализация.

П. Сифнеос считал, что алекситимический дефект создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, вызывает напряжение, которое трансформируется в патологические физиологические реакции. Природа же алекситимии скорее нейрофизиологическая: алекситимия вызвана блокировкой импульсов от висцеральной зоны мозга к коре, что и ведет к неспособности осознавать и вербализовать свои эмоции.

Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.

В настоящее время продолжаются споры о природе данного расстройства. Кроме того, встал вопрос о том, чем является алекситимия — чертой или состоянием, которое может наблюдаться в определенной жизненной ситуации у любого человека. Ее стали обнаруживать У онкологических больных, у страдающих почечной недостаточностью, ревматоидным артритом, наркоманов, лиц с маскированной депрессией и, наконец, у здоровых людей. Тем самым алекситимию уже не используют для объяснения генеза психосоматических заболеваний. Несмотря на это, концепт алекситимии сыграл важную роль в развитии психосоматики, определив способ чувствования и мышления, наблюдаемого У психосоматических больных.

НАЛИЧИЕ И ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИЧЕСКИХ ЧЕРТ ПРИ БОЛЕЗНЯХ АДАПТАЦИИ

Исследование с помощью торонтской алекситимической шкалы свидетельствуют о том, что у 55% больных бронхиальной астмой (БА) выявлены алекситимические черты (сумма баллов больше 74). У 20% больных этот показатель находится в пределах 62—74, что считается зоной неопределенности. В 25% случаев алекситимических черт не обнаружено (табл. 5).

В группе больных сахарным диабетом (СД) алекситимические черты обнаружены в 43% случаев. В группе больных ИБС у 75% — выраженная алекситимия, 15% — средняя зона и у 10% нет признаков алекситимии. В группе больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ) 58% попадают в зону, превышающую 74 балла, следовательно, имеют выраженную алекситимию, 21%— в нейтральную зону и 21%— без признаков алекситимии. В группе больных ревматоидным артритом (РА) у 50% показатели по шкале алекситимии превышают 74. в нейтральной зоне находится 35% больных и у 15% явных алекситимических характеристик не обнаружено. В группе больных туберкулезом легких только 15% имеют выраженные алекситимические черты. Средний показатель по всем больным туберкулезом легких (ТБС) — 67,8 ± 0,6. В группе здоровых выявлено 12% лиц, имеющих выраженные алекситимические черты, 24% находятся в нейтральной зоне и 64% без алекситимических черт.

Таблица **5**

Наличие алекситимических черт при заболеваниях внутренних органов и у здоровых людей

ЧЕРТЫ	БОЛЬНЫЕ						
	ИБС, %	ЯБ, %	БА, %	ТБС, %	СД, %	РА, %	Здоровые, %
Алекситимия	75	58	55	15	43	50	12
Нейтральная зона	15	21	20	23	18	35	24
Нет алекситимии	10	21	25		39	15	64

Таким образом, анализ с помощью шкалы алекситимических черт свидетельствует о выраженности указанных характеристик практически во всех группах психосоматических больных. Здоровые лица и группа «чисто» соматических расстройств (больные туберкулезом легких, а также циррозом печени и хроническим гепатитом) имеют сходные результаты, что подчеркивает диагностическую значимость шкалы именно для тех заболеваний, в этиопатогенезе которых активную роль играют социально-психологические факторы.

Рис. 7. Наличие алекситимических черт у больных с заболеваниями внутренних органов и здоровых

А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян (1999) отмечают, что в эмоциональной жизни современного человека действуют две разнонаправленные тенденции. Первая из них характеризуется возрастанием интенсивности и частоты эмоциональных нагрузок, чему способствуют особенности современной жизни, такие как стремительное изменение социальной и физической среды, повышение темпов жизни и ее стоимости, разрушение традиционных семейных структур, социальные и экологические катаклизмы. Человек на это реагирует переживанием страха, тревоги, беспомощности, тоски, отчаяния. Вторая тенденция характеризуется негативным отношением к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизующая роль как в общественной, так и в личной жизни отдельного человека. Это связано с рядом ценностей, присущих современности: культом рационального, логического подхода к жизни, ценностью внешнего благополучия и успеха, культом «силы и мужественности». Стремясь выглядеть в глазах окружающих благополучными, люди тщательно скрывают свои проблемы и трудности. Негативное отношение к определенным эмоциям связано также с традиционными ценностями христианства: терпение и мягкое, уступчивое поведение, исключающее проявления гнева, особенно у женщин. Эти культурные тенденции формируют определенные полоролевые стереотипы эмоционального поведения: мужчина должен быть выдержанным, мужественным, демонстрировать решительное поведение (несовместимое с переживанием и проявлением страха и беспомощности), женщина — мягкой и уступчивой, что несовместимо с гневом и агрессией.

В современной культуре существуют и достаточно специфические психологические факторы, способствующие росту общего количества переживаемых отрицательных эмоций в виде тоски, страха, агрессии и одновременно затрудняющие их психологическую переработку. Это особые ценности и установки, поощряемые в социуме и культивируемые во многих семьях как отражениях более широкого социума. Эти установки становятся достоянием индивидуального сознания, создавая психологическую предрасположенность или уязвимость к эмоциональным расстройствам. В индивидуальном сознании действие этих факторов преломляется в виде запрета на осознание и выражение чувств. Человек, утративший связь со своими душевными состояниями, теряет и возможность их понимать и управлять ими. Это имеет ряд тяжелых последствий для физического и психического здоровья:

1. Возрастание числа психосоматических заболеваний.
2. Возрастание числа тяжелых душевных состояний — тревоги, страха, тоски, тревожно-депрессивных расстройств.
3. Возрастание эмоциональных «взрывов» и конфликтов. Игнорирование приводиг к их накоплению по типу «парового котла без клапана».
4. Состояние неудовлетворенности собой и своей жизнью; игнорирование эмоций, представляющих в сознании потребности, желания, мотивы, приводит к ложным жизненным выборам на основе внешних норм и требований, а не внутренней направленности личности.
5. Трудности установления теплых, доверительных контактов и получения социальной поддержки (Федосеев, Куприянов, 1985).

В подтверждение вышесказанному приведем данные, полученные нами с помощью методики КАВД (кинестетический, аудиальный, визуальный и дискретный типы) свидетельствующие о существенных различиях между группами больных и здоровыми (табл. 6).

Таблица 6

Структура доминирования репрезентативных систем у больных с заболеваниями внутренних органов

Группы	Репрезентативные системы			
	Кинестетическая	Аулиальная	Визуальная	Дискретная
Бронхиальная астма	32	16	15	37
ИБС	19	9	27	45
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	36	13	17	34
Сахарный диабет	36	11	21	32
Туберкулез легких	44	15	20	21
Здоровые	34	19	24	23

Из данных, полученных с помощью опросника КАВД, можно сделать вывод, что более трети психосоматических больных имеют преобладающую дискретную систему описания действительности. Доминирование какой-либо репрезентативной системы означает не только активную эксплуатацию ее в плане восприятия и описания мира; это целый комплекс особенностей поведения, эмоционального реагирования, нанизывающихся на основной стержень — ведущую репрезентацию. На базе ведущей репрезентативной системы строится особая организация свойств индивидуума, которая и формирует определенный тип личности.

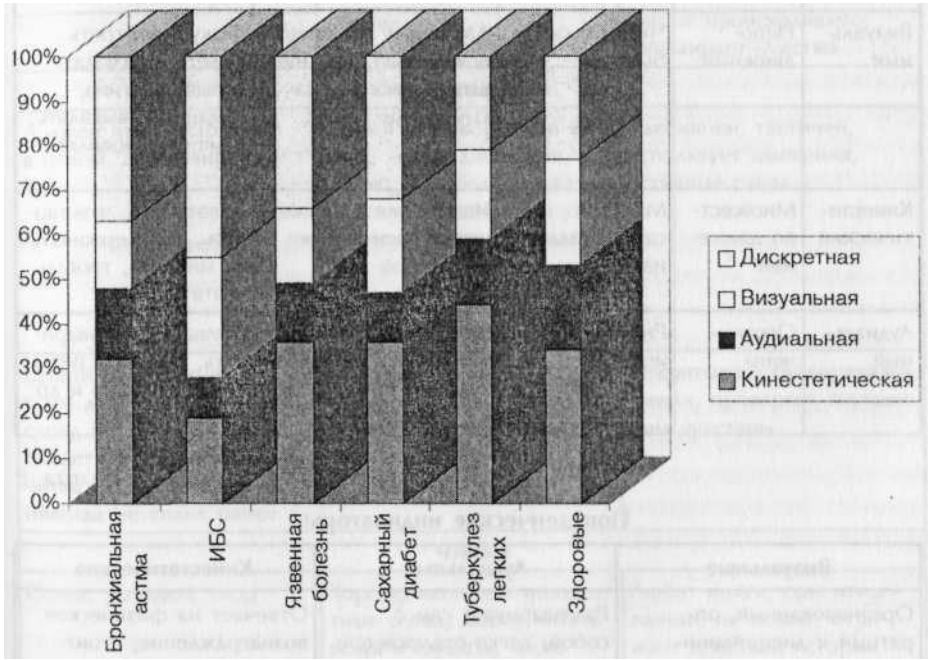

Рис. 8. Процентное отношение доминирующих репрезентативных систем при болезнях адаптации

В нашем понимании, исходя из закона «кватерности», по сути системных представлений, дискретный тип представляет собой метатип, искусственно созданный человеком в ходе эволюционного развития.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ

Как у взрослого человека, так и у детей имеются индикаторы, указывающие, какую репрезентативную систему предпочитает, например, Ученик. Можно свести эти индикаторы в единую таблицу (Гриндер,

1986), обращая большее внимание на неврологические и поведенческие характеристики учеников. Учитывая, что дискретная система у детей еще только формируется, в таблице, как и в опроснике ВАК, не представлен этот тип.

Таблица 7

Неврологические индикаторы

Тип личности	Движения	Голос, скорость внутренних процессов	Локализация процесса	Предикаты
Визуальный	Неподвижный	Чистый; самая быстрая	Движения/ изменения вокруг глаз, мигание, взгляды искоса, нахмуренные брони	Фокус, смотреть, видеть, наблюдать, ясный, картина, туманный, выявлять, замечать, появляться...
Кинестетический	Множество движений	Мягкий; самая медленная	Изменения и движения от шеи и ниже	Схватывать, чувствовать, «придерживаться мнения», трогать, хватать и др.
Аудиальный	Ограничены	Ритм метронома	Движения/ изменения вокруг рта/ушей, наличие звуков «гм», «а» и др.	Слушать, разговаривать, слышать, ритм, звуки мелодии и др.

Таблица 8

Поведенческие индикаторы

Визуальные	Аудиальные	Кинестетические
Организованный, опрятный и дисциплинированный; спокойный (нешумный); ориентирован на внешний вид; осмотрительный; хороший рассказчик; запоминает картинками, образами; меньше отвлекается на шум; с трудом запоминает словесные инструкции, предпочитает читать сам, а не слушать чтение; голос высокий, подбородок вверх	Разговаривает сам с собой; легко отвлекается; шевелит губами, проговаривает слова при чтении; легко повторяет; легко владеет языком; говорит ритмическими паттернами; любит музыку; может имитировать тон, высоту и тембр голоса; обучается слушая; запоминает по шагам, процедурам, последовательно; (маркированный) тон, темп, интонация	Отвечает на физическое вознаграждение; стоит близко; касается людей; ориентирован физически; обилие движений; богатые физические реакции; раннее физическое развитие; обучается делая; запоминает моторными паттернами; при чтении водит пальцем; много прикасательных жестов к себе; отвечает и реагирует физически; подбородок вниз, голос ниже

Окончание табл. 8

Визуальные	Аудиальные	Кинестетические
Научение		
Нуждается в общем взгляде на цель, видении деталей; осторожен до полной ясности в уме	Ведет внешние и внутренние диалоги; альтернативы прорабатывает вербально	Обучается, манипулируя и активно действуя
Повторение		
Помнит то, что видел	Помнит то, что обсуждал, слышал	Помнит общее впечатление от происходящего, запоминает чувство
Разговор		
Должен иметь картину в целом, детализированную	Самый разговорчивый из трех, любит дискуссии, может монополизировать их, склонен внезапно уйти в другую тему, рассказывает всю последовательность событий	Лаконичен, тактичен, использует движения, активные слова
Правописание		
Самый аккуратный из трех, действительно видит слова и читает их. Испытывает замешательство, читая слова, которые никогда не видел ранее	Использует фонетический подход, читает с ритмическими движениями	Отсчитывает буквы движениями, проверяет внутренним чувством
Чтение		
Силен, успешен, скор	Хорошо «атакует» неизвестные слова, любит читать вслух и слушать, часто читает медленно из-за субвокализации	Любит книги, ориентированные на сюжет; отражает действия истории движениями тела
Письмо		
Важно, чтобы написанное хорошо выглядело	Говорит лучше, чем пишет, предпочитает рассказывать, а не писать	Почерк толстый с нажимом, хуже чем у других
Воображение		
Живая фантазия, может видеть возможности, детали; это наилучшая модальность для долговременного планирования	Слышит звуки и голоса	Склонен отражать образы в действии, любит медленно проходить через них; сильная интуиция, слаб в деталях

В книге 2 даны два опросника на определение структуры репрезентативных систем у взрослых (КАВД) и подростков (ВАК). В первом опроснике используется ключ, с помощью которого подсчитывается ведущая система. В опроснике для подростков ключом является постоянная последовательность в каждом абзаце (ВАК— визуальная, аудиальная и кинестетическая). Подсчитав сумму, необходимо помнить: *чем ниже общий балл, тем выраженнее качество.*

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ

Идеального человека можно представить в виде круга, где каждая репрезентативная система составляет четверть. Это гармоничный коммуникатор, который учитывает все: информацию, поведенческие реакции, свои эмоции и эмоции других.

Визуал уделяет больше внимания информации, и ему нет дела до того, как чувствуют себя другие. Он ориентирован на собственный интерес.

Кинестетик более внимателен и к информации, и к чувствам других и в меньшей степени — к собственным. Он больше ориентирован на интересы других.

Аудиал и *дискретный тип* учитывают информацию, но не обращают внимания ни на свои чувства, ни на чувства других. Больше ориентированы на то, что принято, а также на избегание и компромисс.

В ситуации стресса визуалы говорят громче, всех обвиняют. Причина происшедшего для них где-то вовне. Кинестетики больше занимаются самообвинением, самобичеванием. «Это я виноват. Это только моя ошибка». Аудиальный и дискретный типы в стрессе становятся еще логичнее, еще больше отделяют себя словами от реальных переживаний, делаются сверхрассудительными.

Зная все это, легче понимать людей, легче говорить на языке каждого из них. Если вы общаетесь с визуалом, хорошо бы использовать больше визуальных предикатов: «Как вы смотрите на эту ситуацию?»: «В чем вы видите для себя препятствия?» Если звучит чисто кинестетический вопрос, то визуалу может быть трудно сразу уловить, о чем идет речь. На вопрос: «Что вы чувствуете по поводу этой ситуации?» — визуал ответит: «Я здесь вообще ничего не вижу». У аудиала можно спросить, как «звучат горы», где он отдыхал, или: «Кто вам говорит, что здесь есть препятствие?» Человеку дискретного типа требуется делать акцент на «думаний», логике: «Что вы думаете по этому поводу?»; «Удалось ли вам логически просчитать ситуацию?»

Любопытно, что женатые мужчины, имеющие любовниц, часто рассказывают о своих супружеских отношениях больше в кинестетических

терминах (отношения устойчивые, твердый союз, прочные связи), а о своих внебрачных контактах — скорее в визуальных: отношения более яркие, красивые: либо кинестетический вариант, но больше гастрономического характера: сладенько, вкусненько.

Динамика развития репрезентативных систем, возможно, связана с сенситивными периодами формирования отдельных структур центральной нервной системы. Когда младенец тянет в рот все предметы, за все хватается, он демонстрирует чисто кинестетический подход. В процессе социализации (3-7 лет), особенно в первых классах школы за счет углубленного изучения языка, новых слов, расширяются семантические ноля, что способствует развитию аудиальной репрезентативной системы. К пятому классу более активное развитие получает визуальная система, детям требуется больше иллюстраций, рисунков, схем. В дальнейшем при развитии абстрактно-логического аппарата может преобладать дискретная репрезентация. В возрасте 11-12 лет у человека развивается первичная и предпочтительная репрезентативная система. Эта система показывает, какую часть своего опыта человек склонен считать наиболее важной, по крайней мере, сознательно. Установлено, что 40% населения США предпочитает визуальную систему для выражения своих переживаний, 40% — кинестетическую, 20% — аудиальную.

Так как американские специалисты не выделяют дискретный тип, мы рискнем предположить, что в российской городской выборке 30% скорее визуально ориентированных, 30% скорее кинестетически ориентированных, 15% скорее аудиально ориентированных и 25% являются представителями дискретного типа.

Для гармоничного развития человека необходимо совершенствование с детства всех модальностей: яркие краски, красивые мелодии, телесные ощущения — все это делает мир объемно богатым в восприятии, таким, каков он и есть на самом деле.

Параллельное развитие всех систем есть задача номер один, вторая задача связывается с понятием «гибкости», спонтанным или осознанным умением переключаться с одной репрезентативной системы на другую в зависимости от конкретной ситуации. Ведь на самом деле человек может быть кинестетиком в одной ситуации, визуалом — в другой, аудиалом - в третьей, дискретным, крайне логичным - в четвертой.

Если дифференцировать учеников в школе, то получается, что из 30 учеников в среднем у 22 развиты так или иначе все модальности, 4-6 учеников — это «трансляторы», у них рельефно выступает какая-то одна система описания реальности. Какая репрезентативная система должна быть более активна при изучении химической формулы? Скорее визуальная. А в сексе? Правильно, в этом случае кинестетическая, хотя пусковой системой здесь для мужчин, как известно, служит

визуальная, а для женщин — аудиальная. «Женщина любит ушами, а мужчина глазами» — народная мудрость. Человек, у которого гармонично функционируют все репрезентативные системы, становится более успешным в жизни по сравнению с тем. кто зафиксирован на одном способе описания картины мира. В критических, экстремальных ситуациях «хозяином» всегда будет базовая репрезентативная система. Как, собственно, и характер, который проявляется в полную меру именно в таких обстоятельствах.

Быть гениальным — значит иметь развитые репрезентативные системы (для развития их имеется ряд приемов) и умело использовать их, отталкиваясь от жизни. Например, признанный всеми гениальный писатель в своих произведениях обязательно использует все стороны описания мира. Вспомните Л. Н. Толстого: «Уже было начало июня, когда князь Андрей, возвращаясь домой, въехал опять в ту березовую рощу, в которой этот старый, корявый дуб так странно и памятно поразил его. Бубенчики еще глуше звенели в лесу, чем полтора месяца тому назад; все было полно, тенисто, густо; и молодые ели, рассыпанные по лесу, не нарушали общей красоты и, подделываясь под общий характер, нежно зеленели пушистыми молодыми побегами. Целый день был жаркий, где-то собиралась гроза, но только небольшая тучка брызнула на пыль дороги и на сочные листья. Левая сторона леса была темна, в тени; правая мокрая, глянцевитая, блестела на солнце, чуть колыхаясь от ветра. Все было в цвету; соловьи трещали и перекатывались то близко, то далеко» («Война и мир»).

Визуал представит в своем произведении красочный сверкающий или тусклый мир. от которого кинестетику станет грустно, для него это пустая литература, в ней нет чувств. Современные американские фильмы вызывают восхищение своими красками, удивительными картинами, изумительным визуальным рядом, но, когда выходишь из кинозала, трудно даже вспомнить, о чем этот фильм: все ярко, но, как правило, поверхностно. Кинестетик «уморит» визуала двумя-тремя страницами своих ощущений по тому или иному поводу.

Родственные души — это как раз из серии совместимости репрезентативных систем, одинаковости видения мира. И если педагог сам скорее визуал, что очень часто встречается, то у кинестетиков больше шансов получить двойку за сочинение, чем у визуально ориентированного ученика. У визуалов оценки по правописанию всегда выше именно потому, что они, читая, запоминают, как пишется слово, и затем воспроизводят его. Аудиал старается по слуху написать грамотно, но тут его подстерегают «ловушки», поскольку пишется не так, как слышится.

Визуал, например, следит за тем, чтобы в доме был порядок, ему важно, придя домой, увидеть красивые вещи, чистоту и дать таким образом глазу

отдохнуть. Кинестетику нет дела до того, что перед глазами, зато есть дело до дивана, который должен быть удобен, а домашняя одежда — свободной: пусть непрезентабельные «семейные» трусы или тренировочные штаны с пузырями на коленках — зато тело отдыхает.

Типичные жалобы визуалок на мужа-кинестетика: «Он меня не замечает, не видит, что на мне новая кофточка. Сделайте что-нибудь с моим мужем, он всегда тискает меня прилюдно и даже в гостях ведет себя неприлично: то приобнимет, то погладит». Аудиально ориентированный человек пожалуется на то, что его в доме никто не слышит: «Я им говорю, говорю... а они словно глухие». Кинестетик скажет, что все в доме бесчувственные, холодные существа, не способные понять его боль. Дискретный жалуется на отсутствие логики в поведении жены, детей и постоянно нудит, требуя упорядоченности.

Таким образом, чтобы научиться говорить на языке другого, надо понять его способ описания мира. Используя представленную систему индикаторов: речь, поведенческие реакции, жесты, стиль мышления и т. д., можно выявить у человека его ведущую репрезентативную систему и. «присоединившись» к ней, намного увеличить эффективность своего общения с ним.

ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОАОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Адаптивно-компенсаторные паттерны включают в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни функционирования, которые формируются на базе личностных особенностей больного и его специфического нейрогормонального сопровождения процесса болезненных реакций.

Механизмы адаптации и компенсации включаются в динамику этиопатогенеза в зависимости от типологических особенностей больных. Наши исследования показали, что визуально ориентированные больные чаще демонстрируют механизм развития заболеваний по типу истерической конверсии. Это связано с тем, что у таких людей доминирует визуально-образный стиль мышления, кататимное мышление, отличающееся чувственной заряженностью в формулировании суждений и умозаключений и строящееся под влиянием эмоций. Доминирование подобного стиля, в свою очередь, создает дефицит прагматической стратегии описания мира. По данным наших исследований, среди психосоматических больных таких лиц в выборке насчитывается до 20%. Этот вариант развития заболеваний можно назвать *эмоциональным*.

Вторая группа больных— 31% — относится к кинестетически ориентированному типу, то есть основной способ описания мира у них связан

с особой чувствительностью в восприятии телесных изменений, разного рода ощущений, возникающих в теле, что создает дефицит образного мышления. Развитие заболевания у данной категории людей базируется на чрезмерной фиксации своего внимания на изменениях, происходящих в организме. Такой вариант развития заболеваний можно назвать *поведенческим.*

На основе клинических опросов, а также психодиагностических данных обнаружено, что наиболее представительными типами в психосоматической выборке являются дискретный тип (37%) и аудиальный (13%). Известно, что пациентов, у которых доминирует прагматическое (наглядно-действенное), оперантное мышление, в психосоматической клинике принято относить к алекситимическому типу. Подчеркивается, что человек, имеющий алекситимические черты, из-за скудности своего лексикона не способен выразить своего состояния, конфликты бессознательного. В нашем случае речь идет о дискретных людях, которые обладают превосходным лексическим репертуаром, однако им недоступен, в силу заблокированности, фантазийный, чувственный мир. Аудиальный тип чаще, чем другие, трансформируется именно в дискретный и отличается доминированием конвергентного мышления, основанного на внутреннем диалоге, абстрактно-вербальном описании мира, опирающемся на законы формальной логики. Итак, и у того и у другого типа доминирует сознательно-разумное, жестко-логическое описание мира, которое, в свою очередь, создает дефицит сразу в двух областях: образной и кинестетической. Таким образом, описанный вариант развития заболеваний можно назвать *когнитивным.*

В период течения заболевания лица, относящиеся к тому или иному типу, используют свои специфические механизмы компенсации. Так визуально ориентированные пациенты компенсируют дефицит образного подхода на кинестетическом уровне усилением чувствительности к телесным проявлениям. Кинестетически ориентированные компенсируют дефицит в эмоциональной сфере. Аудиальный тип — как в эмоциональной, так и в кинестетической. Дискретный тип стремится во время болезни вернуться к исходной (первичной) репрезентативной системе. Это подтверждается «моделью психофизического дополнения». Когда человек попадает в условия стресса (болезни), у него проявляется определенная «регрессия» на уровне психической и физиологической активности. Энергия эмоций в данном случае может идти по психическому или соматическому варианту. Предполагается, что тип защитных механизмов может модулировать (канализировать) направление «регресса». При защитной реакции проективного типа отмечается «психическая регрессия»; при защитной реакции по типу подавления или отрицания — «соматическая регрессия».

Итак, результаты наших исследований демонстрируют механизм компенсации, заключающийся в восполнении дефицита, например, информации,

на одном уровне, иными формами активности на другом. Так, дефицит на когнитивном уровне компенсируется активностью на эмоциональном и поведенческом. Ярость — компенсация недостатка сведений для организации борьбы, страх— для организации защиты, горе— при недостатке сведений о возможности компенсации утраты (Симонов. 1991).

Нейрогормональное обеспечение указанных стратегий восприятия и описания мира имеет свою специфику. Так. у кинестетически ориентированных лиц обнаруживается сопряжение с усилением адреналиновой активности (скорее бегство, чем борьба), у визуально ориентированных — сопряжение с норадреналиновой гиперактиваций (скорее борьба, чем бегство). Очевидная спаянность аудиального с дискретным типом формирует неоднозначную картину нейрогормонального сопровождения в адаптационно-компенсаторных реакциях этого (дискретного) типа. Учитывая происхождение дискретного типа (как правило, это «заблокированные кинестетики»), можно предположить (на самом деле так оно и есть), что в сложной жизненной ситуации, каковой является болезнь, должен происходить возврат в первичную репрезентативную систему. Отсюда следует, что нейрогормональное сопровождение этого типа при принятии пассивных форм преодоления, например, болезни скорее идет через активацию симпатоадреналового звена нервной системы, при принятии же активных форм борьбы за выживание преобладает норадреналиновый вариант.

Предпочтительный «канал» нейрогормонального обеспечения дискретного типа зависит от происхождения указанного типа личности. Так, в первом случае это «заблокированные кинестетики» (причина: воспитание, пережитые психотравмы и т. п.). у которых наблюдается активизация «адреналинового канала». Во втором случае дискретный тип появился в результате трансформации аудиального типа. В третьем, также широко распространенном случае, причиной является профессионально-личностная деформация (лица социономических профессий: учителя, руководители и т. д.) на основе трансформации визуального типа. Тогда во втором и третьем случае мы имеем активизацию «норадреналинового канала», обеспечивающего жизненное функционирование дискретного типа.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ АДАПТАЦИИ

На основе психологических исследований с привлечением корреляционного и факторного анализа показателей индивидуальных особенностей больных с заболеваниями внутренних органов нами выделены три характерных личностных типа (табл. 9).

Первый, пассивно-гетерономный тип, включает в себя до 46% обследованных пациентов каждой нозологической группы. Под *гетерономностью* мы понимаем набор следующих психологических признаков: зависимость, податливость, терпимость к другим, уступчивость, беспомощность, чувство неполноценности.

Ключевыми характеристиками этого типа являются, прежде всего, высокий уровень тревожности; доминирование мотивационной тенденции «боязнь неудачи» (мотивационная направленность отличается непритязательностью по отношению к своим достижениям), суженность мотивационного спектра в целом; пассивный способ психологической защиты со стремлением к избеганию вредных воздействий; импрессивный тип реагирования, низкая самооценка, преждевременность переживаний и некоторые другие признаки, относящиеся в целом к астеническому регистру. У данной группы больных наблюдается ограничение стремлений относительно узким диапазоном целей; отказ от перспективного целеполагания, склонность к обесцениванию достижений, то есть эти лица подвержены действию «центробежных сил». Несмотря на порой высокие значения уровня притязаний, самовыражение сдерживается наличием повышенного самоконтроля, неуверенностью и высокой тревожностью. Их постоянно преследует чувство стыда и вины, признание недостатков, самокритичность. Отмечается сдержанная с признаками подавления агрессия. Личностные детерминанты отражают психологическую зависимость, склонность к пассивной подчиняемости, фиксированию внимания на неудачах и разочарованиях. Данный тип больных относится к разряду кинестетически организованной структуры личности со специфической системой адаптационно-компенсаторных процессов.

Вышеприведенный перечень качеств зачастую сдерживает развитие личности, переключает ее направленность только на самосохранение.

Для данного типа можно выделить следующие «зоны уязвимости»: тревожность, пассивный стереотип поведения, доминирующая потребность в избегании неуспеха, сниженный уровень самооценки, пассивный прогноз жизнедеятельности, негативизм в работе механизмов антиципации. Вышеперечисленные «зоны уязвимости» могут явиться «мишенями» психокоррекционного воздействия. Наиболее патогенными для таких больных оказываются ситуации с элементами неопределенности при кардинальной смене стереотипа поведения, условия соревнования, ответственности, контроля.

Второй — активно-автономный тип (до 25% больных). Самостоятельные, критичные к другим, упрямые, напористые, но в ограниченных рамках жизнедеятельности. Имеют стенический стереотип реакций, низкий уровень тревожности, ориентированы на достижение успеха; ведущий способ психологической зашиты — активное преодоление препятствий

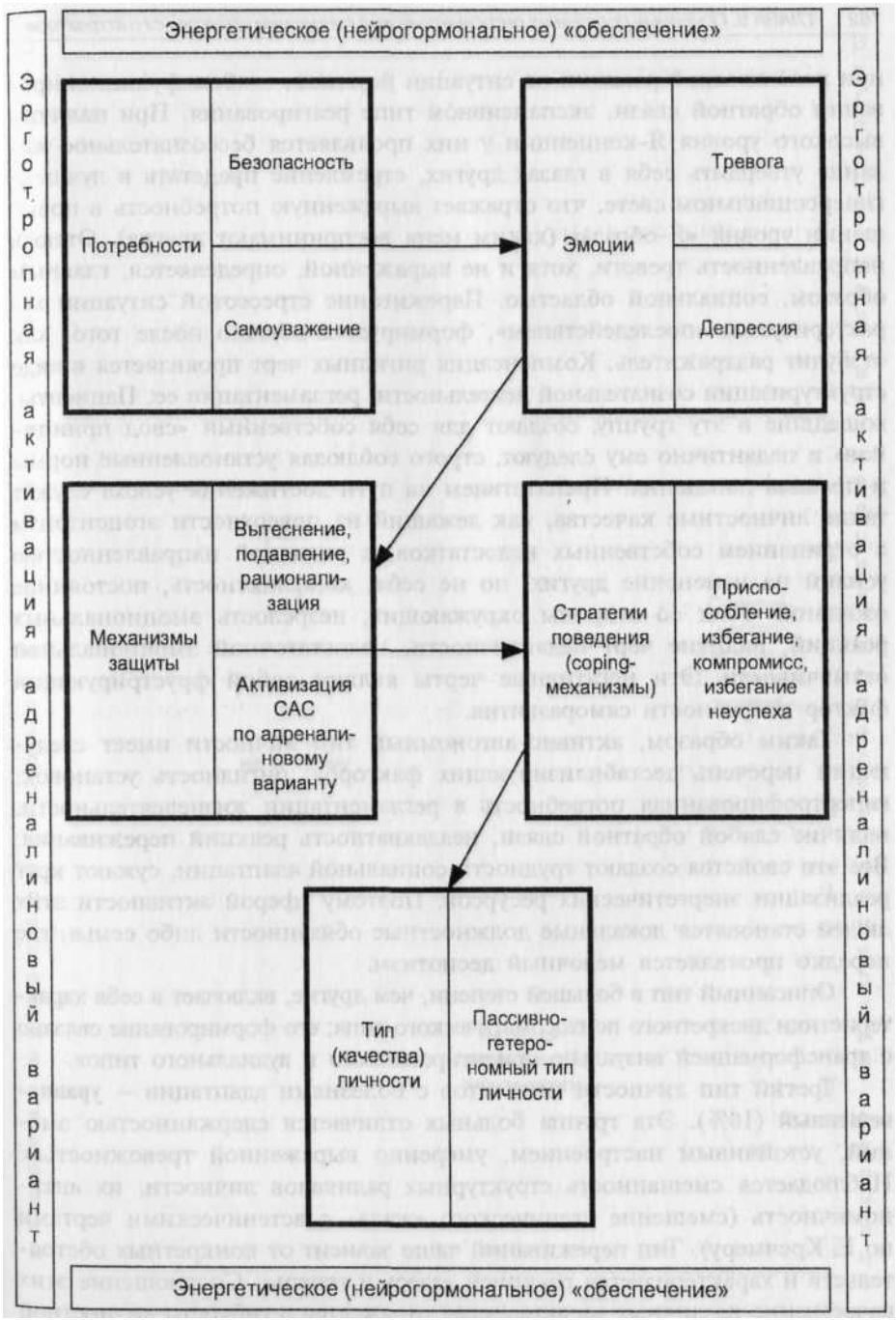

Рис. 9. Структурный аттрактор болезней адаптации у больных пассивно-гетерономного типа личности

при неадекватной реакции на ситуации неуспеха, слабом функционировании обратной связи, экспансивном типе реагирования. При наличии высокого уровня Я-концепции у них проявляется бессознательное желание утвердить себя в глазах других, стремление предстать в лучшем, гиперсоциальном свете, что отражает выраженную потребность в повышении уровня «Я-образа» (каким меня воспринимают другие). Отсюда направленность тревоги, хотя и не выраженной, определяется, главным образом, социальной областью. Переживание стрессовой ситуации характеризуется «последействием», формируется обычно после того, как отзвучит раздражитель. Компенсация ригидных черт проявляется в виде структуризации сознательной деятельности, регламентации ее. Пациенты, вошедшие в эту группу, создают для себя собственный «свод принципов» и педантично ему следуют, строго соблюдая установленные нормы и правила поведения. Препятствием на пути достижения успеха служат такие личностные качества, как лежащий на поверхности эгоцентризм с отрицанием собственных недостатков, с ригидной направленностью усилий на изменение других, но не себя, конфликтность, постоянное ожидание обид со стороны окружающих, незрелость эмоциональных реакций, наличие черт педантичности, недостаточной эмоциональной отзывчивости. Эти негативные черты являют собой фрустрирующий фактор потребности саморазвития.

Таким образом, активно-автономный тип личности имеет следующий перечень дестабилизирующих факторов: ригидность установок, гипертрофированная потребность в регламентации жизнедеятельности, наличие слабой обратной связи, неадекватность реакций переживания. Все эти свойства создают трудности социальной адаптации, сужают круг реализации энергетических ресурсов. Поэтому сферой активности этих людей становятся локальные должностные обязанности либо семья, где нередко проявляется мелочный деспотизм.

Описанный тип в большей степени, чем другие, включает в себя характеристики дискретного психосоматического типа; его формирование связано с трансформацией визуально ориентированного и аудиального типов.

Третий тип личности пациентов с болезнями адаптации — **уравновешенный** (16%). Эта группа больных отличается сдержанностью эмоций, устойчивым настроением, умеренно выраженной тревожностью. Наблюдается смешанность структурных радикалов личности, их антиномичность (смешение стенического «жала» с астеническими чертами по Е. Кречмеру). Тип переживаний чаще зависит от конкретных обстоятельств и характеризуется реакцией «здесь и теперь». Соотношение этих качественно различных характеристик отражается в гибкости личностной структуры, переключаемости развитых репрезентативных систем, чем обусловливается толерантность к психическому стрессу.

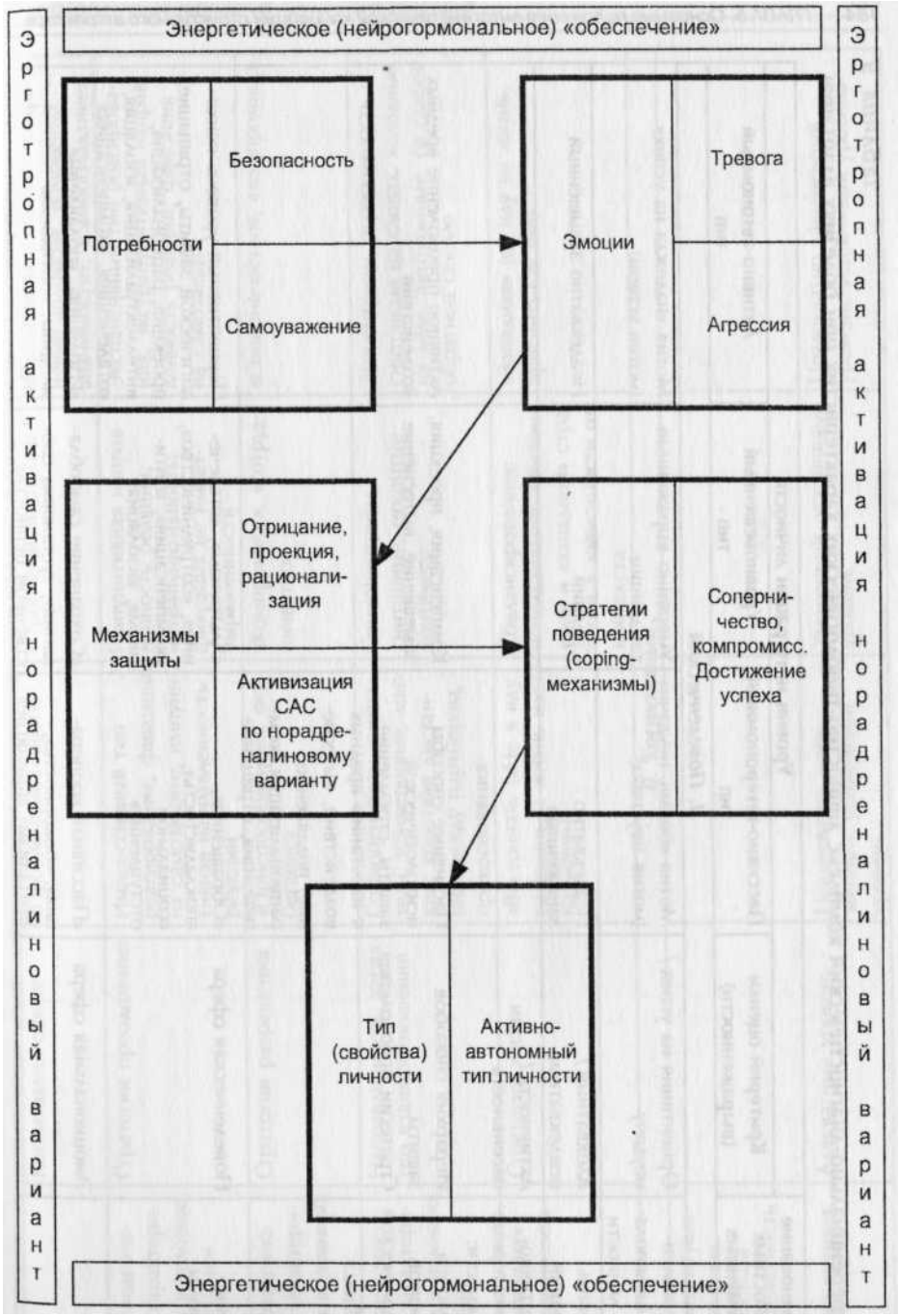

Рис. 10. Структурный аттрактор болезней адаптации у больных активно-автономного типа

Таблица 9

Дифференциально-диагностический комплекс личностно-типологических характеристик при болезнях адаптации

Наименование личностных переменных	Уровни интеграции личности			
	Критерий оценки (выраженности)	**Пассивно-гетерономный тип**	**Уравновешенный тип**	**Активно-автономный тип**
		/. Поведенческий		
1. Направленность (целеполагание) личности	Ориентация на успех / неудачу	Мотив «боязнь неудачи» (мотив неуспеха)	Умеренно выраженные тенденции	Мотив «надежда на успех» (мотив успеха)
2. Уровень притязаний	Адекватный / неадекватный	Неадекватно заниженный	Средний	Неадекватно завышенный
3. Адаптивно-компенсаторные возможности:	Активность / пассивность			
1) Структура механизмов психологической защиты	Иерархия способов защиты. Стратегии преодоления	Пассивные способы психологической защиты, стремление к избеганию вредных воздействий, вытеснение, подавление, рационализация, компенсация, отрицание	Компенсация, проекция, замещение, вытеснение	Активное преодоление вредных воздействии
2) Копинг-механизмы	Поведенческая сфера	«Обращение», «покладистость», «социальное отступление»	«Альтруизм», «отвлечение», «сотрудничество», «компенсация», «оптимизм», «изоляция»	Перцептивный уровень психологической защиты, отрицание, проекция, рационализация, интеллектуализация, изоляция, «отвлечение», «компенсация»
	Эмоциональная сфера	«Пассивная кооперация», «покорность», «фатализм» «принятие»	«Сохранение самообладания», «установка собственной ценности»	«Изоляция», «подавление эмоций», «оптимизм»
	Когнитивная сфера	«Проблемный анализ»	«Проблемный анализ»	«Проблемный анализ», «сохранение апломба», «снижение значимости», «самообладание»
4. Поведенческие характеристики в условиях фрустрации	Стратегии преодоления	Импрессивный ТИП реагирования; фиксация на самозащите, импунитивная направленность реакции	Импунитивная направленность реакции, интрапунитивность; фиксация не имеет выраженности	Экспансивный тип реагирования, экстрапунитивная направленность реакций; фиксация на самозащите
5. Поведенческие характеристики в условиях конфликта	Стратегии разрешения	«Приспособление», «избегание»	«Компромисс», «сотрудничество»	«Соперничество», «компромисс»
6. Поведенческие характеристики в условиях общения	Направленность, характер взаимоотношений	Социоцентризм, слушатели, приветливые, мягкие; короткая дистанция между партнером, прикосновения	Социоцентризм, синтонные, открытые контексту	Эгоцентризм, агрессивность, синтонные на словах, холодные на деле, автономные, со слабой обратной связью
7. Жизненная направленность	Стратегии жизни	«Восточная» («Не я иду на жизнь, а жизнь идет на меня»)	Сбалансированное использование «восточной» и «западной» стратегий в зависимости от контекста	«Западная» («Я иду на жизнь, просчитывая ее»)
		//. Когнитивный		
1. Концептуальная система. Личностная определенность «Я»:				
1) Я-концепция	Адекватный уровень	Неадекватно заниженный, устойчивый уровень	Умеренный, устойчивый уровень	Неадекватно завышенный уровень, устойчивый уровень

Прололжение табл. 9

Наименование личностных переменных	Уровни интеграции личности			
	Критерий оценки (выраженности)	**Пассивно-гетерономный тип**	**Уравновешенный тип**	**Активно-автономный тип**
2. Способность к антиципации		Высокая отрицательная	Умеренная положительная	Высокая положительная
3. Внимание	Устойчивость, переключаемость	Низкая устойчивость, высокая переключаемость	Высокая устойчивость, высокая переключаемость	Высокая устойчивость, низкая переключаемость
4. Мышление		Рассеянность, низкая систематизация, сниженная скорость мыслительных процессов	Сбалансированность мыслительных процессов	Высокая систематизация, высокая скорость мыслительных процессов
5. Временная направленность	Линия времени	Прошлое	Настоящее, будущее	Будущее, настоящее
///. Эмоциональный				
1. Варианты социально-психологической дезадаптации	Дестабилизирующие эмоциональные факторы	Астеничность, высокий уровень тревоги, склонность к пониженному настроению; тревожно-депрессивный, ипохондрический	Пластичность, умеренный уровень тревожности, устойчивое настроение; без выраженных вариантов социально-психологической дезадаптации	Стеничность, сниженный уровень тревожности, ригидность, агрессивность; аффективно-ригидный, йстериформный, ипохондрический варианты социально-психологической дезадаптации
2. Реакция на стресс		Преждевременная, тормозимость, агрессия направлена на себя	Высокая степень толерантности, ситуативная	Отсроченная с эффектом последействия, агрессия направлена на других
3. Типологическая принадлежность	Доминирование репрезентативной системы	Кинестетический; дискретный с первичной кинестетической системой репрезентации	Смешанный, в целом с развитыми системами репрезентации	Визуальный; дискретный с первичной визуальной либо аудиальной системой репрезентации
4. Внутренняя картина болезни	Тип отношения к болезни	Ипохондрический, меланхолический, тревожный, неврастенический	Эргопатический, гармоничный	Эргопатический, анозогнозический, ипохо ндрический

IV. Нейрогормональный статус				
	Особенности центральной вегетативной регуляции	Адреналиновый вариант эрготропной активации	Гиперамфотонический вариант активации	Доминирование норадреналинового варианта эрготропнои активации
V. Патогенные условия				
		Ситуации с элементами неопределенности при кардинальной смене стереотипа поведения; условия эмоционального отвержения, соревнования, ответственности за других, подконтрольности. Гиперопека и перфекционизм в воспитаний.	Наличие способностей решения жизненных трудностей	Вынужденная социальная мобильность, быстро меняющийся темп жизнедеятельности, условия непризнания, несоответствие имеющейся карты мира с реальностью. Социоцентрический и гиперпротекционный СТИЛИ воспитания.
VI. Зоны уязвимости				
«Мишени» психотерапевтических воздействий	Суммарные дестабилизирующие факторы	Тревожность, пассивный стереотип поведения, суженность мотивационного спектра, доминирующая потребность в избегании неуспеха, низкая самооценка, пассивный прогноз жизнедеятельности, негативность работы механизмов антиципации, доминирующая потребность в самосохранении, доминирующее использование одной репрезентативной стратегии восприятия и описания мира.		Ригидность установок, наличие слабой обратной связи, гипертрофированная потребность в регламентации жизнедеятельности, неадекватные реакции на неуспех, отсутствие гибкости, склонность к конфликтности, высокая критичность к другим, чрезмерная потребность в самоутверждении, эгоцентризм, честолюбие.

Окончание табл. 9

Наименование личностных переменных	Уровни интеграции личности			
	Критерий оценки (выраженности)	**Пассивно-гетерономный тип**	**Уравновешенный тип**	**Активно-автономный тип**
	Высокая, средняя, низкая	Выше среднего при использовании методов саморегуляции. Эффективность возрастает при использований способов, основанных на противоположности ведущей кинестетической репрезентации		Повышенная степень резистентности к когнитивно-эмоциональным способам психотерапии; лучшие результаты при использовании поведенческих форм психологического воздействия, т. е. противоположных ведущей дискретной и визуальной репрезентации
1. Психологические критерии оценки		Укрепление силы Я, снижение степени тревоги, депрессивных тенденций, повышения самооценки и др.		Редукция истерио-формных включении, выработка гибкости и пластичности в использовании репрезентативных стратегий и др.
2. Нейрогормональные критерии оценки		Снижение трготропной гиперактивации, повышение активности норадреналинового звена САС		Уменьшение трофотропной активности

Разнообразие психических составляющих структурных образований личности, на основе которых строилась типология, служит веским основанием для признания неправомерности выделения «специфического эмоционального конфликта» для отдельной нозологии. Приведенные данные позволяют говорить о наличии специфического эмоционального конфликта при каждом типе личности пациентов с болезнями адаптации.

Каждому типу пациентов при болезнях адаптации (активно-автономному, пассивно-гетерономному и уравновешенному) свойственны свои специфические способы преодоления. Если у первых чаще встречаются активные (более агрессивные, ригидные) копинг-механизмы, в качестве компенсации выступает жестко регламентированная жизнедеятельность, то вторые демонстрируют пассивные механизмы преодоления - избегание препятствий, ожидание от социальной среды восстановления разбалансированных отношений.

Невротические реакции на болезнь, которые принято называть в клинике соматических расстройств *неврозоподобными реакциями,* выступают в качестве активных компенсаторных механизмов, облегчающих переживание болезни как на психическом, так и на физиологическом уровне. При включении этих механизмов, как уже говорилось выше, наблюдаются диффузные реакции, ослабляющие первично сформировавшийся патологический функциональный психосоматический паттерн за счет включения диссипативных процессов, процессов перераспределения энергии эмоций по другим системам, включаемым в этот паттерн во время стресса. Если во время стресса визуально ориентированные больные продолжают усиливать свой самый «удобный» стереотип описания мира, то тем самым они усугубляют положение в силу актуализации патогенетических механизмов. При переходе на «неудобную» систему восприятия и описания мира (часто она является трансовой модальностью) происходит ослабление интенсивности патогенетического паттерна. Как правило, такой выбор человек осуществляет неосознанно. Так через указанный механизм происходит психофизическая адаптация человека к своему заболеванию, как ни парадоксально, — за счет компенсации дефицитарной модальности, возникшей еще в здоровом организме. Однако дискретный тип следует не призывам бессознательного, а логике происходящего, то есть в условиях стресса он становится еще более рассудочным, логичным, чем препятствует включению механизмов адаптации к болезни.

Наши исследования показали, что в период обострения заболевания обычно, происходит заострение доминирующих черт личности. В этот период наблюдается возврат к первичной репрезентативной системе (процесс так называемой реадаптации). Актуализируется наиболее удобная

и привычная система восприятия и описания действительности. Однако она же и могла быть первопричиной, приведшей к развитию заболевания. Поэтому заострение имеющихся черт личности не приносит облегчения, то есть требуется перевод в новую репрезентацию (неудобную, трансовую, но эффективную в плане преодоления болезненного процесса). Например, при обострении язвенной болезни можно наблюдать усиление дезадаптирующих свойств тревожности и депрессивности у больных пассивно-гетерономного типа, у больных активно-автономного типа при обострении обнаруживается завышение и так высоких показателей по шкалам 1, 4 и 6 MMPI. Характер переживаний у этих больных имеет свою стратегию и может быть описан, исходя из имеющихся стереотипов первичной репрезентативной системы.

Более эффективная адаптация/компенсация наблюдается в случаях активного поведения, укладывающегося в требования окружающего социального поля; это **активное преодоление болезни**. Менее эффективная адаптация/компенсация отмечается при пассивно-покорном поведении, пессимистически окрашенном настроении, когнитивных колебаниях в сторону безысходности, самобичевания, социальной отгороженности — то есть при **пассивном преодолении болезни.**

БАЗОВЫЕ ОБОБЩЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ

1. Актуальными базовыми задачами для медицинских работников, психологов в школах, специалистов психолого-педагогических медико-социальных центров являются прежде всего следующие:
1) разработка и принятие приемлемой доступной пониманию концепции, поясняющей развитие социально-психологических и психосоматических дезадаптаций у детей и подростков;
2) овладение качественным инструментом донозологической диагностики «общего девиантного синдрома адаптации», а также «общего синдрома дезадаптации», то есть уже сформированных нозологических единиц;
3) овладение необходимыми психологическими технологиями превенции (предупреждения) и интервенции (в случае наличия девиаций в адаптации), своевременное устранение возникающих отклонений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах с помошью методов психотерапевтического консультирования.

Результаты нашего полисистемного исследования свидетельствуют о том, что этиопатогенез психосоматических расстройств можно описать следующим образом.

А. ПОЛОЖЕНИЯ О ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ В ОНТОГЕНЕЗЕ (О РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА)

1. Заболевание развивается на базе генетических предпосылок, которые выполняют «предрасполагающую», «определяющую» функцию.
2. Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют как «триггерную» (запускающую процесс) функцию в виде толчка, так и «модулирующую», направляющую течение из точки бифуркации либо в благоприятное русло адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье), либо в неблагоприятное. то есть в развитие болезни, а при наличии болезни - либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо в неблагоприятное — обострение заболевания.
3. Развиваясь на базе генетических предпосылок, психосоматические варианты висцеральной патологии являются следствием формирования и перманентной актуализации «структурных аттракторов болезни» (многоуровневых функциональных патологических психосоматических систем), включающих в себя как биологические, так и фенотипические факторы.
4. «Структурные аттракторы болезни» формируются в процессе онтогенетического развития индивидуума, что позволяет говорить о заболеваниях внутренних органов как об онтогенетических адаптационно-компенсаторных психосоматических процессах, а здоровье рассматривать как процесс обретения устойчивости неустойчивого взаимодействия (динамического равновесия) адаптационных и компенсаторных механизмов.
5. Приведенные данные позволяют говорить о наличии специфического эмоционального конфликта для каждого типа личности пациентов с болезнями адаптации (активно-автономном, пассивно-гетерономном и уравновешенном).
6. Динамика развития болезни и выхода в ремиссию имеет свои стадии взаимодействия адаптационных и компенсаторных механизмов. На стадии базовых умений здоровья (см. табл. 3) наибольшая активность обнаруживается на поведенческом уровне. Нарушение «нормы адаптации» на этом уровне компенсируется активизацией эмоционального компонента функционирования организма и психики и характеризуется переходом в стадию предболезни. Нарушение «нормы адаптации» на эмоциональном уровне компенсируется включением когнитивной сферы человека. Фиксация на этом уровне компенсации ведет к развитию психосоматических расстройств.

7. Динамика развития болезни имеет стадию латентной, скрытой болезни (предболезнь); оценка этого состояния осуществляется по избыточной эмоциональной напряженности донозологического уровня, имеющей выраженный вегетосоматический эквивалент.
8. Варианты развития заболевания зависят от первичной репрезентативной системы больного. Исходя из этого критерия, выделены поведенческий, эмоциональный и когнитивный варианты развития болезни.
9. Существуют тесные связи между неблагополучной семейной ситуацией и психосоматическим здоровьем детей. «Психосоматические семьи» делятся на две группы: «конфликтные семьи» и «неконфликтные семьи». В первой группе неудовлетворенность браком выражают 75% супругов, во вторых— 46%. В семьях больных и часто болеющих детей высокий уровень конфликтности регистрировался в 60% случаев, а низкий и средний уровни конфликтности — в 40% и 50% случаев соответственно.
10. На формирование психосоматической патологии оказывают влияние нарушения в детско-родительских отношениях. В группе больных психосоматическими заболеваниями наблюдается враждебно-отстраненное отношение родителей к ребенку. Неправильное воспитание подростков оказывает отрицательное воздействие на формирование структур личности подростка и выступает значимым фактором риска формирования патологической психосоматической системы.
11. Ключевыми признаками для развития болезней адаптации являются следующие:
 1) нарушение сбалансированного функционирования адаптационно-компенсаторных механизмов;
 2) формирование «структурного аттрактора болезни» (многоуровневой функциональной патологической психосоматической системы):
 3) дискретный переход через точки бифуркации адаптационно-компенсаторных возможностей с поведенческого на эмоциональный и с эмоционального на когнитивный варианты функционирования индивидуума.
12. Стержнем теоретической онтогенетической концепции структурного аттрактора болезни может быть следующая формула:

$$САБ = f\,(a,\ b)\ (c,\ d),$$

где САБ — «структурный аттрактор болезни»:
a — конституционально-генетический фактор:
b — родовая патология, перенесенные заболевания детства, усиливающие ранимость органов или систем;

c — условия воспитания, перенесенный психотравматический опыт;
d — личностные особенности дискретного типа.

Б. ПОЛОЖЕНИЯ О ТЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

13. Выйти в ремиссию можно благодаря включению адаптивных механизмов, например, с помощью адаптации к болезни, иначе говоря, через изменение структуры отношения к болезни, или посредством включения компенсаторных механизмов, то есть через возвращение первичного шаблона «здорового» реагирования.
14. Ремиссия при психосоматических заболеваниях может быть соматогенной, спонтанной, например связанной с циркадными ритмами, или психогенной, при установлении относительного равновесия во внутренней психической среде (интраадаптация).
15. Невротические реакции на болезнь, которые принято называть в клинике соматических расстройств *неврозоподобными реакциями,* но не заострение преморбидных свойств, включенных в САБ, выступают в качестве активных компенсаторных механизмов, облегчающих переживание болезни на обоих уровнях — психическом и физиологическом. При включении этих механизмов наблюдаются диффузные реакции, ослабляющие первично сформировавшийся патологический функциональный психосоматический паттерн — *структурный аттрактор болезни* за счет включения диссипативных процессов, процессов перераспределения энергии эмоций по другим системам, включаемым в этот паттерн во время стресса. Поэтому психотерапия в клинике психосоматических расстройств должна учитывать тот факт, что элиминация неврозоподобных реакций может приводить не к ожидаемому выходу в ремиссию, но к неожиданному обострению.
16. Наиболее характерными вариантами психосоматической дезадаптации при болезнях адаптации являются тревожно-депрессивный, ипохондрический, аффективно-ригидный и истероидный.
17. Существуют тесные взаимосвязи между личностной тревожностью и соматической заболеваемостью. Высокий уровень тревожности может выступать как одним из ведущих факторов в генезе психосоматической патологии, так и фактором снижения реактивности структурного аттрактора болезни, то есть высокий уровень тревоги у психосоматических больных способствует компенсации (рассеиванию энергии) болезненных проявлений.

18. Маркерами *дезадаптивного поведения* подростков являются высокие показатели *тревожности и агрессивности,* в то время как *эмоциональный интеллект* выступает ведущим личностным ресурсом в формировании эффективного (адаптивного) копинг-поведения и определяет развитие самосознания человека. Следовательно, недостаточное развитие *эмоционального интеллекта — EQ* оказывается препятствием к успешной социализации и адаптации.
19. Процесс психической адаптации (дезадаптации) в подростковом возрасте может рассматриваться как процесс повышения уровня *жизненной компетентности,* включающей в себя *личную, социальную и экологическую компетентность.* Баланс у подростков адаптационно-компенсаторных механизмов, определяющих их здоровье, тесно связан с формированием *поведенческого копинг-стиля* на основе развивающихся *копинг-стратегий и личностно-средовых копинг-ресурсов.*
20. Обострение заболеваний внутренних органов следует рассматривать как многоуровневую дезадаптацию. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии (стадия: «Базовые умения ремиссии», см. табл. 3) осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий.
21. Возникновение психосоматической патологии у подростков, наличие различных вариантов социально-психологической дезадаптации искажает социальную ситуацию развития. Искаженная ситуация развития препятствует формированию необходимых биологических, психологических и социальных возрастных новообразований подростка.
22. Анализ условий сосуществования детей, подростков и взрослых со своей болезнью свидетельствует о значительном снижении качества жизни у представителей всех возрастных групп, что требует специальных психотерапевтических программ, способствующих адаптации больного к болезни и вместе с болезнью — к социуму.
23. При наличии генетической предрасположенности к хроническим заболеваниям внутренних органов по мере прогрессирования заболевания снижается роль психологических факгоров в течении заболевания.

В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

24. Психотерапия в клинике соматических расстройств может быть направлена на усиление как адаптационных, так и компенсаторных механизмов. Первая задача связывается с решением

стратегических задач лечения, вторая — больше с тактическими, насущными задачами. Психотерапия может выполнять в условиях болезни *протекторную* функцию, смягчая реактивность, или *модулирующую,* направляя активность психосоматического контура в здоровое русло.
25. Психологический портрет больных каждой нозологии имеет те или иные особенности, которые могут выступать в качестве *психотерапевтических мишеней* в комплексном лечении.

Исходя из полученных данных, можно выделить общие для всех больных *мишени* компенсаторного психотерапевтического вмешательства.

1. **Социальная сфера** — снижение социального статуса, социальной значимости в субъективной оценке больных; ограничение социальных контактов; закрытость, замкнутость — все это негативные тенденции, усугубляющие адекватную адаптацию/компенсацию в этой сфере.
2. **Поведенческая (коммуникативная) сфера** стесненность, напряженность в межличностных контактах, особенно в групповых ситуациях; социальная депривация; гипердоминирование мотивации достижения успеха или избегания неуспеха.
3. **Когнитивная сфера** — гипертрофия дигитальной функции мышления; оперантное мышление; недостаточность воображения; преобладание наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим; слабость функции символизации и категоризации в мышлении; ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии; пессимистическая когнитивная карта мира.
4. **Эмоциональная сфера** — тревожность, беспокойство; сниженное настроение: эмоциональная неустойчивость, возбудимость; нетерпение; неустойчивость к фрустрационным воздействиям; скрытая гневливость; обидчивость, чувствительность к критике: пессимистическая оценка перспектив. Часто болеющие и хронически больные дети отличаются склонностью копить обиды, контролем и неумением выражать свои негативные чувства (злость, раздражение) вовне; их эмоциональное возбуждение накапливается и, не находя разрядки, может служить дополнительным фактором соматизации. Эмоциональная сфера этих детей отличается слабой дифференцированностыо.
5. **Психосоматическая сфера** — психофизическое утомление, вегетативные проявления по адреналиновому типу.

Г. ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ

26. Профилактическая работа и с условно здоровыми детьми, и с часто болеющими должна быть направлена на усиление *личного (индивидуального) превентивного ресурса* и включать комплекс

мероприятий, направленных на повышение уровня *когнитивного, эмоционального и поведенческого интеллекта* (см. комплексная программа развития личности *«Цветок потенциалов»).* Целенаправленное функционирование профилактической системы — это формирование и развитие «личного (индивидуального) превентивного ресурса» человека, которое обусловливает его адаптацию к динамическим условиям жизни. **Личный (индивидуальный) превентивный ресурс** — *это комплекс способностей индивида, реализация которых позволяет сохранять баланс адаптационно-компенсаторных механизмов. Отлаженная работа данного комплекса обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие человека и, в соответствии с направленностью личности, создает условия для открытия им своей уникальной идентичности и последующей самореализации.*

27. Психопрофилактическую работу с психосоматическими больными необходимо строить в комплексе следующих целей и задач:
1) повышение коммуникативной компетентности (тренинг партнерского общения, тренинг по выработке ассертивных свойств);
2) обучение навыкам саморегуляции для снижения уровня тревожности и депрессивной напряженности (аутогенная тренировка, медитация, управляемое воображение);
3) создание условий для отреагирования заблокированных эмоций (телесно-ориентированная психотерапия, соконсультирование, креативный тренинг);
4) повышение фрустрационной толерантности (поведенческая психотерапия, тренинг управления дыханием);
5) усиление экстрапунитивной направленности, оптимистичности (когнитивная психотерапия, медитации на внешнем мире).
28. Специалистам необходимо все большее внимание обращать на базовые структуры, формирующиеся в детском возрасте на основе генетических предпосылок; эти структуры выступают в качестве основы формирования многоуровневых функциональных патологических систем — «структурных аттракторов здоровья». Профилактика данных аттракторов связана с выявлением и коррекцией отдельных компонентов общего девиантного синдрома адаптации. **Общий девиантный синдром адаптации** — это *базовые нарушения донозологического уровня на когнитивном, либо эмоциональном, либо поведенческом уровне.* Общий девиантный синдром адаптации является условием выявления САБ (фигуры на фоне). Актуализация указанного синдрома ведет к формированию различных нозологических единиц, таких как неврозы, суициды, психосоматические, наркологические заболевания. Диагностика общего девиантного синдрома адаптации

свидетельствует о наличии у человека «фрагментарного здоровья». в отличие от «холистического здоровья».
29. Профилактика психических и психосоматических расстройств может быть специфической и неспецифической; последняя должна ориентироваться на выявление симптомокомплексов «общего девиантного синдрома адаптации».
30. Разработанная нами профилактическая каузальная модель (системная трехуровневая профилактика — см. главу «Профилактическая наркология») представляет собой теоретическую и практическую основы формирования и развития новой отрасли знаний — психологии здоровья.

Д. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

31. При планировании исследований в области психологии здоровья в связи с задачами профилактики и терапии необходимо опираться на следующие **методологические основы:**
1) *Использование многоуровневого полисистемного подхода, интегрирующего саногенетические и патогенетические стороны процесса развития и течения заболевания. Этот подход предполагает работу на следующих уровнях:*
а) социальный: изучение социального, профессионального статуса, интерперсональных взаимодействий, семейных отношений и др.;
б) психологический: изучение преморбидных особенностей личности, структуры личности больных, способов психологической защиты, копинг-поведения, поведения в ситуациях фрустрации, отношения к болезни и др.;
в) психосоматический (психобиологический): изучение наследственной отягощенности. соматического и нейрогормопального статуса во взаимосвязи с социально-психологическими параметрами;
г) типологический: выделение и изучение психосоматических типов;
д) **синдромологический:** выделение и изучение ведущих синдромов социально-психологической дезадаптации;
е) психотерапевтический: использование психотерапевтических методов в комплексном лечении психосоматических больных;
ж) профилактический: разработка программ для первичной, вторичной профилактики и реабилитации больных.
2) Использование метода **секторного исследования,** а именно:
а) выделение и изучение генеральных черт личности и их гормонального «обеспечения» в зависимости от наибольшей вегетативной реактивности;

б) изучение не только отдельных черт, но и их взаимосвязей, то есть симптомокомплекса (в структуре личности психосоматических больных отсутствует монобазис);

в) изучение сформированного из симптомокомплексов типа личности (исследование взаимоотношений не только между чертами, но и между чертами и целым человеком, то есть взаимоотношений человека с его миром);

г) выбор динамических и проспективных методов как наиболее продуктивных;

д) использование методов моделирования в научных исследованиях психосоматических соотношений.

Глава 6
ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В сферу интересов сексологии — науки об исследовании пола и сексуальности входят проблемы, не только связанные со здоровьем человека, но и 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 — социокультуральные 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 межчеловеческих связей. Сексуальная культура, как и всякая культура, — это совершенствование себя в области сексуальных знаний и умений. Данная культура, как и всякая другая, выступает наиболее эффективным фактором в профилактике заболеваний, передающихся половым путем.

Статистическая справка: в 1995 г. в России зарегистрировано около 20 тыс. подростков, больных сифилисом (в 45 раз больше, чем в 1989 г.), причем рост заболеваемости у подростков гораздо выше, чем у взрослых. 70% школьников познали «живой секс», на 45% возросла заболеваемость гонореей у юношей и девушек 14-16 лет (Э. Н. Вайнер).

Повышение уровня сексуальной культуры опирается на три базовые составляющие:

1) культура понимания (когнитивный уровень);
2) культура межличностных отношений (эмоциональный уровень);
3) культура 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 на три типа:

1) прокреационные — функция воспроизведения потомства;
2) рекреационные — функция получения удовольствия;
3) 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 его жизнедеятельности, 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 сексуальную дисгармонию (Васильченко, 1990).

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 и сексуальную конституцию, умение «калибровать» не только свои сексуальные желания, но и желания партнера, понимать не только слова, но и язык тела и многие другие сексуальные проявления на всех трех вышеуказанных уровнях.

Выделяют как минимум три тенденции развития сексуальных правил и норм в России:

1) увеличение открытости темы половых отношений;
2) возросшее признание рекреационной и реляционной функций половых отношений;
3) ослабление стереотипов традиционных «половых ролей» (все чаще встречаются партнерские отношения, равенство полов в сексуальном контакте).

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 перверсий и болезней, передающихся половым путем.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СЕКСОЛОГИИ

Исторический обзор становления сексологии как науки подробно дан в книге известного российского сексолога И. С. Кона «Введение в сексологию».

Проблемами пола люди интересовались всегда, но их интересы строго регламентировались рамками морали времени и общества. Известно, что официальная мораль буржуазного общества XIX в. была насквозь пронизана антисексуальными установками. Не только половая жизнь, но и весь «низ» считались грязными и непристойными: об этом порядочным людям не положено было 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. свирепствовала моральная цензура. По соображениям благопристойности запрещали 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 шесть 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 Хиршвельд (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: постепенное ослабление жесткого биологического детерминизма в пользу более тонких и сложных психологических теорий и 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. М. Хиршфельд организовал в Берлине первый Международный конгресс сексуальных реформ. В 1928 г. на съезде в Копенгагене была основана Всемирная лига сексуальных реформ, президентами которой последовательно были Г. Х. Эллис, А. Форель и М. 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 своей главной, ключевой 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 количественный фундамент (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 В. 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 замеряли физиологические реакции обоих партнеров. Кроме того, проводился ряд экспериментов мастурбационного типа, например женшины 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 сексуальной реакции 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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Попытки дать универсальное определение сексуального здоровья предпринимались многими исследователями. Однако большинство этих попыток 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 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, то есть сексопатологии. Для того чтобы разорвать порочный круг, когда норма объясняется через патологию, а патология определяется по отношению к подразумеваемой норме, о которой достоверно ничего не известно, необходимо обратиться к изучению поведения, физиологии и мотивации нормальных, здоровых, обыкновенных людей в естественных условиях их жизни.

И. С. Кон задается вопросом: кого и что считать нормальным? Понятие нормы в биологии и медицине многозначно. Во-первых, норма понимается как норматив, то есть нечто должное, эталон, на который нужно равняться, оценивая по нему индивидуальное поведение; таковы, например, спортивные нормы или нормы питания. 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. Причин такого разброса нормы три:

1) биологическая (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, 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.

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, то есть 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, то есть не требуют 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 к расширению при условии, что этот процесс не форсируется грубо 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 (цит. по: Имелинский, 1986).

Итак, 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.

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. Умозрительность таких подсчетов совершенно очевидна. Количество половых актов и частота половой жизни во многом определяется 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 пола, и даже от образования. В качестве иллюстрации возрастной динамики можно привести наблюдения К. Таллемана — Дорио. В доме одного знатного человека висели четыре гобелена. На первом была изображена молодая пара лет двадцати в жарких объятиях, а внизу вышита подпись: «В любовную игру, о братья, способен день и ночь играть я!» На втором — пара повзрослее, лет по тридцать, а надпись гласила: «От вас, друзья, я не скрываю: когда хочу, тогда играю!» На третьем гобелене — мужчина и женщина в возрасте примерно сорока 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 деятельность (активность) людей. Снижение сексуальной активности с возрастом, безусловно, имеет свои биологические причины. Однако есть данные, что приблизительно 15% людей 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 четыре типа:

1) сексуальная активность все время отсутствует (женщины — 74%, мужчины — 27%);
2) уменьшается (10% и 31% соответственно);
3) сохраняется (10% и 22%);
4) 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, то есть 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 и 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 их заинтересованность в интимной близости снижаются с возрастом и стажем супружества. По данным ученых ГДР, средняя частота половых актов на первом году брака составляла 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 представлениям 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 более редкими 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» 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 один раз каждые четыре дня, 30-летний— один раз в восемь дней. 40 лет— один раз в 10 дней, 50 лет — 1 раз каждые 20 дней, а мужчина 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-Сянь — врач XVII века:

«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 сезоном: 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 одну минуту, В. И. Здравомыслов говорит о четырех 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 надобности 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, то есть состояние, необходимое для хорошего физического, а также психического и социального самочувствия, независимо от того, встречается оно редко или часто...».

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, оказывающими влияние на содержание и смысл ее деятельности в данный момент. В зависимости от смысла, от того, какие именно потребности удовлетворяет сексуальное поведение, интимная близость может иметь разные задачи.

Она может быть 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).

Может быть 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».

Может быть 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.

Может быть 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.

Может быть средством коммуникации, когда половая близость становится моментом психологической личностной интимности (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.

Может быть 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.

Может быть средством достижения каких-то внесексуальных целей, например материальных выгод (брак по расчету) или повышения своего социально-психологического статуса и престижа в глазах окружающих.

Может быть средством поддержания определенного ритуала или привычки. Например, супружеские поцелуи часто не имеют эротического смысла, но подчеркивают устойчивость и стабильность существующих отношений.

Может быть 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 их принадлежностью к той или иной культуре, но даже в рамках одной культуры существовали различия. Самое распространенное из таких различий — двойной стандарт, то есть 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, то есть 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 различия заключаются в определенных психологических стимулах, на которые женщина сексуально реагирует или не реагирует. В статистике А. Кинзи указаны тридцать три психологических стимула,

которые возбуждают мужчину, — от женских застежек 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. Женщину трудно эротизировать, она краснеет и отступает при мысли о половом сношении и возбуждается только тогда, когда целиком сосредотачивается 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 владеют искусством эротического возбуждения; 48% возбуждаются при взгляде на мужские половые органы: 58% возбуждаются при взгляде на мужчину, к которому их влечет.

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 3. 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 четыре главные функции. Во-первых, они суть средства познания, отражающие и фиксирующие сексуально значимые свойства и переживания. Во-вторых, они служат своего рода психологическими стимуляторами полового возбуждения. В-третьих, они 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 3. Шнабля, эротические

сны видят три пятых мужчин и около половины женщин. При этом эротические сновидения до начала половой жизни бывают только у 28% женщин, а к 40 годам эта цифра составляет 50%. Из 500 женщин, опрошенных 3. 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 М. М. Ханта (Hunt, 1974), общая мечта обоих полов— близость с любимым человеком: но в остальном мужские и женские фантазии различаются. 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 быстрее и чаще, 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».

Различие мужчин и женщин явно выражено в длительности основных фаз копулятивного цикла, впервые объективно описанных У. Мастерсом и В. Джонсон: 1) возбуждение: 2) «плато», когда половое возбуждение уже не нарастает, но поддерживается на определенном уровне; 3) оргазм и 4) «разрешение», снятие напряжения. Особенностью копулятивного цикла для мужчин является 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 у них этого 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, фаллоцентрическая: 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 к эротическим раздражителям 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 — молочная железа, ареолы 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, язык, губы, небо, слизистая рта; передняя и боковая поверхность шеи; ладонь, особенно подушечки пальцев, углубление ладони; нижняя треть живота; внутренняя и задняя поверхности бедер и некоторые другие участки тела. У многих женшин 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, то есть 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 А. Кинзи, даже в период оптимальной сексуальной потенции, то есть 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?»

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 З. Шнабля, на недостаток нежности и тепла со стороны партнера сетуют втрое больше женщин, чем мужчин. По данным К. Штарке и В. Фридриха (1984), среди женщин, которые счастливы со своим партнером, всегда испытывают оргазм 51%, а среди несчастливых — только 22%.

Заслуживают внимания некоторые неэротические 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 желания, быстроте наступления оргазма, предлагая «оптимальные» способы сочетания разных типов. Научно-психологические типологии предполагают некоторые эмпирические классификации типов сексуального поведения по какому-либо набору признаков, или установление взаимосвязи между характером сексуального поведения и отдельными индивидуально-личностными чертами, или попытки найти общую связь сексуального поведения с типом личности на базе существующих теорий.

Уже А. Кинзи неопровержимо доказал, что сексуальная активность индивида, измеряемая частотой половых сношений. — фактор, относительно устойчивый на протяжении всего жизненного пути, и что разные люди существенно различаются 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 Г. Айзенком. На основе многолетних исследований Айзенк выделил три главных измерения (шкалы)и одну дополнительную: Е — экстраверсию, N — невротизм, Р— психотизм и L — лживость, или притворство. *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, вступают в сексуальные

контакты чаще, 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, отличаются 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 представляют себе других возможностей.

По мнению Г. 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.** Имеет высокий энергетический потенциал. Стремится к опеке, заботе о своем партнере. Бессознательно увлекается и выбирает мужчин слабых, больных, неудачников. Обладает выраженной потребностью помогать, защищать, ободрять, поддерживать, спасать и т. д. Слабость и несчастья мужчин могут выступать для нее в качестве сексуальных раздражителей.

2. 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, тундра моя...» (самоутверждение через унижение другого).

Пассивно-подчиненный тип (мазохистически ориентированный 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 общении с которым она могла бы чувствовать себя слабой, «маленькой», предметом внимания и восхищения. Часто предпочитает партнера старше себя, ценя в нем не столько сексуальную силу, сколько опыт, знания, умения, надежность, статус, самостоятельность. Наблюдается склонность к психологическим возбуждающим влияниям (речевым, музыкальным 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. В условия зависимости ставит для управления, чаще всего используется экономическая зависимость: «Работать тебе не обязательно, твоя задача — воспитывать ребенка и кормить и заботиться обо мне. Моя задача — задача добытчика». Делает много для дома, хороший хозяин, однако требует «платы той же монетой». Для него исключительно важно, чтобы его уважали и благодарили.

2. 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, подчиняющийся, 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 бы 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 сексуальную дисгармонию.

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 развиться 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 основан 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 не только приводит к нарушению сексуальных контактов, но и по большому счету препятствует установлению глубоких человеческих отношений, поэтому данное явление 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 У. Мастерсом и В. Джонсон в их лабораторных исследованиях.

Одной из уже упоминавшихся причин сексуальной дисгармонии является «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 должен не 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 собственным 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 в интимной жизни. С ослаблением религиозных запретов обогатилась и усложнилась эротическая техника. Доля мужей с университетским образованием, с которыми их жены практиковали фелляцию. выросла с 43%, по данным А. Кинзи, до 61%, по данным М. Ханта, а мужей со средним образованием— с 15% до 54%. Такой же прирост имеет куннилингус. В 1950-х гг. только треть супружеских пар экспериментировала 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 интромиссия У респондентов Кинзи почти не встречалась; среди более молодых (моложе 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-генитальные 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 доставленное 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 партнерами 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 сексуальной дисгармонии:

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, разногласия в выборе позы в половом акте, отсутствие заключительных ласк.
3. *Дезинформационно-оценочный вариант:* ошибочные представления о норме и патологии. Отсутствие знаний о половой жизни.
4. *Сексуальная дисгармония в результате расстройства мужской потенции:*
   - из-за фиксации на первом неудачном половом акте;
   - из-за снижения потенции в связи с напряжением, которое мужчина испытывал при прерывании полового акта в целях предупреждения беременности;
   - из-за вынужденного длительного воздержания;
   - из-за слабой половой конституции.
5. *Сексуальная дисгармония из-за первичной фригидности женщин:*
   - из-за фригидности, имеющей временный характер, после родов возможна самопроизвольная нормализация;
   - из-за системных прерываний полового акта;
   - из-за вынужденного длительного полового воздержания;
   - из-за слабости половой конституции;
   - из-за срыва условно-рефлекторных механизмов регуляции полового акта.

Перечисленное многообразие сексуальных дисгармоний можно свести к трем интегративным категориям нарушений: 1) вызванные физиологическим несоответствием; 2) вызванные социально-психологическим несоответствием; 3) вызванные техническим несоответствием. Наиболее адекватными формами гармонизации сексуальных отношений в подобных случаях являются сексуальное просвещение и психокорригирующая 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 заключает в себе ничего предосудительного. Партнерам следует идти навстречу желаниям друг друга, полноценно удовлетворяя их, совершенствовать свою половую жизнь. Таким образом, устранение рассмотренных выше сексуальных дисгармоний может быть одним из ориентиров усовершенствования сексуальных взаимоотношений партнеров, что ведет к сплочению и обогащению друг друга.

ПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ 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 зависят 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 У. 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 специфической сексуальной дисгармонии, что особенно часто встречается среди лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (например, больные, перенесшие инфаркт миокарда). Известно, что около 2/3 больных с инфарктом миокарда уже в первый месяц после выписки возобновляют половую жизнь. Как показали исследования У. Мастерса и В. Джонсон, в период сексуального возбуждения происходят значительные изменения в деятельности сердца и пульса, изменяется и АД. Сердечные сокращения значительно ускоряются, достигая в фазе оргазма у женщины 110-180 и более уд./мин. У мужчин частота сердечных сокращений также составляет 110-180 уд./мин. Исследования свидетельствуют об учащении сердечных сокращений на 20-87 уд./мин. Существенно повышается и АД в период сексуального возбуждения, так, в фазе оргазма у женщин его прирост составляет 30-80 мм рт. ст. (верхняя граница — САД) и 20-40 мм рт. ст. (нижняя граница — ДАД). 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 (цикл: вдох-выдох) 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 («смерти 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 сексуальной дисгармонии 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.

Игнорирование этих рекомендаций может оказывать 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 ряд игр мужчин и женщин, которые часто не осознаются ими, например, по Э. Берну, игра «Фригидная женщина». 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 «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: «Быстрей 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;
2) предохранение от беременности;
3) предохранение от венерических заболеваний, СПИДа;
4) рекреация;
5) реабилитация.

Использование техник, относящихся к петтингу, в большей степени свойственно 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 смущает партнеров и разочаровывает их. Важно, чтобы партнеры смогли подобрать наиболее приемлемые, оптимальные позиции для собственного интереса, что 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 25-го года совместной жизни.

К основным позициям обычно относят:

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 сексуальной дисгармонии, так как нарушает эмоциональный контакт с партнершей, обедняя тем самым полноту чувств.

У. Мастерс 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 мин. 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 Каррeца, 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. Мастерс 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 не глубоких 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 трусцою — это по крайней мере две тысячи шагов, следовательно, и 30-минутный фрикционный период включает не меньше 1—1,5 тыс. толчков. Таким образом, можно сказать, что эти два занятия равно полезны, но последнее более интересно и приносит больше удовольствия.

Для стремящихся к большему не столько в сексуальных отношениях, сколько через сексуальные отношения к самосовершенствованию, саморазвитию можно предложить выходы на уровень *«мистического секса* или *«секса в трансовом состоянии»*. Об этом недвусмысленно говорил Ницше: «Степень и качество сексуальности человека достигают своего пика в его духе».

Мистический секс. Что это такое? Как пишет В. Ю. Пузенко, мистическим называют то, что постигается в измененном состоянии сознания и не может быть выражено словами, то есть полностью описано. Традиция относит к мистицизму индийский тантризм, китайский даосизм,

мистерии, гностицизм и каббалу. В противоположность социальной традиции мистицизм отрицает институт гуру, какие-либо догматы и логос как источники постижения реальности. Мистический опыт показывает, что люди оказываются ближе к гармонии, когда смотрят поверх слов, больше полагаясь на перцепцию, чувство.

Мистицизм поощряет чувственное постижение физического единения духа и Вселенной, считая секс наиболее естественным способом постижения того, что «не Я».

Понимание того, что мистический опыт невозможно полностью адекватно описать, является его неотъемлемым свойством. И дело не в том, что догматы мистицизма сакральны, а в том, что у мистицизма нет догматов, и ближе к гармонии оказываются люди, которые могут видеть поверх словесных и концептуальных построений, полагаясь на чувство и интуицию.

Мистический опыт — это опыт, который можно испытать только непосредственно, перцептуально, и в принципе всякие попытки описать его — это попытки передать словами чувства, которые испытываешь, слушая звуки музыки, или описать слепому словами цвета.

Подобно тому, как скульптор получает из глыбы мрамора скульптуру, отсекая лишнее, можно приблизиться к пониманию мистического секса путем дистанцирования от известного. Так, «вульгарное», чувственное наслаждение, пароксизм оргазма и любое другое спазматическое ощущение вне зависимости от его силы — это никогда не мистический секс. Эротический импульс, травма совокупления, кризис оргазма, «разрядка» по Кинси, либидо по Фрейду, как бы прекрасны они ни были, находятся в рамках неизмененного состояния сознания, и потому это — не мистический секс.

К описанию мистического секса подходит больше поэзия: подобен парению, опьянению, ослеплению, головокружению, покачиванию на морских волнах, полету, экстазу. Это сказочное, океанское, колдовское, магнетическое чувство. Время останавливается, возникает ощущение «вечного настоящего», нет будущего, к которому надо стремиться. Исчезает концепция времени, характерная для данного мира.

Во избежание недоразумений особо отметим, что обряды, ритуалы, заговоры и заклинания, молитвы и жертвоприношения чужды мистицизму, направленному на прямое чувственное ощущение мира.

Истоки мистицизма исторически можно проследить на примере вакхической традиции. Вакхическая культура основывалась на двух принципах — андрогина и гермафродита. Андрогин — это микрокосмическое единство мужского и женского начал в каждом человеке. Принцип гермафродита символизирует представление о том, что каждая женщина и каждый мужчина являются лишь половиной человеческого

существа, становящегося полноценным лишь при единении с партнером. Равновесие микрокосма, единство мужчины и женщины приводят к гармонии с макрокосмом.

Греки-вакхане, как и жрецы бхакти в Индии, во главу угла ставили достижение измененного состояния сознания посредством опьянения, музыки, пения и танцев. Танцевали тогда так, как сейчас на рейвах — группами, без партнера, ритмично, буйно, спонтанно и поглощенно. В дополнение к опьянению движением, звуками, светом и алкоголем вакханалии нередко завершались любовными играми, весьма близкими к мистическому сексу.

Стремление к гармонии с макрокосмом и определяет принципиальное отличие мистического секса от любого другого. Скажем, гротескные сексуальные эксперименты в римских банях так же далеки от сексуальных мистерий, как их цель — удовлетворение сладострастия, достижение оргазма — от достижения измененного состояния сознания и гармонии.

Мистический секс и современная наука. Мистический секс находится в противоречии с некоторыми распространенными взглядами современной науки. Как известно, современная сексотерапия страдает от системно-иерархического подхода. Медицина регламентирует сексуальные отношения на всех стадиях и, отойдя от таких экзотических форм лечения, как электростимуляция гениталий или нанесение кокаина на половые органы, в настоящее время преимущественно сосредоточена на составлении детализированных регламентов полового акта и преамбулы к нему.

Что говорят классики современной сексотерапии? Кинси называет оргазм «отдушиной», Мастерс и Джонсон — облегчением от напряжения и миотонии. Гидравлическая модель сексуального акта проистекает из представлений Фрейда, учившего, что оргазм как акт разгрузки — единственная составляющая секса, доставляющая удовольствие, и его быстрейшее достижение необходимо для синхронизации с природным «принципом удовольствия» в отличие от сексуального возбуждения, представляющего собой форму напряжения и потому не приносящего удовольствия ощущения.

Технически из описаний современной сексологии к мистическому сексу ближе всего coitus reservatus — растянутый сколь угодно долго оргазм, в общем случае не сопровождающийся семяизвержением. Исключения здесь возможны, но очень редки и бывают в тех случаях, когда в силу некоторых причин у мужчины отсутствует постэякуляторный рефрактерный период. Статистические исследования показали, что только 3% мужчин могут контролировать возбуждение и достигать оргазма когда захотят, и это число можно в известной степени считать результатом распространения современных сексологических взглядов.

Говоря языком современной науки, мистическая традиция отдает предпочтение аналоговому способу восприятия в противоположность цифровому, номинативному способу. Так, нейрофизиологические исследования показали, что биоэлектрическая активность усиливается в период, предшествующий оргазму и заканчивающийся им, именно в правом полушарии головного мозга.

С точки зрения мистицизма женское начало интуитивно, сакрально, непосредственно, чувственно и спонтанно, мужское же — логично, теоретично, регламентировано, соревновательно и ориентировано на миссию. При этом единство противоположностей составляет непременную метафизическую константу мистицизма. Для мистицизма духовный мир— это реальный мир энергии (и вещества), воспринимаемый личностью, а единство в сексе — это способ постижения Вселенной и слияния с ней.

Цель мистицизма — реализация нового человечества, в котором соединение полов синтезирует новое, не расколотое надвое сознание.

ТРИ ИСТОЧНИКА И ТРИ СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ МИСТИЧЕСКОГО СЕКСА

1. Вневременность

Нормальные в сексуальном отношении мужчина и женщина, которые знают, как вызвать оргазм друг у друга, возбуждаются, проходят через свой сексуальный стандарт, достигают своей кульминации... и остаются очень далеко от истинного опыта — это можно назвать «мастурбацией на двоих». В мистическом сексе любая реальная или воображаемая конечная точка — препятствие.

Одно из условий успешности занятий мистическим сексом, его conditio sine qua non — неспешность сексуальной обстановки. Влюбленные достигают измененного состояния сознания не потому, что прошло достаточно времени или произведено достаточно действий, а потому, что завершение полового акта больше не является ни целью, ни проблемой. Настоящий момент мистического секса самодостаточен и сам по себе завершение и результат.

«Поскольку два тела, обнаженных и переплетенных, перепрыгнут через время, они неуязвимы, ничто их не коснется, они возвращаются к истоку, там нет ни тебя, ни меня, ни завтра, ни сегодня, ни имен, правда двоих в едином теле, единой душе совокупного существования» (Октавио Пас. «Солнечный камень»).

Вневременность — вот существеннейший признак мистического секса. Полное поглощение настоящим моментом, длится ли оно несколько минут или много часов, ментальная и физическая вовлеченность в здесь и сейчас, отсутствие цели на будущее или прошлое выводят осознание из данного пространственно-временного континуума. Данный признак относится к состоянию, которое принято в психотерапии называть трансом (М. Эриксон); таким образом, любые мистические состояния суть трансовые состояния, где искажается время, оно «тормозится».

2. Спонтанность

Вторая существенная черта мистического секса — спонтанность. Если человек позволяет телу спонтанно и непринужденно двигаться, в то время как он сам концентрируется на прямом восприятии ощущений, у него естественным образом получится coitus reservatus. Спонтанность — это разрешение телу делать то, что оно хочет, не направляя его по какому-либо пути, доверяя ему действовать, основываясь только на интуиции и без усилий. Усилие, воля, намеренность и желание определенности в действиях должны быть отринуты. Спонтанность — это не следование инструкциям, это врожденная способность, присущая каждому. В ней не надо упражняться, ей надо дать проявиться.

Спонтанное поведение— это поведение, которое формируется на бессознательном уровне; на уровне сознания оно бесцельное, без усилий, препятствий, борьбы, ролевой игры, колебаний, сомнений, принуждения, это тонкое интуитивное следование за импульсами тела, беспристрастное и безличное. Однако беспристрастность не означает невовлеченность, наоборот, подразумевается полная и совершенная поглощенность ощущением момента.

3. Остановка внутреннего диалога

Речь идет об остановке определенного типа мышления — вербального, концептуального, рассудочного, оценочного. В мистическом сексе мужчина и женщина открыты для чувств и ощущений, но не для перечисления и взвешивания списка ощущений. Полная ментальная поглощенность, но не думанье. (В тантрической традиции - освобождение от уз Майи — иллюзии слов, языка, понятий, теорий, смешивания территории и карты, приема пищи и меню, слова и дела.)

Сознательная концентрация и фиксация внимания на каждом настоящем моменте, то есть на прямом восприятии сексуальных чувств и ощущений по мере их возникновения. Ощущение воспринимается непосредственно, без классифицирования — это твердо, это гладко, это приятно. Это относится не только к осязанию, но и к обонянию, звукам и образам. Звуки, в том числе и крики, и шепот, воспринимаются как музыка, как шум дождя. Картины, которые предстают взору, следует смотреть без рассматривания, расфокусировав взор.

Посторонним мыслям нужно позволять проходить сквозь и свободно покидать сознание.

При использовании приема отсекаются воспоминания, то есть прошлое, и конструирование целей и планов, то есть будущее и остается только здесь и сейчас. С прошлым и будущим исчезает система координат и с ней само время. Так возникает аспект вневременности мистического секса, и так замыкается мистический треугольник.

Что происходит? Мистический секс никогда не становится скучным — это чистое, непрерывно обновляющееся творчество. Это качание в бесконечной волне, в непрерывном потоке. Это не то, что вы делаете, а то, что с вами происходит.

В какой-то момент приходит осознание того, что активные прикосновения и рецептивные ощущения суть одно и то же и отличаются лишь переключением внимания.

Далее внимание концентрируется на осознании всего комплекса ощущений, как воспринимающего существа, своего рода датчика. Осознается не только физическое возбуждение: появляется всеобъемлющее эмоциональное ощущения бытия.

Далее аналогично почувствовать партнера. И опять не сумму реакций, которые партнер в вас вызывает, а его всеобъемлющее присутствие как факт бытия. Это своего рода медитация на чувствах партнера.

В мистическом сексе происходит естественный переход сознания на более глубинный трансперсональный уровень.

Движение вместе с мистической волной — уже преддверие мистического опыта. Человек не просто испытывает удовольствие от возбуждения, он постигает измененное состояние сознания и осознает/ощущает свое единство с космосом.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Современные специалисты по лечению сексуальных расстройств используют широкий комплекс методов. Этот перечень методов включает 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, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, телесно-ориентированная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, музыкотерапия, семейная психотерапия, а также метод «парной сексуальной терапии», описанный В. Мастерс и У. Джонсоном.

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 (С. Кратохвил).

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.

Глава 7
ПРЕВЕНТИВНАЯ НАРКОЛОГИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕЛЕНИЯ

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. Признаками этой эпидемии являются неумолимо растущие показатели употребления наркотиков.

Специалисты выделяют ряд особенностей и тенденций подростковой наркомании и алкоголизации в нашей стране:

1) рост объемов наркотических веществ на рынке и их доступность;
2) значительное расширение ассортимента наркотиков и алкогольных напитков;
3) полинаркомания;
4) феминизация (увеличивается число девушек, употребляющих наркотики);
5) неграмотность, бессистемность профилактических мероприятий, приводящих нередко к обратному эффекту;
6) дистанцирование взрослых от пугающей их проблемы наркомании и стремление переложить решение этой проблемы на государственные органы (милицию, школу и т. д.);
7) привычный кампанейский культурно-массовый характер мероприятий по профилактике наркозависимости;
8) очевидность неэффективности медикаментозной помощи при лечении наркомании;
9) идеологическая опустошенность взрослого населения, не способного предложить что-либо ясное в формировании карты мира ребенка;

10) возрождение связи молодежной субкультуры с употреблением наркотиков (по примеру движения хиппи сегодня появляется психоделическая музыка, рейв-музыка только с экстази);
11) наркотическая инфекция поражает все более и более молодое и незащищенное население России (90% первых проб происходят в возрасте от 14 до 17 лет).

Учащиеся в возрасте 10-14 лет (период первых проб) 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, что по крайней мере каждый пятый подросток в возрасте 14—20 лет пробовал наркотики. В некоторых регионах этот показатель еще выше. Например, в Самарской области с 1990 по 1998 г. число 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.

Число наркоманов и токсикоманов среди юношей и девушек в возрасте 15—17 лет составляет 86,7 на 100 000 человек, тогда как лишь 7,3 человека из 1000 подростков в возрасте 15—17 лет проходят профилактический медицинский контроль в связи с пристрастием к психоактивным веществам (ПАВ), включая алкоголь.

Любое вещество, будь оно синтетическим или природным, обладающее способностью при однократном приеме изменить психическое и физическое состояние человека, а при систематическом употреблении — вызвать привыкание к нему (психическую и физическую зависимость), называется психоактивным. К таким веществам относятся алкоголь, производные опия, каннабиса, седативные и снотворные препараты, кокаин, стимуляторы (включая кофеин), галлюциногены, табак, летучие растворители.

За последние несколько лет выросло число заболеваний, передаваемых половым путем, причем это касается всех основных заболеваний. С 1992 по 1998 г. заболеваемость сифилисом среди взрослых выросла в 5,5 раза, тогда как среди детей до 15 лет— в 17 раз. Особую озабоченность вызывает распространение ВИЧ/СПИДа, обусловленное среди молодежи практически полностью наркоманией: из 193 400 случаев, зарегистрированных на июнь 2002 г., 84% — это лица моложе 30 лет, а 22% — моложе 20 лет.

Среди основных причин, влияющих на распространение наркомании и токсикомании в детской и подростковой среде, одно из мест занимает

легкая доступность ПАВ. Около 60% опрошенных несовершеннолетних, употребляющих наркотики и токсические средства, отмечают несложность их приобретения. Система помощи употребляющим ПАВ в России ориентирована, прежде всего, на помощь лицам, уже страдающим химической зависимостью, и недостаточно эффективна для оказания помощи потребителям наркотиков на этапе начала заболевания.

В Санкт-Петербурге 36% детей школьного возраста имеют опыт употребления наркотиков, безусловно, что истинных наркоманов в этой группе в 5-6 раз меньше. Но, по данным специалистов, число лиц, стоящих на учете (в Санкт-Петербурге около 4000), следует умножить на 10, чтобы получить приближенное к реальности число наркозависимых. А если прибавить родственников и друзей этих лиц, то получится не менее 300 000 человек, связанных с этой трагедией. Употребление алкоголя в тех или иных количествах среди мальчиков в 11 регионах России составляет от 72 до 92%, а среди девочек— от 80 до 94%. К 11-му классу курят около половины юношей и 1/4 часть девушек, до 37% подростков в возрасте 12—18 лет употребляют анаболики.

Безусловно, как подростки, так и 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 характер (Николаева, Колесов, 2000).

В наркологические учреждения обращается лишь один больной из семи. В целом в стране до 2 млн потенциально больных наркоманией (Кошкина, 1996; Целинский, 2000).

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 расходится 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» (Латышев, Речнов и др., 2000).

Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге фондом «Возвращение», наглядно показало уровень знаний о наркотиках детей разного возраста и их отношение к этим веществам.

11—12 лет. Детей интересует все, что связано с наркотиками,— их действие, способы употребления. О последствиях злоупотребления они если и слышали, то всерьез не думают. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов. Сами наркотики не употребляют. Только единицы знакомы с теми, кто их уже употребляет.

12—14 лет. Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков — марихуану за наркотик не признают. 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:

1) *«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;
2) *«радикальные противники»:* «Сам никогда не буду и не дам погибнуть другу» — многие из членов этой группы считают употребление наркотиков недопустимым, признаком слабости и неполноценности;
3) *группа, неопределившаяся своего отношения к наркотикам.* Значительная ее часть может начать употребление под влиянием друзей.

16—18 лет. Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно изменяется 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, его влияние 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 однозначно 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 формируется. Сегодня в образовательных учреждениях необходима систематическая работа в этом направлении, причем она должна начинаться в младших классах, заканчиваться — в выпускных и проводиться с учетом психологических особенностей подростков разного возраста. Конечно же, проблема наркозависимости — это не проблема 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 для 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 для устранения причин, ведущих к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), следует формировать профилактическое пространство как систему, где можно определять «мишени» превентивных воздействий. В выполненном под нашим руководством диссертационном исследовании Я. В. Малыхиной были выделены следующие базовые понятия, определяющие это пространство.

1. Профилактическое пространство — сложная динамическая система.
2. Эта система состоит из совокупности элементов и их переменных характеристик, связанных между собой как положительными, так и отрицательными обратными связями.
3. Важнейшим элементом системы, обусловливающим ее динамичность и сетевой, а не линейный (причина—следствие) характер трансформации, является человек.
4. 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.
5. Для определения состояния системы необходимо выделить, изучить и проанализировать индикаторные переменные.
6. 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 следующих элементов:

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 зависимых несовершеннолетних и молодежи, так и для 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.

В то же время на *микроуровне* элементы профилактического пространства для индивида (ребенка, подростка, молодого человека) представлены составляющими его системы отношений с миром и самим собой.

На *мезоуровне* можно говорить об элементах, с которыми индивид вступает в определенные отношения в процессе своей жизни, как о подсистемах:

1) учебное заведение и его среда;
2) семья и ее стиль, атмосфера;
3) места проведения досуга и их социально-психологическое содержание (дискотеки, клубы, кафе, двор, улица и пр.);
4) учреждения, обеспечивающие возможность 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 Я. В. Малыхиной, специалиста в области практической профилактики зависимостей, необходимо:

1) обратить основное внимание на каузальную, ориентированную на исходные причины злоупотребления ПАВ, психосоциальную модель профилактики;
2) признать приоритет первичной профилактики наркозависимости, поскольку она создает пространство, в котором могут осуществляться и все остальные виды профилактики;
3) уточнить понятия и сформулировать критерии выбора форм и методов работы в разных видах профилактики, признать необходимость их научного психологического обоснования;
4) создать условия для реальной интеграции усилий разных ведомств и специалистов в формировании *превентивной социальной политикигосударства;*
5) создать условия для формирования профилактической социально-поддерживающей среды 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 прошедшее время 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 находится система подготовки профессиональных кадров, методология профилактических программ. Одна из главных проблем — ведомственная разобщенность, когда на первый план выходит не сотрудничество для решения судеб конкретных детей, а конкуренция при разделе очередных бюджетных средств, борьба за количество пунктов в отчете.

Эпидемия наркозависимости в среде молодежи и подростков не может рассматриваться как отдельная проблема, вне связи с общими причинами социальной дезадаптации. Более того, сейчас уже трудно выделить четкие критерии принадлежности к «группе риска» по развитию зависимостей у 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 демонстрация 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 АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Успокаивающая модель. Это один из наиболее распространенных вариантов применения ПАВ с целью достижения душевного спокойствия. Их употребление направлено на снятие напряжения, достижения расслабления: человеку 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 ряде случаев подростки применяют психоактивные вещества с целью подъема жизненных сил, бодрости. Подростки с заниженной самооценкой, неуверенные 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. ПАВ употребляют 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 характерна для высоковнушаемых, тревожно-мнительных подростков, которые слепо подражают своим лидерам, некритически перенимают все правила поведения группы.

Манинулятивная модель. Использование психоактивных веществ для манипулирования другими, демонстрации своей исключительности. 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 в качестве протестного поведения (Шипицына, Казакова, 1999).

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»* (представлен в книге 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 о последствиях употребления наркотических средств. Такая тактика рассчитана только на 5-7% взрослого и 10% детского населения. Примерно такое количество населения имеет выраженные тревожные черты в структуре личности, а это значит, что данная категория людей отличается нормативностью. Использование «запугивающей» информации может оказаться эффективным. 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:

1) формирование моды на здоровый стиль жизни (использование кумиров молодежи);
2) разработку профилактических областей, альтернативных наркотизации и алкоголизации:
3) более активное использование позитивного подхода в профилактике (принцип «за», а не «против»);
4) объединение усилий различных социальных групп и организаций:
5) повышение родительской компетентности в области наркозависимости (формирование групп родителей-волонтеров);
6) 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 первопричиной, 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 28.02.2000 г.». В ней выделены принципы, цели и стратегии всех трех видов профилактики: провозглашается, что «первичная профилактика наркомании опирается в своей основе на *долгосрочную общегосударственную политику,* направленную на формирование в обществе непримиримого отношения

к употреблению наркотиков»; выражается надежда, что «*противостояние наркоманиистанетдействительнообщенациональнымделом*».

Цели *комплексной активной профилактики* и *реабилитации* определяются в этой концепции так:

1) снижение спроса на наркотики и другие ПАВ;
2) снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом, а также сопутствующих расстройств;
3) снижение численности групп риска потребления ПАВ;
4) снижение тяжести медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Комплексность — это согласованное взаимодействие на межведомственном и профессиональном уровнях. Она предполагает следование ряду принципов.

1. *Дифференцированность* — решение задач профилактики наркозависимости с учетом возраста, степени вовлеченности в наркотическую ситуацию, социального и профессионального статуса адресатов превентивных мероприятий.
2. *Аксиологичность* — ценностная ориентация учебно-методической профилактической работы, направленной на возрождение общечеловеческих ценностей, представлений о здоровье и успешности жизни.
3. *Многоаспектность* — сочетание в профилактической работе различных направлений (социальный, психологический, образовательный, медицинский, правоохранительный аспекты).
4. *Приоритетность* — признание приоритета психологических знаний в профилактической работе любых специалистов и связанное с этим основополагающее значение первичной профилактики в решении проблем наркомании.
5. *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).
6. *Динамичность* — разработка и использование гибких профилактических методологий, учитывающих социальные, экономические и правовые изменения в обществе; мифологию среды, обусловливающую наркотическую ситуацию в городе; эффективные средства передачи информации.

7. *Компетентность* — научное обоснование и межведомственная экспертиза применяемых форм и методов профилактической работы.
8. *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.
9. *Последовательность* — поэтапная реализация целей и задач профилактических программ.

Что считать наркотиком?

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.

Наркотики — это субстанции, 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 (малых 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.

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 может быть, например, игра в карты, компьютерные игры... Данные за 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 тело (организм) включило 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, кокаин, гашиш) 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, вопреки „просвещению", по этому пути идут дальше, хотя последствия известны. „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 ее милитаризации. 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».

Инфляция зависимости. 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.

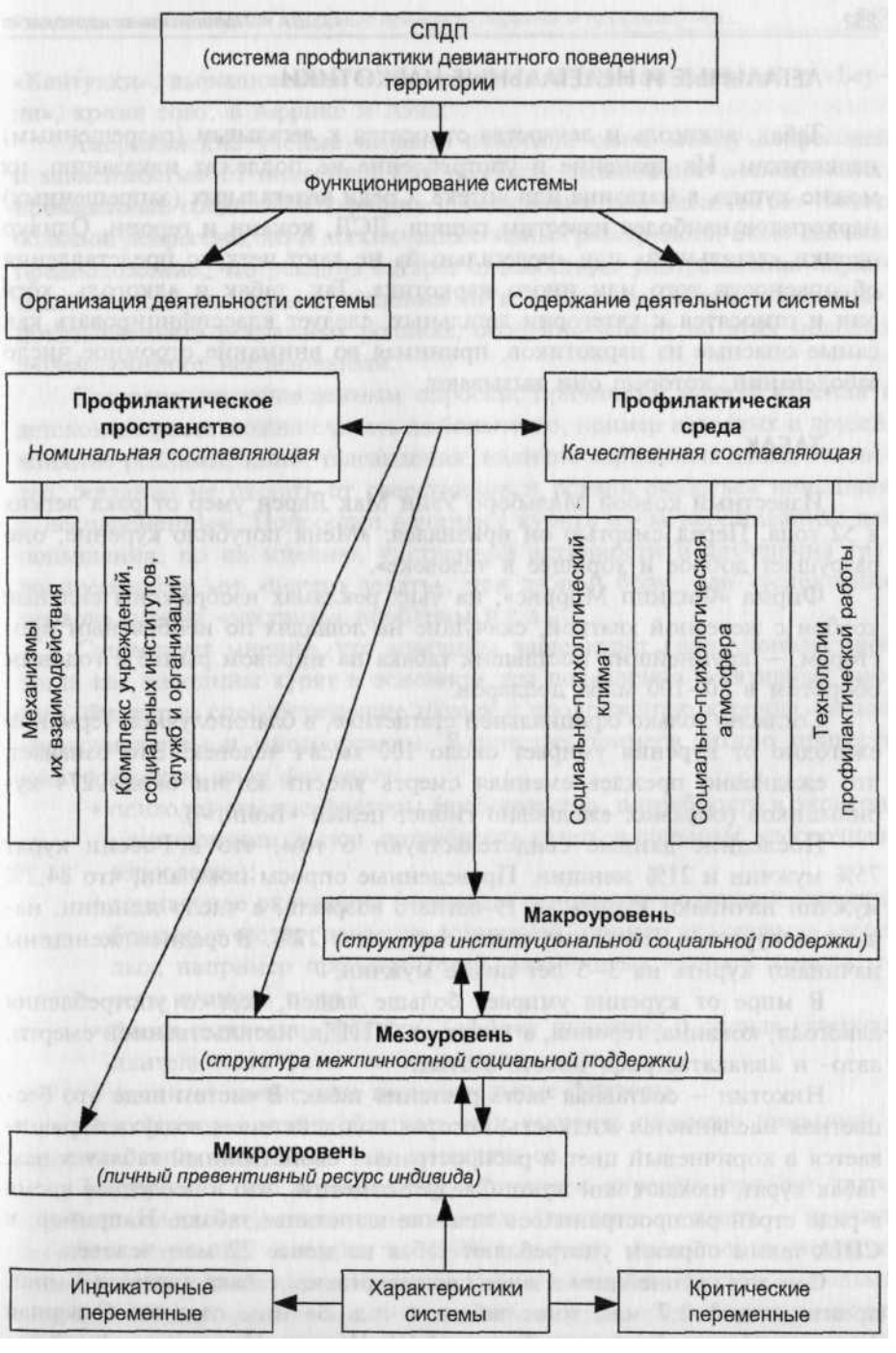

Рис. 11. Система территориальной профилактики девиантного поведения

ЛЕГАЛЬНЫЕ И НЕЛЕГАЛЬНЫЕ 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».

Фирма «Филипп Моррис», на чьих рекламах изображены сильные ковбои с железной хваткой, скачущие на лошадях по необъятным просторам, — крупнейший поставщик табака на мировом рынке с годовым оборотом в 80—100 млрд долларов.

Согласно только официальной статистике, в благополучной Германии ежегодно от курения умирает около 100 тысяч 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 до 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.

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.

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 большой депрессии, но и легких депрессивных расстройств. Было сделано предположение, что реклама сигарет способствует употреблению наркотиков молодыми людьми, склонными к депрессии. «Легкость бытия», показываемая в рекламных роликах, особенно влияет на этих молодых людей, считают исследователи.

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 *классификациюэтихфакторов:*

- психологические факторы (любопытство, потребность в экспериментировании, вызов, потребность казаться сильным, «досрочная» взрослость);
- социальное окружение (пример и отношение родителей, старших братьев и сестер, давление товарищей, пример «ключевых» взрослых, например преподавателей, знаменитых актеров, певцов, то есть 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 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 показали, что среди шестиклассников (данные 2000 г.) 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 объемы употребления табака несколько снизились, 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 от родителей достаточной поддержки, 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.

Пассивное курение. Г. Реммер, директор Института токсикологии Университета в Тюбинге, считает, что в Германии число пассивных курильщиков (то есть людей не курящих, **а** лишь вдыхающих дым от сигарет) среди умирающих от рака легких, не говоря уже о других раковых заболеваниях и инфаркте миокарда, составляет 1200 человек в год. Никотин представляет меньшую опасность, чем сопутствующий дым. то есть дым, поднимающийся из пепельниц или от дымящейся сигареты. В побочном дыме содержатся высокотоксичные и вызывающие рак вещества. Если какой-либо прибор или механизм при своей работе высвобождал бы такое количество канцерогенов, какое вдыхают миллионы пассивных курильщиков, его работа была бы немедленно запрещена.

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, когда курит будущая мать, так и **в** случае, если курит отец.

Каким образом воздействует никотин? «Никотин в малых дозах стимулирует работу головного мозга и может на некоторое время снять чувство усталости. В монотонных ситуациях одна или несколько сигарет поддерживают работоспособность. Однако с увеличением числа выкуриваемых сигарет наступает противоположное воздействие: расстройство нервной системы, сужение кровеносных сосудов, ухудшение кровоснабжения всего организма в целом.

Сегодня курение считается первопричиной многих болезней (сердечно-сосудистых заболеваний, рака легких) и короткой продолжительности жизни. Никотин вызывает сужение и обызвествление (склероз) кровеносных сосудов и ведет к нарушению кровоснабжения, особенно сосудов сердца и наружных конечностей. Возможные последствия — гангрена курильщика (никотиновая гангрена), инфаркт миокарда, инсульт головного мозга. У курильщиков по сравнению с некурящими людьми в 2-3 раза чаще развивается инфаркт миокарда. Никотин вызывает нарушение механизма самоочищения дыхательных путей с последующим хроническим бронхитом (воспаление слизистой оболочки бронхов) и эмфиземой легких (вздутие альвеол), а также повышается риск рака. Свыше 95% всех женщин, страдающих раком гортани, выкуривали более 20 сигарет в день. Никотин увеличивает риск таких заболеваний, как рак полости рта, языка, глотки, пищевода, желудка, шейки матки, крови.

Вещества, находящиеся в табачном дыме, могут повредить хромосомы клеток мужской спермы. Генетически поврежденные сперматозоиды у сильно курящего отца удваивают риск наличия врожденных нарушений у детей. Женщины, курящие во время беременности, наносят вред развитию своего ребенка (задержка развития, маленький вес и рост новорожденного).

Табачный конденсат — жидкость, которая выделяется из дыма и оседает на сигарете, содержит большое количество вредных веществ (например, пестициды, нитрозоамины, бензпирен, винилхлорид. гидразин, формальдегид, кадмий и даже значительное количество радиоактивного элемента полония), около 50 из которых считаются возбудителями рака. По данным Всемирной организации здравоохранения, продолжительность жизни курильщиков на 4—8 лет меньше, чем у некурящих, причем сокращение продолжительности жизни зависит от того, в каком возрасте человек начал курить. Если это произошло в 15 лет. то жизнь сокращается на 8 лет. а если в 25 лет — то приблизительно на 4—5 лет.

Бронхиты и воспаления легких у детей в течение первого года жизни развиваются чаще, если родители курят. Маленький ребенок значительно сильнее взрослых страдает от пассивного курения. В семьях курильщиков у детей, находящихся в одном помещении с курящими родителями, вдвое чаще регистрируются респираторные заболевания, чем у детей, родители которых курят в отдельном помещении или не курят вообще.

Количество попадающих в организм вредных веществ зависит от количества ежедневно выкуриваемых сигарет и от того, в течение какого времени человек курит, а также от содержания вредных веществ в сигаретах, их длины, вида фильтра и т. п. И наконец, от способа курения,

то есть темпа курения, числа затяжек, глубины и длительности дыхания и длины остающегося окурка.

История. Сэр Уолтер Рэли своими знаменитыми «приемами для курящих» культивировал табак как одно из средств развлечения высшего общества. Писатели XVII-XVIII вв. тесно связывали друг с другом курение и умственный труд. Так, голландский врач Вайнтема фон Палма писал: «Всякому, кто учится, необходимо много курить, чтобы не потерять присутствие духа и чтобы не замедлялся ход мыслей, разум не притуплялся и особенно нудные задачи мог постигать, а ум оставался ясным и светлым и мог бы размышлять и оценивать».

Перед революцией 1848 г. в Германии сигара стала своего рода отличительным признаком революционеров. Карл Маркс, например, курил сигары. И только позднее сигара стала символом предпринимателей.

В XIX столетии курение получило новое значение для движения эмансипации. Такие женщины, как Жорж Санд и Лола Монтез, стали демонстративно курить в обществе. Права курить требуют так же, как и права носить брюки.

Табак — легальный наркотик? Критика потребления табака столь же стара, сколь и само его потребление. При этом дискуссии, которые велись прежде о табаке, напоминают те, что ведутся сегодня о гашише и марихуане. Первые противники табака проклинали его, называя «чертовым зельем» или «отвратительно пахнущим средством опьянения». Дальнейшие аргументы были следующие: курение — это принятие обычаев дикарей, оно наносит вред нравственности и здоровью общества. На многих картинах можно найти изображения курящих скелетов и курильщиков, давящихся от дыма.

Согласно закону о защите прав молодежи Германии, курение в общественных местах подросткам в возрасте до 16 лет запрещено.

За 1991 г. в Германии было продано 150 млрд сигарет, в том числе 40% — через уличные автоматы. По розничным ценам было продано табака на 33,3 млрд марок, 20 млрд из них поглотил налог на табак.

Бросить курить. Так как никотин способствует возникновению устойчивой привычки, заядлым курильщикам очень трудно бросить курить. Из 1000 типичных курильщиков бросить курить с первой попытки удается менее 20%.

Когда вы утверждаете: «Я снова начал курить, так как я находился в состоянии стресса», — это не больше чем пустая отговорка, так как, согласно последним исследованиям, люди, которые вновь начали курить, подвержены стрессам не в большей степени, чем те. кто смог избавиться от привычки курения.

Две трети бросивших курить пытаются найти утешение в оральных заменителях: пище, сладостях, пиве или в зубочистке. Более одной трети отвлекают себя с помощью бега, чтения, работы или телевизора. Одна треть твердо бросивших курить просто игнорирует свое желание выкурить сигарету или убеждает себя, что им нельзя курить.

Все несерьезные попытки бросить курить оборачиваются для четырех из пяти курильщиков полным разочарованием. Они не справляются с поставленной задачей. Для тех, кто не может бросить методом «точки окончания», разработана лечебная комбинация, состоящая из психотерапии и терапии замены никотина (введение никотина в виде никотинового аэрозоля, никотинового пластыря, никотиновой жевательной резинки), что может смягчить никотиновый синдром (нарушение способности концентрироваться, головную боль, агрессию, нетерпимость, чувство голода, страх, бессонницу, навязчивую идею выкурить сигарету, депрессии и т. д.).

22 совета тем, кто решил самостоятельно бросить курить

1. Заранее наметьте дату, когда вы хотите бросить курить. Она может быть приурочена к какому-то событию (отпуск, день рождения и т. д.). Решите, будете ли вы бросать сразу или постепенно. Если постепенно, пометьте себе промежуточные обязательства на пути к окончательному отказу от табака: каждый день курить на две сигареты меньше: бросить курить через две недели, сокращая каждые пять дней количество сигарет на 1/3 и т. д.
2. На отдельном листе бумаги запишите личные причины, побуждающие вас отказаться от опасной привычки. Утром и вечером просматривайте список, при необходимости меняйте его или дополняйте.
3. Если вы чувствуете сильную потребность в курении, лучше бросайте курить сразу. За день или два до окончательного отказа от этой привычки выкуривайте примерно вдвое больше сигарет, чем обычно. Произойдет перенасыщение организма никотином и другими вредными компонентами табака, и вы, особенно почувствовав вредное воздействие, легче сможете бросить курить.
4. Фиксируйте время, когда вы курили сигареты или только хотели закурить, но при этом воздерживайтесь от курения. Отмечайте, откуда берется желание закурить.
5. Если вас побуждает к курению обстановка на работе, то для отказа от него выбирайте нерабочие дни: воскресенье, праздник, отпуск.
6. Не покупайте сигареты блоками. Пока не кончится одна пачка, не покупайте другую.

7. Если у вас возникло желание закурить — не доставайте сигареты из пачки, не берите ее в руки по крайней мере в течение трех минут. Но если желание закурить возникает после выпитой чашки кофе, то пейте чай или кофе без сахара, если раньше пили с сахаром. Если желание курить возникает во время телефонного разговора, держите трубку обеими руками. Если вам хочется закурить в любимом кресле, пересядьте в другое место. Займите себя в этот момент чем-нибудь другим.
8. Каждое утро старайтесь как можно дольше оттягивать момент закуривания первой сигареты.
9. Заметьте время, когда вы позволяете себе закурить. И постарайтесь максимально сократить количество таких моментов.
10. Не носите с собой сигареты, спрячьте их, отдайте кому-нибудь.
11. Уберите из комнаты пепельницы, зажигалки и вообще все предметы, которые напоминают о курении.
12. Выкуривайте только половину сигареты.
13. Старайтесь не курить, когда смотрите телевизор.
14. Постарайтесь заменить сигарету легкими упражнениями, короткими энергичными прогулками, например, до и после работы.
15. Не заменяйте сигарету едой, особенно высококалорийной, жирной, сладкой, мучной.
16. Чаще находитесь в местах, где курить запрещено (театры, музеи, выставки).
17. Никогда не объявляйте окружающим: «Я бросаю курить» или «Я бросил курить». Если вам предлагают закурить, отвечайте, что в данный момент вам просто не хочется. Тогда, если со дня окончательного отказа от курения вы выкурите сигарету, это не вызовет нарекания окружающих и вы не будете жалеть, что нарушили слово.
18. Найдите себе партнера, с которым вы вместе бросите курить.
19. Постарайтесь помочь ему в этом.
20. Не объявляйте, что вы бросили курить раз и навсегда. Даже для себя откажитесь от курения на один день, завтра - еще на один, послезавтра — еще на один день и т. д. Дайте для себя зарок значимому для вас человеку.
21. Если вы не покупаете пачку сигарет, откладывайте эти деньги и в конце недели подсчитайте, сколько вы сэкономили.
22. Исследуйте причину своего желания курить. Если это связано с психологическими проблемами, обратитесь к специалисту-психологу и возьмитесь за их решение, тогда сигареты вам не понадобятся.

АЛКОГОЛЬ

Арабское слово *alkul* значит «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 литра стопроцентного алкоголя. Российская алкогольная 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).

Алкоголь, пригодный для питья, вырабатывается путем брожения или дистилляции различных элементов. Для его производства используются зерна, фрукты и сахарный тростник, причем в производимых напитках фиксируется разное содержание алкоголя.

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 18-22 тыс. человек. В 1990 г. в ФРГ на алкогольные напитки было истрачено 37,38 млрд марок, что составляет 591 марку 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 возрастной группе от 25 до 64 лет. В целом заболеваемость у пьюших в два-три раза выше, чем у непьющих, а смертность от соматических заболеваний выше в три-пять 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 у всех в обязательном порядке. Наличие его очевидно и у детей. Абсолютная трезвость, 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 заклеймено «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 жестоко 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 земле Шлезвиг-Гольштейн, например, 19 тыс. зависимых от алкоголя в возрасте 12—24 лет. (Для сравнения: потребителей сильных нелегальных наркотиков — 3400 человек.) Данный 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-м— 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, 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 сосуды головного мозга, определяя тем самым степень опьянения. От 0,01 до 0,02% содержания алкоголя в крови не оказывает большого воздействия на человека. От 0,93 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 ясные признаки сильного опьянения — затрудненная речь, шаткая 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 горячечный 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 восприятие реальности: они видят пресловутых белых мышей, крыс при приступах белой горячки 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 отравление алкоголем в детском возрасте может оказаться смертельным или иметь самые серьезные последствия — вплоть

до нарушения работы головного мозга. Первокласснику достаточно для этого нескольких глотков водки. И это случается нередко: почти 10% всех обращений по поводу детских отравлений вызваны алкоголем.

Чем моложе тот, кто употребляет 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: три бутылки пива ежедневно.

Алкоголь на рабочем месте — не такая уж редкость в России. Судебно-медицинское обследование пострадавших от несчастных случаев подтверждает, что 20-40% обследованных 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, способствовать возникновению сердечно-сосудистых или 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 обусловить необходимость долгого лечения. У потребляющих алкоголь в больших количествах (1 л вина или 2 л пива в день) наблюдаются гораздо более серьезные проблемы со здоровьем.

Женщины, употребляющие алкоголь во время беременности, могут родить ребенка с эмбриональным алкогольным синдромом. У этих детей отмечаются неустранимые 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.

Содержание алкоголя в некоторых спиртных напитках. Пиво (изготовляется из ячменя) — 3-4%. Сухое вино (изготовляется 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? Неизвестно 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 пити»? 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.

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 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.

Различают три фазы алкоголизма (в зависимости от поведения): начальная, критическая, хроническая.

Начальная фаза наряду с прочим 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 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 гордится тем, что много пьет и не пьянеет, то есть у него вырабатывается физическая выносливость к воздействию алкоголя. Это и есть основной признак развития алкоголизма.

Химическиобусловленнаязависимость(физическаяпотребность). 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. Джеллинек классифицирует типы алкоголиков в зависимости от способа употребления алкоголя:

1. *Альфа-пьющие* — пьют для разрешения конфликта и снятия стресса; хотя и контролируют свое потребление алкоголя, часто зависят от него психически.
2. *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.
3. *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.
4. *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.
5. *Эпсилон-пьющие* — «запойные пьяницы», определенное время они могут вообще не пить, а затем, зачастую .много дней подряд, пьют в большом количестве.

К больным алкоголизмом в прямом смысле относятся только гамма- и дельта-пьющие.

Образная 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 гипертрофированы. 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.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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 принимают внутрь или вводят при помощи инъекций (уколов); часто их принимают в комбинации или как заменитель другого наркотика.

1. *Обезболивающие средства* снимают боли, возбуждают, стимулируют приятные ощущения.
2. *Снотворные и успокоительные средства* снимают страх и напряжение, оказывают успокаивающее и притупляющее действие.
3. *Средства, снижающие аппетит,* а также стимулирующие и возбуждающие средства повышают активность и улучшают самочувствие.

Риск. Злоупотребление большими дозами (количеством) может вызвать состояние своего рода 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 другим.

Долгое употребление может вызвать сильную физическую и психологическую зависимость. Постоянный прием лекарств, даже в малых количествах, может привести к постепенному отравлению организма, что влечет за собой заболевания различных органов.

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 Г. 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 данные 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 томапирин. В 1991 г. через розничную продажу разошлось около 23 млн упаковок этого лекарства.

Лидер рынка томапирин и обезболивающее «Шпальт N» — номер два в «хит-параде» наиболее покупаемых лекарств — это анальгетики, то есть комбинированные болеутоляющие. В их состав для оказания возбуждающего действия входит кофеин. Уже давно говорится о значительном 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 таком 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 серьезные эффекты, вплоть до изъязвления слизистой желудка, воспаления поджелудочной железы или повышения АД.

Среди двадцати наиболее часто прописываемых лекарств есть и снотворные, которые относятся к группе бензодиазепинов, которые в общем-то не являются токсичными веществами и применяются в клинике 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.

Казалось бы, действие, оказываемое препаратами бензойной кислоты, настолько полезно, 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 — посинение кожных покровов, вызванное недостатком кислорода в крови. 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 они встречаются в повседневной жизни и каково отношение к ним студентов. В опросе принимало 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 — социально благополучная молодежь с хорошим уровнем образования. 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, то есть эта тема нередко бывает предметом обсуждения в молодежной среде;
- 51% имеют 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.

СУХИЕ ЦИФРЫ СТАТИСТИКИ (ФОНА «ВОЗВРАЩЕНИЕ»)

Средний возраст умерших от наркотиков— 21,3 года.

Причины смерти: передозировка наркотика — 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 две передозировки. В 41% случаев они (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; в 17% — с другими препаратами, принятыми совместно с наркотиком.

Средняя продолжительность жизни наркозависимых после начала систематического употребления наркотиков — 4 года.

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, ЛСД и кокаин.

Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» в России от 01.01.1997 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 лиц:

- у которых вследствие часто повторяемого приема натурального или синтетического ядовитого вещества возникает состояние периодической или хронической интоксикации, представляющее вред и опасность для них самих или их окружения;
- у которых наблюдается почти непреодолимое или совершенно непреодолимое влечение к этому яду;
- которые не в состоянии самостоятельно отказаться от приема наркотика, ибо психически и органически настолько зависят 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. 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), ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), псилоцибин (финоциклидин);
- 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 (циклодол, паркопам, тремлекс, кетамин, калипсол).

Все нелегальные вещества характеризуются прежде всего воздействием на центральную нервную систему 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.

1. Внутренняя готовность человека к действию наркотика (какое воздействие ожидается, имеется ли уже опыт употребления этого наркотика, есть ли неуверенность или страх и т. д.).
2. Концентрация вещества в организме (какое количество наркотика поглощается и за какое время). Уже Парацельс считал, что все ядовито, в зависимости от принятой дозы. Скажем, чрезмерное употребление кофе может привести к необратимой интоксикиции организма.
3. 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).
4. 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 основано 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 эйфорианты, 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 охватывают 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 (seekers *(англ.)* — искатели) и хэдс (heads *(англ.)* — головы).

Сикерсы — это люди, которые в поисках истины экспериментируют 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. Инициирущим 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.

Хедсы 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, их отличают следующие черты:

- постоянная депрессия (подавленное настроение);
- беспокойство;
- подозрение, что никто их не воспринимает всерьез;
- нарциссизм и/или эгоцентризм;
- частые размышления над собственной индивидуальностью, независимостью и свободой мысли и слова;
- трудности в обычном общении с окружающими.

Отмечено сходство семей хэдсов в частности и молодых наркоманов вообще:

- отсутствующий или слабохарактерный отец;
- 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 или его семьи. Поэтому в профилактической деятельности ставку 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»)

Этап 1. 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.

Этап 2. Удовольствие захватывает. Начинает нравиться

Для этого тапа 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.

Этап 3. 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.

Этап 4. 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; чтобы 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 неоднократное).

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 малопрестижен (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 пристраститься к алкоголю и другим наркотикам. В этом свою роль играют, по-видимому, 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 актуален для мальчиков в возрасте 5–7 лет. Если агрессивное поведение сопровождается гиперактивностью в раннем детстве, существует большая вероятность того, что в юности у них 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-го 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 наркотики 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 неблагополучного 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).
- привязанность 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 между родителями и детьми;
- обязательства перед социальной группой и возложение на нее надежд;
- убеждения и нравственные ценности, совпадающие с принятыми в социальной группе (семья, школа):
- условия, способствующие возникновению привязанности;
- возможность активного участия в работе социальной группы;
- наличие обязанностей и успешность 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 них выступают сторонники этой позиции.

Сторонники, в подавляющем большинстве представляющие себе модель контролируемого разрешения такой, как она практикуется, например, в Ливерпуле с 1971 г.. где наркоманам героин отпускают по рецепту врачей, обещают полное разрушение «черного рынка». И мафия, во всем мире связанная с торговлей наркотиками, якобы таким образом потеряет свои миллиардные прибыли, поскольку 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, например, в обеих странах (Россия и Германия) 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).

Бесспорно, все наркотики воздействуют на центральную нервную систему и мозг человека. Поэтому изменяются восприятие (например, восприятие цвета), переживания, впечатления, чувственные переживания. *Однако* 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.

Много раз делались попытки объяснить страсть к потреблению наркотиков. Мы хотели бы вынести на обсуждение в кратком виде два тезиса:

1. Вероятность того, что человек начнет потреблять наркотики, наиболее высока в том случае, если самооценка низка, стиль жизни изнежен или уныл, а цели нереалистичны; если первичная группа (семья) не представляет достаточной поддержки, а в широком социальном окружении господствует отклоняющееся поведение.

2. 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 увиливающие от работы и усилий; маменькины сынки, не умеющие ни к чему прилагать 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, в наличии таких особенностей, как замкнутость, угрюмость, своеобразие суждений и непредсказуемость поступков. В то же время 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, из подражательного «стадного» инстинкта и из любопытства.

Среди наркоманов также встречаются лица с физическим и психическим недоразвитием, с дефектами внешности, формирующими у них комплекс неполноценности, с дефектами 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!

«КОМПЬЮТЕРНЫЕ ЗАВИСИМОСТИ»

Сегодня активно развиваются другие виды зависимости, такие как игровая зависимость, зависимость от компьютерных игр — в целом Интернет-зависимость. Существует огромное количество аналогий в механизмах развития той или иной аддикции. Так, выделяют **три типа проблемных лиц,** зависимых от азартных игр, по аналогии с динамикой алкогользависимого (Моховиков, 1999).

Смеющийся игрок. Для него игровая зависимость еще является развлечением. Этому способствуют воодушевление, эмоциональное возбуждение и случайные выигрыши. Неудачи находятся в контролируемых пределах. Поскольку выигрыш со временем становится все более важным, то ставки в игре постоянно увеличиваются. Финансовые потери воспринимаются не как личная неудача, а как повод для обвинений:

«Они плутовали» или «Автомат специально испортили». Испытывая чувство вины, игроки защищаются с помощью механизма рационализации: «Это был не мой день», «Я был не так одет», «Болела голова, был невнимателен».

Плачущий игрок начинает занимать деньги для игры. Выигрыш для него означает прежде всего возможность отдать долг, которой постоянно неуклонно растет. Игровое пристрастие доминирует над остальной жизнью. Плачущий игрок много времени проводит за игрой, забывая о существовании значимого окружения. Но его еще не покидает вера, что в какой-то счастливый момент он выиграет большую сумму и все проблемы благополучно разрешатся.

Отчаявшийся игрок все время занят игрой. Обычно не имеет друзей, постоянной работы или учебы. Он понимает, что идет по дороге от плохого к худшему, но не в состоянии остановиться. Прекратив играть, он чувствует явные признаки нервно-психического расстройства: головные боли, нарушения сна и аппетита, то есть очень многие признаки абстинентного синдрома. В этом состоянии развиваются депрессивный фон настроения, скука, тревожность, чувство вины и др. (Куликов. 2004).

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 — «(зависимость (см. книгу 2).

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; 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.

***

Итак, 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 (например, азартная игра) под контролем.
2. *Неспособность к воздержанию.* Это понятие означает, 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.

Глава8
ПОЗИТИВНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ АИЧНОСТИ

ВЛИЯНИЕ ЖИЗНЕННЫХ КРИЗИСОВ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

В жизни каждого человека неизбежны кризисы: переход из одной возрастной категории в другую, отделение от родителей, расставание с любимым человеком, потеря здоровья и так далее. Все это естественные и даже закономерные явления в ходе онтогенетического развития человека. Однако, как было уже сказано, некоторые кризисы, в частности возрастные, всегда таят в себе субъективную опасность невозможности реализации тех или иных жизненных планов, что, безусловно, отражается на психической стабильности людей.

Так как в современной литературе нет четкого определения кризиса и сходных с ним состояний, рассмотрим некоторое разнообразие близких к нему понятий и переживаний.

Стресс. Стресс — это понятие, используемое для обозначения широкого круга состояний и действий человека, возникающих в качестве ответа на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры): физиологические (боль, голод, жажда и т. д.) и психологические (факторы, действующие своим сигнальным значением, такие как опасность, угроза, обман, обида и т. д.). Последние, в свою очередь, подразделяются на информационные (возникают в ситуациях информационных перегрузок) и эмоциональные (в ситуациях, угрожающих физической безопасности человека — войны, преступления, аварии, тяжелые болезни и т. д.; его экономическому благополучию, социальному статусу, межличностным отношениям).

Выходы:

1) положительный — решение любой проблемы требует напряжения сил, физического или умственного усилия, что в той или иной мере вызывает стресс. При этом люди порой неожиданно открывают в себе новые возможности;
2) отрицательный — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникающее как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью.

Экстремальная ситуация. Понятие «экстремальная ситуация» не является устоявшимся научным термином, имеющим строго очерченное смысловое поле. Тем не менее понятно, что прежде всего экстремальная ситуация предъявляет сверхнормативные требования к адаптивным способностям человека. Также это ситуация, субъективно воспринимаемая как экстремальная (О. С. Васильева, Л. Р. Правдина). Экстремальная ситуация в отдельных случаях может быть рассмотрена как своеобразный катализатор личностного роста.

Фрустрирующая ситуация. Необходимые признаки фрустрирующей ситуации — наличие сильной мотивированности достижения цели (удовлетворения потребности) и преграды, препятствующей этому достижению. Фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру «барьеров». К классификациям первого рода относится проводимое А. Маслоу различение базовых, «врожденных» психологических потребностей (в безопасности, уважении и любви), фрустрация которых носит патогенный характер, и «приобретенных потребностей», фрустрация которых не вызывает психических нарушений. Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физическими (например, стены тюрьмы), биологическими (болезнь, старение), психологическими (страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультурными (нормы, правила, запреты). Барьеры также делят (Т Дембо) на внутренние и внешние. Внутренними барьерами называют те, которые препятствуют достижению цели, а внешними — те, которые не дают выйти из ситуации.

Определение категориального поля понятия фрустрации не составляет труда. Вполне очевидно, что оно задается категорией деятельности. Это поле может быть изображено как жизненный мир, главной характеристикой условий существования в котором является трудность, а внутренней необходимостью этого существования — реализация мотива.

Конфликт. Впервые Р. Л. Кричевский и Е. М. Дубовская обозначали конфликт как дисгармонизацию межличностных отношений; это не означает, однако, указание на исключительно разрушительные для жизнедеятельности его последствия. Конфликт — неизбежное и объективно существующее явление любой формы жизни. Конфликты могут иметь как разрушительные последствия, так и созидающие и развивающие влияние на участников конфликта (Каменская, 1999). Конфликт представляет собой зону бифуркации, в которой, согласно законам синергетики, любое внешнее воздействие может принципиальным образом повлиять на развитие событий. Конфликт возможен только при наличии у индивида сложного внутреннего мира и актуализации этой сложности.

Кризис и критическая ситуация. Кризис — состояние, возникающее, когда человек сталкивается с препятствием на пути реализации жизненно важных целей. Это и опасность психического срыва, и переоценка пройденного пути, и открытие новых возможностей.

Критическая ситуация -- та, в которой субъект не может реализовать основные потребности своей жизни и которая ставит его перед необходимостью изменения способа бытия.

Духовный кризис. Духовный кризис с точки зрения христианского понимания эволюции человека заключается в трудностях подъема по ступеням возвышения индивидуального духа с уровня самости до уровня личности, к уровню индивидуальности. В основе лежит потребность в трансцендировании — выходе за собственные пределы в иное состояние, где можно найти основание, определенность, смысл (Дубова, 2000). Имеет четыре фазы:

1) кризис, предшествующий духовному пробуждению;
2) кризис, вызванный духовным пробуждением;
3) реакция, следующая за духовным пробуждением;
4) фаза процесса преобразования личности.

Критическая ситуация переживается личностью по-разному. С одной стороны, она может оказать разрушительное действие, повышая тревогу и депрессию, чувство беспомощности и безнадежности, что повышает риск возникновения жизненного кризисуа. А с другой — придать жизни смысл, сделать ее более полной и содержательной. В любом случае столкновение с критической ситуацией болезненно переживается личностью и изменяет ее отношение к жизни, смерти, себе и ценностям, что формирует различные жизненные стратегии, помогающие человеку выйти из критической ситуации.

«Потрясение» как кризис. «Потрясение» представляет собой поворотные моменты биографии, жизни человека, его мировосприятия, когда формируется новый взгляд на действительность. «Потрясение» по своим последствиям обязательно связано с переоценкой сторон жизни, переосмысливанием ее. «прозрением», видением нового пути, своего места в ней.

Однако «потрясение» — это часто изменение только фрагмента сознания, которое ведет к изменению всего мировоззрения, это переход на новый уровень самоосуществления человека, новый уровень существования.

Иными словами, критические ситуации и кризисы у человека возникают на разных уровнях — социальном, психологическом, духовном — и затрагивают разнообразные сферы организации человека. Но практически любая трудная жизненная ситуация может быть использована человеком как возможность для личностного роста, перехода на более высокий уровень своего развития.

Эрик Эриксон, выдающийся психолог-теоретик, полагал, что в развитии личности человека можно выделить восемь стадий, каждая из которых ставит перед нами определенную задачу (табл. 10). Решая ее, мы обогашаем свою личность и переходим на следующий уровень развития.

Таблица 10

Этапы развития личности по Э. Эриксону

Возраст	Выбор	Благоприятные последствия выбора	Неблагоприятные последствия выбора
Раннее младенчество (первый год жизни)	Доверие или недоверие	Вера в будущее	Подозрительность, страх перед будущим
Позднее младенчество (второй год жизни)	Самостоятельность или зависимость	Уверенность в себе	Комплекс вины, неуверенность в себе
Младший детский возраст (3-5 лет)	Инициативность или пассивность	Способность самостоятельно действовать	Ощущение социальной неадекватности
Старший детский возраст (6-13 лет)	Трудолюбие или неусидчивость	Успех в профессиональной деятельности	Чувство неполноценности
Подростковый возраст	Самоидентификация или ее отсутствие	Хорошо развитое ощущение своей индивидуальности	Непонимание того, что ты собой представляешь
Молодость	Эмоиональная открытость или замкнутость	Способность формировать близкие отношения	Неспособность формировать близкие отношения
Средний возраст	Великодушие или эгоцентризм	Забота о семье и обществе в целом	Забота только о себе
Пожилой возраст	Ощущение полноты жизни или безысходности	Ощущение не зря прожитой жизни	Неудовлетворенность жизнью, отчаяние перед мыслью о смерти

Эриксон сформулировал задачи каждой ступени развития и показал, к чему может привести успех или неуспех в их решении. Реальный результат развития находится всегда где-то между двумя крайностями.

Успешное преодоление предыдущего этапа служит основой для решения следующей психологической возрастной задачи. Таким образом, неудачи на ранних этапах развития могут сказаться впоследствии. Не у каждого человека детский период протекает идеально. Многим людям уже в зрелом возрасте приходится справляться с психологическими трудностями, которые в идеале должны были быть преодолены в раннем детстве. Конечно, задачи, которые ставит перед нами жизнь на каждом этапе развития, сохраняют свою актуальность и дальше. Развитие личности — процесс, длящийся всю жизнь.

Один из критических периодов становления зрелой личности — пубертатный кризис, связанный, по мнению Э. Эриксона, с формированием чувства идентичности подростка. Основным вопросом в этот период является: «Кто я есть на самом деле?» Ответ на этот вопрос связан с

осознанием своего подлинного Я, пониманием отличия своего Я от других, разотождествлением себя с различными ролевыми масками. По мнению Эриксона, к завершению периода юности человек, как правило, прочно осознает свою личную идентичность. Если этого не происходит, то развивается либо расплывчатость собственного Я, либо даже расщепление его. Неспособность самоидентифицироваться проявляется в социально-психологической дезадаптации: тревожности, неуверенности, растерянности, проблемах, связанных с выбором. Эриксон выделяет *четыре основных пути* развития неадекватной идентичности.

1. Уход от близких взаимоотношений: стремление избежать тесных доверительных контактов, боязнь утратить в них собственную идентичность. Человек либо входит с людьми в формальные, стереотипные контакты, либо стремится самоизолироваться.
2. Размывание времени: неспособность к планированию будущего, утрата ощущения времени, боязнь взросления и возможных перемен.
3. Размывание способности к продуктивной работе: невозможность эффективного использования своего потенциала в какой-либо деятельности (неспособность сосредоточиться на работе или учебе либо уход в какую-то одну работу и пренебрежение всем остальным).
4. Негативная идентичность: презрение, враждебность по отношению к роли, которая поощряется семьей или значимым окружением подростка, принятие прямо противоположной роли.

К наиболее важным, но еще малоизученным переходным кризисам относится 27—35-летний возраст. Это такой период, когда «так, как жил, уже не хочется, а как жить дальше, еще не знаю». Один из периодов подведения итогов прожитого. Средний возраст матери при заболевании ребенка неврозом равен 35, а отца— 37 годам (Захаров, 1982); возраст первой невротической декомпенсации в большинстве случаев приходится на период 21—40 лет (Карвасарский, 1980); по нашим данным, некоторые психосоматические расстройства, например язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта, дебютируют чаще всего в 30-летнем возрасте, в период наибольшей нагрузки и максимального включения в жизнь (Ананьев, 1988). На период 27—34 лет приходится наибольшее количество суицидальных поступков.

Кризис 30-летнего возраста сопряжен с рядом тех же проблем, которые возникают в подростковом возрасте, но на ином уровне. В этот период личность максимально включается в жизнедеятельность, испытывая при этом напряженность, обусловленную проблемами окончательного самоопределения, решением или нерешением проблемы материальной и социальной неопределенности будущего («прошлое уже не устраивает, а будущее еще не определилось»).

Таким образом, психология здоровья имеет на каждом возрастном уровне вполне конкретные задачи, связанные с оказанием человеку помощи в преодолении кризисных периодов. Программа мероприятий психологии здоровья может быть нацелена на специфические проблемные «мишени», возникающие при переходе из одних, более определенных условий, в другие, менее определенные.

«Личностная судьба и все события, которые происходят с личностью, не случайны, а детерминируются той же личностью, ее отношением к окружающему миру, мировосприятием, мировоззрением, личностной философией. Как говорят, кирпич никому просто так на голову не падает» (Калмыков, 1999).

Жизнь человека представляет собой последовательность событий. одни из которых не являются существенными для развития, а другие становятся поворотными пунктами в его судьбе. Именно эти последние и называются критическими жизненными событиями, или, в нашей терминологии, «условиями потрясения». Динамика роста личности может опираться на аналоговые изменения, связанные с медленным, постепенным, плавным или быстрым переходом с одного уровня на другой («принцип реостата» — изменения вдоль континуума). Второй вариант развития личности основан на цифровой модели, это так называемый дискретный путь: рост личности напоминает скачок кенгуру, и чаще всего этот скачок вызывается кризисными условиями. «Кризисы — это не временное состояние, а путь внутренней жизни». Эти слова Л. С. Выготского попадают в резонанс с сегодняшним синергетическим видением онто- и филогенетического процесса. Сам факт существования кризисов никогда не вызывал сомнения, однако предметом психологического исследования, направленного на поиск закономерностей, связей этих событий и личностного роста, он стал сравнительно недавно (Карандашев, 1997).

Выделяются нормативные и ненормативные критические жизненные события. К нормативным относятся события, происходящие обычно в определенном возрасте и имеющие определенное содержание, скажем рассмотренные выше возрастные кризисы. Примерами нормативных кризисов могут быть также семейные кризисы, как-то: добрачный период, вступление в брак, беременность, рождение ребенка, уход взрослого ребенка из семьи, уход одного из супругов из семьи (развод или смерть одного из супругов). К такого рода кризисам относится и бессознательный стресс, вызванный приближением к «пограничной черте», например выход на пенсию.

К ненормативным относятся особые события, нетипичные, индивидуальные, правильнее сказать — непредсказуемые. Мы же рассматриваем эти события не столько с точки зрения предсказуемости (как в первом

случае) или непредсказуемости (как во втором), а с точки зрения последствий, которые имели место во время переживания и после него. Отсюда не имеет значения само событие с точки зрения внешней характеристики, его эмоционального накала, а важны способ переработки, преодоления и его влияние на дальнейшую жизнь человека.

Ниже будут приведены конкретные примеры переживаний, связанных с опытом «потрясения». Дадим несколько положений, определяющих это явление.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ПОТРЯСЕНИЯ» КАК ФЕНОМЕНА

«Потрясение» — это подвиг для человека в прямом значении этого слова. Совершить подвиг — значит подняться выше уже осмысленных собственных возможностей. Подвиг— это особое состояние напряжения, нравственного, психологического, духовного.

«Потрясение» представляет собой поворотные моменты биографии, жизни человека, его мировосприятия, когда формируется новый взгляд на действительность. Порой потрясение увязывается с экзистенциальным кризисом, при котором внезапно разрушаются объединенные смыслы, меняется старая частная и формируется новая универсальная система ценностей. Еще Л. Н. Толстой в «Исповеди» подчеркивал, что выход человека из кризиса всегда связан с обретением им другого места в жизни, новых духовных ценностей. Жизнь поднимается на более высокое плато.

«Потрясение» — это переход от одного события к другому — это типичный пример виртуального перехода, при котором каждый раз заново формируются образ мира, образ Я и образ действительности.

«Потрясение» — это развитие от малого к большому, от частного к общему, от хаоса к космосу, новому порядку. Это переход от «ирреальности» или «низшей реальности», которая носит хаотичный, импульсивный характер в основном инстинктивного животного свойства, к «трансреальности» или «высшей реальности», которая привносит в индивидуальный психический мир новые смыслы.

«Потрясение» — это качественный скачок, переход от логического к абстрактному, иногда с левополушарного к правополушарному восприятию и описанию мира. Порой в «мелком» варианте потрясение связано с переключением с одной репрезентативной системы на другую, с одного языкового уровня на другой, с языка слов-знаков на язык образов, эмоций, символов и т. п.

«Потрясение» — как пробуждение через деидентификацию с ментальным содержанием вообще и мыслями в частности, это «перешагивание» через семантические поля. Данное состояние может предотвращать

созревание логически структурированной мысли. За семантическими полями начинается восхищение или высшее Я, как писал Р. Ассаджиоли, когда Я пребывает над потоком мысли и состояниями тела и не подвержено их влиянию.

«Потрясение»— это особое состояние ума, когда нормальная логическая последовательная деятельность сознания оказывается остановленной, однако ум весьма активен и связан с предметом, на котором он был исходно сосредоточен.

«Потрясение» — это скачок от аристотелевской логики (вертикального мышления) к неаристотелевской (горизонтальному мышлению) и от нее — к объемному мышлению, за чем следует новый возврат к аристотелевской логике, но уже с другим, новым, знанием.

«Потрясение» — это исключительный случай для обыденного сознания, приводящий к озарению, но не к сумасшествию. «Потрясение» обязательно связано с переоценкой сторон жизни, с ее переосмыслением, «прозрением», видением нового пути, своего места в ней. По большому счету, подобный выход из «душевного кризиса» равносилен «перерождению» личности, ибо изменение даже лишь одной стороны отношений с собой ведет к беспрецедентной перестройке отношений с другими и с миром вообще.

Небольшой отрывок из романа «Волхв» Дж. Фаулза иллюстрирует последнее положение. «После смерти моего дяди оказалось, что мы с Биллом — сравнительно богатые люди. Мы испытали то, что теперь называется стрессом. И поделились этим с Морисом. И — знаете, как это бывает? Рывок, гора с плеч. Все озарения приходят именно так. Сразу. Во всей полноте. И ничего не остается, как воплощать это в жизнь».

«Потрясение» — экзистенциальная психодрама — может происходить в рамках сообщества (жизни) — in vivo или в рамках психотерапевтической лаборатории (театра) — in vitro.

Итак, окончательно определить моменты потрясений, по-видимому, невозможно. Одно ясно, что эти определения могут исходить из трех составляющих:

1) условия, в которых происходит подобное переживание;
2) состояния, в котором пребывает в этот момент человек;
3) последствий для человека после переживания трансперсонального опыта.

Тем не менее понятие «потрясение» не следует смешивать с рядом давно описанных состояний, таких как «пик-переживание» (А. Маслоу); закрытие гештальта в терминах гештальт-психологии (Ф. Перлз); «полный оргазм» в парадигме В. Райха; катарсис, кульминация, инсайт и т. п. Наибольшее соответствие можно обнаружить в описании А. Маслоу устойчивого состояния, которое было названо «плато-переживания». Оно

представляет собой новый и более глубокий способ видения и переживания мира, включающий фундаментальную коррекцию отношения к миру, изменяющий старые и создающий новые оценки, усиливающий сознавание мира. Подобные переживания могут быть связаны с эстетическим чувствованием природной красоты. Однако «потрясение» — это часто изменение только фрагмента сознания, которое ведет к изменению всего мировоззрения; это переход на новый уровень самоосуществления человека, новый уровень существования. Подобное понимание развития соответствует взглядам тех, кто рассматривает этот процесс как экзистенциальную связь между изменениями, которые влекут за собой новые изменения, следующими друг за другом (Г. Д. Шмидт). А. Фламмер пишет, что развитием следует считать только такие изменения, которые влекут за собой новые изменения («лавина изменений»).

А. Маслоу пишет на эту тему: «Согласно моим наблюдениям, наиболее поучительный жизненный опыт людей зачастую связан с отдельными житейскими эпизодами, типа трагедии, смерти, травмы, смены вероисповедания и неожиданного озарения, которые меняли все их мировоззрение и, соответственно, всю их деятельность» (А. Маслоу, 1997).

Есть много попыток сформулировать понятие мировоззрения. Крупнейший психолог советского времени Д. Н. Узнадзе (1961) назвал его генеральной целевой установкой личности. Философ А. Г. Спиркин (1972) определяет мировоззрение как «предельно обобщенный, упорядоченный взгляд на окружающий мир, на явления природы, общества и самого себя, а также вытекающие из общей картины мира основные жизненные позиции людей, убеждения социально-политические, нравственные, этические идеалы, принципы познания, оценки материальных, духовных событий». В. Ф. Черноволенко (1970) определяет мировоззрение как систему таких обобщающих взглядов и представлений о действительности, систему таких убеждений и идеалов, которые раскрывают практическое и теоретическое отношение человека к миру, его способ поведения, понимания и оценки окружающей действительности, способ осознания себя как конкретного исторического субстрата познания и практики.

Таким образом, мировоззрение выступает в качестве глубинной генеральной цели человека, его иерархии высших ценностей, фундаментальных принципов, в согласии с которыми он строит свою жизнь. Генеральная, глубинная жизненная цель не имеет никакого отношения, например, к тому, что вы делаете или достигаете (успех); что вы получаете от других (позитивная оценка); что вы знаете (мудрость).

Мировоззрение представляет собой фундаментальное образование достаточно зрелой психики, включающее в себя важнейшие знания человека о мире и отношения к нему, с позиции которых он осуществляет обшее

отражение действительности при выработке новых целевых программ своей жизни и при принципиальной оценке различных явлений и событий.

В случае потрясающей психотерапии (одного из универсальных методов совершенствования человека; Ананьев, 1995) ставится задача «постичь», «познать», «приобрести потрясающий опыт», то есть воспринять суть и сохранить ее.

Примеры потрясений

С раннего детства в нашем бессознательном прочно запечатлевается все, что внушали нам родители и значимые люди, особенно если эти программы потрясали воображение, интеллект, весь наш внутренний, психический мир. При переживании состояний потрясения наблюдается форменная судорога сознания, после которой происходит «выравнивание песочной поверхности», и уже после этого открывается возможность строить новые иллюзии мира.

Пример из биографии 3. Фрейда. Как-то, когда Зигмунд был еще маленьким, они вместе с отцом прогуливались по городу. Некий хулиган вдруг сбил головной убор с отца мальчика и столкнул его с тротуара на мостовую, где обычно гоняют скот. Событие это начисто разбило миф о всемогуществе отца. После этого случая Зигмунд отчаянно пытался объяснить поведение людей, понять их мотивацию и т. д.

Несколько потрясений описаны К. Юнгом в его биографии. Одно из них имело место, когда Юнгу было двенадцать лет. Он вышел из школы днем и обратил внимание на солнце, искрящееся на крыше базельского собора. Молодой Карл задумался о красоте мира, величии церкви, величии Бога, сидящего высоко на небе на золотом троне. Внезапно он был охвачен ужасом, и мысли его повели туда, где он чувствовал нечто святотатственное. Несколько дней он отчаянно боролся, чтобы подавить запретные мысли. Наконец, он позволил себе додумать, досмотреть образ. Он увидел прекрасный собор и Бога, сидящего на троне высоко над миром, и вдруг из-под трона полетел огромный кусок кала, упал на крышу собора, разбил ее вдребезги и сокрушил стены собора.

Нам сейчас трудно вообразить себе пугающую силу этого видения. Но в то время, в 1887 г., нельзя было даже иметь такие мысли и уж тем более произносить их вслух: сама такая идея была просто немыслимой! Тем не менее, досмотрев образ, К. Юнг почувствовал огромное облегчение и ощутил благодать вместо ожидаемого проклятия. Он интерпретировал свой образ как испытание, посланное Богом. С этого момента К. Юнг сильно отдалился от благочестия отца и родственников, которые, как известно, были лютеранскими пасторами. Он увидел множество людей, которые сами отрезают себе путь прямого религиозного опыта, будучи

намертво привязанными к букве церковных условностей, вместо того, чтобы всерьез принять дух Божий как живую реальность.

Отчасти в результате этих внутренних переживаний К. Юнг ощутил себя изолированным от других людей; иногда он чувствовал себя невыносимо одиноким.

В 1944 г., в возрасте 69 лет, у него был сильный сердечный приступ. В больнице К. Юнг пережил очередное потрясение. Он ощущал себя летящим в пространстве над Землей. Затем он вступил на летящую скалу, в которой был выдолблен замок. Подымаясь по ступеням к входу, К. Юнг понял, что жизнь осталась позади, что есть лишь опыт, история жизни. Он увидел свою жизнь как часть значительной исторической матрицы, которую он не осознавал раньше. Прежде чем он вошел в замок, перед ним возник его врач, который сказал ему, что он не имеет права покинуть Землю в данный момент. На этом видение прекратилось.

В течение нескольких недель после этого К. Юнг постепенно выздоравливал. Это видение приходило к нему, он испытывал особое состояние экстаза и засыпал. После выздоровления для К. Юнга настал высокопродуктивный творческий период, когда он написал многие из своих наиболее значительных работ. Его видение дало ему смелость сформулировать его наиболее оригинальные идеи. Этот опыт существенно скорректировал его мировоззрение.

Можно продолжить ряд примеров из жизни выдающихся людей. «Когда собрат-монах, — говорил Лютер. — однажды повторил слова символа: верую в отпущение грехов! — я увидел Священное Писание в совершенно новом освещении, и в то же мгновение я почувствовал себя как бы вновь родившимся. Это было, как если бы я обнаружил перед собой широко раскрытые врата рая».

Молодой монах С. Дзэндци упал с дерева. Во время падения ощутил весь процесс жизни, как будто просмотрел замедленную кинокартину. С этого момента у него появилось ясное понимание истины дзэн.

Трагедия потери часто выступает условием потрясения. Это можно увидеть на примерах кардинального изменения стиля, жанра творческих людей после подобного переживания. Так, после потери сына художник А. Балабанов существенно скорректировал свое мировоззрение, в связи с чем изменил и тему своих работ — от социалистического реализма до произведений «Возвращение П. Флоренского», триптиха «Наследие» и др.

Наиболее часто встречающееся условие потрясений связано с тяжелыми и особенно с трудноизлечимыми заболеваниями. Как известно, потрясение ведет к кардинальной переоценке ценностей, к обретению нового смысла, что, в свою очередь, вызывает мощные внутренние сдвиги и изменения вплоть до избавления от тяжелых недугов. Подобное случилось с Луизой Хей, которая страдала онкологическим заболеванием

и находилась в отчаянном состоянии. Что-то привело ее в Церковь Религиозной науки. Посещая ее, в определенный момент она осознала, как надо бороться со своей болезнью, и разработала целую систему самоисцеления, которую впоследствии описала в нескольких своих книгах.

Вот как описывает свой профессиональный и личностный рост основатель провокационной терапии Фрэнк Фаррелли. Один случай, изменивший по сути только один фрагмент сознания, повлек за собой существенные трансформации в профессиональном мировидении ученого, практика-психотерапевта. «Случай с Рэйчел Штейн был одним из самых значительных в моей профессиональной практике. Анализируя его сейчас, спустя почти 15 лет, я не могу с уверенностью сказать, извлекаю ли я сейчас особый смысл из этого опыта или же, наоборот, придаю ему особое значение, точно ли я интерпретирую происходившее в то время или же с возрастом и опытом придаю тому времени большее значение, чем это было на самом деле. После долгого размышления я прихожу к выводу, что так все и происходило, что именно тот случай и последующий приобретенный опыт сформировали мое мировоззрение.

Самое главное, что я выяснил для себя, это то. что опытные, хорошо подготовленные, умные и признанные "эксперты" могут ошибаться, а я — неопытный, не совсем обученный и не совсем уверенный в себе студент — мог оказаться "правым". Я также понял, что повторное лечение и дополнительные процедуры с отдельными больными могут повторять одинаковые ошибки и не иметь успеха. И еще я понял, что если больной не излечивается, то не обязательно причина в нем (например, бессознательное сопротивление), дело может быть в ошибочном подходе к лечению. Мне неожиданно открылось, что независимо от того, как долго и насколько тяжело болен пациент, он может вылечиться, и вылечиться полностью, если ему будут созданы эффективные условия. Я был достаточно вознагражден, получил прекрасный подарок на будущее — понимание того, что, если больной не поддается одному способу лечения, необходимо вернуться к исходной точке и выбрать другой, более приемлемый способ» (Фаррелли, 1996).

Пересмотр жизненных позиций может происходить мгновенно, как ожидаемый на бессознательном уровне прорыв. Свидетельством этого могут послужить следующие примеры.

«Барт Старр, который в начале 60-х годов был защитником в футбольной команде Green Bay Packer, вспоминал, как однажды, будучи в центре игры, вдруг почувствовал, словно пелена спала с глаз, и он явственно увидел защиту противника. Мне пришло в голову, что это описание точно передает мой собственный профессиональный опыт с больными, как будто пелена спадает, как будто кто-то включает свет,

словно долго исследуемый мною клинический случай вдруг приобретает сфокусированный объем» (Фаррелли, 1996).

У женщины, пережившей страшную трагедию в Буденновске, журналист взял интервью. Ее ребенок оказался в заложниках в больнице, захваченной бандитами. После того как все, к счастью, обошлось благополучно и ее ребенок остался жив и невредим, на вопрос: «Что изменилось в вашей жизни, в оценках, взглядах на жизнь?» — женщина ответила: «Я не понимаю, как я могла до этого ссориться со своей соседкой из-за того, что она повесила свое белье на мою веревку или взяла без спроса мою кастрюлю. Это так ничтожно и мелко. Я как-то внезапно увидела всю эту мелкую жизненную возню. Я стала ценить в жизни то, на что никогда не обращала внимания».

Пересмотр мировоззрения может произойти и от соприкосновения с необычной атмосферой, например человек побывал на интернациональном семинаре, где собрались люди самых разных национальностей. В один из дней работы он вдруг осознал свою принадлежность ко всему человечеству.

Довольно часто такого рода переживания возникают при встрече со смертью. В этой связи Ирвин Ялом (1999) пишет: «Интеграция идеи смерти спасает нас: она действует... как стимул к переходу в более аутентичный модус существования. Она увеличивает наше удовольствие от проживания своей жизни».

Научной иллюстрацией сказанного может служить исследование, проведенное А. П. Попогребским, в котором изучались изменения ценностной структуры, мировоззрения при «конфронтации со смертью» (перенесение инфаркта миокарда). Полученные с помощью различных методик данные свидетельствуют о том, что у лиц, перенесших инфаркт, происходят определенные изменения в ценностно-смысловой сфере, смысложизненных и мировоззренческих ориентациях. В результате конфронтации со смертью смысл жизни подвергается определенному пересмотру и переоценке, повышается роль рефлексии, человек переосмысливает свое место в жизни. В подобных ситуациях следует ожидать актуализацию ценностей, являющихся ключевыми при поисках смысла жизни: самотрансценденции, самоактуализации и творчества.

Нами, совместно с Е. А. Фау, было проведено исследование феномена потрясения в различных социальных группах. В настоящее время заметно возрос интерес разного рода специалистов к изучению кризисных (критических) ситуаций как таковых и их влияния на этиопатогенез и течение хронических неинфекционных заболеваний, развитие личности. Это связано, в частности, с увеличением количества экстремальных ситуаций различного характера. Типичные кризисные ситуации, такие как война, стихийные бедствия, насильственные преступления, тяжелые болезни,

исследуются обычно с точки зрения негативных последствий для психики человека, оказавшегося жертвой подобных чрезвычайных обстоятельств. (Апчел, Цыган, 1999; Амбрумова, 1986; Колесников, Колос, 1995; Lazarus, Folkman, 1987). Однако с точки зрения позитивных последствий для человека они, как правило, не рассматриваются. Такой взгляд открывает новые перспективы для изучения психических кризисов как условий, таящих в себе потенциальные возможности для дальнейшего развития личности, что, в свою очередь, способствует формированию превентивного ресурса против возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств, а источники этого развития могут обнаруживаться даже в самых тяжелых жизненных ситуациях. Современные исследователи акцентируют свое внимание на потенциалах роста, заложенных в кризисе (Брюдаль, 1998; Карандашев, 1997; Ананьев, 1998).

Цель нашего исследования заключалась в том, чтобы изучить психологические и психосоматические характеристики людей в зависимости от исхода переживания критических (кризисных) ситуаций.

Гипотеза заключалась в предположении о том, что переживания последствий критической ситуации могут быть различными (позитивными и негативными) и зависят от адаптационно-компенсаторных механизмов человека.

В задачи входило изучить:

1) условия, в которых возникли критические события («потрясения»);
2) отношение к ненормативным критическим событиям («потрясениям);
3) последствия пережитого события на когнитивном, эмоциональном и поведенческом (регуляторном) уровнях с помощью клинических психодиагностических методов;
4) влияние последствий пережитых «потрясений» на личностный рост.

Объектом исследования были: больные онкологическими заболеваниями — 41 человек; больные с первично диагностированным туберкулезом легких — 50; сотрудники милиции, пережившие кризисные (нестандартные для выполнения служебных обязанностей) состояния по долгу службы и не связанные со служебной деятельностью — 50; преступники, находящиеся в заключении за убийство, — 20; контрольная группа — 30 человек. Всего в исследовании принимал участие 191 человек.

Само «потрясение» рассмотрено с точки зрения того, что спровоцировало это переживание, что было уникальным в этой ситуации, что переживал (эмоционально, физически, интеллектуально) человек в этот момент, каковы были изменения в видении окружающего мира, в отношениях с другими людьми и самим собой под влиянием происшедшего события.

Первоначально предполагалось, что в качестве условий «потрясения» в группе больных испытуемыми будет выделена сама постановка диагноза, а в группе сотрудников милиции— те экстремальные ситуации, которые связаны с несением службы. Однако, вопреки ожиданиям, в группе сотрудников милиции выделенными практически во всех случаях оказались ситуации, связанные с личной жизнью, а отнюдь не со служебными обязанностями.

В группе больных туберкулезом и онколологическими заболеваниями картина несколько иная. Так, из 50 опрошенных больных туберкулезом 37 (74%) выделили в качестве самого сильного потрясения именно установление диагноза туберкулез; 7 человек (14%), хотя и отмечали туберкулез как потрясение, в качестве главного выделили другое, объективно оцениваемое как более сильное (иные субъективно более значимые диагнозы, например сахарный диабет, смерть близкого человека); 4 человека (8%) в качестве потрясения выделили другие события, имевшие для них субъективное значение, но с объективной точки зрения менее значимые, что позволяет предположить, что в данном случае имеет место включение механизма анозогнозии; 2 (человека 4%) вообще отрицали факт переживания потрясения, хотя объективно описывали ряд кризисных событий в своей жизни.

В группе больных онкологическими заболеваниями 24 человека (59%) в качестве «потрясения» выделили постановку диагноза, 7 человек (17%)— другие «потрясающие» события. 10 человек (24%) отрицали какие-либо потрясения.

В группе лиц, совершивших убийство, факт совершения преступления оценили как «потрясение» только 3 человека (15%), 2 человека (10%) выделили в качестве «потрясения» факт нахождения в тюрьме. Остальные 15 человек (75%) в качестве «потрясающего» события выделяли другие, связанные с личными переживаниями. Таким образом, обобщив результаты, можно утверждать следующее:

1) в группе больных сам факт постановки диагноза и исходящая из этого угроза жизни для большинства являются главным фактором «потрясения» в их жизни. Причем чем серьезнее поставленный диагноз, тем сильнее актуализируется механизм вытеснения, отрицания собственных переживаний;
2) в группе сотрудников милиции, как и среди лиц, совершивших убийство, «потрясающими» событиями жизни являются ситуации, имеющие личный характер, а не те, что связаны с выполнением, нередко с риском для жизни, служебных обязанностей (в случае милиционеров), и не те, где ценностью является жизнь другого человека (но не близких им людей) (в случае убийц).

Все изучаемые «потрясающие» события можно классифицировать как негативные (болезнь, смерть, потери, предательство); позитивные

(рождение ребенка, любовь, достижения) и нейтральные (смена места жительства, армия). Процентное соотношение выборов выглядит следующим образом: в качестве «потрясения» негативные события составили — 77%; позитивные события— 18%, нейтральные события— 5%. Таким образом, само понятие «потрясение» связано у людей в большей степени с негативными переживаниями. Полученные данные косвенным образом подтверждают идею роста личности через преодоление трудностей.

Наиболее часто встречаются следующие виды «потрясений»:

1. «Потрясения», связанные со страхом смерти: тяжелое заболевание, смерть близкого человека, угроза жизни, дорожно-транспортные происшествия, участие в боевых действиях, убийство.
2. «Потрясения», связанные с социальными изменениями: армия, брак, уход в монастырь, поступление в учебные заведения, клубы, тюремное заключение.
3. «Потрясения», связанные с изменением взаимоотношений: ссора с друзьями, развод, расставание с любимым человеком, предательство близкого человека, рождение ребенка, любовь.

С точки зрения отраженных в сознании последствий переживания состояния «потрясения» выделены следующие группы:

1. Группа людей, которые считают, что пережитое кризисное состояние привело к положительным изменениям в мировоззрении, жизненных ценностях. 93 человека (49%) отметили, что в их мировоззрении произошли существенные изменения в лучшую сторону. В результате происшествий «потрясающего» характера актуализировались такие качества, как доброта, терпимость к людям, более серьезное отношение к будущему, принятие на себя ответственности за свою жизнь, наблюдалось расширение круга интересов, развитие религиозности, осознание ценности человеческой жизни, более яркое восприятие происходящего вокруг, наслаждение жизнью, — словом, те качества, которые так или иначе связаны с идеей личностного роста.
2. Группа людей, считающих, что имели место негативные последствия переживания кризисного состояния. 38 человек (20%) отмечают, что после данного события стали более осторожными, раздражительными, подозрительными и недоверчивыми, равнодушными и жесткими по отношению к людям.
3. Группа людей, которые переживали по объективным критериям кризисные ситуации, но последние не повлекли за собой изменений в субъективной картине мира. 49 человек (26%) считают, что, несмотря на остроту эмоционального переживания («пиковое переживание», по А. Маслоу), оно тем не менее не повлекло за собой изменений в восприятии и описании мира.

4. Группа людей, которые считают, что в их жизни не было ни «пиковых», ни «потрясающих», ни кризисных ситуаций, — 11 человек (5%).

Анализ событий, связанных с потрясениями, показал, что условия трансформации личности могут быть самыми неожиданными, незапланированными, непредсказуемыми, объективно незначимыми, однако исключительно значимыми в субъективном проживании этого события человеком.

Ряд клинических примеров, приведенных ниже, иллюстрирует сказанное.

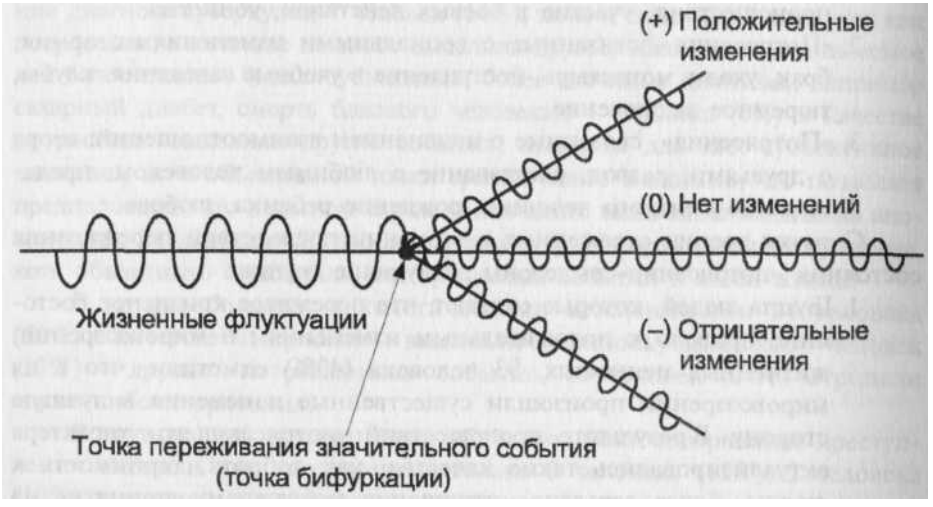

Рис. 12. Направления жизненных изменений в точке бифуркации

Позитивное последствие переживаемого «потрясения»

Марина, 36 лет. Образование высшее. Замужем, детей нет. «Самое большое потрясение я испытала, когда мне поставили диагноз. Я не верила, что со мной это может произойти. Казалось, это ошибка. Предыдущие события, которые в свое время мне казались трагическими, стали вдруг абсолютно неважными. Я удивлялась, что меня это тревожило. Я испытывала шок, страх, ощущение нереальности происходящего. Страх стать инвалидом, страх умереть, и в то же время не хотелось жить. Было отчаяние, безысходность, ощущение, что жизнь уже закончилась. Переживание длилось около семи месяцев. Но в результате произошли положительные изменения в моем мироощущении. Стала наслаждаться жизнью. Ощущения стали более яркими. Стала радоваться мелочам. Самым важным в жизни показалась любовь, другие ценности (материальные, карьера) стали

неважны. Осознала, что жизнь зависит от меня самой, я сама в ответе за свое счастье или несчастье. Главное — что-то захотеть и поверить в это, тогда обязательно все получится. Стала ближе к родным, стараюсь быть менее раздражительной, более внимательной к близким. Поняла, что нельзя обижаться долго. Стала более мягкой, понимающей, не эгоистичной, терпимой, больше ценить других людей, близость общения. Стараюсь не делать гадостей и не желать людям зла. Часто ощущаю себя счастливой».

Случай отрицательного последствия переживаемого «потрясения»

Лидия, 34 года. Домохозяйка, замужем, имеет двух детей. В качестве «потрясения» описывает падение дочери со второго этажа. «Переживание спровоцировал страх потерять ребенка, сильное чувство вины. Чувствовала в тот момент ужас, страх бессильный, беспомощный. Переживание длится до сих пор. Раньше мне казалось, да и другие это замечают, я была жизнерадостная, спокойная, более счастливая. После этого события стала злая, нервная, окружающие тоже, по-моему, стали более жестокими в отношениях со мной. И мир вокруг стал иным, темным».

Следует отметить, что в качестве примеров специально были взяты лица одного пола, одной возрастной категории, с высшим образованием, из одной нозологической группы.

«Позитивная» — люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение изменились в лучшую сторону; «Отрицательная» — люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение изменились в худшую сторону; «Нейтральная» — люди, которые считают, что после переживания «потрясения» их жизнь, мировоззрение не изменились; «Вытесненная» — люди, у которых были кризисные ситуации в жизни (из анамнеза), но они декларируют, что эти события не являются для них ни кризисными, ни «потрясающими». В дальнейшем группа «Вытесненная» из-за малого числа представителей (11 человек) в исследовании не анализируется.

По этой классификации также были описаны представители каждой из групп:

«Позитивная» группа: повышенные показатели шкалы соматизации свидетельствуют о том, что в данном случае ранг соматизации не входит в разряд ипохондрической патологии, находясь в пределах нормы, и отражает скорее ориентацию на знание своих телесных проявлений, то есть в данной группе лиц усилен телесный компонент интеллекта. Психотические проявления у лиц, составляющих указанную группу, выражаются в оригинальном, креативном мышлении, способности к рефлексии, тонкой чувствительности в межличностных отношениях. Они отдают предпочтение таким механизмам психологической защиты,

как рационализация, отрицание и реактивное образование. Это люди, живущие настоящим, способные наслаждаться актуальным моментом, разделяющие ценности самоактуализирующейся личности, стремящиеся к гармоничному бытию и здоровым отношениям с окружающими, творчески относящиеся к жизни, в то же время способные проявлять излишнюю озабоченность возникающими проблемами и повышенную требовательность к себе. У них умеренный уровень тревожности, относительно адаптивные копинг-стратегии, то есть обычно они оценивают трудности, сравнивая себя с другими, придают особый смысл их преодолению, поведение их направлено на снятие напряжения, связано с эмоциональным отреагированием. Среди жизненных ценностей главное место отводят здоровью, любви и счастливой семейной жизни, для них важны чувство долга, умение держать слово, воспитанность и чувство юмора.

«Отрицательная» группа — это люди с выраженными признаками нервно-психической и психосоматической дезадаптации, сверх нормы использующие такие механизмы психологической защиты, как рационализация, отрицание, реактивное образование, проекция, стремящиеся к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, к познанию нового, в том числе к самопониманию, но вместе с тем зависимые от окружающих и их мнения, неуверенные в себе, возможно, с завышенным самоконтролем и низкой самооценкой. В их восприятии жизни преобладают иррациональные убеждения: им свойствен высокий уровень тревожности, и, несмотря на то, что копинг-стратегии, так же как и в «позитивной» группе, относительно адаптивны, их показатели ближе к неадаптивному уровню. Среди ценностей также отдают предпочтение здоровью, любви, счастливой семейной жизни, из человеческих качеств более всего ценят честность, воспитанность и ответственность.

«Нейтральная» группа — это люди, имеющие выраженный уровень соматизации и фобической тревожности; активно использующие такой механизм психологической защиты, как рационализация: понимающие ценность жизни «здесь и теперь», не откладывающие свою жизнь на «потом» и не пытающиеся найти убежище в прошлом; разделяющие ценности самоактуализирующейся личности и заинтересованные в познании нового, но с невысокой самооценкой и зависимые от мнения окружающих. В их восприятии мира преобладают иррациональные убеждения в области оценки происходящего вокруг и требований, предъявляемых себе; уровень их личностной и реактивной тревожности умеренный, а копинг-стратегии относительно адаптивные. Ценности, выбираемые представителями этой группы, не отличаются от предпочтений предыдущих категорий, за исключением того, что среди качеств, присущих людям, они на первые места ставят хорошие, манеры, искренность и

аккуратность. Можно заметить, что нейтральная» группа по своим характеристикам занимает промежуточное положение между «позитивной» и «отрицательной» группами.

Сравним «негативную» и «позитивную» группы.

Оценивая актуальный, присутствующий на момент обследования, психологический симптоматический статус, мы можем наблюдать большую выраженность всех показателей у «негативной» группы, что свидетельствует о наличии признаков дезадаптации. Достоверно значимые различия есть практически по всем шкалам, за исключением шкалы фобической тревожности и индекса проявления симптоматики. Картина использования различных механизмов психологической зашиты, с одной стороны, сходна, если оценивать иерархию выборов, но, с другой стороны, мы видим, что интенсивность пользования этими средствами в «негативной» группе выше; на основании этого можно заключить, что активное использование защит может приводить к состоянию перманентного конфликта и социально-психической дезадаптации. Достоверно значимые различия наблюдаются по шкалам реактивного образования, отрицания и вытеснения. Можно сделать вывод, что в данном случае речь может идти о неконструктивном использовании защитного поведения, при котором конфликт воспринимается не как проблема, требующая разрешения, а только как угроза целостному и стабильному позитивному образу Я, что сопровождается нервно-психическим напряжением, которое нужно снять любой ценой (деструктивный защитно-адаптивный комплекс).

В «позитивной» группе более выражено стремление к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми, далекое от желания манипулировать ими, творческое отношение к жизни, стремление к самоактуализации; представители группы более способны адекватно оценивать возникающие препятствия, примириться с действительностью, менее склонны приписывать неудачи препятствиям со стороны обстоятельств или других людей; они отдают предпочтение жизненной мудрости, внутренней гармонии, свободе от внутренних противоречий, сомнений, более уверены в себе, а также более терпимы к своим и чужим недостаткам. Одновременно для них менее важны такие ценности, как развлечения, необременительное, приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей.

В «негативной» группе более высокие показатели реактивной и личностной тревожности, что характеризует ее представителей в личностном плане как субъектов, склонных в широком диапазоне ситуаций воспринимать угрозу своей самооценке, престижу и реагировать выраженным состоянием тревожности с соответствующей симптоматикой, — к примеру, у них существует высокая вероятность появления состояния

тревожности в ситуациях, где речь идет об оценке их компетентности, подготовленности. У представителей этой группы большая склонность к выбору неадаптивных вариантов копинг-поведения среди когнитивных стратегий, что выражается в пассивном поведении с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы, с умышленной недооценкой неприятностей. Среди поведенческих копинг-стратегий также наблюдается преобладание неадаптивных вариантов, свидетельством тому — избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, изоляция, отказ от решения проблем; более выражена неудовлетворенность отношениями в семье, наблюдается большая склонность к употреблению спиртных напитков, что можно расценивать как дополнительный способ избегающего поведения.

Далее был проведен анализ **гендерных различий.** В рамках исследования ярко выраженной разницы в результатах использованных методик между мужчинами и женщинами не обнаружено. Также нет выраженных различий между мужчинами и женщинами из разных изучаемых групп. Однако следует отметить, что наибольшие различия заключаются в эмоциональном реагировании на ситуацию (у женщин эмоциональность более выражена). Особенно ярко это видно в «контрольной» группе. Таким образом, перенесенное «потрясение» приводит к невротизации личности, что. в свою очередь, сглаживает различия между мужчинами и женщинами именно в плане определения психопатологического статуса. Также можно отметить различия в системе ценностей. Для женщин наибольшую ценность представляют качества, связанные с отношениями, касающимися других людей (счастье в семейной жизни, терпимость, чуткость и т. д.), для мужчин же это качества, направленные на личное совершенство (рационализм, смелость в отстаивании своего мнения, твердая воля). Кроме того, при выборе механизма психологической защиты женщины чаще используют механизм реактивного образования, а мужчины — вытеснение.

При рассмотрении процентного соотношения выявлено, что женщины в большей степени склонны к позитивным изменениям после переживания «потрясения». Так, в группе с «позитивным» исходом женщины составляют 58%, а мужчины — 42%. Еще более ярко это различие видно в группе с «негативным» исходом: женщин 29%, а мужчин 71%. При этом число мужчин и женщин, принявших участие в исследовании, было практически равное: 97 женщин и 94 мужчины, что составляет соответственно 51% и 49%.

По результатам факторного анализа были выделены индикаторные переменные для «позитивной» и «негативной» групп.

«Позитивная» группа — это люди невротического типа, тревожные, переживающие по поводу происходящих событий, что, в свою очередь, может служить стимулом к переосмыслению, поиску конструктивных решений, обращению за помощью к другим людям. Это в большинстве своем люди образованные, с высокой степенью нормативности и социализации, часто за счет личного комфорта.

В «негативной» группе тревожность нивелируется примитивными способами защиты и неадаптивным поведением. Это может быть и самообман, и внешнеобвиняющая позиция, и демонстрация социально приемлемого поведения. В данной группе люди как бы изолируются от окружающих, не доверяют им, не готовы к принятию помощи. Все это усиливается неудовлетворенностью профессиональной деятельностью. Перечисленные факторы ведут к дезадаптации и ухудшению качества жизни.

Таким образом, такие качества, как общий дискомфорт (невротизация) личности, тревожность, как стимул к поиску конструктивных форм поведения, дискомфорт в эмоциональной сфере, образованность, когнитивная сложность, рационально-нормативное поведение можно считать индикаторными переменными для позитивного выхода из переживания кризисных ситуаций.

В свою очередь, тревожность как дезадаптирующий фактор, неудовлетворенность трудом, ориентация на социально-приемлемое поведение, активное использование примитивных защит, неадаптивных копинг-стратегий — качества, ведущие к негативным изменениям психологического профиля личности в результате переживания кризисных ситуаций.

Можем сделать следующие выводы.

1. «Потрясения» как особо значимые события в жизни человека влекут за собой трансформацию мировоззренческих и духовных установок. В дальнейшем наблюдается тесная взаимосвязь этих изменений с коррекцией отдельных элементов структуры личности, то есть рекомбинирование мировоззренческих установок и иерархии ценностей влечет за собою изменения в первую очередь на когнитивном, затем на эмоциональном и поведенческом уровнях организации личности.
2. Выявлено, что содержание феномена «потрясение» включает в себя в основном описание негативных переживаний. Полученные данные подтверждают идею роста личности через преодоление психологических трудностей (кризисов). Наибольшую значимость для обследованных групп представляют события, затрагивающие личную сферу, в значительно меньшей степени — события, связанные с выполнением профессиональных обязанностей. Оценка критических событий («потрясений») в большей степени осуществляется через призму субъективного восприятия и не зависит от тяжести и интенсивности эмоционального «накала» при переживаниях. Как показали наблюдения, триггером, запускающим потрясение.

может быть значительное либо незначительное событие. Так или иначе оно выполняет функцию последнего долгожданного слова, которое завершает составление кроссворда.

3. Показано, что в группе больных сам факт постановки диагноза и исходящая из этого угроза жизни для большинства является главным фактором «потрясения». В группах милиционеров и убийц «потрясающими» событиями жизни являются ситуации, имеющие личный характер, а не те, что связаны с выполнением, нередко с риском для жизни, служебных обязанностей (милиционеры), и не события, где ценностью является жизнь другого человека (но не близких им людей) (убийцы).
4. Получено эмпирическое подтверждение того, что представители «позитивной» группы более адекватно оценивают возникшие препятствия, способны примириться с действительностью, менее склонны приписывать вину за собственные неудачи другим людям и обстоятельствам, они более мудры, терпимы к недостаткам, свободны от внутренних противоречий, у них нет неудовлетворенности отношениями в семье. В «позитивной» группе исходно наблюдается установка на стремление к гармоничному бытию, здоровым отношениям с людьми, а неудовлетворенность жизнью, дискомфорт приводят к поиску стратегий личностного роста, что укрепляет позитивные установки. Тревожность компенсируется более адаптивными стратегиями.
5. В «негативной» группе, по сравнению с «позитивной», рельефно выражены признаки социально-психологической и психосоматической дезадаптации; более активно используются механизмы таких психологических защит, как реактивное образование, отрицание, вытеснение; отмечается склонность к неадаптивным копинг-стратегиям на когнитивном и поведенческом уровне; выявлена неудовлетворенность отношениями в семье. Выявлено, что в «негативной» группе имеется высокий уровень тревожности, который нивелируется примитивными способами защиты и неадаптивным поведением. В силу использования негативных стратегий элиминации уровня тревожности кризисная ситуация воспринимается представителями данной группы как угрожающая, а не как способствующая личностному росту.
6. Показано, что переживание «потрясения» сглаживает тендерные различия в области формирования и проявления психопатологических характеристик. Женщины более склонны к эмоционально-поведенческим расстройствам, телесной дисфункции, они более тревожны. Женщины больше используют механизм реактивного образования, а мужчины — вытеснения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ СУЩЕСТВОВАНИЯ

В настоящее время в психологии можно выделить четыре смысловых аспекта понятия «адаптация» и четыре направления изучения адаптации человека. Адаптация рассматривается: 1)как жизнедеятельность человека; 2) как приспособление к среде обитания; 3) как устойчивость к воздействию внешних факторов; 4) как способ самореализации человека в жизни.

В каждом из перечисленных направлений изучения адаптации существует свое понимание дезадаптации и ее критериев; дезадаптация при этом не рассматривается как самостоятельное психологическое явление, а находится «в тени» адаптации. В связи с этим остается не вполне понятным, одинаковые или различные психологические механизмы определяют развитие адаптационных и дезадаптационных процессов.

Исследование, проведенное под нашим руководством Ю. С. Прошутинским, ставило целью выявление и сравнение между собой психологических механизмов, способствующих адаптации человека к экстремальным условиям существования, и механизмов, способствующих дезадаптации человека в тех же условиях.

Наше практическое исследование проводилось на известном конкурсе «Робинзонада», который проходил в Карелии ежегодно в течение девяти лет. Идея конкурса принадлежала журналу «Вокруг света», получившему ее, в свою очередь, от одного из своих читателей. Она была поддержана Карельским клубом путешественников и исследователей «Полярный Одиссей», который и выступил главным организатором этого необычного эксперимента.

Прибывшие в Карелию робинзоны размещались в базовом лагере, где в течение десяти дней проходили интенсивную подготовку, включавшую занятия и тесты по физической готовности; медико-физиологическое и психологическое обследование; знакомство с флорой и фауной того района, где предстоит пройти испытания; инструктаж по обеспечению безопасности, средствам сигнализации. После успешного окончания подготовительного этапа участники, признанные оргкомитетом годными для высадки на острова, вступали в «фазу готовности № 1». То есть каждый знал, что он будет высажен на необитаемый остров того водоема, на берегу которого расположился базовый лагерь, но непосредственный момент высадки остается неизвестным. Он может произойти в любой момент в течение трех суток, то есть робинзоны находятся в ситуации постоянной готовности и ожидания днем и ночью. В любой момент может прозвучать для кого-нибудь персонально команда, и названный

робинзон или пара робинзонов через 15 минут после команды должны отчалить от берега базового лагеря. Время фиксировалось по секундомеру, в случае опоздания высадка откладывалась или, по усмотрению судейской коллегии, могла быть отменена совсем. Таким образом, моделировался фактор внезапного попадания в сложные условия существования.

По условиям конкурса на острова высаживались поодиночке или парами — по желанию самих участников. Пары составлялись из лиц одного пола. Но независимо от того, пара это или один человек, количество предметов жизнеобеспечения, разрешенных взять на остров, оставался одним и тем же. Разрешалось взять пять предметов из восьми на выбор. Стандартный набор предметов, как правило, не изменялся в течение многих лет. Это нож, топор, лопата, котелок, коробок спичек, рыболовная леска с тремя крючками, 2 метра веревки, туалетные принадлежности (мыло, зубная паста, щетка). В зависимости от особенностей местности и погодных условий этот список мог быть дополнен обычным тонким байковым одеялом для женщин, если среднесуточная температура воздуха была ниже +12° С и острова были преимущественно скалистыми, или защитной сеткой от комаров, если конкурс проходил в районе повышенной «комариной активности».

Кроме того, каждому робинзону выдавали дневник и ручку. Условиями конкурса оговаривалось, что записи в дневниках должны делаться каждый день. В них обязательно фиксируются особенности выполнения деятельности, эмоциональное состояние и, по желанию, — все, о чем хочется писать. В качестве разрешенных вещей могли быть фотоаппараты, наборы для рисования — художникам.

Робинзоны могли иметь комплект обычной типовой гражданской одежды, который подбирался каждым по собственному усмотрению. Специальное снаряжение, используемое в армии, частях МЧС например, плащ-палатки, комплекты химической защиты, спецкомбинезоны исключались.

Перед посадкой в катер робинзонов досматривала судейская коллегия на предмет соответствия экипировки условиям, здесь же выдавались средства сигнализации: красный и белый флаги, дымовые шашки, сигнальные ракеты. В качестве неприкосновенного запаса — банка сгущенного молока. В таком виде робинзоны высаживались на острова, которых они ранее не видели, где им предстояло провести в одиночку или парами 14—15 дней. Где конкретно находится их остров относительно базового лагеря и кто находится на соседних островах, участники конкурса не знали.

Находясь на острове, робинзоны не должны были нарушать экологию: рубить деревья, собирать мох, иметь более одного костра, пользоваться рыбацкими избами, если таковые имелись, а также вступать в контакты с рыбаками и туристами, если такие случаи имели место.

Два раза в день все острова осматривали наблюдатели из оргкомитета — фиксировалось наличие белого флага — сигнала «Все в порядке» и самого робинзона, без вступления в контакт. В случае решения робинзона сойти с острова вывешивался красный флаг, а в случае требования экстренной помощи давалась ракета и зажигалась дымовая шашка.

Таким образом, каждый участник мог по собственному желанию в любой момент прекратить участие в робинзонаде, и к концу установленного двухнедельного срока образовалось две группы: сошедших добровольно или снятых с острова по инициативе оргкомитета, и победителей, выдержавших испытания, выполнив установленные правила.

Само собой разумеется, что ситуация, в которой оказываются робинзоны, является необычной, сложной и в процессе адаптации к ней робинзонам необходимо справиться с целым рядом стрессовых факторов, приложив для этого значительные как физические, так и психологические усилия, и далеко не всем участникам это было под силу.

Через каждые три дня на остров прибывала смотровая группа в составе врача, психолога, физиолога, представителя судейской бригады, которая контролировала общее психическое и физическое состояние участника, а также выполнение условий проживания.

Оказавшись на островах, участники попадали под воздействие целого ряда стрессовых факторов, как внешней среды, так и внутренних субъективных, которые, несмотря на игровую ситуацию, действовали вполне реально. По отчетам робинзонов, к ним относятся отсутствие привычной пищи; острая нехватка еды, приводящая к голоду; постоянная забота и деятельность по добыче пропитания: рыбалка, поиск съедобных растений, ягод, грибов; постоянная тяжелая физическая работа, в основном голыми руками, в виде строительства и ремонта убежищ, заготовки дров; отсутствие полноценного сна как из-за необходимости поддерживать огонь, так и из-за холода, ветра, сырости, комаров, белых карельских ночей; одиночество, недовольство собой или раздражение на напарника; информационная депривация (смотровые группы во время контрольных осмотров не давали никакой информации о прохождении конкурса, о событиях в стране и т. д.). На средних и финишных сроках добавлялись хроническая физическая усталость, боль и ломота в теле, монотония. скука, злость на приезжающих исследователей, негативное отношение к проведению диагностических процедур, медленное течение времени, томительное ожидание момента снятия с острова, поскольку и время высадки, и время снятия робинзоны знали примерно — в пределах трех дней.

Все перечисленные факторы действовали не изолированно, а совместно, интегрируясь в целостный комплекс с одним или несколькими наиболее значимыми для каждого конкретного участника ведущими радикалами. Например, для одних наиболее значимым и тяжелым был

голод, для других — физическая усталость, для третьих — недостаток сна, для четвертых— одиночество, скука. Все эти факторы, оказывая воздействие на организм и психику, приводили к заметным изменениям психофизического состояния, регистрируемым при обследованиях.

В беседах робинзоны отмечали у себя навязчивые мысли, приступы непонятного страха, панические агарофобические, клаустрофобические и сенестопатические реакции, кошмарные сновидения, кратковременные слуховые и зрительные галлюцинаторные феномены, деперсонализационные и дереализационные явления. Многое из перечисленного с полным правом можно отнести к псевдопсихопатологическим состояниям, возникающим в ситуации острого напряжения адаптационных механизмов (Лебедев, 1989). Разумеется, данные реакции наблюдались не у всех, и степень выраженности и продолжительность их была различной у разных испытуемых. Развитие подобных состояний чаще всего приводило к решению прекратить конкурс или к необдуманным импульсивным опасным действиям, которые не могли объяснить сами робинзоны. Например, на «Робинзонаде» 1995 г. одна участница в сильный ветер при температуре воздуха, следовательно, и воды не выше +8 градусов Цельсия пустилась вплавь за дрейфующей вдоль острова пустой лодкой. В 1996 г. участник ночью покинул остров на самодельном малопригодном для этой цели плоту, хотя мог дать сигнальную ракету для вызова спасателей. В 1997-м робинзонка переплыла ночью на соседний остров в гости к робинзону. зная о запрете правилами техники безопасности купания в глубоких местах.

Подобные состояния приводили некоторых участников к потере осторожности при обращении с колюще-режущим инструментом, с огнем; при передвижениях по острову, что провоцировало травмы, ожоги, повреждения одежды и жилища. При этом подобные состояния возникали в обеих группах: у победителей и у сошедших с дистанции. У победителей — даже чаще в силу их более долгого пребывания на острове. Но первые находили в себе ресурсы преодолевать негативные переживания, а вторые прерывали свое участие в конкурсе.

Мы проводили исследование на «Робинзонадах» 1995-1999 гг. В экспериментально-психологическом исследовании принимали участие 93 робинзона: лица обоего пола старше 15 лет, 62 мужчины и 31 женщина.

Для решения поставленных задач был отобран следующий банк тестов и методов. Для диагностики индивидуально-типологических особенностей использовали «Опросник структуры темперамента» (ОСТ). Для диагностики личностных особенностей — Фрайбургский личностный опросник (FPI).

Для исследования структуры приспособительного поведения использовали опросник копинг-механизмов Н. Хайма, опросник механизмов психологической защиты Р. Плутчека.

В исследовании также была использована модифицированная проективная рисуночная методика, в основе ее лежали идеи Г. Рида, который установил эмпирическое соотношение между психологическими типами, предложенными К. Юнгом, и типами рисунков человека.

Для исследования мотивации робинзонам предлагали анкету с инструкцией: «Перечислите не менее трех причин вашего участия в робинзонаде».

Для диагностики актуальных эмоциональных состояний и динамических психофизиологических характеристик человека использовали опросник Ч. Спилбергера—Ю. Ханина, тест М. Люшера в интерпретации Ю. Филимонова и В. Тимофеева, для обработки цветового выбора использовали математический метод, предложенный Г. А. Аминовым.

Для диагностики актуального состояния применяли методику Н. А. Курганского, представляющую собой модификацию известной методики САН.

Наше исследование проводилось совместно с группой физиологов Карельского государственного педагогического университета под руководством кандидата биологических наук В. Шкулева. К совместно полученным физиологическим данным относятся: динамика веса, частота сердечных сокращений, показатели теппинг-теста, динамометрии кистей рук. проб Генча—Штанге. Перечисленные физиологические параметры позволяют констатировать степень выраженности стрессового состояния организма.

Кроме перечисленных методов использованы приемы клинической беседы, неструктурированные интервью для выявления основных трудностей в процессе прохождения конкурса, способов их преодоления, причин выхода из конкурса, динамики мыслей, поведения, чувств, переживаний.

Математическая обработка данных осуществлена в лаборатории математических методов исследования Карельского научного центра под руководством к. ф.-м. н. В. П. Харина. Использовались методы многомерной статистики: факторный анализ по методу главных компонент; регрессионный и дискриминационный анализ; коэффициент ранговой корреляции Спирмена и критерий хи-квадрат.

Последовательность эксперимента

Прибывшие на конкурс участники обследовались с помощью ОСТа, FPI, опросника Хайма, «ИЖС», рисуночной методики, анкеты мотивов, теста Люшера. теста личностной тревожности, после чего высаживались на острова. Один раз в три дня участники обследовались на предмет динамики актуального психического состояния с помощью теста Спилбергера на ситуационную тревожность, методики Курганского, теста Люшера, физиологических проб. Также один раз в три дня применялась рисуночная методика.

В результате проведения «Робинзонад» 1995—1999 гг. образовалось две группы:

1) группа победителей. 36 человек (24 мужчины, 13 женщин), средний возраст — 23,4 года;
2) группа сошедших, 56 человек (37 мужчин, 19 женщин), средний возраст — 22,8 года.

Далее было проведено сравнительное исследование групп с помощью математических методов обработки. Сравнивали «фоновые» показатели, то есть показатели, полученные до высадки на остров, а также результаты, характеризующие динамику актуальных состояний в процессе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Достоверность модели реальной экстремальной ситуации

Рассматривая показатели динамики физиологических проб, можно утверждать, что под воздействием стрессоров автономного существования на островах в системах организма происходят существенные сдвиги и колебания относительно фоновых показателей. Все использованные физиологические методики выявили напряжение гомеостатических и регуляторных систем организма, что указывает на наличие выраженного стрессового состояния, для преодоления которого требовалось сильное напряжение физиологических адаптационных систем робинзонов. Показатели психоэмоциональных состояний также демонстрируют достоверные сдвиги в сторону повышения нервно-психического напряжения, приближаются к крайним значениям шкальных оценок используемых методик, особенно с первого по четвертый дни нахождения на острове. При этом психологические изменения во всех случаях опережали физиологические, пик которых в основном приходился на 5—6-й день, что еще раз подтверждает известный факт о большей динамичности и скорости трансформации психической сферы в сравнении с физиологической.

Особенности психического статуса, поведения и переживаний участников конкурса также говорят об их остром, часто критическом психоэмоциональном состоянии, преодоление которого потребовало больших волевых и мотивационных усилий и затрат личностной энергии. Все перечисленные факторы, интегрируясь в единый стрессогенный комплекс, создавали для многих робинзонов непереносимые условия существования, преодолеть которые оказалось невозможным для 60% участников.

За несколько лет проведения робинзонады была установлена закономерность выбывания с островов. Выбывание начинается с первых суток. В течение трех дней выбывает 10%, с третьего по шестой день— 45%, с шестого по девятый— 5%, после девятого дня выбывших не наблюдалось.

Есть все основания полагать, что условия робинзонады, резко отличаясь от обычных, привычных, повседневных, предъявляют к участнику требования, приводящие к высокому напряжению физических и психических сил. То есть, несмотря на то что ситуация является искусственной и подконтрольной, ее вполне можно рассматривать как *достоверную модель реальной экстремальной ситуации*. Следовательно, выводы, сделанные на основе психологических исследований, полученных в процессе робинзонады, могут считаться вполне достоверными и могут быть экстраполированы на другие экстремальные ситуации, с которыми человек сталкивается в жизни.

Особенности психологической организации победителей и сошедших

Корреляционный анализ исходного массива данных выявил существенные различия в количестве коэффициентов корреляции между группами победителей и сошедших. В группе победителей выявлено 49 значимых коэффициентов корреляции, в группе сошедших — 16. При этом если учесть, что группа победителей составляет 36 человек, а группа сошедших — 56, а группы практически не различаются по возрасту и половому составу, то полученные данные несут в себе информацию, заслуживающую внимания. На их основе можно предположить, что нервно-психическая организация победителей гораздо более богата, разнообразна и обладает большей разветвленностью, нежели у сошедших, и, возможно, в силу этого изначально предрасположена к более эффективному функционированию вообще и в экстремальных ситуациях в частности. Возможно, большее разнообразие связей между психологическими переменными предполагает большую гибкость и динамическое взаимодействие интрапсихических констелляций.

В пользу этого предположения говорит и тот факт, что мы не обнаружили у победителей ни одного значимого коэффициента корреляции между количеством проведенных на острове дней и всеми исследуемыми психологическими параметрами. У сошедших же такие связи были установлены. Количество проведенных на острове дней положительно коррелировало с социальным темпом, шкалой маскулизма-феминизма, отрицательно — с эмоциональным дисбалансом и общим темпом. Наличие у сошедших связей конкретных параметров с результативностью может указывать на более жесткую и однозначную структуру их нервно-психической организации, чем у победителей.

В контексте нашего исследования выявленные различия можно интерпретировать как наличие базы для формирования адаптационных состояний личности (Кемкин, 1983). В литературе выделяются два адаптационных состояния. Первое — состояние адекватной мобилизации.

второе — состояние динамического рассогласования. Первое повышает адаптационные возможности человека, а второе снижает их. Механизмом, повышающим адаптационные возможности личности в критические моменты жизни, оказывается объединение в общую систему функционирования физиологических, психофизиологических и психологических показателей, высокая согласованность различных уровней проявлений психики. При этом после прохождения или разрешения кризисной ситуации происходит рассогласование параметров и усиление их автономности до прежних значений.

Состояние динамического рассогласования, наоборот, характеризуется ослаблением, рассогласованием многих или всех элементов адаптационного потенциала относительно их стабильного уровня с длительным эффектом последействия по окончании или прохождении стрессогенной ситуации (Медведев, Алдашева, 2001).

Разумеется, что подобные перестройки психической организации могут осуществляться только на какой-либо базе. Такой базой могут выступать степень интрапсихических взаимодействий и количество связей между различными психологическими и психофизиологическими параметрами, что находит отражение в количестве корреляционных связей. То есть большее количество взаимосвязей предполагает большую возможность объединения, интеграции в единый комплекс, экстренную мобилизацию в случае необходимости и способствует эффективному адаптационному ответу на требование ситуации. Меньшее количество связей соответственно предполагает меньшую мобилизационную возможность «по сигналу тревоги».

Таким образом, полученные нами различия в количестве корреляционных взаимосвязей между победителями и сошедшими можно интерпретировать как предрасположенность первых к развитию состояний адекватной мобилизации, являющейся предпосылкой адаптации, и предрасположенность вторых к развитию состояний динамического рассогласования, являющегося предпосылкой дезадаптации.

Факторный анализ исходных корреляционных матриц выявил 11 факторов в каждой группе. В силу большого разброса данных основная информация представлена в первых пяти факторах, которые описывают 64,5% общей дисперсии переменных в группе победителей и 70,2% в группе сошедших.

В первый фактор группы победителей, описывающий 16,6% общей дисперсии, вошли 11 переменных. Рассмотрев содержательную сторону этого фактора, мы установили, что в нем в основном собраны параметры, относящиеся к формально-динамическим характеристикам личности, диагностируемым с помощью «Опросника структуры темперамента» и только два параметра — шкалы общительности и экстраверсии — из

Фрайбургского личностного опросника. При этом из параметров ОСТа 5 относятся к коммуникативному аспекту, а 3 — к интегральным индексам, в которые коммуникативные аспекты входят составной частью. Шкалы FPI тоже характеризуют коммуникативную сферу личности. Поэтому данный фактор можно назвать *фактором социальной активности.*

Во второй фактор, описывающий 15,3% дисперсии, вошли 10 переменных. В нем собраны параметры, характеризующие эмоциональную сферу личности, представлены характеристики, отражающие силу и типы эмоционального реагирования, а также динамику протекания эмоциональных состояний. Этот фактор можно назвать *эмоционально-динамическим.*

В третий фактор, описывающий 11,3% общей дисперсии, вошли 7 переменных. Он вобрал в себя все параметры ОСТа, относящиеся к предметному аспекту темперамента. Его можно назвать *предметно-активностным.*

В четвертый фактор, описывающий 10,7% общей дисперсии, вошли 5 переменных, *в пятый фактор* (10,6% общей дисперсии) также вошли 5 переменных.

В четвертом и пятом факторах поровну представлены параметры, вычисляемые на основе цветового ряда Люшера и отражающие психофизиологические особенности и состояния, производные от уровня активности вегетативной нервной системы. Оба эти фактора можно назвать *физиологическими.*

В первый фактор группы сошедших, описывающий 17% общей дисперсии, вошли 11 переменных. В нем собраны эмоциональные характеристики человека, которые у победителей представлены во втором факторе.

Во второй фактор, описывающий 16,9% дисперсии, вошли 8 переменных. Он вобрал в себя параметры, представленные в первом факторе победителей, то есть параметры социальной активности, добавив к ней только шкалу реактивной агрессивности.

В третий фактор, описывающий 13% дисперсии, вошли 5 переменных. Он представлен физиологическими параметрами цветового ряда Люшера.

В четвертый фактор, описывающий 12,9% дисперсии, вошли 5 переменных. Аналогично третьему фактору победителей он собран из предметно-активностных характеристик.

В пятый фактор, описывающий 10,4% дисперсии, вошли 4 переменных — параметры теста Люшера.

Таким образом, факторно-аналитическая структура у победителей и сошедших имеет много общего. Можно сказать, что по смыслу факторы идентичны друг другу. Разница лишь в их иерархии. У победителей на первом месте — фактор социальной активности, на втором — эмоционально-динамический, на третьем — предметно-активностный, на

четвертом и пятом — физиологические. У сошедших: на первом — эмоционально-динамический, на втором — социально-активностный, на третьем — физиологический, на четвертом — предметно-активностный и на пятом — физиологический. Так что мы установили преобладание активности над эмоциональностью в группе победителей и доминирование эмоциональности над активностью в группе сошедших.

Принимая во внимание, что эмоции и эмоциональность — феномен психофизиологический, напрашивается вывод о том, что в психологической организации сошедших физиологические компоненты играют более важную роль, чем в психологической организации победителей. У последних же более важная роль отводится активности. Активность, в первую очередь социальная, предполагает ориентацию на внешний мир, что, в свою очередь, вызывает потребность в контактах с миром в различных формах, реализуемую через действия с объектами этого мира.

Доминирование эмоциональности предполагает ориентацию на внутреннее состояние, так как любые эмоции проявляются только в физиологических состояниях, которые характеризуются определенными комплексами физических ощущений.

Следуя данной логике, можно интерпретировать полученные различия в русле теории Ю. Куля о существовании в психологической сфере человека двух мотивационных директив: «ориентации на действие» и «ориентации на состояние» (Васильев, Магомед-Эминов, 1991). *Ориентация на действие* (ОД) направлена на побуждение всех когнитивных и соответствующих поведению шагов, необходимых для того, чтобы сделать актуальное намерение зрелым для решения и исполнения. *Ориентация на состояние* (ОС) направлена на анализ текущего внешнего или внутреннего состояния. ОД-директива характеризуется экономной переработкой информации, способствует возникновению эмоций, облегчающих нужное действие, и уменьшает влияние эмоций, мешающих действию. ОС-директива отличается взвешиванием альтернатив «за» и «против», что тормозит начало деятельности; чрезмерным центрированием внимания на цели, что приводит к нарушению контроля за выполнением действии; фиксированием внимания на эмоциональных последствиях неуспеха; облегчает пробуждение эмоций, мешающих действию. В этом случае победители относятся к субъектам, ориентированным на действие, а сошедшие — к ориентированным на состояние. Согласно литературным данным, в экстремальных ситуациях ОД-директива способствует успешной адаптации, а ОС-директива предопределяет развитие дезадаптации.

Соотношение активности и эмоциональности в контексте проблемы нашего исследования можно раскрыть и с другой стороны. По мнению К. А. Абульхановой-Славской (1991), психологическое содержание структуры активности человека включает в себя притязания, связанные

с достижениями. Между притязаниями и достижениями как начальным и конечным моментами деятельности находится процесс и способ осуществления этой деятельности — процесс саморегуляции, входящей в структуру активности человека как психологический феномен: «большей активности соответствует большее развитие саморегуляции». Эта зависимость вполне понятна: без способности к регуляции собственных действий, соотнесения их с действиями других объектов и явлений окружающего мира нормальное психологическое, да и физическое, существование человека вряд ли возможно.

Возвращаясь к нашим результатам, в которых установлено доминирование активности в группе победителей и эмоциональности — в группе сошедших, можно утверждать, что победители обладают гораздо большей способностью к саморегуляции, которая, несмотря на хорошо развитую эмоциональность, определяет их эмоциональную устойчивость, в отличие от сошедших, эмоциональность которых не компенсируется саморегуляцией, развитой способностью регулировать собственное поведение, превращается в эмоциональную неустойчивость, — качество, определяющее развитие дезадаптации в экстремальных ситуациях. Тот факт, что эмоциональная устойчивость как свойство личности часто является решающим фактором для успешной адаптации, признается всеми исследователями, касающимися этого вопроса.

Здесь следует подчеркнуть различия между *эмоциональностью* как таковой и *эмоциональной устойчивостью,* поскольку иногда эти понятия используют как синонимы. Высокоразвитая эмоциональность трактуется как эмоциональная неустойчивость и наоборот. Эмоциональность как психодинамическая характеристика сама по себе не определяет устойчивость или неустойчивость личности. Последнее качество относится к особенностям личности, то есть к другому уровню психической организации человека. Оно формируется на основе воспитания в процессе социализации человека по мере развития сознания и регуляторных функций психики.

Наши рассуждения могут быть подтверждены идеями Л. Аболина (1998) и Н. Даниловой (1992) об эмоциональной и неэмоциональной активации.

В своих работах эти авторы отстаивают мнение, что, вопреки распространенному убеждению о дезорганизующем влиянии эмоций на деятельность, это не всегда так. И даже наоборот: высокая эмоциональность в сочетании с высоким уровнем саморегуляции, самопониманием и способностью контроля над ситуацией оказывают весьма положительное влияние на результативность любой деятельности, в том числе протекающей в экстремальных условиях. На нейрофизиологическом уровне это проявляется в совместной интегративной работе двух систем активации

мозга — неэмоциональной, что определяет общую активность субъекта, и эмоциональной, определяющей цели его деятельности. Как утверждает Л. Аболин: «Цель только тогда как закон определяет деятельность и поведение, когда она принята эмоционально».

Особенности мотивационной сферы робинзонов

Выводы, вытекающие из математико-статистической обработки исследуемых переменных, согласуются с результатами анализа мотивации участников робинзонады.

В процессе обработки мотивационных анкет путем объединения близких по смыслу высказываний мы получили четыре группы мотивов участия в конкурсе: социально направленные, коммуникативно-познавательные, эго-направленные и демонстративные.

Были установлены различия между двумя группами в содержании мотивационных полей. У сошедших отсутствуют социально направленные мотивы, а у победителей, в отличие от сошедших, отсутствуют демонстративные. При этом у победителей в общей иерархии доминируют коммуникативно-познавательные, а у сошедших— эго-направленные. Обращает на себя внимание то, что эго-направленный мотив «испытания себя» у победителей в общей иерархии стоит на последнем месте, а у сошедших — на первом. Исключение составляет коммуникативно-познавательный мотив интереса ко всем необычным мероприятиям: в обеих группах он вынесен на второе место. Но. по-видимому, данный интерес в мотивационных полях победителей и сошедших наделяется разным смыслом и оказывает различное влияние на организацию поведения.

Социально направленные мотивы группы победителей, отсутствующие у сошедших, предполагают направленность на нечто вне себя. Адаптивный смысл такой направленности подчеркивал еще А. Маслоу в своей теории самоактуализации и самоактуализирующейся личности (1997). Самоактуализация, по А. Маслоу, есть способность максимально реализовывать в жизни собственный внутренний потенциал. Процесс же самоактуализации как таковой подразумевает полное нервно-психическое и физическое здоровье человека. Описывая изученных им людей, которые могут быть определены как самоактуализирующиеся личности, Маслоу отмечал, что им, как и всем людям, свойственны тревожность, сомнения, чувство вины, конфликты, печаль и другие подобные переживания, но все они без исключения были вовлечены в дело, выходящее за пределы их эгоистических интересов, были вовлечены в нечто вне себя.

С описаниями Маслоу согласуются клинические наблюдения отечественных ученых за поведением и деятельностью людей во время стихийных бедствий и массовых катастроф. Так, например. Л. Анциферова

(1994). описывая людей, сохраняющих присутствие духа в тяжелейшие экстремальные моменты, отмечает, что таким людям в первую очередь свойственна направленность на помощь другим, на преобразование ситуации; их отличает принятие на себя руководства и ответственности за других, то есть проявляется направленность на нечто вне себя. Эта направленность позволяла сохранять на высоком уровне умственную и физическую работоспособность и, соответственно, психическое и физическое здоровье. Ранее это подчеркивал В. Франкл. изучавший «изнутри» поведение заключенных в концлагере.

Таким образом, обнаруженная нами у победителей социально направленная мотивация, которую А. Маслоу определил как мотивацию бытия, представляет собой механизм успешной адаптации в экстремальных условиях существования. Доминирование эго-направленной мотивации (по А. Маслоу— дефицитарная мотивация, служащая для ликвидации внутреннего психологического дефицита) в группе сошедших предопределяет развитие дезадаптации в экстремальных условиях. Наличие в мотивационном поле сошедших демонстративных мотивов наводит на мысль о существовании, по крайней мере у некоторых, внутренней неудовлетворенности собой или чувства неполноценности. Об этих переживаниях говорит и тот факт, что мотив самоиспытания у сошедших стоит на первом месте, а у победителей — на последнем. Возможно, для преодоления внутренних негативных чувств и они и приняли решение участвовать в конкурсе на выживание. Это решение можно определить, по К. Хорни (1992), как частный случай «невротического решения», истоки которого кроются в неосознаваемом или слабо осознаваемом хроническом нервно-психическом напряжении и целью которого является стремление к достижениям, к славе, что помогает на какое-то время время заглушить внутренний конфликт и обрести непродолжительное душевное спокойствие. Но подобный подход вряд ли способствует успешной адаптации в действительно экстремальных условиях существования.

Предпочитаемые копинг-механизмы и механизмы психологической защиты

В целом представители отдельных групп указали широкий спектр копинг-механизмов. Поведенческим способам совладания с трудными жизненными ситуациями отдали предпочтение 32,6% победителей и 28,7% сошедших. Когнитивным способам— 48,3% и 49,2% соответственно, эмоциональным— 19,1% и 22,1%. В поведенческой сфере победители значительно чаще, чем сошедшие, предпочитают конструктивные способы: «сотрудничество» и «конструктивную активность». Их выбрали

18% и 29% победителей, в то время как в группе сошедших им отдали предпочтение 7% и 17% ($p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно). По предпочтению условно-конструктивных поведенческих копинг-механизмов победители также превосходят сошедших: «отвлечение», «альтруизм», «обращение» предпочитаются ими чаще, чем сошедшими, но различия по этим результатам недостоверны. Напротив, по предпочтениям неконструктивных способов преодоления трудностей, таких как «активное избегание» и «компенсация», сошедшие незначительно превосходят победителей. Исключение составляет неконструктивное «отступление»: его выбрали 26% победителей и 21% сошедших.

В когнитивной сфере по выбору конструктивных механизмов, таких как «сохранение самообладания», «установка собственной ценности», «придача смысла», победители *опять-таки* достоверно превосходят сошедших ($p < 0,05$).

Конструктивный копинг-механизм «проблемный анализ» предпочитается в обеих группах одинаково. В выборе условно-конструктивного способа «диссимуляция» победители также превосходят сошедших — 44% и 33% — соответственно. «Относительность» в обеих группах представлена поровну— по 21%. Неконструктивные способы совладания с трудностями, такие как «игнорирование» и «религиозность», сошедшие достоверно используют чаще победителей. «Игнорирование» указали 31% сошедших и 21% победителей, «религиозность» — 24% и 12% соответственно. Исключение составило «смирение» — его достоверно предпочли победители— 12% против 5%.

Эмоциональная сфера оказалась самой невостребованной: из восьми возможных копинг-механизмов испытуемые выбрали только четыре. Конструктивный «оптимизм» представлен почти одинаково с перевесом у победителей: 74% и 64%. «Подавление эмоций» незначительно преобладает у сошедших: 26% и 24%. Крайне неконструктивное «самообвинение» значимо предпочитается сошедшими: его выбрали 17% сошедших и 3% победителей ($p < 0,01$). «Покорность» предпочли только победители — ее назвали 3% респондентов данной группы. Таким образом, победители изначально превосходят сошедших по выбору конструктивных и условно-конструктивных способов совладания с жизненными трудностями, в первую очередь в когнитивной и поведенческой сферах, в то время как сошедшие отдают предпочтение неконструктивным способам поведения, мышления и эмоционального реагирования в сложных ситуациях.

Исследование механизмов психологической защиты, используемых победителями и сошедшими, в первую очередь показывает, что степень выраженности всех защитных механизмов у представителей обеих групп выше средних значений, полученных авторами методики, что, по мнению авторов, отражает повышенную «степень напряженности защиты».

Сошедшие в шести случаях из восьми набрали большее количество баллов по выраженности защитных механизмов, чем победители. Исключение составляет «отрицание», которое выше у победителей, и «замещение» — механизм, занявший в обеих группах последнее место. На первом месте в обеих группах механизм «интеллектуализация». Этот факт интересен тем, что совпадает с данными по исследованию копинг-механизмов, где когнитивные способы совладания значимо предпочитались всем остальным в обеих группах. Статистически достоверные различия по используемым защитным механизмам в разных группах выявлены по «реактивным образованиям» и «регрессии». По предпочтению этих механизмов сошедшие достоверно превосходят победителей ($p < 0,05$). Данные механизмы полярны по своему содержанию. Можно предположить, что сошедшим присуще наличие некоего конфликтного взаимодействия бессознательных тенденций. Таким образом, анализ предпочитаемых защитных механизмов позволяет заключить, что наиболее значимыми факторами в плане развития дезадаптивных состояний могут выступать высокая степень напряженности защиты, большая выраженность таких механизмов, как «регрессия» и «реактивные образования», а также большая выраженность защитных механизмов, противоположных по содержанию.

Интрапсихические стратегии адаптации и дезадаптации

Рассматривая личностную типологию участников конкурса, мы не установили четкой связи какого-нибудь личностного типа с успешной адаптацией или дезадаптацией в условиях робинзонады.

На основании выявленных тенденций можно сделать предположение, что если пары составляются по принципу дополнительности, то это оказывается более благоприятной предпосылкой для эффективной адаптации пары как «целостной единицы», и если в человеке совмещаются разные типы (то есть он обладает свойствами как экстраверта, так и интроверта), то это тоже может служить благоприятной предпосылкой. Но эти тенденции не дают оснований корректно связывать какой-либо тип личности с успешностью деятельности в экстремальных условиях.

Наибольшее количество важной информации мы почерпнули из анализа комментариев к рисункам.

Сопоставив комментарии разных выделенных типов и групп, мы установили, что, независимо от типологии, всех победителей отличает проявляющееся в комментариях к рисунку достаточно адекватное восприятие себя, своих сил, возможностей, отражение в сознании всех сложностей ситуации, опасностей и соотнесение с ними имеющихся собственных ресурсов. Их отличает также большая нюансированность собственных чувств, ощущений, состояний, переживаний, сочетающаяся

со спокойной, сдержанной надеждой на успех, готовностью к трудностям и пониманием предстоящих задач. В комментариях экстравертов присутствует очень большое количество разнообразных ассоциаций себя с чем-либо: с природой, окружающей средой, предметами, явлениями и т. п., а также шутки и юмор. А в комментариях интровертов звучат погруженность в теоретизирование, философствование, размышления о смысле жизни, а также размышления о себе в третьем лице.

Оба этих момента очень напоминают известный во многих психотерапевтических школах и духовных практиках прием снижения нервно-психического напряжения, основанный на принципе трансцендентности, то есть способности выходить за пределы самого себя (Франкл, 1990). Этот прием встречается под разными названиями: дистанцирование, диссоциация, дифлексия, медитация на внешних и внутренних зонах и др. Можно предположить, что победители, вне зависимости от типологии личности, обладают внутренним механизмом дистанцирования от текущей ситуации, что помогает им создать полный всесторонний образ окружающей обстановки и себя в ней, позволяет отслеживать и понимать свои чувства, мысли, переживания и выстраивать адекватное поведение согласно требованиям текущей ситуации.

В отличие от победителей, в комментариях и высказываниях сошедших очень четко звучат идеи о собственных силах, возможностях, ресурсах, уверенность в том, что они пройдут до конца; при этом все эти высказывания носят восторженный характер и часто используются превосходные степени в описании собственных ощущений, переживаний, окружающей обстановки. Они практически не упоминают негативных переживаний, сомнений, трудностей ситуации, то есть «все хорошо, все здорово и превосходно», несмотря на то что условия существования психологически и физически сложны объективно, особенно на этапе входа. При этом у экстравертов часто звучит ориентация на мнения других людей, а у интровертов — идеи «свободы» и сухие описания собственных мыслей по поводу происходящего с ними. У сошедших наблюдается «вытеснение» из сознания всей информации с негативным знаком и «перцептивное искажение», то есть игнорирование некоторых сторон реальной обстановки. Эти два защитных механизма хорошо известны и описаны в психологической литературе (З. Фрейд, К. Хорни). Они приводят к весьма бедному одностороннему восприятию ситуации и носят характер самообмана.

Сама работа по перцептивному искажению ситуации, вытеснению неприемлемой информации и удержание вытесненного и искаженного материала за гранью сознания требует значительного количества «психической» энергии, что приводит к быстрому истощению сначала душевных, а затем и физических сил, кризису, который сопровождается «прорывом в сознание» всей негативной информации, что в комментариях проявляется

сменой восторга тоской, унынием, ностальгией по дому и комфорту, дезорганизацией поведения, деятельности, прекращением борьбы. Далее можно наблюдать действие одного из законов бессознательного, описанного К. Хорни: «Вытесненное с необходимостью проецируется вовне». Это проявляется в том, что свой выход из конкурса сошедшие объясняют самыми различными внешними причинами. Даже в случаях очевидной собственной безалаберности — например, нежелания строить себе убежище, запасать дрова, брать с собой теплую одежду, следить за костром и т. п. — выход с острова объяснялся особенностями карельского климата или местности, внезапно возникшей необходимостью поехать домой отдать ключи от квартиры бабушке, немедленно оформиться на работу, помириться с родителями, купить билеты на поезд. При этом авторы подобных объяснений не замечали их некоторой абсурдности и несуразности, считая их вполне разумными, обоснованными и достоверными.

Итак, в попытке адаптироваться в стрессовых ситуациях победители и сошедшие пользуются различными психологическими стратегиями. Первые используют стратегию, которую можно условно назвать «активное преодоление», в основе которой лежат механизмы «трансцендентности» и «активного дистанцирования»; вторые — стратегию «пассивного избегания», где ведущими моментами выступают «вытеснение» и «перцептивное искажение», представляющие собой психологические механизмы развития дезадаптации.

Таким образом, сравнительный анализ полярных групп — победителей и сошедших — позволил установить различия в особенностях психологической организации, мотивационной сферы, в структуре приспособительного поведения, используемых интрапсихических стратегий преодоления экстремальных ситуаций.

Психологическая организация победителей отличается большим количеством интрапсихических связей, большей гибкостью, вариативностью взаимодействий между психическими переменными и в связи с этим обладает большими потенциальными возможностями и может служить базой для развития в экстремальных ситуациях состояния адекватной мобилизации. Победителям свойственно преобладание активности над эмоциональностью, что проявляется в присущей этой группе внутренней директиве «ориентации на действие» в сочетании с высоким уровнем саморегуляции, которая, в свою очередь, определяет эмоциональную устойчивость. При попытках справиться со сложными жизненными ситуациями победители гораздо чаще пользуются конструктивными копинг-механизмами, чем неконструктивными. По сравнению с сошедшими, у победителей существенно меньше выражена бессознательная психологическая защита, и следовательно, они гораздо полнее осознают свои эмоции, мысли, желания, причины поведения. Непосредственно в процессе прохождения экстремальной ситуации

победители используют интрапсихическую стратегию «активного преодоления», которая образуется благодаря работе механизмов «трансценденции» и «активного дистанцирования», позволяя поддерживать на должном уровне эффективную деятельность, сохранять целенаправленность и адекватность поведения. Мотивационная сфера у победителей представлена социально направленной, коммуникативно-познавательной и эго-направленной мотивацией. Социально направленные и коммуникативно-познавательные мотивы, преобладая в общей иерархии, определяют путь вовне — на что-то вне себя. Данная мотивационная направленность изначально способствует адаптированности с сохранением психического и физического здоровья в критических ситуациях.

Для психологической организации сошедших характерно гораздо меньшее число интрапсихических взаимосвязей, большая жесткость и однозначность, чем у победителей, что служит базой для развития в экстремальных ситуациях состояния «динамического рассогласования».

Сошедшим с дистанции свойственно преобладание эмоциональности и физиологических образований над активностью, что выражается во внутренней директиве «ориентации на состояние» и пониженной способности к саморегуляции, а это определяет их выраженную эмоциональную неустойчивость. В сложных жизненных ситуациях они чаще прибегают к неконструктивным копинг-механизмам.

В сравнении с победителями у них гораздо больше выражена бессознательная психологическая защита. В процессе прохождения экстремальной ситуации сошедшие используют приводящую к дезадаптации интрапсихическую стратегию «пассивного избегания», состоящую из механизмов «вытеснения» и «перцептивного искажения реальности». Данная стратегия способствует быстрому истощению духовных и физических сил, дезорганизации деятельности и поведения. Мотивационная сфера у сошедших включает в себя эго-направленные, коммуникативно-познавательные и демонстративные мотивы. Доминирование эго-направленных мотивов и наличие демонстративных определяет общую мотивационную направленность на себя, на удовлетворение своих эгоистических побуждений. Такая направленность, по-видимому, не является однозначной предрасположенностью к дезадаптации в экстремальных условиях, но при этом никак не способствует успешной адаптации.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования позволяют предположить наличие у человека двух классов психологических механизмов: адаптационных и дезадаптационных (табл. 11). Функционирование первых дает развитие процессу адаптации, а вторых — процессу дезадаптации.

При этом обращает на себя внимание то, что дезадаптационные механизмы затруднительно объединить каким-либо общим основанием.

Таблица 11

Структура адаптационных и дезадаптационных механизмов человека

Адаптационные механизмы	Дезадаптационные механизмы
Состояние «адекватной мобилизации»	Состояние «динамического рассогласования»
Ориентация на действие	Ориентация на состояние
Мотивационная направленность «вовне»	Эго-направленная и демонстративная мотивация
Конструктивные копинг-механизмы	Неконструктивные копинг-механизмы
Интрапсихическая склонность к трансцендентности	Интрапсихическая склонность к вытеснению и искажению реальности

В то же время практически все адаптационные механизмы, несмотря на то что относятся к разным уровням психической организации человека, работают по единому принципу: направленности на нечто, находящееся за пределами ситуации «здесь и сейчас». Данный принцип можно назвать принципом «интернаправленности». Возможно, именно интернаправленность и обеспечивает общую неспецифическую адаптацию человека — вне зависимости от содержания конкретных ситуаций.

ПОТРЯСАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В одной буддийской притче говорится: «Если баран пропал оттого, что на дороге много развилок, то философы теряют жизнь оттого, что наука многогранна. Это не означает, что учения в корне различны, что корень у них не один. Но это показывает, как далеко расходятся его ветви. Чтобы не погибнуть и обрести утраченное, необходимо возвращение к общему корню, необходимо возвращение к единству».

Современные тенденции в психотерапии специалисты связывают с интегративными процессами, которые можно обнаружить во многих науках о человеке. Интеграция различных подходов может быть реальностью, а не декларацией, в том случае, если будет создано новое пространство, находящееся на более высоком логическом уровне. Это пространство нередко обнаруживают на ступенях метатеоретического уровня, в метанавыках психотерапевтов и т. п. Это неслучайно: представляется, что только на метауровне создаются условия для формирования общей системы взглядов. В этой связи представим концептуальную основу разрабатываемой нами универсальной модели «потрясающей

психотерапии» (ППТ). В какой-то степени положения потрясающей психотерапии являются описанием общей парадигмы психотерапии «новой волны». Обращение ППТ к сущностным характеристикам человека, к его «необходимым» связям и отношениям приближает ее к четвертой силе (первая — психодинамическая, вторая — поведенческая и третья — экзистенциально-гуманистическая) в психотерапии — трансперсональной. Эта модель исследования делает попытку изучать человека в единстве с миром, то есть в конкретных психических проявлениях человека обнаруживает сущность человека как таковую в ее целостности.

Если раньше человек стремился «лепить мир по своему образу и подобию», то в современном психотерапевтическом мировоззрении возникло осознание, что необходимо «лепить себя по образу и подобию мира»: не перестраивать мироздание под себя, а осознать себя в качестве одной из взаимозависящих составляющих в грандиозном и гениальном миропорядке. Это не означает, что человек должен быть пассивным созерцателем в процессе приспособления. Он активен, однако его активность должна быть направлена на встраивание себя в существующий мир таким образом, чтобы не нарушать хрупкого баланса естественного хода вещей. Активную роль человека в этом процессе не следует ни принижать, ни превозносить, а также не следует подменять понятие «взаимодействие» понятием «воздействие». Св. Феофан Затворник определял святого как человека, который не возвышается над внешним миром, а, напротив, увлекается им, живет в нем, как бы сорастворяется с ним. Не возвышается он также и над внутренним своим миром, но, так же как внешними вещами, увлекается и механизмом внутренних своих движений.

Традиционно каждое направление в психотерапии исходило из той или иной теории личности. ППТ делает акцент на феноменальной организации человека, ставит запредельные задачи в совершенствовании личности и тем самым разделяет трансперсональный подход в психотерапии. Столкнуться с «сущностью» человека можно только в универсуме, сама «сущность» человека исходно трансперсональна.

Трансперсональный опыт по своей сути означает преодоление границ Я, то есть это опыт, превосходящий личное. Таким образом, выход в метасистему может быть осуществлен через открытые двери бессознательного. В трансперсональном опыте меняется чувство Я как отдельной, изолированной единицы; Эго как центр сознания смещается в пространство, где обнаруживается «самость» как центр целостного человека (К. Юнг).

Трансперсональный опыт — это «перешагивание» семантических полей сознания, за границами которых отсутствует система знаков, описывающих переживание человека. Именно в этот момент человек

поднимается в своем восприятии над заложенными в него «призмами», через которые он видел иллюзорный мир.

Анализ потрясающих событий может осуществляться с помощью спирали жизненных потрясений, где испытуемый указывает возраст и событие, которое он относит к потрясениям с момента рождения до настоящего времени. Отдельное потрясение может анализироваться по нижеприведенной модели.

Ф.И.О._____

Пол_____Возраст_____Образование_____

АНАЛИЗ ПОТРЯСЕНИЙ

«Потрясение» — это подвиг в прямом значении этого слова. Совершить подвиг — это значит подняться выше уже осмысленных собственных возможностей.

«Потрясение» представляет собой поворотные моменты в жизни человека, в его мировосприятии, когда формируется новый взгляд на действительность. Это событие связано с пересмотром человеком иерархии собственных ценностей, обретением им нового места в жизни, новых жизненных ориентиров.

1. Ясно вспомните какое-либо «потрясение» из Вашей жизни.
2. Что спровоцировало это переживание? Что было уникальным в ситуации, в которой произошло «потрясение»?
3. Что Вы чувствовали? Был ли этот комплекс переживаний отличным от того, что Вы чувствуете обычно, — эмоционально, физически, интеллектуально?
4. Как долго длилось переживание?
5. Каковы были изменения в Вашем видении окружающего мира, и/или Ваших отношениях с другими, и/или с самим собой после «потрясения»? (Показался ли Вам мир вокруг иным? Показались ли люди вокруг Вас иными? Показались ли Вы себе иной (иным)?)

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОТРЯСАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

«За счастьем человек бежит, а оно у него пол ногами лежит»

«В поиске радости и счастья человек бежит прочь от самого себя, хотя в действительности реальный источник радости находится в нем самом» (Шри Матаджи Нирмала Деви).

Опыт показывает, что сложным самоорганизующимся системам, а к таковым непременно относится человек, неэкологично навязывать пути развития. Потрясающая психотерапия уважительно способствует тенденциям уникального развития индивидуума, создает условия для продвижения, задействуя и используя его собственные ресурсы. В нашем понимании ресурс — это адаптационная способность психики человека во много раз усиливать интенсивность своей деятельности по сравнению с состояниями относительного покоя.

В прошлом (в некоторых случаях и в настоящем) психотерапевтический процесс базировался на управлении, ведении клиента к «светлому будущему»; полагалось, что психотерапевту всегда доподлинно известно, что именно клиенту нужно и что для него лучше. В потрясающей психотерапии указанный процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности клиента. Клиент приходит с проблемой и приносит с собой знание о том, как ее решить. На самом деле он всегда знает все, что ему нужно знать, и имеет все, что ему нужно иметь. Его в данном случае необходимо лишь подтолкнуть к осознанию этого факта, помочь актуализировать это знание, сформулировать и оформить его в решение. Человек в конечном счете является центром собственной вселенной, творцом собственных событий. Клиент сам делает выборы и несет ответственность за них. При полном доверии к себе он делает наилучший для себя выбор. Каждая проблема указывает на способ ее решения, в каждой проблеме заложены некоторые векторные характеристики ее преодоления. Создать доступ к внутренним «скрижалям» и есть основная задача потрясающей психотерапии. Сам человек — исключительная причина своего совершенствования. Платон считал, что знания — это процесс припоминания или извлечения из глубин подсознания того, что там уже заложено.

Замечательной метафорой на сей счет является одна буддийская притча. Жил-был очень бедный человек. Встретил его как-то Будда и решил помочь бедному. Положил ему незаметно в карман драгоценную жемчужину: вырученные деньги от продажи ее могли кормить человека не один десяток лет. Однако человек продолжал жить в бедности, не зная, что в глубоком кармане его хранится драгоценность. Так и умер в бедности.

Как ни странно, но в подавленном состоянии могут пребывать не только сексуальные потребности (как считал З. Фрейд), ненависть, злость и другие отрицательные эмоции, но и большие чувства, такие как любовь, доброта и т. д.

«Убрать все препятствия с пути личности, как вы убираете камни, мешающие ростку цветка, давая ему естественно тянуться к солнцу» — так определял в свое время задачу психотерапии А. Адлер.

Таким образом, главная цель, по-видимому, любой психотерапии — саморазвитие. Индивидуум должен развить себя в то, чем он является на самом деле, то есть стать адекватным своей внутренней сущности.

Путь здоровья — в гармонии смысла жизни и жизненных целей

В парадигме потрясающей психотерапии здоровье рассматривается в качестве условий, особого рода инструмента, средства для достижения высоких целей, которые связываются с поиском истины, смысла жизни, с самопознанием. Если человек ставит цели на пути к достижению смысла жизни, то и достигает их с меньшими усилиями, как бы органично самому процессу движения по жизни. Человек не жестко следует «предписанному» ему пути, а совершает блуждание по полю возможного и выходит в результате этих блужданий на один из этих путей. Случайности, малые флуктуации, стрессы могут сбить человека с истинного пути, отбросить на «обочину», привести к сложным блужданиям по полю путей развития. Выход на «обочину», возможно, тоже путь, но связанный с более сильным напряжением, которое организм может не выдержать, — тогда за этот выбор надо будет платить здоровьем.

Цель — это нечто принципиально достижимое в жизни.

Смысл жизни— нечто постоянно настигаемое, но никогда принципиально не достижимое в жизни. С психотерапевтических позиций, смысл жизни есть, метафорически выражаясь, движение за горизонт.

Потрясающая психотерапия стремится к совмещению тактических целей со стратегическими — предназначением человека, его миссией на этой Земле.

«Самый темный час бывает перед восходом зари»

Хаос на микроуровне может породить космос на макроуровне. Хаос, который воспринимается людьми как деструктивное начало мира, на самом деле может выступать и выступает в качестве созидающего начала, конструктивного механизма эволюции природы и, в частности, — онтогенетического развития человека. Через хаос осуществляется связь разных уровней организации и формируется качественно новая организация. Потрясающая психотерапия через моделирование хаоса активизирует адаптационные механизмы человека, перед которыми стоит задача изменения функций и структуры личности человека. Можно сказать, что устойчивость психики клиента вырастает из неустойчивости, она— результат неустойчивости. Стадии устойчивости и неустойчивости, оформления структур и их разрушения сменяют друг друга. Система становится неустойчивой всякий раз, когда человек делает выбор дальнейшего пути развития. Любая психологическая трудность на пути движения человека запускает механизм неустойчивости.

У психически здорового человека хаос держится в определенной форме и определенных границах. У психически нездоровых нет устойчивости неустойчивого. Для сложной самоорганизующейся системы не может быть статичного гомеостаза, он может быть только динамичным (осциллирующим, колебательным), ибо за счет нарушения равновесия система существует и развивается. В нашем случае гомеостаз — это компромисс между устойчивостью и неустойчивостью. Таким образом, неустойчивость может выступать условием стабильного и динамического развития. Только системы, далекие от равновесия, системы в состоянии неустойчивости, способны спонтанно организовывать себя и развиваться. Хаос конструктивен через свою разрушительность. Разрушая, он строит, а строя, приводит к разрушению. «Принцип устойчивого неравновесия», выдвинутый отечественным биологом Э. С. Бауэром, или «принцип подвижного равновесия» Л. Берталанфи (1969) есть условие гармоничного развития человека.

Кризис — это не только пик страданий (болезни), но и начало избавления от них (выздоровления). Кризис необходим для личностного роста, если он воспринимается как определенное испытание, как ступень, оперевшись на которую можно увидеть новые горизонты, перспективы жизни. Под влиянием усиленных нагрузок постепенно формируются новые границы нормы социально-психологической адаптации. То есть «можно допустить, что функциональные возможности психической деятельности человека не расширялись бы без экстремальных воздействий и обязательного в этих случаях эмоционального напряжения. Как все другие системы и органы требуют для своего развития тренировок, так и эмоционально-стрессовые реакции в какой-то мере и до определенного предела закаляют человека, создают для его жизневоспитания и деятельности новые условия» (Александровский, 1993). Стабильность может рассматриваться только в отношении всей системы «человек- среда», но не может быть приписана какой-либо ее части (Ashby, 1962).

Потрясающая психотерапия придерживается тезиса, что просветление наступает под ударом бессмыслицы. Восточные мастера прошлого говорили:

«Чем больше сомнения, тем больше пробуждения;
чем меньше сомнения, тем меньше пробуждения;
нет сомнения — нет пробуждения».

Итак: «Обладающий порядком рождается из бесформенного. Светлое—светлое рождается из темного—темного», — говорил Лао-Цзы.

Из сказанного вытекает, что идеальная динамика в потрясающей психотерапии предполагает три этапа: от исходной неустойчивости к стабильности и с новым умением к неустойчивости.

Таким образом, ППТ помогает актуализировать саморегулирующие закономерности, кототорые призваны поддерживать вечно меняющееся постоянство человекака.

«Налево пойдешь — коня потеряешь, направо пойдешь — смерть обретешь»

Для сложных самоорганизующихся систем существует несколько альтернативных путей развития. Потрясающая психотерапия создает условия для осуществления эмерджентных процессов, то есть процессов, неожиданно изменяющих направление развития личности. Эти условия представляют собой точку бифуркации, момент ветвления, «развилку» в онтогенезе индивидуума. Эти изменения направления связываются с качественной динамикой в результате психологического вмешательства. Потрясающая психоотерапия выполняет функцию стрелочника, направляя на цель движение процессов. Без наличия конкретной цели можно получить «счастливого идиота», но не «просветленного» человека. Таким образом, формулирование и введение цели в доминантное состояние есть одно из условий техники безопасности в ППТ.

Точка бифуркации — это критическое состояние неустойчивости системы. В процессе жизненного пути человек формирует патологическую психосоматическую функциональную систему, которая индуцируется стрессором и таким образом накапливает критическую массу неустойчивости. Патологическая функциональная система выступает в виде аттрактора-магнита. Поэтому в точке бифуркации происходит движение процессов, развивающих болезнь.

«Если перешагнуть некоторое пороговое изменение, превзойти критическое значение параметров, то режим движения системы качественно меняется: она попадает в область притяжения другого аттрактора». (Князева, Курдюмов,1995).

Таким образом, изменение параметров среды (например, условий жизни) сверх критических значений, по сути дела, создает возможность уйти в иную среду, в иной мир, где могут создаваться новые структуры. Так формируются механизмы адаптации.

Патологическая психосоматическая функциональная система — это квазистабильная система. Формирование психосоматического процесса идет медленно, «нанизывая» на основной стержень новые и новые факторы, например социальные. Вот так, постепенно, шаг за шагом стресс способствует накоплению критической массы для манифестации или обострения заболевания (Ананьев, 1998).

Итак, «там, где для дурака тупик, для умного — развилка».

«Благословенны трудности, ибо ими растем»

Качественный переход из одного психического статуса (состояния) в другой может осуществляться по аналоговому варианту: изменяться медленно или быстро вдоль континуума либо, как чаще происходит в потрясающей психотерапии, по взаимоисключающему, то есть цифровому варианту, где изменения осуществляются дискретно, скачком. Последнее может происходить в результате естественных жизненных или смоделированных (искусственных) потрясений. В любом случае потрясение для конкретного человека — это своеобразный «пассионарный толчок». Переход из одного состояния в другое при дискретном варианте — это быстрое, лавинообразное протекание процессов нелинейного и, что самое важное, самостимулирующего роста.

«Наука движется толчками в зависимости от успехов, делаемых методикой»,— подчеркивал И. П. Павлов. Данное утверждение в равной мере может быть отнесено и к описываемому психотерапевтическому процессу. Как известно, человек представляет собой диссипативную систему, связанную с потерей энергии, и в то же время это самообновляющаяся и саморегулирующаяся система.

Задача «психотерапии новой волны» нередко сводится к поиску возможностей инициации таких самообновляющих и саморегулирующих процессов. Если лягушку поместить в воду и медленно подогревать, лягушка сварится. Если лягушку бросить в кипяток, она успевает выпрыгнуть из него.

«1+1 = 1, или Душа + тело = человек»

Целое (человек) не равно сумме его частей. Оно не больше и не меньше суммы частей, оно качественно иное. Интеграция разбросанных структур, несвязанных подсистем в новое видение себя и мира, в новую организацию частей личности, в целое есть одна из основных задач потрясающей психотерапии. Объединение различных конфронтирующих фрагментов сознания и бессознательного дает целостность, однако на другом уровне существования этих элементов. Синергетика открывает новые принципы суперпозиции, сборки сложного эволюционного целого из частей, построения сложных развивающихся структур из простых. Еще В. Эренфельс (Ehrenfels von, 1890) сформулировал тезис о том, что целое (система) есть большее, чем сумма его частей (подсистем). С повышением сложности систем появляются новые качества, которых на уровне подсистем еще не было.

Онтогенетическое развитие человека формирует системы, в частности психосоматические, по принципу гетерохронности. Одни личностные образования, отношения могут обгонять в своем развитии другие

(«Я-концепция». например, может не соответствовать «Я-образу»), то есть часть элементов личности может представлять собою не совсем «зрелые» образования. Однако личность есть целостная организация с «развитыми» и «недоразвитыми» структурами. Может иметь место один темп развития частей, составляющих личность, однако закономерности сосуществования структур разного «возраста» в одном темпомире — это сложное диалектическое взаимодействие адаптационных и компенсаторных механизмов. Фундаментальное достижение даосизма состоит в понимании, что качество создается и поддерживается существованием его противоположности.

Проанализировать единство никак невозможно, находясь в самом единстве; необходимо перейти на другой уровень, где исчезает дихотомия субъект-объектных отношений.

Некто искал Истину. После нескольких лет поисков искателю подсказали пойти в пещеру и найти там колодец. «Спроси колодец, в чем истина, — посоветовали ему, — и он поведает тебе об этом».

Найдя колодец, искатель задал ему этот наиважнейший вопрос. Из глубины пришел ответ: «Иди к перекрестку дорог, там ты найдешь то, что ищешь».

Полный надежд и ожиданий, человек побежал к перекрестку дорог и обнаружил там только три малоинтересных, на его взгляд, магазина. В одном магазине продавали кусочки металла, в другом — кусочки дерева, а в третьем — тонкую проволоку. Казалось, ничто и никто не имеет здесь никакого отношения к раскрытию Истины.

Разочарованный, искатель вернулся к колодцу, чтобы потребовать объяснений, на что тот смог только протрубить: «Ты скоро это поймешь». Когда человек попытался возмутиться, все, что услышал он в ответ, было эхом собственных восклицаний. В гневе на то, что из него сделали дурака, — а именно так он подумал в тот момент, — искатель продолжил свои скитания в поисках Истины. По прошествии нескольких лет воспоминания о колодце постепенно развеялись, когда вдруг однажды лунной ночью он услышал звуки ситара, привлекшие его внимание. Музыка была очаровательной и исполнялась с огромным мастерством и вдохновением.

Пройдя вперед, искатель истины почувствовал притяжение к игравшему на инструменте. Он смотрел на пальцы, танцующие по струнам, потом начал рассматривать ситар. И вдруг неожиданно его поразило приятное откровение: ситар был изготовлен из тонких проволочек (струн), кусочков металла и дерева, точно таких, какие он видел однажды в трех магазинах на перекрестке дорог, не придав им тогда никакого значения.

Наконец он понял послание колодца: ничто не имеет значения, пока мы воспринимаем только отдельные фрагменты. Но как только

фрагменты соединятся, появится новая сущность, природу которой мы не смогли бы распознать, обращаясь к отдельным фрагментам.

«Шаг назад, два шага вперед»

Потрясающая психотерапия, рассматривая «время как растяжение души» (Августин Блаженный), исходит из положения: нет прошлого, а есть память о прошлом, нет будущего, а есть ожидание будущего.

Настоящее состояние человека определяется не только прошлым, историей личности, но и формируется из будущего в соответствии с грядущим порядком. Будущее наличествует в определенных элементах организации личности уже сегодня.

Человек воспринимает время не по часам, а по пережитым событиям. Время человеком определяется опосредованно и характеризуется насыщенностью переживаний.

Запоминает информацию не отдельная клетка, а группа клеток и в конечном счете весь организм как целое. Это положение также предопределяет принцип работы в русле потрясающей психотерапии: «на целостность человека — целостное воздействие». Целостность воздействия обеспечивается работой «сверху» (воздействие на психическую составляющую) и «снизу» (воздействие на тело, физическую составляющую).

Принцип работы с линией времени в ППТ означает использование прошлого опыта для осуществления движения в будущее, через настоящее. ППТ выступает в качестве интегративной актуальной концепции, где ретроспективный подход синтезируется с проспективным.

«Минимум усилий, максимум достижений»

Потрясающая психотерапия использует знания о том, как надлежащим образом оперировать со сложными системами и как эффективно управлять происходящими в них процессами. Главное — не сила (как это может быть представлено в классическом гипнозе), а правильная топологическая конфигурация, архитектура воздействия на сложную систему. Малые, но правильно организованные — резонансные — воздействия на сложные системы чрезвычайно эффективны. Известно, что для модификации системы необходимо изменить как минимум одно правило, влияющее на ее функционирование. Об этом свидетельствует опыт работы с субмодальностными характеристиками, тонкими психическими элементами, которые организуют восприятие и описание карты мира. Работа с ними по определенным изменениям личности напоминает «булавочное воздействие», которое влечет за собой множественные изменения всей системы по принципу «домино». Таким образом, знание топологии критических точек, запускающих оздоровительные или

элиминирующие патологические процессы, и умение индуцировать их позволяет способствовать позитивным изменениям в жизни личности.

Используя системный подход в описании структуры личности, можно наглядно представить этот процесс изменений в виде мобиля — системы взаимосвязанных «коромысел», где воздействие на одно из них приводит к видоизменению конфигурации всей конструкции.

Подобные закономерности были отмечены тысячелетия назад и изящно сформулированы Лао-цзы: «Слабое побеждает сильное, мягкое побеждает твердое, тихое побеждает громкое».

Блажен, кто, творя, ни к чему не привязан

Потрясающая прсихотерапия опирается на разнообразные гибкие психотехнологии, направленные на инициацию процессов нелинейного самостимулирующего роста. Истоки этих технологий обнаруживаются в различных теоретических и практических школах, народных традициях целительства. Стоит оговориться по поводу термина «технология», употребление которого в ряде аудиторий вызывает негативную реакцию, возможно, по причине недопонимания. Заглянем в современный словарь иностранных слов: греческое techne обозначает искусство, мастерство. Психотерапевтическая технология предполагает алгоритм изменения системы отношений человека к себе, другим и окружающему миру вообще. Это определенная совокупность методов и приемов, ведущих к изменению состояния клиента.

Руководством к использованию как уже известных, так и вновь изобретенных приемов является принцип адекватности контексту и полезности системе, в данном случае человеку. Древний суфийский принцип утверждает: «Каждому времени — свое поведение. Каждому месту — свое поведение. Каждому состоянию — свое поведение».

«Не верьте ради каких-нибудь древних писаний, не верьте ради того, что это ваша народная вера; не верьте потому, что вас с детства принуждали верить этому; сами размышляйте о вере, рассмотрите ее и, убедившись, что она хороша как для одного, так и для всех, верьте тогда ей, живите по ней и помогайте другим жить согласно с ее требованиями», — советовал Будда.

Потрясающая психотерапия как элемент «новой волны» в психотерапевтическом движении больше представляет собой искусство в том смысле, что для выражения себя следует собственным интуиции и вдохновению, а не догмам и правилам, опираясь лишь на универсальные закономерности, общечеловеческие принципы. Это импровизация с обязательным условием: знанием нот.

Потрясающая психотерапия согласна с суфийским методом: «перенимать то, что имеет ценность, когда и где оно имеет ценность и для

кого оно имеет ценность; но не подражать из благоговения или страха и не копировать из подражательства» (Сайид Имам Али Шах).

«По ком звонит колокол? Не спрашивай, он звонит по тебе»

Из теории сложных самоорганизующихся систем следует, что в соответствующие моменты неустойчивости малые возмущения, флуктуации могут разрастаться в макроструктуры. Из этого общего представления следует, в частности, что усилия, действия отдельного человека не бесплодны. В особых состояниях неустойчивости социальной среды действия каждого отдельного человека могут влиять на макросоциальные процессы. Отсюда вытекает необходимость осознания каждым человеком огромного груза тотальной ответственности за судьбу всей социальной системы, всего общества. Как выявил А. Маслоу, самоактуализированная личность имеет высокое чувство принадлежности ко всему человечеству, но сегодня следует добавить, что она несет ответственность за все человечество в целом как «глобальный человек», человек мира.

Однажды богатый человек пришел в мечеть помолиться, пришел он с какого-то праздника и поэтому был одет в дорогие одежды и дорогие тапочки. Разувшись, он вошел в мечеть и провел там определенное время; помолившись, он вышел из мечети, но на пороге ее не обнаружил своих драгоценных тапочек. Осознав, что тапочки украли, человек сказал: «Своим неразумным поведением я породил еще одного вора в мире».

СТРУКТУРНЫЙ КРУГ ПОТРЯСАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Благословленье расслабляет, проклятье бодрит.

У. Блейк

Один раз ян, один раз инь — таков дао.

Структурный круг потрясающей психотерапии (ППТ) представляет собой замкнутый цикл, включающий в себя семь этапов (шагов).

О — «Гадание». «Ожидать, не ожидая»

Неопределенный настрой на получение позитивного результата. «Пятачок сидел на земле и гадал на ромашке, выясняя: любит, не любит, плюнет или поцелует». Формирование мотивационной доминанты. Это состояние глубокого ожидания наступающего выздоровления сродни состоянию «**гидан**» в дзен-буддийской практике. Это сильное чувство, которое постоянно стучится в двери сознания (ума), требуя решения вопроса, это внутреннее давление актуальной потребности: «Стучите в дверь, и она откроется».

И в суфийских, и дзен-буддийских историях подчеркивается, что воспринимающий знание мастера должен находиться в состоянии готовности воспринимать. Во многих таких историях ученик приходит к наставнику, но получает отказ до тех пор, «пока сосуд не будет готов воспринять все богатство учения». Таким приемом пользовался и М. Эриксон. Он часто добивался такой готовности, заставляя слушателя или пациента долго ждать, прежде чем заговорить о главном. На этом этапе Эриксон часто повторял: «Есть нечто, что вы знаете, но не знаете о том, что вы это знаете. Когда вы узнаете, что именно вы знали, сами не подозревая о своем знании, тогда ваша кровать будет постоянно сухой».

Таким образом, на этом еще нулевом этапе организуется «внутренний поиск ресурсов», который может помочь клиенту в процессе терапии.

1. «Свет в конце тоннеля»

Est ut est out non est.
(Пусть будет, как будет, или вообще не будет).
«Ибо где сокровище ваше, там будет и сердце ваше».

«Собирая урожай, трясти яблоню можно лишь тогда, когда на ней есть спелые яблоки». Первый этап — целенаведение. Формулировка цели и введение ее в доминантное состояние. Программирование сознанием бессознательного, указания «законодательного органа исполнительному». Создание установки как меры готовности действовать в заданном направлении. Предетерминированность развертывания процессов в будущем. В гештальт-терминологии — «прорисовывание фигуры». «Как стержень электромагнита, цель сводит силовые линии в определенный рисунок и сама становится источником энергии» (Р. Мэй).

Установление аттрактора в области случайного блуждания дает возможность ограничить аморфную цель, установить ее границы. В состоянии измененного сознания (транса) можно обнаружить этот аттрактор. Первично у клиента существует свой «магнит» — аттрактор — выгода, смысл его симптома. Но если перешагнуть некоторое пороговое изменение, превзойти критическое значение параметров, то режим движения системы качественно меняется: она попадает в область другого аттрактора — нашей цели.

Иными словами, изменение параметров среды (условий, образа жизни) сверх критических значений, по сути дела, создает возможность уйти в иную среду, в иной мир, где могут создаваться новые структуры.

Формирование цели есть «взращивание» доминанты, которая в дальнейшем переходит в автоматический режим притягивания всего, что имеет отношение к достижению этой цели. Это очаг активности в

головном мозге, подчиняющий себе все остальное, в том числе и самые дальние нервные клетки, если они возбуждены.

Хорошо проработанная во всех модальностях цель начинает действовать без волевых усилий человека, без затруднений, как бы сама по себе. Так действует открытый А. А. Ухтомским закон доминанты.

Доминанта А. А. Ухтомского, как известно, обладает четырьмя типичными свойствами:

1) стойким возбуждением;
2) повышенной возбудимостью;
3) способностью к суммации самых разнообразных раздражений;
4) выраженной инерционностью.

2. «Взбалтывание» — первый этап потрясения

«Sacrificium intellectus» (лат.) — жертвоприношение интеллекта.
«После вашей терапии мыслей осталось на один раз подумать» (клиент).
«Сказано: чтобы полюбить рай, надо опуститься в ад».

Цель этого этапа — привести клиента к «ментальному обмороку». Здесь создается критическая масса для продвижения за счет рекомбинирования накопленного опыта, активизации бессознательного. «Хаотичность — лишь внешняя видимость, в глубине есть мощная двигательная сила, пластика, стремление обрести нужную форму» (Дж. Л. Морено).

Взбалтывание поднимает вытесненный материал в поле осознания. Как известно еще из психоанализа, «сознание размышляет, а бессознательное управляет», значит, менять следует что-то в управлении — тогда может измениться все поведение клиента. Только «открыв» бессознательное, можно столкнуться с реальностью душевных данностей. В свое время К. Юнг для освобождения от препон сознания использовал «метод активного воображения», способность выключать сознание (хотя бы относительно); это представляет бессознательному возможность свободного развития. Юнг писал по этому поводу: «Поначалу кажется, что найти решение (проблемы) невозможно, но и это следует претерпеть. Наступившая таким образом пауза "констеллирует" бессознательное, иначе говоря, сознательная отсрочка вызывает в бессознательном новую компенсаторную реакцию. Эта реакция... теперь в свою очередь доводится до сознательной реализации. В результате сознание сталкивается с новым аспектом психики, благодаря чему возникает новая проблема или неожиданным образом модифицируется уже существующее. Эта процедура продолжается до тех пор, пока изначальный конфликт не разрешается удовлетворительно. Процесс в целом называется „трансцендентной функцией"».

Общение с бессознательным может быть только на языке бессознательного: эмоциональном, символическом, ощущений. Когда сознание возбуждено «предельными» вопросами и как накаленный металл опускается в воду, так и сознание опускается в пространство бессознательного, возникает возможность выхода (появляется осадок в алхимическом процессе) к познанию высших смыслов, описанных уже иным языком.

Возможно, это открытие интуитивного канала познания на языке психологии, голос сердца, или «дар» на языке поэтов, на языке религии — это наитие, или откровение. «Вся цель и вся тайна врачебного искусства» сводится к тому, «чтобы возбудить в мозгу более сильное представление, которое уничтожило бы нелепую идею» (Ж. Ламметри). Таким образом, чем более невозможна для клиента задача, тем больше энергии можно ждать от него в открытии своего внутреннего видения. Тем самым создаются условия для реализации «сверхприродной способности человека к самопревосхождению, к актуальному соединению со сверхъестественным» (Г. Палама).

Для подобных целей М. Эриксон использовал так называемую структурированную амнезию, когда мысли путаются и сознательное мышление становится невозможным. Запутанность активизирует внутренний поиск, который в то же время автоматически углубляет состояние транса. «Хмурое небо нельзя осветить без грозы».

Итак, выбить клиента из текущего равновесия, из насиженной, но мертвой точки так, чтобы он отбросил временно концептуальное знание, — задача этого этапа.

3. «Алертный транс» — второй этап потрясения

«Ищите причины прежде всего в себе,
ибо нет рыбы, выплывшей из воды,
как нет птицы, вылетевшей из неба».
«Сделав шаг, нельзя не сменить ногу».

Данный этап связан с фильтрацией информации бессознательного. Условия измененного состояния сознания предназначены для творческой деятельности. Подобное изменение сознания «открывает порт, в котором в такую минуту идет выгрузка богатств, доставляемых из глубин человеческой души». Человек знания — это человек, умеющий включать процесс припоминания, или извлечения из глубин бессознательного того, что там уже заложено, поэтому данный этап можно еще охарактеризовать как «инкубационный транс».

Алертный (осознанный) транс (медитативное состояние сознания) характеризуется следующим:

- повышенной живостью мышления;
- исчезновением границ нормального сознания и расширением его до «трансперсональных пределов»;
- улучшением восприятия (более четкой видимостью фигуры на фоне);
- ясностью самосознания;
- глубоким сознательным покоем, без содержания (мыслей, комментариев);
- контролируемостью и управляемостью состояния;
- наличием воли и способности самостоятельно вернуться в обычное состояние сознания.

Развитие интеллектуальных способностей, способностей разрешения жизненных задач через состояние покоя отвечает общему закону природы. Это третий закон термодинамики, который гласит, что энтропия (хаос) уменьшается с понижением температуры (активности) и что условием нулевой энтропии (абсолютного порядка) является температура (состояние), близкая к абсолютному нулю. Абсолютный нуль — это и есть стремление к когерентности и синхронности. Таким образом, творчество в решении собственной проблемы нуждается в ситуации свободы в себе самом, то есть во внутренней свободе, когда можно подключить в нейронную сеть новые миллиарды ресурсных мозговых клеток. «В глубинах души мысль и бытие едины» (Августин Блаженный). Когда человек читает молитву (прорабатывает цель), он говорит, а Бог (его бессознательное) слушает. Алертный транс (медитация самонаблюдения, состояние умственной тишины) — наоборот, когда Бог (бессознательное) говорит, а человек слушает. Здесь объединяются любовь человека к Богу и любовь Бога к человеку, что вызывает состояние благодати (милости Божей). Так поступает мудрец, который не отвергает мир, а устраняет знание о нем и тем самым настраивает «волну сознания на волну бессознательного».

На данном этапе происходит фильтрация материала, необходимого для решения той или иной проблемы. Сами цели в состоянии транса могут открываться все шире и глубже, приводя сознание к самым глубинным, истинным. Это также идеальные условия для нахождения, пробуждения и использования ресурса; выбора из множества жизненных сценариев одного, наиболее эффективного для достижения цели, или формирования нового. Это этап постижения собственной истины не интеллектуально, а через бессознательные составляющие опыта. Как известно, Гольфстрим течет на большой глубине. Таким образом, дать доступ к внутреннему источнику силы есть основная цель указанного шага. В условиях алертного транса человек выходит на саморегулирущие законы, которые призваны поддерживать вечно меняющееся постоянство, ибо алертный транс есть особое состояние активного покоя. Работа в

состоянии транса открывает крышку бессознательного, где необходимо взаимодействовать с его содержанием, главным образом с первичными процессами, архетипическим языком, символами, пространством и формой, эмоциями и т. п. Работа в трансе — это активизация правого полушария мозга, которое отвечает за целостное восприятие мира. Как известно, это связано с активизацией выработки серотонина и норадреналина, обеспечивающих эмоционально-мотивационную сферу деятельности.

«То, что плывет, — это лодка. Но то, благодаря чему можно плыть,— это вода, а не лодка. То, что движется, — это повозка. Но то, благодаря чему можно двигаться,— это вол, а не повозка...» (Гуань Инь-цзы).

4. «Консолидация личности»

— Учитель! Как мне поймать одного тигра ?
— Поймай двух и одного отпусти.

Прохождение этого этапа связывается с интеграцией частей в целое. В процессе утилизации состояния транса происходит «очищение» психики от прошлого гнетущего воспоминания, то есть образуется определенный вакуум, когда одна из систем психологической защиты рушится, исчезает опора. Тогда требуется заполнить через возможный контакт с «высшей силой» эту небезопасную пустоту. В шаманских практиках дух человека проходит очищение в верхних слоях и затем возвращается обратно. В рунах поморской знахарской традиции «Шаг волка» сказано: «А как сожрал Добычу эту, Воды Леса Людского Огнем и Ветром чистить придется, да на этом месте, где падаль валялась, дерева взросли молодые и здоровые, чтоб чисто на этом месте было, и впредь Зверь на это место не ложился, а живой Зверь того места сторониться должен. Так дело свое делай».

Возвращая больных к новой жизни, Иисус Христос требовал от исцеленных полной внутренней перестройки, ибо если в дальнейшем дух новой жизни не заполнит человека, одержимость вернется с удвоенной силой. Об этом свидетельствует древняя притча. «Когда нечистый дух выйдет из человека, то бродит по безводным местам, ища покоя, и, не находя, говорит: „Возвращусь в дом мой, откуда вышел",— и, придя, находит его выметенным и убранным. Тогда он идет и берет других духов, злейших себя, числом семь, и, войдя, они поселяются там. и становится для человека того последнее хуже первого».

Интеграция означает примирение (смирение — жизнь с миром) фрагментов сознания, находящихся в конфликте, и слияние их в целостность, прекращение гипертрофированного разрастания одних элементов сознания (субличностей) в ущерб другим. Слияние частей в целое должно происходить уже на другом, более высоком уровне их существования. «Не отойди от меня, Сатана! А иди за мной», — сказал Христос. Интегрирование правой и левой рук, казалось бы, немыслимо, однако это

происходит именно в том случае, если это слаженная работа в одном направлении, в достижении цели. Интеграция может осуществляться на более «низком» уровне сознания, уровне «сознания тела», в центральных и периферических нейрогормональных структурах, вегетативных реакциях, которые «обеспечивают» психический процесс смешивания реальности «здесь и теперь» с травмирующей ситуацией «там и тогда». В ходе терапии на этом этапе может произойти то, что Дж. Морено называл «катарсисом интеграций», вызванным чувством сопричастности с другими частями личности или с другими действующими лицами в переживаемом событии.

Интегрированный человек— это, как говорил Платон, круглый человек, в котором даже половые различия образуют единство.

«Гений, парадоксов друг» у А. С. Пушкина — это человек, способный понять и принять все стороны бытия в силу того, что все противоположности взаимообусловлены и что они суть одно единое.

Реализация «бытийного облика» человека выступает как единство и цельность в эмпирическом существе его. Как известно, такое единство и цельность сами по себе отнюдь не обеспечены человеку. Это то, чего требуется достигать. В своем эмпирическом бытии человек обыкновенно далек от того, чтобы быть цельностью и единством. Когда он погружается в обыденную жизнь с противоречивыми требованиями, сопротивляясь стихиям, именно цельность утрачивается прежде всего. Спровоцированный, правильнее сказать, — усиленный с помощью определенных процедур хаос создает ситуацию, когда разум блуждает, отвлекаясь всевозможными помыслами, душа колеблется противоречивыми страстями и требует поиска выхода. Выход же из внутренней разрозненности и разбросанности видится только в самособирании себя из рассеяния, из негативной, конфронтирующей множественности — в единство.

Сведение, сосредоточение всего человека, всех его сил и способностей, всех помыслов и желаний как бы в одну точку, в некий внутренний «энергетически-экзистенциальный центр», или фокус в православной аскетике, издавна обозначается символом Сердца. Это обобщенно-символическое понимание отлично от физического и психологического понимания сердца как «седалища страстей»; как только душевно-эмоционального центра человека (Хоружий, 1991).

5. «Возвращение» — «Самоузнавание»

— Что такое счастье?

— Счастье — это когда у тебя все дома.

Критическое осмысление, выбор и коррекция выбора. Под возвращением понимается принятие себя в трансформированном (возрожденном)

виде. Возвращение означает вхождение в новую систему описания (во внутренней коммуникации), а также возвращение человека в социальные отношения в новом статусе (внешняя коммуникация). Этап «возвращения» связан с процедурой «абреакции», которая имеет конечной целью устранить путаницу в мыслях человека. Таким образом, эта процедура по своим задач является обратной процедуре «взбалтывания».

Этап, на котором продолжается отбор стратегий, устраивающих сознание. Как-то человек посеял пшеницу. Пришел враг и посеял на том же поле плевелы. Взошли и те и другие. «Давай вырвем плевелы»,— предложили слуги хозяину поля. «Нет. Пусть они вырастут до жатвы. Затем выберем плевелы и сожжем, а пшеницу— в житницу».

6. «Провокация» — экологическая проверка

Экологическая проверка — необходимый элемент работы на протяжении всего процесса ППТ. Проверка результата осуществляется после применения той или иной техники, далее на каждом этапе процедуры и. наконец, после окончания курса терапевтических сессий. На этом этапе происходит оценка достигнутого. Осуществляется проверка на соответствие и различие с первоначально поставленной целью (см. этап 1).

7. «Постсказание»

Этап характеризуется работой, направленной на «присоединение к будущему», опирается на прогнозирование поведения с учетом введения в жизнь человека подкрепляющих результат элементов. Если человек пережил «потрясение» как мистический экстаз, мгновенное вознесение выше своей природы, или, точнее, мгновенное озарение и преображение последней, то в дальнейшем необходимо постоянно поддерживать это достижение через духовное усилие, ибо оно может быть безвозвратно утрачено.

Это может быть организация комплекса терапевтических «ритуалов», позволяющих воспроизводить достигнутое во время курса сессий. После этапов, перераспределяющих энергию, необходимо закрепить матрицу ее экономичного использования. Ибо, как говорят на Востоке, глупцы жгут лампады весь день, ночью же они удивляются, почему остались без света.

Необходимо введение психотерапевтических ритуалов, позволяющих вызывать особые состояния покоя или мобилизации, опыт которых клиент получил во время сессий. Это может быть что-то вроде исихастской молитвы, которая «устанавливает и поддерживает надзор духа за самим собой», молитвы, творимой безмолвно и непрестанно, «хотя бы тело и было занято чем-то другим» (Г. Палама).

Практическая реализация психотерапевтического процесса ППТ основана на трансформации понятий «до-верие» в «веру», а «веры» — в «знание». Таким образом, установление доверительных отношений — это и есть введение человека в преддверие веры. Следующий шаг — посвящение в веру, что означает веру в возможности психотерапевта и его профессиональные способности. И далее человек посвящается в знание, то есть приобретает собственный опыт изменений. «И в этот момент вступает вера. Вера вот в каком смысле: вера как уверенность, что то, что было когда-то увидено, а теперь стало невидимым, — достоверно, несомненно» (Антоний Сурожский). Такую веру-уверенность мы называем знанием.

После установления доверия в диаде «клиент—психотерапевт» и реализации принципа: «Я тебе доверяю, я себя доверяю тебе», есть необходимость перевода этой же матрицы на самого клиента.

Идеальная психотерапевтическая динамика представляет собой трансформацию доверия к кому-то в доверие к себе, веры в кого-то — в веру в себя, знания о ком-то — в знание о себе.

Все верования — это наименее надежная форма знания. Вера представляет собой больше неуверенность. Люди верят в Бога, так как не имеют реальных сведений о нем. Где есть естественное знание Бога, нет нужды в вере. Высшая форма уверенности — это когда ты знаешь что-то настолько естественно и определенно, что не хватает слов для описания этого. Поверил в Бога — и тут же его не стало. Евангелие поясняет нам, что вера есть «осуществление ожидаемого и уверенность в невидимом». Действительно, верить в будущее — значит ожидать, что какие-то события обязательно осуществятся, произойдут. Верить в честность, порядочность человека — значит полагать, что человек останется таковым при любых обстоятельствах навсегда, однако это невозможно проверить, доказать или увидеть. Если же жизнь подстроит ситуацию, где проверка возможна и результат поведения будет соответствовать ожиданиям (вере), то появится опыт, то есть знание.

Таким образом, *знание— это прямой опыт. Вера— это представление об опыте, Вера — недоказанное знание. Знание — это опыт переживания, и уже затем следует понимание как способ описания этого опыта. Вера — суть того, на что мы надеемся, и свидетельство того, что невидимо. Мир знаний и мир веры дополняют друг друга, в нашем случае это последовательная зависимость.* «Для конфликта между верой и знанием нет никакой почвы, — писал К. Юнг, — обе стороны необходимы, ибо по отдельности нам недостаточно ни только знания, ни одной лишь веры».

ППТ еще не имеет истории, однако уже представляет собой маленькое «землетрясение», смену «ландшафта» в психотерапевтической

практике. Задачи ППТ, как, по-видимому, и любой другой психотерапии, интегрируются в процессах развития и обогащения личности. Реализация их включает в себя три аспекта работы: над самопознанием, самовоспитанием и самоосуществлением человека на этой Земле.

ППТ— это абсурд для скованного различного рода теориями и догмами ума. В ППТ нет конечной цели, есть процесс становления нового человека, есть запредельность стандартов. Если прыгуну в длину сообщить, что песочное поле вблизи заминировано, прыгуну в высоту, — что через планку пропущен электрический ток, а фехтовальщику добавить силу тока, чтобы при уколе соперник отключался, то, вероятно, мы получим самые высокие результаты в мире. Таким образом, справедливо заметить, что болезнь более жестока, чем метод ППТ с запредельными нагрузками, которые помогают выйти из болезни.

Перефразируя известное определение дао, можно сказать, что потрясающая психотерапия — это то, что умный психолог использует всегда, среднего ума психолог — иногда, а глупый психолог, услышав о ППТ, обязательно рассмеется, если он не рассмеется, значит, это не ППТ.

Глава9
МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОАОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Древний суфийский поэт сказал: «Цените меньше кувшин, а больше вино». Цените больше содержание и меньше форму, ибо аршин не сукно, а кувшин не вино. Верно, и все же не совсем. Форма — ничто, содержание — все, но все не существует вне формы. Самым перспективным направлением в проведении оздоровительных мероприятий в стране является создание **медико-психологической службы,** которая осуществляла бы разработку и внедрение программ по охране и развитию психического и психосоматического здоровья населения. Возможно, такая служба будет создана на основе молодой, но активно развивающейся науки — валеологии, базой которой служит психология здоровья. К примеру, в США тенденция организации профилактических мероприятий набирает силу: если в 1975 г. в стране было внедрено 200 программ по охране только психического здоровья, то в 1990 г. — уже более 5000, на сегодня последнюю величину следует увеличить втрое. Итоги реализации программ показали, что мероприятия по улучшению психического здоровья дают значительный экономический эффект (1 доллар к 8).

Предпосылками медико-психологической службы в нашей стране могут быть созданные и создаваемые психотерапевтические кабинеты и кабинеты «семейно-врачебно-психологического консультирования» при общесоматических поликлиниках, особую надежду нужно возложить на развивающуюся голландскую модель — психолого-педагогических медико-социальных центров (ППМС-центров) или, проще говоря, систему медико-психологического сопровождения детей и подростков. Формами работы в области психологии здоровья в той или иной мере могут быть: центры психологического консультирования (социально-психологической помощи), кабинеты семьи и брака, кабинеты психологической разгрузки, эстетотерапии, арт-терапевтические клубы, клубы психического здоровья, центры здоровья и красоты, школы самосовершенствования, суицидологические службы. Базой для них могут служить психиатрические, наркологические диспансеры, санатории-профилактории, соматические

больницы, детские и взрослые поликлиники, дневные и ночные стационары, научно-исследовательские и образовательные учреждения, факультеты психологии и др.

Для нашей страны на современном этапе можно выделить ряд факторов, оказывающих негативное влияние на общую эффективность работы в утверждении психологии здоровья.

Отсутствие комплексного подхода к проблеме формирования психологической культуры и культуры здоровья в частности имеет ряд следствий:

а) отсутствие координации между отдельными ведомствами, структурами снижает эффективность вложений;

б) ведомственная разобщенность и информационная закрытость отдельных проектов в условиях недостаточного финансирования приводят к тому, что к работе привлекаются фирмы и специалисты, не обладающие достаточными возможностями и квалификацией для решения поставленных задач профилактики;

в) отдельные направления — экопсихология, психологическая безопасность, компьютерная зависимость и некоторые другие — слабо разработаны, мало освещены в прессе и практически не финансируются государством;

г) отсутствие достойной сертификации специалистов-психологов при низкой государственной оплате труда в государственных и муниципальных учреждениях приводит к тому, что работу выполняют люди без должной квалификации, чем дискредитируют психологию здоровья;

д) практически все существующие центры психологической поддержки работают в условиях недостаточного финансирования, что объясняет низкие оклады психологов, большую текучесть кадров;

е) в некоторой степени информационная закрытость ведомств и грантовых проектов, отсутствие системного анализа имеющихся наработок в России и за рубежом препятствует развитию эффективного международного сотрудничества;

з) отсутствие разъяснительных материалов и систематически направленного просвещения имеет следствием непонимание (недооценку) медиками, специалистами образования и чиновниками реального значения психологической составляющей их работы и, соответственно, невостребованность психологов.

Психотерапевтические кабинеты. За последние несколько лет в России число психотерапевтических кабинетов увеличилось на 40%. При этом количество нуждающихся в психотерапевтической помощи остается в пределах от 20 до 40 человек на 1000 населения. Число же

нуждающихся в психологическом консультировании может составлять до 70—80% населения страны. На сегодня в стране насчитывается более 20 психотерапевтических центров (Карвасарский, 1995).

Кабинеты «Семьи и брака». Анализ контингентов, обращающихся в эти кабинеты, показывает, что в 78,8% случаев психогенных расстройств ведущим патогенным фактором являются нарушенные семейные отношения.

Причины первого обращения в кабинет семьи и брака формулировались пациентами следующим образом: отсутствие сексуальной гармонии и различные виды нарушений в сексуальной сфере— 49%; отсутствие взаимопонимания, выраженная конфликтная обстановка в семье— 24%; эмоционально-психологические трудности общения с противоположным полом, проблема одиночества и организации семьи — 17%. Из статистических данных видно, что в большинстве случаев при первом приеме обращающиеся за помощью к психологу акцентировали внимание на сексуальной сфере. Вместе с тем в 70% случаев выявлены лежащие в основе внутрисемейных конфликтов социально-психологические факторы.

Клубы психического здоровья. При организации медико-психологической службы большие надежды возлагаются и на расширение клубной формы работы в области психологии здоровья. Одной из стратегических задач психологии здоровья может быть создание клубной культуры в стране. В клубах, имеющих разные названия, чаще всего проводятся лекционная работа, встречи с интересными людьми, обучение методам саморегуляции. В последнее время все чаще используются социально-психологический тренинг (тренинг общения, ассертивности — уверенности в себе, тренинги, ведущие к успеху в жизни), методы телесно-ориентированной психотерапии, арт-терапевтические группы и многое другое.

Представленная выше учебная программа **«Цветок потенциалов»** может служить основой для проведения заседаний клуба. Одним из вариантов, способствующих решению задач психологии здоровья, может быть программа **«Самосовершенствование».**

Психолого-педагогическая программа представляет собой систему обучения здоровому стилю жизни (health promotion education), направленную на формирование еще у ребенка или подростка стремления преодолевать жизненные трудности, справляться со стрессом без использования психоактивных веществ, быть стрессустойчивой и успешной личностью.

Программа предусматривает ступенчатое обучение. Каждая ступень имеет условное название, например первая — *«Самопознание»*. Обучение на этой ступени включает в качестве основного раздела индивидуальное психологическое обследование с применением личностных и проективных методик. В заключении психолог определяет направление, в котором человек будет максимально совершенствоваться. На второй

ступени — *«Самовоспитание»* — ученик осваивает методы психической саморегуляции и вырабатывает соответствующие навыки. Программа третьей ступени — *«Общение»* — основана на современных методах социально-психологического тренинга с использованием видеотехники. На четвертой ступени— *«Саморазвитие»* — ученик работает над решением более глубоких индивидуальных проблем в так называемой «группе личностного роста». Наконец, программа пятой ступени — *«Самопомощь»* — основана на развитии, укреплении и поддержке межличностных отношений (так называемые «группы личностной поддержки» или «группы встреч»).

Программа *«Самосовершенствование»* рассчитана не столько на больных людей, сколько на «здоровый» контингент. Однако обнаруживается высокая эффективность программы в работе с невротическими и психосоматическими больными, то есть реализация этой программы может способствовать решению задач как первичной профилактики, так и вторичной: она даже может быть одной из лечебных форм для больных с психогенными расстройствами.

Клубы посещают лица наиболее продуктивного возраста — от 20 до 50 лет, среди них 70% женщин. Основными причинами участия в работе этих клубов указываются такие, как познание самого себя, воспитание в себе позитивных качеств и избавление от негативных, а также стремление получить знания и навыки взаимодействия с другими людьми.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУИЦИДОЛОГИЯ

Суицидологическая служба

К сожалению, еще не все города России имеют экстренную социально-психологическую помощь. Но в Москве, Санкт-Петербурге и некоторых других городах создана и успешно функционирует суицидологическая служба («психологическая реанимация»). Эта служба включает в себя три подразделения: 1) *телефон доверия;* 2) *кабинеты социально-психологической помощи при соматических поликлиниках;* 3) *кризисный стационар*. Служба, кроме первичной и вторичной профилактики суицидов, осуществляет также работу по пропаганде психогигиенических знаний среди населения.

В силу максимальной доступности населению и возможности анонимного обращения создаются благоприятные условия для проведения неотложных психологических мероприятий. Известно, что телефон доверия эффективен тогда, когда о нем знают 70% населения, что требует активного информирования. За год по телефону доверия в таких крупных городах, как Москва, Санкт-Петербург. Екатеринбург, регистрируют от 30 до 60 тыс. звонков. Около 36% от числа всех бесед проводится

с женщинами 18—45 лет, переживающими острый кризис в сфере интимно-личностных взаимоотношений. Надо сказать, что 82% мотивов суицидальных действий относится к личностно-семейной сфере. До 10% абонентов обращаются за помощью в разрешении семейных проблем, столько же — в поисках смысла жизни, 8-9% — по поводу психических расстройств, от 7 до 9% — по поводу сексуальных проблем. Немало случаев оказания неотложной помощи связано с ситуациями необратимых утрат: смертью детей, супругов, родителей (Амбрумова, 1990).

Суицидальный риск

До сих пор ведется дискуссия, стоит ли давать статистический материал по суицидам в массовой печати. Есть опасения, что эти данные могут сыграть провоцирующую роль, индуцировать суицидоопасное состояние. Однако есть надежда, что те же ужасающие цифры подействуют отрезвляюще, помогут понять, что самоубийство — это не выход из кризисного состояния.

По последним данным, в стране каждый час уходит из жизни по собственной воле около 10 человек. В России за 1990 г. зарегистрировано 39 150 случаев самоубийства. В 1994 г. покончили жизнь самоубийством уже 61 900 человек. На первом месте в мире по уровню самоубийств стоит Венгрия (45 на 100 тыс.), на последнем — Греция (3 на 100 тыс.). По нашей стране весьма усредненной цифрой является 20 на 100 тыс. Особую тревогу вызывает возрастающее количество самоубийств среди лиц, принадлежащих к финно-угорским народам. Например, в Удмуртии уровень самоубийств в последние пять лет стал самым высоким не только в России, но и в мире— до 60 на 100 тыс. На сегодня наблюдается позитивная динамика, снижение уровня самоубийств.

Изучение и анализ причин самоубийств — задача не только медицинская, но и в известном смысле социально-идеологическая, чем и определяются особенности развития суицидологической науки и практики в России.

Тема суицида является запретной, табуированной обществом, как любая тема, связанная со смертью. Как правило, разговор о ней сопровождается чувством тревоги, растерянности, напряжения и нежелания ее обсуждать.

В большинстве философских, психологических и религиозных концепций отношение к суициду крайне отрицательное, осуждающее. Однако существует ряд представлений, иначе воспринимающих это явление. Во многом отношение к суициду зависит от представлений о сущности смерти. В японской культуре даже на общественном уровне существуют традиции самоуничтожения, из которых самая известная, но далеко не единственная — харакири. В индийских исторических традициях самоубийство носит ритуальный характер: после смерти мужа жена прилюдно совершала акт самосожжения. Еще в греко-римской культуре самоуничтожение было связано с пониманием свободы, и акт самоубийства рассматривался как высшая форма — осуществление свободы в принятии решения жить или умереть.

Смерть, наряду со свободой выбора, есть категория экзистенциальная. В рамках этих понятий можно сказать, что родитель тогда признает ребенка взрослым, когда он признает его право умереть, то есть добровольно уйти из жизни.

С одной стороны, абсурдно не принимать этого права. Известно, что, если человек захочет, он покончит с собой, независимо от того, насколько сильно его контролируют. С другой стороны, если позволять, не вмешиваясь в этот процесс, мы можем потерять огромное число людей — тех, кто осуществляет попытку самоубийства только потому, что не научен разрешать те или иные жизненные трудности. Отсюда на уровне писаных и неписаных законов мы стремимся к предотвращению суицида любой ценой. Так, в США угроза самоубийства является одним из трех исключений, когда допускается нарушение конфиденциальности при обращении в службу экстренной психологической помощи (по телефону доверия). В этом случае определяется местонахождение абонента, и туда направляют бригаду службы спасения. В нашей стране такого закона не существует. Однако консультант, работающий с человеком, находящимся на грани суицида, всегда стремится к такому завершению работы, при котором клиент решит остаться жить.

Феномен суицида и общие черты суицидального поведения

Суицид — акт самоубийства, которое совершает человек в состоянии психоаномалии, аффекта или же под воздействием каких-либо психических расстройств. Суицид может быть вполне осознанным актом ухода из жизни субъекта под влиянием экстремально психотравмирующих обстоятельств, когда уже собственное Эго и прожитая жизнь теряют для индивида всякую значимость, смысл, ценность.

Впервые особенности, свойственные самоубийцам, были описаны американским суицидологом Э. Шнейдманом. Самоубийство является драмой, происходящей в первую очередь в душе человека. Всем хорошо известно, что в жизни бывают как позитивные аспекты, включающие счастье, радость, успех, творческую энергию, любовь и т. д., так и негативные: горе, стыд, унижение, страх, неудачи, тревога и т. д.

Когда переживание этих негативных эмоций становится интенсивным, мы начинаем испытывать душевное страдание. Появляются печаль, тревога, смятение. Каждый из нас сталкивается с эмоциональными

потрясениями в то или иное время, в той или иной степени. Но некоторые люди живут в состоянии непрекращающейся муки. Страдание, беспокойство или смятение вызываются болью, иногда физической, но чаще душевной.

Э. Шнейдман считает душевную боль основной причиной самоубийства. В каждой суицидальной драме действие происходит в душе уникального человека.

Следствия этой психологической точки зрения весьма обширны. В первую очередь она приводит к мысли о том. что оптимальным путем к пониманию самоубийства является не изучение структуры мозга, социальной статистики или психических заболеваний, а непосредственное исследование человеческих чувств, описанных простым языком, словами самого самоубийцы. Самые важные вопросы к потенциальному самоубийце — это не выяснение истории жизни его семьи или результаты лабораторных анализов крови, а вопросы: «Что у вас болит?» и «Как я могу вам помочь?». Люди с мыслями о самоубийстве при вопросе «Что у вас болит?» интуитивно понимают, что он касается их эмоций и их жизни, поэтому отвечают на него в психологическом плане. Смерть вследствие самоубийства — бегство от боли.

Во всех предсмертных записках можно безошибочно выявить душевную боль. Из них видно, что самоубийство — результат внутреннего диалога.

Мужчина, 31 год, разведен, повесился: «Прости меня. Ведь сегодня я умру. Я просто не могу жить без тебя. А значит, можно и умереть. Может, там будет покой. У меня внутри такое ужасное чувство пустоты, которое просто убивает меня. Нет больше сил его терпеть. Когда ты оставила меня, я умер внутри. Должен сказать, что у меня ничего не осталось, кроме разбитого сердца, и именно это подталкивает меня к такому поступку. Я взываю к Богу, чтобы Он помог мне, но Он меня не слышит. Иного выбора у меня не осталось».

Психическая боль (душевная боль) — порождается фрустрационными или искаженными психологическими потребностями.

Можно выделить пять групп психологических потребностей, фрустрация которых объясняет большинство самоубийств. Эти пять групп также отражают различные виды душевной боли.

1. *Неудовлетворенные потребности в любви и принятии* связаны с фрустрацией стремления к поддержке и аффилиации.
2. *Нарушение контроля, предсказуемости и организованности* связано с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию.
3. *Нарушение образа Я и избегание стыда, поражения, унижения или позора* связано с фрустрированными потребностями в аффилиации, самооправдании и избегании стыда.

4. *Разрушенные значимые отношения с возникшими вследствие этого горем и чувством потери* связаны с фрустрированными потребностями в аффилиации и заботе о другом.
5. *Чрезмерный гнев, ярость и враждебность* связаны с фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии.

Однако в реальной жизни, конечно, существует более пяти типов самоубийства, и в силу этого каждый конкретный трагический случай следует оценивать и понимать с учетом его индивидуальных особенностей.

Существуют так называемые предвестники суицида (вербальные и невербальные), которые необходимо знать для профилактики суицидов. В общем смысле вербальными предвестниками являются любые высказывания человека, которые можно трактовать как прощание, если он косвенно, в виде намеков, а иногда и прямо говорит о том, что его в скором будущем не станет. Однако часто вербальные предвестники бывают замаскированы, зашифрованы или обладают скрытым смыслом. Предвестники самоубийства, проявляющиеся в особенностях поведения, сходны с поступками человека, который собирается надолго уехать: например, приведение в порядок своих дел, различных документов, решение написать завещание, дарение или возврат ценных вещей.

«Приходя к мысли о самоубийстве, ставят крест на себе, отворачиваются от прошлого, объявляют себя банкротами, а свои воспоминания — недействительными. Эти воспоминания уже не могут дотянуться до человека, спасти и поддержать его. Непрерывность внутреннего существования нарушена, личность кончилась. Может быть, в заключение убивают себя не из верности принятому решению, а из нестерпимости этой тоски, неведомо кому принадлежащей, этого страдания в отсутствие страдающего, не заполненного продолжающейся жизнью ожидания» (Э. Шнейдман).

Существует единственный характерный для суицидального состояния души признак, аспект психической жизни и поведения, который почти никогда не удается скрыть. Он называется сужением сознания, мри нем внимание концентрируется как бы в одном узком «тоннеле». В обыденной речи потенциального самоубийцы сужение проявляется в использовании слов, отражающих суицидальное дихотомическое мышление («все или ничего»). Задача психолога — «открыть ставни», впустив немного света, расширить перспективу, помогая человеку увидеть ситуацию под новым углом зрения. Психологу следует мягко выразить несогласие с предвзятой обращенностью к смерти человека, склонного к самоубийству. Мышление такого человека сужено, сведено к выбору всего из двух вариантов поведения: «да или нет»; жизнь такая, как я

хочу, — или смерть: будет по-моему — или вообще ее не будет. Следом возникает отчаяние, порожденное ограниченным видением только двух альтернатив, а не трех или большего числа вариантов выбора, какие обычно предлагает повседневная жизнь. Фотоаппарат суицидального сознания заряжен только черно-белой пленкой, не воспроизводящей полутонов.

Социально-демографические факторы суицидального риска

Возраст. Суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность. На более младший возраст приходится лишь 2,5% от общего числа суицидов у детей. Суицидальное поведение у детей очень редко связано с серьезными психическими заболеваниями и реактивной депрессией. В подавляющем большинстве случаев речь идет о ситуационных реакциях, чаще реакциях протеста. В 80% случаев их источником являются внутрисемейные конфликты (Ковалев, 1987). За прошедшие 30 лет количество суицидов у детей 5-14 лет возросло в 8 раз. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет. На одного подростка с завершенным суицидом приходится 100 суицидальных попыток.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст зрелости (40—60 лет). Помимо психологических проблем, для этого возраста характерны ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией — самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают. Часты также проблемы в профессиональной карьере. По статистическим данным, частота суицидов в этот период увеличивается по сравнению с 30-летними в два раза, причем значительно преобладают суициды у мужчин.

Третий пик суицидального риска — пожилые люди, уровень суицидов среди которых в четыре раза выше, чем в популяции. По данным американских исследователей, на долю лиц старше 65 лет (составляющих около 11% населения) приходится 25% всех самоубийств. Показательно, что 76% пожилых мужчин обращались к врачу за месяц, 33% — за неделю, а 10% — за день до совершения суицида.

Пол. Нельзя не отметить и половые различия суицидентов. Невзирая на социокультурные, экономические и географические различия, частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин. В целом соотношение мужчин и женщин при завершенных суицидах составляет 4:1, на Украине в 1996 г. этот показатель достиг

5:4:1. Среди пожилых частота мужских суицидов прогрессивно возрастает и составляет 6—9:1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток. Женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин (в возрасте 15-40 лет). Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины. Консультант по суицидологии Мэри Миллер так объясняет этот феномен: «Женские самоубийства являются прежде всего феноменом молодости, частота мужских суицидов возрастает с каждым десятилетием».

Профессия. Чаще всего суицид совершают лица с высшим образованием. Самый высокий суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, низшие офицерские чины и страховые агенты. По данным статистических исследований, еще в конце XIX столетия было отмечено, что частота суицидов среди врачей в 21 раз выше, чем в общей популяции населения.

Среди врачей молодого возраста (25-33 лет) самоубийством кончал жизнь каждый 10-й. Первое место среди них занимали психиатры. Известный киевский психиатр И. А. Сикорский (1910), анализируя причины суицидального поведения у коллег, в конце XIX века связал их со специфическими условиями работы, прежде всего нравственными перегрузками и противодействием со стороны государства по отношению к проводимой ими работе.

Сравнительный анализ количеств самоубийств среди студентов университетов выявил, что в привилегированных университетах, таких как Оксфордский, Кембриджский, уровень суицидов в 10 раз выше по сравнению с другими. В нашей стране наиболее высокие показатели отмечены на физико-математических факультетах, в художественных и музыкальных институтах. Высокие показатели самоубийств среди студентов скорее связаны с желанием обрести свободу и отсутствием способности нести ответственность в этих условиях, преувеличением значения оценок — молодые люди начинают считать оценки мерилом личности, и если они низкие, то студент может полностью потерять уважение к себе, веру в свои силы и надежду на какой-либо успех в жизни.

Особенности суицидального поведения детей и подростков

Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В 10—12 лет смерть оценивается как временное явление. Понятия жизни и смерти разграничены, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется человеком от собственной личности. Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда

на «второе рождение» характерны для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.). Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких: не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование. Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают для них повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. «Метафизическая интоксикация», свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.

Анализируя суицидоопасные конфликтные ситуации, следует отметить, что для ребенка или подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства, и создают ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождают чувство отчаяния и одиночества. Все это делает даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и особенно для подростка, что подчас недооценивается окружающими взрослыми. Все это обусловливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте, что в том числе подтверждается и статистически.

Формирование суицидального поведения в детском и подросгковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. Улиц с суицидоопасным поведением обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сенситивность, некоторая

эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создают предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.

При изучении семей суицидентов в 95% случаев обнаруживают отягощенный семейный анамнез: хронический алкоголизм, которым страдают один или оба родителя; тяжелые характеропатии и личностные акцентуации родителей, создающие в семье обстановку напряжения; патология у родственников и родителей, клинически очерченные депрессии и другие психические расстройства, случаи самоубийства в семьях суицидентов.

Клинический анализ материала показал тесную связь нозологической принадлежности суицидоопасных состояний с возрастом суицидентов. Так, суицидальное поведение детей до 12 лет, как правило, служило признаком и выражением шизофренического процесса. Катамнестическое наблюдение выявило особую «злокачественность» процесса, дебют которого в детстве оформлялся суицидальным поведением.

В пресуицидальном периоде у подростков были выявлены различные варианты депрессивных состояний (как эндогенных, так и реактивных) и ситуационных реакций, как правило, на фоне подростковых акцентуаций характера.

Суицидоопасные депрессии протекают у подростков атипично, маскируясь симптомами соматовегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением, дисморфофобическими симптомами и проявлениями метафизической интоксикации. Нозологическая принадлежность депрессий коррелирует с возрастом; с увеличением возраста суицидентов отмечается уменьшение удельного веса эндогенных депрессий и проявляется тенденция к преобладанию реактивных.

Депрессия выражается по-разному, в зависимости от психологической акцентуации характера (А. Е. Личко). У гипертимного подростка — склонностью к риску, пренебрежением опасностью: у циклотимного — субдепрессией, аффектами, печатью отчаяния, неосознанным желанием навредить самому себе; у эмоционально-лабильных подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении «что-то с собой сделать». Другим фактором может служить желание «забыться». Чаше всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц. Сенситивные подростки страдают от чувства собственной неполноценности — реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией. Психастенические подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса. Для детей с шизоидной акцентуацией характерно применение допинга. Подросток

с эпилептоидной акцентуацией на фоне аффекта может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации его агрессия может обернуться на него самого. Чаще всего наносят порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений. Опьянения нередко протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Депрессию провоцирует и неуспех в азартных играх. Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам. Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий. Конформный подросток может совершить суицид за компанию.

Многочисленные исследования особенностей саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков позволили выделить группу риска. Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера: циклоидный, эмоционально-лабильный, эпилептоидный, истероидный.

Признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе

На основе исследования психиатрами, психологами и психотерапевтами аутоагрессивного поведения выявлен ряд психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие:

1. Поведенческие:

- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких;
- склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам;
- чрезмерное употребление алкоголя или таблеток;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- приобретение средств для совершения суицида;
- подведение итогов, приведение дел в порядок, приготовления к уходу;
- пренебрежение внешним видом;
- «туннельное» сознание».

2. **Когнитивные:**

- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- разговоры или шутки о желании умереть;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь;
- высказывание самообвинений;
- затруднения в перестройке ценностных ориентации;
- бескомпромиссность суждений.

3. **Эмоциональные:**

- амбивалентность;
- беспомощность, безнадежность;
- переживание горя;
- признаки депрессии: нарушения сна или аппетита, повышенная возбудимость; отгороженность, отсутствие удовлетворения, печаль и др.;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи:
- чувство собственной малозначимости, низкая самооценка;
- рассеянность или растерянность;
- стремление к эмоциональной близости;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов.

Говоря о значимости индивидуальных факторов в генезе аутоагрессивного поведения, нельзя не отметить, что неоднократные попытки создать эталонный «психологический портрет суицидента до сих пор не увенчались успехом, ибо индивидуальные характеристики определяются **не** только личностными особенностями, но и морально-эитеческими установками, социальными и культуральными нормами и правилами, религиозными предпочтениями, мировоззренческиими позициями.

Среди тех, кто совершил или пытался совершить самоубийство, до 20% — психически больные люди, столько же страдающих алкоголизмом и наркоманией. Однако большая часть — люди здоровые, имеющие синдром социально-психологической дезадаптации. Это те, кто исчерпал субъективные возможности конструировать свое (будущее и пребывает в состоянии полной безысходности. И если первая попытка оказалась неудачной, то 20—30% (мировая статистика) прибегают к повторным попыткам, особенно в первый год.

Всех суицидентов можно предположительно разделить на две категории.

Первая — **«взлютекущие суициденты»** — люди, которые постепенно готовят себя к этому поступку. Вначале появляются мысли, далее происходит поиск подкрепления в том, что нет другого выхода, и затем, в момент переживания не самой трудной ситуации в жизни, человек принимает самодеструктивное решение. Именно этот возможно, не самый значимый момент переживания являет собой ту самую «соломинку, которая ломает хребет верблюду». Около 80% суицидентов, относящихся к этому типу, каким-либо образом предупреждают о намерении лишить себя жизни. Это могут быть высказывания типа: «Лучше бы мне умереть

и не мучиться»; «Так завидую соседке, которая ушла самостоятельно из жизни. Ушла и все проблемы решила». Много различных жалоб предъявляется участковым врачам, однако эти жалобы почти всегда направлены на что угодно, только не на намерение покончить жизнь самоубийством. Считается, что самым серьезным признаком опасности является счастливый вид человека, ранее помышлявшего о самоубийстве. Такой эмоциональный подъем может быть следствием внутренней решимости уйти из жизни.

Вторая категория — **«транзиторные суициденты».** Для принятия решения им не требуется много времени: после какого-то неприятного события вдруг возникает твердое намерение уйти из жизни («ломаются, как крепкие дубы в грозу»). Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени коррелируют с отчаянием, чем с депрессией.

Риск самоубийств существует для всех возрастных и национальных категорий населения, но для определенных людей он превышает средний уровень.

К обобщенным **факторам, повышающим вероятность** суицида, относятся:

- попытки самоубийств в прошлом;
- тяжелая депрессия;
- одиночество;
- алкоголизм;
- наркомания или токсикомания;
- неуравновешенное поведение;
- хронические заболевания;
- необоснованные обвинения;
- тяжелые личные утраты;
- потеря работы;
- финансовые трудности;
- нарушение половой самоидентификации;
- алкоголизм родителей.

В дополнение к вышеперечисленным *у молодых людей* (14-24 лет) обнаруживаются:

- предшествующее самоубийство/попытка самоубийства в семье или самоубийство близкого друга;
- серьезные проблемы в семье;
- череда травмирующих переживаний, потерь;
- утрата родителя в результате смерти или развода;
- разрыв с подругой или другом.

Формирование составляющих риска самоубийства

В связи со значимостью темы приведем некоторые практические рекомендации Дж. Молтсбергера по предварительному выявлению факторов суицидального риска.

1. Оценка реакций на стресс в прошлом. Особенности реакций пациента на предшествовавшие стрессовые ситуации можно выяснить, изучая его личную историю. Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви, работе или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей, детей или домашних животных, развод и другие душевные раны и утраты, которые выявляются в анамнезе. Следует попытаться обнаружить то, что Эдвин Шнейдман (1985) называет десятью общими чертами всех самоубийств — соответствие суицидального поведения общему стилю поведения на протяжении жизни. Следует заметить, что пациенты на протяжении всей своей жизни склонны преодолевать трудности одними и теми же способами.

2. Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам. По мнению Шнейдмана (1985), еще одной чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая психическая (душевная) боль. Взрослые пациенты с недостаточностью саморегуляции рискуют утратить контроль над своими эмоциями в отсутствие внешнего вмешательства.

Первым видом потенциально летальной боли является *полное одиночество,* субъективный коррелят тотального, эмоционального отвержения. Оно отличается от одиночества, воспринимаемого человеком как временное, смягченное воспоминаниями о любви и близости, при котором остается надежда на близость в будущем. В состоянии экстремального одиночества надежда отсутствует. Появляется страх полного разрушения, тревога, переходящая в панику и ужас. Человек готов на все, чтобы избавиться от этого чувства. Нечто похожее переживает обезумевший пациент с ажитированной депрессией, который цепляется за одежду прохожих, умоляя о помощи.

Второй вид психической боли — *презрение к себе.* У пациента, близкого к самоубийству, оно отличается от обычного гнева на себя не только количественно, но и качественно. Суицидент, несомненно, способен испытывать к себе глубочайшее презрение. Его субъективное переживание не просто вызывает дискомфорт; это чувство жжет, как огонь. Это и особое по качеству переживание, ибо субъективно пациенты воспринимают себя отдельными от ненавидящей совести. Один пациент чувствовал себя заключенным в своем теле и отданным во власть мучителя.

Неспособность к переживанию *собственной значимости* отличается от ненависти к себе, хотя между этими чувствами есть сходство. Человек

чувствует себя никчемным, ненужным и недостойным любви. Тем, кто несмотря ни на что чувствует свою значимость, вынести жгучие муки совести гораздо легче. Человеку, переживающему *никчемность,* несомненно, сложнее устоять под натиском внутреннего нападения, поскольку он считает себя недостойным спасения.

Смертоносная ярость является третьим видом опасной психической боли. Пациенты справляются с обычным гневом, но при его перерастании в смертельную ненависть возникает опасность, что они направят **ее** против себя. Часто это случается, поскольку совесть отказывается терпеть подобное чувство и выносит человеку, испытывающему его, смертельный приговор, иногда — ради защиты жизни других людей. Пациенты чувствуют ослабление своего контроля, они совершают суицид в страхе, что не удержатся от убийства.

3. Оценка внешних ресурсов поддержки суицидентов. Только опора на внешнюю поддержку дает возможность суицидентам бороться с захлестывающими их смертоносными аффектами. Неспособные к эмоциональной саморегуляции без опоры на кого-то или что-то за пределами ядра Я они тем не менее в состоянии сохранять равновесие до тех пор, пока существует необходимый источник постоянной и надежной поддержки. Его утрата может вызвать аффективную бурю и послужить толчком **к** самоубийству. Обычно в анамнезе пациента содержатся указания на конкретный источник, который он использует для установления эмоционального «гомеостаза». Вновь обращаясь к работам Шнейдмана (1985), можно отметить, что речь идет о четвертой общей черте самоубийства — *стрессоре или фрустрированных психологических потребностях.*

Существует три класса внешних ресурсов, помогающих пациенту в поддержке внутреннего баланса: *значимые другие, работа и специфические аспекты Я.* Чаще всего суициденты полагаются на других людей, чтобы чувствовать свою реальность, отдельность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери поддерживающего другого может вызвать взрыв одиночества, смертоносной ярости и презрения к себе. Часто пусковым механизмом суицидального поведения является факт смерти одного из родителей, мужа или жены. В некоторых случаях самоубийство провоцирует смерть любимого домашнего животного.

Иногда в обеспечении внутреннего равновесия пациенты не зависят от других людей. В этом случае источником их стабильности является работа.

Третий класс ресурсов поддержки — ценные для человека аспекты его Я. Чаще всего в этом качестве выступают часть тела или функция организма: пациент не воспринимает их как прочно связанные с остальной, обесцененной частью своего Я.

Важно не только выяснить, какой конкретный ресурс поддержки отказал или угрожает подвести пациента, но и узнать о значимом конкретном человеке, который отказал в поддержке, что может быть субъективно воспринято как «пожелание смерти». После самоубийства пациента весьма часто обнаруживают, что кто-то из родственников игнорировал суицидальные угрозы или как-то иначе своим бездействием способствовал наступлению его смерти.

В формулировке риска самоубийства можно выделить следующие основные моменты: определение, кто или что необходимо пациенту для продолжения жизни и каким является этот ресурс: доступным, временно недоступным, безнадежно утраченным или имеется угроза его существованию. От отчаяния пациента спасает доступность внешних ресурсов. Однако не менее важным является вопрос, способен ли он оценить эти ресурсы, схватиться за них и использовать, чтобы остаться в живых. Некоторые пациенты испытывают столь сильную боль, что вообще теряют связь с внешним миром и думают только о бегстве от страданий. Рука помощи может быть протянута им, но не принята ими.

К ресурсным функциям относятся способность человека к реальному восприятию себя как отдельной и независимой личности, умение справляться с тревогой и не допускать ее превращения в панику, способность чувствовать свою значимость, способность к контролю и модулированию ярости и умение чувствовать различие между своими желаниями или страхами и реальными обстоятельствами. Другими словами, способность выдерживать проверку реальностью.

4. Оценка фантазий о смерти. Четвертым этапом определения риска самоубийства является оценка эмоциональной значимости фантазий о смерти. Шнейдман (1985) считает бегство (эгрессию) восьмой чертой самоубийства. Однако, по моим наблюдениям, когда пациент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше. Разве слово «бегство» не подразумевает уход, перемену места, исход? Но можно задать вопрос: уход куда?

Следует выявить, изучить и оценить значение фантазий о путешествии и присоединения к кому-нибудь в загробной жизни. В случае их бредового характера или силы, свойственной бреду, существует опасность совершения самоубийства. При сильном стрессе пациенты могут настолько переоценивать иллюзии, что они обретают силу бреда.

5. Оценка способности пациента к проверке своих суждений реальностью. Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью

является завершающим аспектом формулирования суицидальной опасности. Важно не только спрашивать пациента о его фантазиях и убеждениях, но и выяснять величину его психологической дистанции между фантазиями и реальностью. Пациенты в глубокой депрессии иногда не способны оценить степень любви и заботы окружающих, а также своей ценности. В этих случаях следует не только выяснить доступность для пациента внешних ресурсов, но и его способность понимания того, что они существуют и ими можно воспользоваться.

У пациентов, страдающих паранойей, также может наблюдаться серьезное нарушение проверки реальностью. Они убеждены, что любящие их люди на самом деле являются опасными предателями, желающими причинить им зло. В подобных случаях невозможно оценить реальную доступность для пациентов помощи окружающих.

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Перечень организационных форм психологии здоровья находит свое развитие в зависимости от конкретных условий (армия, моряки, бизнесмены и др.). К сожалению, привязанность их к медицинским учреждениям часто «нозологизирует» контингент обращающихся за помощью. Важно, чтобы круг форм, имеющих строгую ориентацию на профилактику, расширялся, что способствовало бы охвату большего числа именно здоровых и лиц с состояниями, относящимися к дозонологическому уровню.

Основным мотивом, привлекающим внимание к программам психологии здоровья, выступает личность психолога и методы, которыми он осуществляет поставленные задачи. С помощью этих методов можно решать такие тактические задачи первичной профилактики, как коррекция негативных личностных особенностей; модификация стереотипов поведения, способствующих развитию психической, соматической и наркологической патологий; снижение последствий эмоциональной стрессированности; борьба с артериальной гипертензией; выработка установки на здоровье и привлечение широкого участия в массовых профилактических мероприятиях; мотивирование населения к преодолению вредных привычек и др.

Во многих работах указывается, что применение психокоррекционных методов (аутогенная тренировка, биообратная связь и др.) способствует снижению вероятности смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. Все эти задачи могут быть осуществлены при правильном использовании методов когнитивно-социального научения, методов релаксации и урегулирования обстановки в семье и на работе.

Эти методы могут сочетаться с разъяснительной работой и убеждением. Так, предупреждение пациентов об опасности вредных привычек оказывается иногда достаточным для изменения поведения. Например, некоторые успехи в контроле АД были достигнуты в результате убеждения пациентов снизить потребление соли. В двух группах женщин была прочитана лекция (2,5 часа) о диете при артериальной гипертензии, где давался совет снизить потребление соли. Оказалось, что в обеих группах женщин систолическое и диастолическое АД значительно снизилось буквально за одну неделю. Это изменение, полученное за короткий промежуток времени, было равносильно эффекту от применения антигипертензивных лекарств.

К эффективным методам освоения навыков самопрофилактики относится консультирование 2–3 раза в год (по мере необходимости — и чаще) по вопросам питания, борьбы со стрессами, курением и другими вредными привычками, по решению семейных, сексуальных проблем. Планомерное использование такой формы профилактической работы позволило, например, в Бельгии за два года снизить уровень холестерина на 4% (в контроле уровень не претерпел изменений), суммарный же риск смерти снизился на 20%, систолическое АД у больных гипертонией— на 8%, в то время как в контрольной группе значительного снижения не отмечено.

«Стресс-планктон» повседневной жизни является для человека одним из источников негативных переживаний. Возникновение данных проблем на поверхностном уровне сознания требует и «отработки» последствий стресса с помощью транзиторных, симптомно-ориентированных методов. Мы предлагаем отнести к таким методам техники *«за-»,* суть которых состоит в смещении внимания с объекта, вызывающего беспокойство, на другой, нейтральный или позитивный, и максимальной концентрации на последнем. Указанные техники предлагают: «заговорить проблему», «забегать проблему», «запарить», «заплакать», «залюбить», «заесть», «застирать», «застонать», «заспать» и т. п. Единственным, но существенным недостатком этих приемов является кратковременность, ситуативность оказываемой помощи. Более глубокая работа может осуществляться в повседневной медитативной практике или психотерапевтическом процессе.

Реализация психологических развивающих программ может осуществляться на различных уровнях: 1) на уровне *микросистемы* — укрепление личного (индивидуального) превентивного ресурса (уровень отдельного индивидуума); 2) *мезосистемы* — развитие социальной системы (семья, класс, школа, организация, учреждение); 3) *макросистемы* (город, популяция, общество). Работа на каждом уровне требует разработки определенных методов психологического воздействия.

Сегодня молодая отрасль психологии — психология здоровья — требует установления научно обоснованных границ своей деятельности. Идеологическая пустота среди специалистов этого направления, как и психотерапевтического в целом в нашей стране, к сожалению, заполняется причудливыми, порой уродливыми формами торжествующей некомпетентности. Возможно, это связано с многообразием западных и восточных подходов, которые, как правило, имеют собственные ограничения теоретическими школами и национальными особенностями. Все это вынуждает отечественных специалистов организовывать самостоятельный поиск недостающих знаний и навыков в сфере народной медицины.

Настоящее положение — это спонтанная и «неуправляемая» интеграция методов психологии здоровья с нетрадиционными, народными приемами и средствами. Однако без научного обоснования подобные процессы лишь искажают и профанируют идеи психологии здоровья. Требуется разумное комплексное взаимодействие технологий психологии здоровья и старинных народных приемов, направленных на укрепление и развитие психосоматического и духовного потенциалов человека. Появление новых, пришедших и с Запада, и с Востока методов психофизической саморегуляции ставит вопрос о научной адаптации. Это относится не только к религиозным психическим практикам, но и к целому ряду современных психокоррекционных методик, таких как холодинамика, психосинтез, психогенетика, дианетика, лайфспринг, холотропное дыхание, танатотерапия, алхимический гипноз, телесно-ориентированные технологии, рейки и многое другое.

Классификацию методов психологии здоровья необходимо создавать, опираясь на уже имеющиеся в медицинской психологии и психотерапии подходы. Однако использование в «чистом» виде рубрик психотерапевтических методов (симптоматические, патогенетические, социоцентрированные) некорректно, ибо речь идет о работе с психически здоровыми людьми, имеющими те или иные психологические трудности, и с теми, кто решил стать на путь самосовершенствования. Необходима классификация методов, базирующаяся на критериях, связанных с развитием «зрелой» личности и совершенствованием человека в гармоничном балансе души и тела.

Многие специалисты считают, что «психотерапия» — понятие гораздо более широкое, нежели только направление в медицине, использующее немедикаментозные методы лечения больных. Приведем выдержку из монографии Б. Д. Карвасарского «Психотерапия» (1985): «...Несмотря на очевидный интердисциплинарный характер психотерапии, она, конечно, является лечебной медицинской дисциплиной, а учет и разработка ее клинических основ приобретает сегодня по-прежнему первостепенное значение. Это не

исключает использования психотерапевтических методов (соответствующим образом модифицированных) также для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач (например, социально-психологического тренинга применительно к нуждающимся в этом контингентам людей; при этом одновременно со специфическими часто решаются также задачи сохранения и укрепления здоровья)». Такое представление о психотерапии дает нам основание пользоваться самим термином «психотерапия» в классифицировании методов психологии здоровья.

Стратегии оказания психологической помощи проблемным клиентам в психологии здоровья определены гармоничным сочетанием работы с негативными и позитивными сторонами личности. Стремление к совершенству предполагает работу как с тем, что мешает этому, так и с тем, что обогащает потенциал личности. Чтобы стать добрым, необходимо устранить причины зла в себе, а не только делать добрые дела, накапливая положительное сальдо. Многие философские и особенно религиозные системы подчеркивали, что достичь «высшего» можно, лишь осудив и приведя к покорности «низшее».

Абрахам Маслоу описал восемь приемов, способных помочь человеку приблизиться к самоактуализации (Маслоу, 1971, 1997).

Во-первых, самоактуализация — это переживание, переживание всепоглощающее, яркое, самозабвенное, с полной концентрацией и абсолютной погруженностью в него. Мгновения самоактуализации — это мгновения, когда человек проявляет свое Я. Задача каждого, кто стремится к совершенствованию, — научиться такому способу жизни: быть поглощенным самим процессом жизни.

Во-вторых, можно представить себе жизнь как бесконечную череду выборов, которые мы должны совершать один за другим. Одни выборы направлены на укрепление защит, и тягловой силой в этом путешествии будет страх. Другие выборы направлены на рост и обогащение собственной личности. Самоактуализация — это процесс выбора между первым и вторым в пользу второго. Каждый из вставших перед человеком выборов стремящийся к самоактуализации совершает в пользу личностного роста.

В-третьих, уже в самом понятии «самоактуализация» заключается утверждение, что есть некая «самость», подлежащая актуализации. Современный человек привык прислушиваться не к своим внутренним сигналам, а к голосам других в себе: к голосу матери, отца, к голосу общества, к голосам старших, к голосу власти или традиций. Отказаться бездумно поступать так, как принято большинством, — это широкий шаг к постижению себя.

В-четвертых, если у вас есть выбор, будьте лучше честными, чем нет. Честно спросите с себя ответ за свои поступки и за свой выбор.

и вы обязательно почувствуете и ответственность перед собой. Вопрос ответственности, к сожалению, в науке пока мало изучен. Однако каждый раз, принимая на себя ответственность, человек приближается к самоактуализации.

В-пятых, развивать смелость быть самим собой, говорить и делать то, что у вас на уме. В хорошем смысле быть «выскочкой», не бояться прослыть нонконформистом. Говоря другими словами, когда чувствуете приближение страха, всегда решайтесь быть мужественным.

В-шестых, самоактуализация — это не только конечная станция нашего путешествия, но и само путешествие, и движущая сила его. Это ежеминутная актуализация всех наших чувствуемых и даже лишь предощущаемых возможностей. Вам не обязательно совершать героические поступки, но нужно быть готовым к ежедневному и кропотливому труду выявления и вскрытия собственных возможностей. Когда пианист «мучает» гаммы и тянет пальцы в сложных аккордах — он самоактуализируется. Самоактуализация — это работа над тем, к чему вы стремитесь. Решение стать рядовым врачом — не лучший выбор для самоактуализирующейся личности. Обязательно нужно стремиться стать самым лучшим врачом. Нужно хотеть в наибольшей степени раскрыть свои возможности.

В-седьмых, высшие переживания — лишь мимолетный момент самоактуализации. Человек может стремиться стать таким, чтобы как можно чаще переживать эти мгновения высшего торжества. В жизни каждого человека обязательно были мгновения высших откровений, но не каждому было дано прочувствовать их. Задача человека, стремящегося к самоактуализации, — выработать навык чувствования мгновений истинного откровения, если уж они случаются.

В-восьмых. Осознав, кто вы такой и что собой представляете, что любите и чего не любите, что хорошо для вас и что плохо, к чему вам нужно стремиться и в чем ваше призвание, — одним словом, вскрыв свою сущность,— вы обнажите и собственную психопатологию. Вы поймете свои защитные механизмы и соберете все свое мужество, чтобы отказаться от них. Это болезненный процесс, потому что эти механизмы помогают нам не замечать того, что нам неприятно. Но ради результата стоит стерпеть боль.

Методы психологического воздействия в области развития, совершенствования человека можно условно дифференцировать в зависимости от уровня сознания, на котором проводятся позитивные изменения. Наиболее приемлемой для психологии здоровья, на наш взгляд, является классификация, основанная на модели «Спектра Сознания» Кена Уилбера. «Спектр Сознания» — это многомерный подход к человеческой личности. Уровни сознания рассматриваются от Верховной Личности,

соотносимой с космическим Сознанием, до резко суженой идентификации, ассоциируемой с Эго-уровнем.

Совершенствование на уровне Эго. Дезадаптации на данном уровне возникают тогда, когда образ самого себя подвергается искажению и изображается (истолковывается) неточно. Это может быть результатом разрушения связей между сознанием и бессознательным, и тогда совершенствование будет заключаться в восстановлении точного и, следовательно, реального, приемлемого образа себя. Если человек отчуждает какие-то грани своей личности, он обманывает себя, искажает свой образ. Отвергнутые, вытесненные аспекты (то есть пока «неосознаваемая тень персоны») тем **не** менее принадлежат ему и — например, с помощью механизмов психологической защиты — выходят наружу в виде проекции этих теневых сторон на других людей. Резерв роста личности включает контактирование с «тенью», осознание этих аспектов и принятие их, что расширяет чувство идентификации. Таким образом человек обретает уточненный и приемлемый образ себя, устраняется разрыв между «персоной» и «тенью». Личность выходит на уровень «Понимаю и принимаю себя со всеми своими достоинствами и недостатками».

Совершенствование на экзистенциальном уровне. Цель этих методов состоит не в том, чтобы воссоздать уточненный образ целостного организма, а в том, чтобы быть целостным организмом. Терапия направлена на актуализацию целостного, полностью проявленного бытия человека, не разорванного на части. На данном уровне основная забота совершенствования состоит в преодолении глубинной двойственности, как-то: субъект—объект, жизнь—смерть. Большинство методов экзистенционального уровня обращено к целостному психосоматическому организму и тем кризисам, которые могут здесь иметь место. В эту группу методов входят преимущественно те. в основе которых лежит ноэтический подход— такие как экзистенциальная психология, гештальт-терапия, логотерапия, гуманистическая психология и др.

Совершенствование биосоциального слоя. Этот слой относится к верхним пределам экзистенциального уровня. Он хранит в себе объемный массив информации, отобранной из культурного наследия человека. Сформированные поведенческие паттерны этого слоя оказывают всепроникающее влияние как на характер мыслительного процесса, структуру Эго, так и на общее поведение человека.

При восприятии и описании мира человек использует фильтры, с помощью которых сортирует информацию о реальности. Фильтры могут быть обусловлены физиологическими, социальными и индивидуальными особенностями конкретного человека. Тот опыт, который не пропущен фильтрами, остается за пределами сознания. Отсюда мир воспринимается и репрезентируется каждым из нас по-своему и является в истинном

смысле уникальным для каждого индивидуума. Чтобы осознать реальность, ее необходимо описать с помощью языка, но каждый видит мир по-своему, следовательно, и репрезентирует, описывает его по-своему, на своем языке (будь то язык слов, язык образов или символов). Так язык и логика человека могут изменять и искажать процесс осознания. Поэтому методы развития личности, естественно, адресуются более «глубокому» уровню, чем просто индивидуальные отклонения, вытеснения и т. п. Методы этого уровня более других касаются социального контекста отклонений; сюда включены все межличностные методы, которые, по выражению К. Уилбера, «заняты играми, в которые играет Эго». Однако основные методы семейной терапии, нейролингвистического программирования и некоторые другие относятся к этой наиболее важной части.

Совершенствование трансперсонального слоя. Трансперсональный слой представляет собой те уровни сознания, которые по природе сверхиндивидуальны. На этом уровне человек не ограничен условными пределами своего организма. Особую роль здесь играют «первообразы», «коллективное бессознательное — архетипы». На этом уровне происходит примирение двойственности, «перемирие» «персоны» и «тени», Эго и тела. Выход человека в надличностный слой, за пределы своего индивидуального бытия, в метапозицию наблюдателя, способствует решению многих дезадаптаций: страхов и тревог, навязчивостей и депрессий, — ибо Я становится «свидетелем» этих состояний, а не их участником. Этот сверхиндивидуальный свидетель способен наблюдать поток происходящего, течение событий, происходящих во внутреннем и внешнем пространствах психосоматического организма, оставаясь созерцательно беспричастным, не вмешиваясь в этот поток и не отождествляясь с ним. Эта позиция есть основание начальной буддийской практики. К этому слою могут относиться методы, направленные на расширение сознания: холотропное дыхание, психосинтез, медитация самонаблюдения, потрясающая психотерапия, арт-терапия и другие. Именно благодаря таким переживаниям человек может коснуться мира метамотиваций, трансцендентных ценностей — другими словами, вступить в духовные области трансперсонального слоя.

Совершенствование уровня MIND (существования). Если на уровне трансперсонального слоя еще есть тонкая грань различия свидетеля и свидетельствуемого, то на уровне MIND эта тонкая грань уходит, то есть остаточные следы двойственности полностью стираются. На этом уровне Свидетель и свидетельствуемое становятся одним и тем же. «...Добиться, чтобы созерцающее, как и требует изначальная его природа, стало подобно созерцаемому, и стяжать ту совершеннейшую жизнь, которую боги предложили нам как цель на эти и будущие времена». Итак, в первом случае (трансперсональный слой) человек свидетельствует реальность

(сущее), во втором (уровень MIND) - он есть реальность (сущее). Методы этого уровня пытаются избавить человека от дуализма субъекта-объекта, после чего он становится способным к взаимодействию с внепространственным миром космического Сознания. Выход на уровень MIND достигается с помощью специфических техник, включенных в некоторые формы религиозного мистицизма— таких, как буддизм махаяны, даосизм, ведантизм, индуизм, суфизм, православный исихазм и другие.

К представленной выше классификации методов имеется ряд замечаний.

Во-первых, все уровни Спектра Сознания, как и любого спектра, плавно переходят друг в друга и никоим образом не могут быть отделены друг от друга. Причисление различных психотерапевтических школ к одному из уровней или слоев является грубой аппроксимацией.

Во-вторых, психотерапевтические школы, конечно, включают в себя работу и на других уровнях.

В-третьих, чтобы могла начаться работа на каком-либо уровне, патологический опыт нижележащего уровня должен быть устранен.

В-четвертых, изменение Спектра Сознания связано с разотождествлением от организма до Космоса, и поэтому Сознание отъединяется от всех блокирующих идентификаций.

В-пятых, так как каждый уровень имеет свое ощущение тождества, то он имеет и свои особенности, соотносимые с ним. То есть различным уровням соответствуют различные психосоматические феномены: специфические сны, потребности, симптомы и прочее, поэтому и вносить изменения необходимо по-разному.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачи и объем книги не позволили раскрыть все стороны психологии здоровья, новой многогранной отрасли человекознания и человекостановления. Удалось лишь расставить концептуальные «вешки», указывающие пути изучения психологических причин здоровья, методов и средств его сохранения, укрепления и развития. Создание новой отрасли психологии, синтезирующей знания о личностном росте, совершенствовании, самоосуществлении человека — насущная необходимость современного общества, где развитие технических средств способствует все большему разрушению целостности человека. Психология здоровья по своим целям и задачам стремится к гуманизации медицины и образования, обращению их к личности человека.

Использование синергетической концепции в качестве философской основы психологии здоровья позволяет сформировать теоретическую базу холистического подхода в медицине и образовании, где лечение и обучение обретают метафорический образ «нового открытия себя», «возвращения к самому себе». Психология здоровья позволяет человеку вскрыть и осознать непроявленные, латентные линии развития, предлагает способы постижения новой реальности, поиска путей в будущее.

В книге фрагментарно описаны такие важные разделы психологии здоровья, как:

- онтогенетическая психосоматика в обосновании формирования структурных аттракторов болезни (патологических, психосоматических, функциональных систем) человека;
- адаптология и кризисы развития как концептуальная основа психологии здоровья;
- стресс и здоровье;
- психология здоровья и образование;
- психология здоровья и профилактическая наркология;
- сексуальное здоровье: перинатальное и половое воспитание.

В дальнейшем в книгу следует ввести разделы о психологических основах семейного здоровья, психологии питания, экологической психологии, психологии здоровья и религии; духовно-нравственном здоровье, способах модификации поведения. Возможно, это еще не полный перечень необходимых глав в будущем более развернутом руководстве по психологии здоровья.

ПРИЛОЖЕНИЕ

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕОРЕТИЧЕСКИМ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИМ ОСНОВАМ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

1. Особенности психологического состояния населения в современный переходный период.
2. Эпидемиология нервно-психической и психосоматической заболеваемости.
3. Пути нарушения нервно-психического баланса.
4. Три этапа профилактической медицины.
5. Психология здоровья как междисциплинарная область знаний.
6. Сопоставление психологии здоровья, психогигиены и психопрофилактики.
7. Определения психологии здоровья, ее цели и задачи.
8. Сектор частных областей психологии здоровья.
9. Направления научных исследований в области психологии здоровья.
10. Объект и предмет психологии здоровья.
11. Базовые определения здоровья.
12. Мотивация к сохранению, укреплению и развитию здоровья.
13. Стержневые характеристики эмоционального благополучия.
14. Психология здоровья как новое универсальное холистическое мировидение.
15. Модель комплексной программы развития личности «Цветок потенциалов».
16. Внутренняя картина здоровья: базовые категории и способы формирования.
17. Мифическая природа нарушений здоровья.
18. Основные грани внутренней картины здоровья.
19. Социальные факторы риска в развитии психосоматических расстройств.
20. Психологические концепции развития психосоматических расстройств.
21. Онтогенетическая концепция структурного атграктора болезни (модель развития психосоматических расстройств).

22. Формы работы в области психологии здоровья.
23. Суицидологическая служба.
24. Классификация методов развития личности.
25. Подготовка специалистов, работающих в области психологии здоровья.
26. Критерии личностного роста в психоаналитической школе (3. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер и др.).
27. Критерии личностного роста в поведенческой и телесно-ориентированной школах (Б. Скиннер, В. Райх, А. Лоуэн и др.).
28. Критерии личностного роста в гуманистическом направлении психологии (К. Роджерс, А. Маслоу, Ф. Перлз и др.).
29. Критерии личностного роста в когнитивной психотерапии (А.Эллис, А. Бэк и др.).
30. Три группы концепций в определении психической нормы и патологии.
31. Критерии психического здоровья.
32. Особенности «уравновешенного человека», черты «нового человека» по К. Роджерсу.
33. Препятствия на пути развития личности по Г. И. Гюрджиеву.
34. Запределеньные задачи психологии здоровья.
35. Перечень качеств зрелой личности.

Контрольные вопросы по разделу «Сексуальное здоровье»

1. Назовите исторические особенности становления сексологии как науки.
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 между женской и мужской сексуальностью (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.

Контрольные вопросы по разделу «Профилактическая наркология»

1. Особенности и тенденции девиантного поведения на современном этапе.
2. Легальные и нелегальные наркотики.
3. Определение зависимости. Виды зависимостей.
4. Стадии зависимости от ПАВ.
5. Разновидность аддикций. Психологические модели аддиктивного поведения.
6. Факторы риска употребления ПАВ.
7. Факторы защиты от употребления ПАВ.
8. Виды наркотиков.
9. Личностные особенности зависимых.
10. Ориентировочные индикаторы употребления наркотиков: специфические и неспецифические.
11. Критерии диагностики Интернет-зависимости.
12. Первичная, вторичная и третичная профилактика.
13. Основные принципы профилактики девиантного поведения.
14. Содержание системной профилактики.
15. Модели реабилитация зависимых от ПАВ.
16. Феномен созависимости. Признаки, характеристики поведения.

ЛИТЕРАТУРА

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

1. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995.

2. *Аксарина Н. М., Бабаджан Т. С, Кистяковская М. Ю. и др.* Развитие и воспитание детей раннего возраста / Под ред. Н. М. Аксариной. Д.: Медицина, 1965. 292 с.

3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993.

4. *Амбрумова А. Г., Полеев А. М.* Неотложная психотерапевтическая помощь при острых суицидоопасных состояниях // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. Л., 1985.

5. *Амман Г.* Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 238 с.

6. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. Л., 1968.

Т.Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья. СПб.: БПА., 1998. 148 с.

8. *Ананьев В. А.* Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов. Автореф. докт. дис. СПб.: МАЛО, 1999. 46 с.

9. *Ананьев В. А.* Концептуальная основа потрясающей психотерапии // Б. Г. Ананьев и ленинградская школа в развитии современной психологии. СПб., 1995.

10. *Ананьев В. А.* Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Автореф. канд. дис. Л.: НИИ им. В. М. Бехтерева. 1988.

11. *Ананьев В.А.* «Психологический диагноз» в практике общения // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. М., 1996. № 2. С. 31—45.

12. *Ананьев В. А.* Структурные составляющие внутренней картины здоровья // Тезисы докладов. VI Нац. Конгресс по профилактической медицине и валеологии. СПб., 1999. С. 127-129.

13. *Ананьев В. А.* Введение в потрясающую психотерапию // Журн. практического психолога. М., 1999. №7-8. С. 41-71.

14. *Ананьев В. А.* Легальные и нелегальные наркотики (учебное пособие) // СПб.: ИМАТОН, 2000. Ч. 1 и 2.

15. *Ананьев В. А.* Психология здоровья — новое направление медицинской психологии // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сб. научн. тр., посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова / Под общ. ред. Н. Г. Незнанова, В. И. Крылова. СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ. 2000. С. 191-194.

16. *Ананьев В. А.* Психология здоровья — новая отрасль человекознания // Психология: итоги и перспективы. СПб., 1996.

17. *Ананьев В. А.* Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. М., 1995 (а). №3.

18. *Ананьев В. А.* Учебная программа «Психология здоровья»: формирование психосоматической культуры врача // Вестник психотерапии. СПб., 1994. № 1 (6).

19. *Ананьев В. А.* Человек как психосоматическая система // Валеология человека. Т. 1. СПб., 1996 (а).

20. *Ананьев В. А., Давиденков Д. Н, Петленко В. П., Хомутов Г. А.* Этюды валеологии (монография). СПб.: БПА, 2001. 210 с.

21. *Ананьев В. А., Давиденко Д.Н., Петленко В. П.* Общая валеология: конспект лекций. СПб., 2000.

22. *Ананьев В. А., Никифоров Г. С., Гурвич И. Н. и др.* Психология здоровья. СПб.: СПбГУ, 2001.

23. *Ананьев В. А.* Предисловие к книге «Глубинная топологическая психотерапия: идеи о трансформации» О. В. Лавровой. СПб.: Изд-во ДНК, 2001. С. 6-11.

24. *Ананьев В. А., Евсеев С. П., Давиденко Д. в., Петленко В. П.* Здоровье, образ жизни и наркотики: Учебное пособие. СПб.: БПА, 2003. 119 с.

25. *Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А.* Социальнопсихологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения (монография). СПб., 2002. 177с.

26. *Ананьев В. А., Малыхина Я. В., Васильев М. А.* Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения. СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2003. 171 с.

27. *Ананьев В. А.* Психология здоровья: Учебник для вузов/ Ред. Г. С. Никифоров. Гл. 1. Психология Здоровья (с. 11-40); гл. 3. Физическое здоровье (с. 67-88); гл. 4. Гармония личности (с. 90-103); гл. 13. Основы сексуального здоровья (с. 292-320); гл. 15. Профилактическая наркология (с. 337-381). СПб.: Питер. 2003.

28. *Анохин П.К.* Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 196 с.

29. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства у детей и подростков. М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. 320 с, издание второе, исправленное.

30. *Антропов Ю. Ф.* Невротическая депрессия у детей и подростков. М.: Изд-во медпрактика, 2000.

31. *Апанасенко Г. Л.* Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. СПб., 1992.

32. *Арапова М. П., Мясникова М. Н.* О положительных ресурсах жизненных кризисов // Психологический вестник РГУ. 1999. № 4. С. 367-370.

33. *Ассаджоли Р.* Самореализация и психологические потрясения. Духовный кризис / Ред. Ст. Грофа. М., 1995. С. 40-61.

34. *Баевский Р. М.* Протезирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979.

35. *Баевский Р. М., Берсенева А. П.* Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., 1997.

36. *Баканова А. А.* Отношение к жизни и смерти в критических жизненных ситуациях. Автореферат канд. дис СПб.. 2000.

37. *Батина В. М.* Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина. 1989. 256 с.

38. *Безруких М. М., Фарбер Д. А.* Теоретические аспекты изучения физиологического развития ребенка. Образование от А до Я. М., 2000.

39. *Бехтерев В. М.* Лечение внушением превратных половых влечений и онанизма // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. № 8. 1898. С. 587-597.

40. *Бехтерева Н. П.* Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука. 1988. 262 с.

41. *Бехтерева Б. М.* Особенности диагностики и лечения депрессий у подростков. Л.: Научно-иссл. инст., 1990.

42. *Вятский П. П.* Очерки детской сексуальности. М.; Л., 1935. 125 с.

43. *Бодалева А. А., Сталина В. В.* Общая психодиагностика. Изд-во МГУ, 1987. 304 с.

44. *Божович Л. И.* Проблема развития мотивационной сферы ребенка. Изучение мотивации поведения детей и подростков. М.: Педагогика, 1972. С. 44-56.

45. *Братанов Бр.* Клиническая педиатрия. София: Физкультура и медицина, 1987. Т. 2.

46. *Браун Дж., Кристенсен Д.* Терапия и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001. 352 с.

47. *Брязгунов И. П.* Между здоровьем и болезнью. Функциональные заболевания в детском возрасте. М., 1995. 224 с.

48. *Бурбо Л.* Твое тело говорит: люби себя. Киев: София, 2003.

49. *Бурмистрова Н. Н.* Актуальные вопросы воспитательно-педагогической работы с соматически больными детьми в условиях стационара // Педиатрия. 1972. № 10. С. 61-65.

50. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989. 304 с.

51. *Буторина Н. Е., Полецкий В. М.* Психосоматические расстройства в структуре пубертатного криза // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. Суздаль, 1988. 14 с.

52. *Буянов М. И.* Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. М., 1995. 192 с.

53. *Быков В. М.* О синдроме трихотилломании у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова. № 10. 1973. С. 1520-1523.

54. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека // М.: Академия. 2001. 352. с.

55. *Василюк Ф. Е.* Жизненный мир и кризис. Типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. Т. 16. №3. 1995.

56. *Василюк Ф. Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.

57. *Вейн А.М.* Нарушения сна и бодрствования. М., 1974.383 с.

58. *Вейн А. М.* Психосоматические отношения // Заболевания вегетативной нервной системы/Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицина, 1991. С. 374-384.

59. *Вельский П. Г., Никольский В. Н.* Исследование эмоциональной жизни несовершеннолетних, отклоняющихся от нормы в своем поведении. М., 1924. 88 с.

60. *Вельтищев Ю. Е., Белоконь Н. А., Шварков С. Б. и др.* Роль психологических и средовых факторов в генезе психосоматических сердечнососудистых заболеваний у подростков // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М., 1988. С. 18-19.

61. *Вертоградова О. П., Шахматов Н. Ф., Сосюкало О. Д* Возрастные аспекты проблемы депрессий // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). М., 1987. С. 5-14.

62. *Вилюнас В. К.* Психология эмоциональных явлений. М.: Изд-во МГУ, 1976. 142 с.

63. *Водопьянова Н. Е., Ходырева Н. В.* Психология здоровья // Вестник ЛГУ. Серия 6 Вып. №4. 1991. С. 50-58.

64. *Войтенко В. П.* Здоровье здоровых. Киев, 1991.

65. *Воложин А И., Субботин Ю. К.* Адаптация и компенсация — универсальный биологический механизм приспособления. М.: Медицина, 1987.

66. *Ворно Е. М.* Суицидология в России — немного истории // Журн. практической психологии и психоанализа. 2001. №2.
67. *Выготский Л. С.* Лекции по психологии. СПб.: Союз, 1997. 144 с.
68. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений. Т. 2. Проблемы общей психологии. М: Педагогика, 1982. 504 с.
69. *Выготский Л. С., Лурия А. Р.* Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. М.: ПедагогикаПресс. 1993. 224 с.
70. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977. 272 с.
71. *Гарбузов В. И.* К проблеме этиопатогенеза, клиники, психопрофилактики и лечения психосоматических состояний у детей и подростков // Психиатрические проблемы педиатрии Л., 1985. С. 62-68.
72. *Джеймс Л. Гибсон, Джон Иванцевич, Джеймс Х Доннелли.* Организации. Поведение. Структуры. Процессы. М.: ИНФРАМ, 2000.
73. *Гольбин А. Ц.* Патологический сон у детей. Л.: Медицина, 1979. 248 с.
74. *Граф С., Хэлифакс Дж.* Человек перед лицом смерти. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1996.
75. *Губачев Ю. М., Стабровский Е. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981.
76. *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. СПб.: СПбГУ, 1999. 1023 с.
77. *Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М.: Госмедиздат, 1930.231 с.
78. *Гурьева В. А., Морозова И. Г., Кузнецов И. В.* Расстройства влечений в подростковом возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 8. 1989. С. 95-100.
79. *Дильман В. М.* Четыре модели медицины. М.: Медицина, 1987.
80. Динамика трихотилломании — от врожденной адаптивной реакции к патологической привычке и патологии влечений // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Т. 97. № 11. 1997. С. 71-75.
81. *Дубова Е. Т.* Духовный кризис в современной России и практическая психология // Журнал прикладной психологии. 2000. № 1. С. 29-39. № 2. С. 37-45.
82. *Ефимов Ю. А.* Возможности диагностики донозологического этапа развития психосоматических заболеваний // Восьмой Всесоюз. съезд невроп., психиатр, и наркол. М.. 1988. Т.Н. С. 193-195.
83. *Ефимов Ю. А.* О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 51-53.
84. *Журавель В. А.* О применении методов научной психологии в период их становления к изучению детей и подростков // Медикопсихологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями / Под ред. Р. А. Харитонова. Л., 1978. С. 116-122.
85. *Запорожец А. В.* Избранные психологические труды. Т. 2 // Развитие произвольных движений. М.: Педагогика, 1986. 297 с.
86. *Захаров А. И.* Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 448 с.
87. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
88. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. 2-е изд. 1986, МГУ. 287 с.
89. *Зеньковский В. В.* Предисловие. Грос К. Душевная жизнь ребенка. Киев, 1916. С. III-XI.
90. *Зеньковский В. В.* Психология детства. М.: ШколаПресс, 1996. 336 с.
91. *Исаев Д. Н.* Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2001. 463 с.
92. *Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
93. *Исаев Д. Н.* Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. СПб., 1994.
94. *Иовчук Н.М., Северный А. А.* Депрессия у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 80с.
95. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.
96. *Каган В. Е.* Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства. Тарту, 1988. Ч. 1. С. 201-204.
97. *Казначеев В. П.* Общая патология и адаптация человека: размышления.
98. *Казначеев В. П.* Здоровье нации. Просвещение. Образование. М., 1996.
99. *Капустин С. А.* Теории нормальной и аномальной личности в классических направлениях психотерапии: проблема интеграции. М., 2000.
100. *Карандашев Ю. Н.* Психология развития. Минск, 1997.
101. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. М., 1980.
102. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. Л., 1982.
103. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
104. *Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г.* Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 184 с.

105. *Китаев-Смык А. А.* Психология стресса. М.: Наука, 1983.
106. Клиническая психология учебник / Ред. Б. Д. Карвасарский. СПб.: Питер, 2002. 960 с.
107. *Князева Е. Н., Курдюмов С. П.* Синергетика как новое мировидение: диалог с И. Пригожиным // Философский журнал. 1992. № 12.
108. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб.: Питер, 2002. 1312 с.
109. *Козлов В. В.* Психодуховные измерения личностного кризиса. Ярославль, 2001.
110. *Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф.* Эпидемиология психических заболеваний у взрослых и детей // Научный обзор. М., 1981.
111. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 608 с.
112. *Комаров Г. Д., Кучма В. Р., Носкин Л. А.* Полисистемный саногенетический мониторинг. М., 2001.
113. *Кошкина Е. А.* // Вопросы наркологии. 1992. № 32. С. 60-64.
114. *Кулаков С. А.* Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003.288 с.
115. *Куликов Л. В.* Психогигиена личности. СПб.: Питер, 2004. 464 с.
116. *Лаврова О. В.* Глубинная топологическая психотерапия: идеи о трансформации. Введение в философскую психологию: Монография. СПб.: ДНК, 2001. 424 с.
117. *Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
118. *Лисбет Ф., Брюдаль.* Психические кризисы в новой перспективе. Европейский дом. СПб., 1998.
119. *Лисицин Ю.П., Петленко В. П.* Детерминационная теория медицины. СПб., 1992.
120. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 111 с.
121. *Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: Издание Санкт-Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1996.
122. *Маслоу А.* Психология бытия. М., 1997.
123. *Маслоу А.* Самоактуализация. Психология личности. М., 1982.
124. *Маслоу А.* Дальние пределы человеческой психики. СПб., 1997.
125. *Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл, 1999.
126. *Мелик-Пашаев А. И.* Быть самим собой (О третьем измерении человеческой жизни) // Мир психологии. 2001. № 2. 65 с.
127. *Минделл А.* На краю жизни и смерти: Кома: Ключ к пробуждению; Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом / Пер. с англ. В. В. Самойлова. М.: Независимая фирма «Класс», Изд-во Трансперсонального института, 2000. Вып. 75. 256 с.
128. *Мухамедрахимов Р. Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. 288 с.
129. *Мягер В. К.* Актуальные вопросы теории и практики психогигиены.
130. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
131. *Мясищев В. Н.* Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
132. *Налимов В. В.* Спонтанность сознания. М.: Прометей, 1989.
133. Научные основы физической культуры и здорового образа жизни / Ред. Д. Н. Давиденко. СПб., 2001.
134. *Обухов Я. Л.* Символ, драма и современный психоанализ. Харьков: Регионинформ 1999. 252 с/
135. *Орлов А. Б.* Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции практики. М., 1995.
136. *Пезешкиан Н,* Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.
137. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. М.: ВОЗ, 2002.
138. *Перлз Ф.* Внутри и вне помойного ведра. СПб., 1995.
139. *Петленко В. П.* Валеология человека. СПб., 1996. Т. 1-5.
140. *Петраков Б. Д.* Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. М., 1972.
141. *Попогребский А. П.* Влияние инфаркта миокарда на смысловую сферу человека // Психологический журнал. 1998. Т 19. №5. С. 113-118.
142. *Пригожин И., Стенгерс И.* Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. М., 1986.
143. Психическое здоровье детей и подростков / Под ред. И. В. Дубровина. М., 2000.
144. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и пограничных нервно-психических расстройствах. Методические рекомендации. СПб., 1991.
145. Психологические методы обретения здоровья: хрестоматия / Сост. К. М. Сельченок Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2001. 720 с.
146. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. 504с.
147. Психология здоровья: Учебник для вузов / Ред. Г.С. Никифоров. СПб.: Питер., 2003. 606 с.

148. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е изд. СПб., 2000.
149. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.; Питер, 2000.544 с.
150. *Пуселик Ф., Люис Б.* Магия нейролингвистического программирования без тайн. СПб.: XXI век, 1995.
151. *Рейдимен Д., Фрейгер Р.* Личность и личностный рост Вып. 1, 2. М., 1991.
152. *Робертс Р. Д., Мэттьюс Дж., Зайднер М., Люсин Д. В.* Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике // Психология. Журн. Высшей школы экономики. Т. 1. №4. 2004. С. 3-26.
153. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
154. *Рубинштейн С. Л.* Человек и мир. Проблемы общей психологии. СПб., Питер, 2002.
155. *Селье Г.* Когда стресс не приносит горя. М, 1992. С. 104-109, 116-135.
156. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М.: МЕДГИЗ, 1960.
157. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.
158. *Семичев С. Б.* Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987.
159. *Симаненков В. И., Ананьев В. А.* Концептуальные основы онтогенетической психосоматики // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994 (а).
160. *Симаненков В. И., Ананьев В. А.* Психосоматическая медицина. Пермь, 1994.
161. *Симонов П. В.* Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981.216 с.
162. Синергия: проблемы аскетики и мистики Православия / Под ред. С. С. Хоружий. М., 1995.
163. Социально-психологические исследования в психоневрологии / Под ред. Е. Ф. Бажина. Л., 1980.
164. *Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М. и др.* Депрессии в детском и подростковом возрасте. Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Калуга, 1988. С. 125—127.
165. *Снежневский А. В.* Депрессия. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М.: Базель, 1985.
166. *Спиркин А. Г.* Сознание и самосознание. М.: Политиздат, 1972.
167. *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина. 1986.
168. *Тхакер А.* Йога // Индия. 1973. № 1 (34).
169. *Тхостов А, Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002.287 с.
170. *Узнадзе Д. Н.* Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, 1961.
171. *Уилбер К.* Вечная психология: спектр сознания // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. М., 1990.
172. *Фаррелли Ф., Брандсма Д.* Провокационная терапия. Екатеринбург, 1996.
173. *Флоренский Л. А.* Столп и утверждение истины. Т. 1. М., 1990.
174. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
175. *Фролов Б. С., Овечкина И. В.* Объективная оценка психического состояния детей и подростков под влиянием лечебных и профилактических воздействий. Кризис и школа. Материалы региональной научно-практ. конф. по детской психиатрии, психотерапии и психологии. СПб., 2003. С. 39-43.
176. *Хакен Г.* Синергетика. М., 1980.
177. *Хоружий С. С.* Диптих безмолвия. М., 1999.
178. *Целинский Б. П.* //Вопросы наркологии. 2000. №4. С. 13-19.
179. *Черноволенко В. Ф.* Мировоззрение и научное познание. Киев: КГУ, 1970.
180. *Шаронов А. В.* Молодежь и общество: проблемы социальной адаптации в современном мире // Вестник психосоциальной и коррекционнореабилитационной работы. М., 1996. № 1.
181. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
182. *Шостром Э.* Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор. Минск, 1992.
183. *Шутс В.* Глубокая простота. СПб.: Роза мира, 1993.
184. *Юнг К.* Аналитическая психология. СПб., 1994.
185. *Юнг К.* Проблемы души нашего времени. М., 1993.
186. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996.

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

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. *Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р.* Мастерс и Джонсон о любви и сексе. СПб.: СП «Ретур», 1991.
9. *Прокопенко Ю. П.* Физиология и патология интимной жизни. М.: Знание, 1989. Вып. 7
10. *Свядощ А. М.* Женская сексопатология. М., 1991.
11. Справочник: сексопатология / 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.

ЛИТЕРАТУРА ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ

1. *Ананьев В. А.* Ведение в психологию здоровья. СПб.: БПА, 1998.
2. *Ананьев В. А.* Легальные и нелегальные наркотики. СПб.: ИМАТОН, 2000. Ч. 1 и 2.
3. *Ананьев В. А, Малыхина Я. В., Васильев М. А.* Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения. СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2003.
4. *Белогуров С. Б., Зефиров С. Ю., Софронов А. Г. и др.* Предложения по совершенствованию системы медицинской помощи наркоманам в СанктПетербурге. СПб., 1996.
5. *Беличева С. А.* Психологическое обеспечение социальной работы и превентивной практики в России. М.: Консорциум соц. здор. России, 2004. 235 с.
6. Борьба с эпидемией курения. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением / Пер. с англ. М., 1980.
7. *Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я.* Алкоголизм: социально-гигиенические аспекты М 1983.
8. *Личко А. Е., Битенский Ю. Г.* Подростковая наркология. М.: Медицина. 1991.
9. *Малыхина Я. В.* Социально-психологические аспекты системной профилактики «общего девиантного синдрома». Автореферат канд. дис. СПб.: РГПУ, 2004.
10. Наркомания в России: вызов национальной безопасности. М., 1997.
11. *Николаева Л. П., Колесов Д. В.* Уроки профилактики наркомании в школе. М ; Воронеж, 2000.
12. Психологические особенности наркоманов периода взросления / Под ред. С В Березина, К. С. Лисецкого. Самара, 1998.
13. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С, Лисецкого, И. Б. Орешниковой. Самара, 1999.
14. Сборник методических рекомендаций по организации системы профилактики наркотической зависимости у подростков и молодежи на основе территориальной модели. СПб., 2000.
15. Сборник методических материалов Министерства образования РФ. М., 2002.
16. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* и др. Профилактика наркомании у подростков М : Генезис, 2001.
17. *Шабалина В. В.* Зависимое поведение школьников. СПб.. 2001.
18. Школа без наркотиков / 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).

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ ... 3

ГЛАВА 1
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ НОВОЙ ОТРАСЛИ ЧЕЛОВЕКОЗНАНИЯ ... 6
Краткая история профилактической медицины ... 6
Психология здоровья: определение, цели и задачи ... 7
Базовые определения здоровья ... 13
Универсальность положений психологии здоровья ... 16

ГЛАВА 2
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ ... 30
Основные представления о здоровой личности ... 30
Нормальная и патологическая личность ... 35
Что такое психологическое здоровье? ... 38
Психологическое здоровье детей ... 49
Качества зрелой личности ... 51

ГЛАВА 3
ЧЕЛОВЕК И ЕГО БОЛЕЗНИ ... 59
Актуальность проблем психологии здоровья ... 59
Эпидемиология нервно-психической и психосоматической заболеваемости ... 65
Современное состояние здоровья школьников и распространенность болезней адаптации в детско-подростковой популяции ... 65
Актуальность проблемы детской депрессии ... 77
Социально-психологическая и психосоматическая дезадаптация ... 82
«Болезни века» ... 86

ГЛАВА 4
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНЕЙ АДАПТАЦИИ ... 91
Социальная детерминация болезней адаптации ... 91
Психологическая детерминация болезней адаптации ... 100
Внутренняя картина здоровья ... 118
Внутренняя картина болезни ... 125

ГЛАВА 5
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ ... 128
Динамика отступления человека к болезни и затем к смерти ... 129
Стержневые характеристики эмоционального благополучия ... 130
Психологическая типология личности и здоровье ... 155
Наличие и выраженность алекситимических черт при болезнях адаптации ... 168

Типологические особенности детей ... 171
Взаимоотношения психологических типов ... 174
Варианты развития психосоматической патологии в зависимости от типологических особенностей личности ... 177
Универсальная типология пациентов при болезнях адаптации ... 179
Базовые обобщенные положения онтогенетической концепции структурного аттрактора болезни ... 190
А. Положения о формировании структурного аттрактора болезни в онтогенезе (о развитии патологического психосоматического процесса) ... 191
Б. Положения о течении патологического психосоматического процесса ... 193
В. Психотерапевтическое консультирование лиц с психосоматическим патологическим процессом ... 194
Г. Профилактика формирования структурного аттрактора болезни ... 195
Д. Методологические основы исследований в области психологии здоровья ... 197

ГЛАВА 6
ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ... 199
Краткая история сексологии ... 201
Определение сексуального здоровья ... 204
«Количественные» основы сексуальности ... 207
«Качественные» основы сексуальности ... 211
Мужская и женская сексуальность ... 213
Личностные особенности и сексуальность ... 217
Гармония и дисгармония сексуальных отношений ... 221
Профилактика сексуальных дисгармоний. Психотерапевтические консультации по вопросам совершенствования сексуальных отношений ... 226
Три источника и три составные части мистического секса ... 234
Методы лечения сексуальных расстройств ... 236

ГЛАВА 7
ПРЕВЕНТИВНАЯ НАРКОЛОГИЯ ... 238
Психологические основы первичной профилактики девиантного поведения ... 238
Профилактические модели и базовые принципы первичной профилактики зависимостей ... 242
Психологические модели аддиктивного поведения ... 245
Основные принципы первичной профилактики зависимого поведения ... 248
Легальные и нелегальные наркотики ... 252
Табак ... 252
Алкоголь ... 259
Лекарственные препараты ... 267
Нелегальные наркотики ... 269
Сухие цифры статистики (фонд «Возвращение») ... 270
Личность и наркотики ... 273

Стадии развития зависимости от наркотических веществ (из программы «Перекресток») 274
Молодежь и риск употребления наркотиков 276
Факторы риска алкоголизации и наркомании среди подростков 277
Факторы защиты 278
Спор о легализации 279
Политоксикомания 280
«Компьютерные зависимости» 281
Созависимость 282

ГЛАВА 8
ПОЗИТИВНАЯ КРИЗИСНАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ 284
Влияние жизненных кризисов на развитие личности 284
Определение «потрясения» как феномена 290
Психологические механизмы адаптации и дезадаптации человека в экстремальных условиях существования 307
Результаты исследования 312
Выводы 324
Потрясающая психотерапия 325
Основные концептуальные положения потрясающей терапии 327
Структурный круг потрясающей психотерапии 336

ГЛАВА 9
МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ 346
Формы и методы психологии здоровья 346
Профилактическая суицидология 349
Классификация методов развития личности 364
Заключение 372

ПРИЛОЖЕНИЕ 373
Контрольные вопросы по теоретическим и методологическим основам психологии здоровья 373

ЛИТЕРАТУРА 376
Теоретические и метологические основы психологии здоровья 376
Сексуальное здоровье 380
Литература по профилактической наркологии 381
Интернет против наркотиков 381