
УДК 159.9.

Психология здоровья: базовые установки обучения

Арпентьева Мариям Равильевна,

доктор психологических наук, профессор кафедры психологии развития и образования, руководитель лаборатории психолого-педагогического сопровождения семьи и детства Центра социально-гуманитарных исследований, Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Российская Федерация.

E-mail: mariam_rav@mail.ru

Аннотация. Практически все люди нуждаются в тот или иной моменты или постоянно в психологической помощи и специализированному обучении тому как «правильно болеть», чтобы выздоравливать, не ожидая того, когда это «разрешат» врачи, как стать ответственным за свое выздоровление, если болезнь затянулась и врачи «разводят руками», констатируя хронический, то есть «неизлечимый» характер болезни, как выживать, там где по мнению окружающих выживание невозможно и как принимать болезнь ее уроки с благодарностью и любовью. В современном консультировании (психотерапии) все более распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям, имеющим психологические проблемы, но и физически и психически больным людям («психосоматика», «антипсихиатрия», «процессная работа» и т.д.). Развиваются представления о психологических факторах и аспектах («израненная душа») физического здоровья и болезней. Происходит раздвижение «рамок картины болезни до

Следует цитировать / Citation:

Арпентьева М. Р. Психология здоровья: базовые установки обучения / Научно-периодический журнал // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2018. – №2(9). – С. 84-101. URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

Поступило в редакцию / Submitted 19.01.2018

Принято к публикации / Accepted 16.04.2018

картины человека». Вопросы сохранения, восстановления и укрепления здоровья возникают в сознании исследователей, также, как и в сознании «обычного человека» тогда, когда здоровье, вернее его отсутствие, становится проблемой: то есть гораздо позднее того срока, когда человек ощущает себя здоровым. Современные концепции здоровья, руководствуясь соображениями гуманистического толка, отмечают субъективность критериев здоровья. Они отмечают существование целого ряда «промежуточных» состояний. в этих состояниях организм еще не болен, но – уже и не вполне здоров. В рамках этих состояний человек и окружающие его люди либо ощущают существующий телесный, психологический и нравственный дискомфорт. Такой дискомфорт возникает как ситуативное нарушение, связанное со стрессом, перегрузкой и т.п., либо – особенно с течением времени, с возрастными изменениями, разрабатывают новые критерии «нормального самочувствия». При этом люди сознательно или неосознанно , но постоянно снижают уровень «нормы». В обоих случаях есть возможность упустить момент, когда «усталость» превращается в болезнь. Нарушения, связанные с некорректным использованием жизненных ресурсов, дисгармониями межличностных и социальных отношений, отсутствием значимых жизненных целей запускают «круг превращений» постоянной «игры на понижение» человеческой жизни. Начиная с «усталости от ситуации», человек заканчивает «усталостью от жизни» в целом.

Ключевые слова: здоровье, болезнь, исцеление, цели жизни, межличностные отношения, принципы здоровья, игра на понижение, гармония.

Psychology of health: basic training installations

Arpentieva Mariam Ravilievna,

Doctor of Psychology, Professor of the Department of Developmental and Educational Psychology, Head of the Laboratory of Psychological and Pedagogical Support of the Family and Childhood of the Center for Social and Humanitarian Research, Kaluga State University. K.E. Tsiolkovsky, Kaluga, Russian Federation. E-mail: mariam_rav@mail.ru

Abstract. Practically all people need this or that moment or constantly in psychological help and specialized training in 1) how to "properly be sick" in order to recover, not expecting when this will "be solved" by doctors, 2) how to become responsible for their recovery, if the illness is delayed and doctors "spreading their hands," stating the chronic, that is, the "incurable" nature of the disease, 3) how to survive, where, in the opinion of others, survival is impossible and how to take the

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

illness of her lessons with gratitude and love. In modern counseling (psychotherapy), an approach that involves the possibility of psychological help not only for people who have psychological problems, but also for physically and mentally ill people ("psychosomatics", "antipsychiatry", "process work", etc.) is increasingly spreading. Developed ideas about psychological factors and aspects ("wounded spirit") of physical health and disease. There is a spreading "frames of the picture of the disease to the picture of man." The issues of preservation, restoration and strengthening of health arise in the minds of researchers, as well as in the consciousness of the "ordinary person" when health, or rather its absence, becomes a problem: that is, much later than the time when a person feels healthy. Modern concepts of health, guided by considerations of a humanistic nature, note the subjectivity of health criteria. They note the existence of a number of "intermediate" states. In these states the body is not yet sick, but - already not completely healthy. Within these states, the person and the people around him either feel the existing physical, psychological and moral discomfort. Such discomfort occurs as a situational disorder associated with stress, overload, etc., or - especially over time, with age-related changes, develop new criteria for "normal health". At the same time, people consciously or unconsciously, but constantly reduce the level of "norm". In both cases, it is possible to miss the moment when "fatigue" turns into a disease. Violations related to the incorrect use of vital resources, the disharmony of interpersonal and social relations, the lack of meaningful life goals trigger the "circle of transformations" of the constant "game of lowering" human life. Starting with "fatigue from the situation", a person ends up with "fatigue from life" in general.

Key words: *health, illness, healing, life goals, interpersonal relations, principles of health, play on lowering, harmony. health, sickness, healing, life goals, interpersonal relationships, health principles, play on lowering, harmony.*

Здоровье – интегративный феномен, обозначающий, как правило, состояние благополучия, согласованного функционирования различных систем человека: как в интра-, так и интериндивидуальной перспективах (личностной и межличностной, в том числе – социальной) [1; 2; 3; 4; 5]. В рамках этих перспектив здоровье человека может быть рассмотрено в физическом, психологическом и духовном контекстах [6; 7; 8; 9; 10]. Практически все люди нуждаются в тот или иной моменты или постоянно в психологической помощи и специализированному обучении тому как «правильно болеть», чтобы выздоравливать, не ожидая того, когда это «разрешат» врачи, как стать ответственным за свое выздоровление, если болезнь затянулась и врачи «разводят руками», констатируя хронический, то есть «неизлечимый» характер болезни, как выживать, там где по мнению окружающих выживание

невозможно и как принимать болезнь ее уроки с благодарностью и любовью [11; 12; 13; 14; 15]. В современном консультировании (психотерапии) все более распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям, имеющим психологические проблемы, но и физически и психически больным людям («психосоматика», «антипсихиатрия», «процессная работа» и т.д.) [16; 17; 18; 19]. Развиваются представления о психологических факторах и аспектах («израненная душа» или «the wounded spirit») физического здоровья и болезней [20; 21; 22]. Происходит раздвижение «рамки картины болезни до картины человека». Активно обсуждаются проблемы освоения новых профессиональных сред психолога, указывается важность психологической подготовки врачей [4; 8; 23; 24; 25, с.104]. Однако работы, посвященные изучению психологических аспектов помощи психическим, психосоматическим и умирающим больным, все еще относительно немногочисленны [6; 14]. Работ же по профилактике заболеваний, несчастных случаев и «нелепых смертей», очень мало, поскольку сам предмет изучения находится на стыке того, что специалист готов или не готов допустить в свое собственное сознание. Именно поэтому многие интересные работы осуществляются исследователями с трудно однозначно определяемым научно-профессиональным статусом [5; 13]. В научной психологии осуществляются междисциплинарные психосоматические исследования, связанные с изучением механизмов психогенной провокации соматических нарушений (воздействие психологических триггеров или хронического психосоциального стресса на обострение и формирование соматического заболевания, умирание).

Вопросы сохранения, восстановления и укрепления здоровья возникают в сознании исследователей, также, как и в сознании «обычного человека» тогда, когда здоровье, вернее его отсутствие, становится проблемой: то есть гораздо позднее того срока, когда человек ощущает себя здоровым. Более того, современные концепции здоровья, руководствуясь соображениями гуманистического толка, отмечают субъективность критериев здоровья, существование целого ряда «промежуточных» состояний: когда организм еще не болен, но – уже и не вполне здоров. В рамках этих состояний человек и окружающие его люди либо ощущают существующий дискомфорт как ситуативное нарушение, связанное со стрессом, перегрузкой и т.п., либо – особенно с течением времени, с возрастными изменениями, разрабатывают новые критерии «нормального самочувствия», постоянно – сознательно или неосознанно – снижая планку «нормы». В обоих случаях есть возможность упустить момент, когда «усталость» превращается в болезнь. Однако, многие люди не останавливаются на «достигнутом». Отсутствие культуры заботы о

Arpentieva M. R. 2018. Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

себе и невнимание к близким – окружающим людям – приводят к превращению острого болезненного состояния в хроническое – подчас гораздо менее болезненное – и менее осознанное. За этим следует «логическое продолжение» – человек попадает в «замкнутый круг», когда лечение поверхностных, симптоматических нарушений не возможно потому, что оно ведет к усугублению «причинных», «глубинных» нарушений. Постепенно в «замкнутый» круг включаются все новые органы, функциональные системы, модели поведения. «Круг превращений» завершается «усталостью от жизни»: точнее, от больной жизни [26; 27; 28; 29].

Обращение за помощью к врачам, как правило, не приводит к серьезным изменениям: статус «хронический», или, тем более, «терминальный» больной служит, по сути, двойным приговором – пациенту, помочь которому традиционная медицина не в состоянии, и самой системе медицинской помощи, ее возможностям. Поскольку медицинский подход оказывается исчерпанным уже на стадии хронического заболевания, постольку очевидной становится необходимость поиска иных – немедицинских или, по крайней мере, не-традиционных подходов [30; 31; 32; 33; 34].

Если обратиться к анализу существующих в нашей стране подходов, то можно увидеть, что большинство «не-традиционных» методик и направлений, сводится к формуле, во многом аналогичной формуле традиционной медицины: «исцеление» и «восстановление здоровья». Такого рода «восстановление» связано с реконструкцией причин нарушений и их устранением. Поскольку в ситуации «замкнутого» круга, отдельных «причин» обнаружить не удастся, постольку данная формула, при всей благожелательности целителя, психотерапевта, врача, оказывается подчас недостаточно. Более того, любая активизация «прошлого» приводит к активизации симптоматики. Насколько опасным может быть спровоцированный «помощником» кризис, известно и неспециалистам: нарушения могут быть столь значительны, что к «лечению» прибегают либо из-за недостатка знаний, либо по жизненным показаниям. В любом случае, человек, попавший в «замкнутый круг» остается с болезнью один на один. Он не знает, что предпринять, к кому обратиться, какого рода поиски и знания ему нужны. «Разгадка» как всегда находится внутри самой загадки. Если взглянуть на приведенное описание развития заболевания, можно реконструировать ту систему факторов, которая может помочь человеку.

Современные концепции психологической личностной или поведенческой предрасположенности к формированию психического и соматического заболевания так или иначе обращаются к классическим концепциям «конверсии на орган» и «невроза органа» З. Фрейда, психосоматической концепция Ф. Александера и т.д. Примерами являются интересные модели – модификации

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

ранних концепций, например, концепция единого профиля личности Ф. Данбар, концепция «ре- и десоматизации» М. Щур, гипотеза «реципрокных соотношений» Н. Саражлик, концепция алекситимии П. Сифнеос и др. [3; 9; 10].

В составе человеческого здоровья и болезни современные исследователи выделяют в качестве самостоятельного их психологический компонент. Психологический уровень здоровья определяется степенью убежденности человека в своем здоровье, личностной установкой «быть только здоровым» и ее практической реализацией (соблюдение правил гигиены, активный двигательный режим, аутогенная тренировка, развитие стрессоустойчивости).

Интегративные собственно медицинские исследования последних лет показали, что ведущими факторами заболеваемости (вне зависимости от общего характера болезни) являются:

- ◆ несформированные или ложные ценностные ориентиры человека, отсутствие смысла жизни,
- ◆ ложные межличностные отношения, пронизанные манипуляцией, завистью и агрессией,
- ◆ негативный переживания и состояния (фон жизни).

Психологический фактор играет важную роль в происхождении и течении любого заболевания: по некоторым оценкам его вклад в заболеваемость составляет 90—95%. Однако соматическое состояние также может оказывать патогенное или, напротив, саногенное, влияние на психику человека. Механизмы такого влияния неоднородны: от интоксикации и ее психологических последствий до формирования специфической реакции субъекта на заболевание и его последствия [7].

Становление психосоматической медицины связано с именами И.П. Павлова, З. Фрейда и П. Кеннона. Термин «психосоматика» в 1818 году предложил Р. Хейнрот [3, 14; 17]. Психосоматика – это учение о тесной связи психических и соматических процессов в организме, одна из задач которого – исследование роли психологических факторов в этиопатогенезе телесных заболеваний. К психосоматическим нужно добавить и психические нарушения, которые могут быть «экзистенциальным ответом» на те или иные нарушенные отношения человека с миром. Прежде всего, речь идет о недовольстве собой, людьми и жизнью, которые достигают такого уровня, что разобраться с тем, что он делает, зачем он живет, и как из этого делания и «жизни такой» выходить.

Психосоматические реакции и психические «срывы» не являются неизменным свойством личности и ее отношений, но зависят от ряда факторов:

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

1. Возраст и опыт человека. Исследователи указывают, например, что в «горячих точках биографии», в нормативные (возрастные) и квазинормативные кризисные периоды развития, в периоды переживаний травм люди интровертируются, «уходят в себя», чтобы найти ресурсы пережить сложный, насыщенный уроками жизненный период, например в глубокой старости и в раннем детстве).

2. Экстремальная или травмирующая социальная ситуация, в которую более или менее неожиданно попадает человек. Стрессы (дистерссы) и травмы жизни (столкновения с ЧС природных и техногенных катастроф, войнами и терактами и т.д.) существенно изменяет жизнь человека в целом. Болезнь – один из типичных ответов на травмирующий опыт.

3. Состояние тяжелой или неизлечимой болезни или внезапная инвалидизация, лишаящая человека привычной для него жизни и связанных с нею форм поведения, отношений. Это состояние – и следствие, и проявление, и причина иных социальных, психологических и телесных нарушений.

4. Состояния утраты близкого человека, работы и дома, статуса и т.д., иные состояния депривации (изоляции), в том числе в результате миграции, тюремного заключения и т.д., провоцирующие ресоматизацию, а, значит, и болезни.

5. Общая социально-психологическая деструктивная направленность личности и направленность общественного развития, в том числе в определенный исторический период развития (потребительство и предательство, коммодификация и десакрализация, т.д.).

Все эти «случаи» могут проходить на фоне резких изменений картин психосоматических и психических нарушений, что определяется не типом личности, а социальной структурой, из которой состоит та или иная экзистенциальная жизненная ситуация. Т.о., «версии структуры психосоматических нарушений», также как и психических болезней, весьма переменчивы [5].

В психоанализе с самого начала был указан в качестве основного патогенного агента – аффективный конфликт, разработана модель истерической конверсии, приписывающая заболеваниям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов. Телесные симптомы рассматривались как компромиссный способ разрядки жизненной (сексуальной) энергии или, напротив, энергии уничтожения. На фоне данных представлений возникли понятия вегетативного невроза и конверсионных болезней. «Теория символического языка органов» критиковалась за абсолютизацию роли символизма, но не потеряла своего значения до сих пор. Ф. Александер и Ф. Данбар предложили альтернативные

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

психосоматические теории [9; 10]. По Ф. Александеру, выдвинувшему понятие «вегетативного невроза», симптом – не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных состояний, переживаний человека. Любая реакция, не нашедшая выражения в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Теория «специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепция специфического эмоционального конфликта». Ф. Александера рассматривает три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. Каждому заболеванию соответствует свой интрапсихический конфликт [3; др.]. В теории «профиля личности» Ф. Данбар люди, страдающие определенной болезнью, полагаются похожими по своим личностным особенностям. Именно эти особенности отвечают за возникновение болезни. Так, в случае ишемической болезни сердца (ИБС) выделен универсальный паттерн личностных особенностей («тип А»), характеризующийся склонностью к конкуренции, агрессивностью, гипертрофированной мотивацией достижения, постоянным ощущением нехватки времени, низкой толерантностью к фрустрации и проч. [3].

Существуют и общие для всех психосоматических больных особенности, а также общие для всех психически больных особенности [5]: привязанность и тем или иным физическим или духовным желанием, которые провоцируют апатию или астению как формы отстраненности от мира, диалог с которым по тем или иным причинам на том или ином уровне нарушен [17]. Благоприятные условия для возникновения физических, то есть психосоматических заболеваний складываются, когда у кого-то доминирующими оказываются личностные интересы и потребности: достижение личных целей, эгоизм, оказывается главным источником жизненной активности. Л. Виилма [5] в дополнение к этому отмечает, что превалирование целей жить для других, ради их «исправления», приводит человека к границе психического нарушения. Причинами болезней, согласно ее концепции, являются ошибки осмысления человеком самого себя и окружающего мира, «неумение быть человеком», учиться в любых ситуациях, сохраняя толерантность к неопределенности и жизнестойкость, а также -само по себе умение и стремление любить и понимать мир, других людей, самого себя.

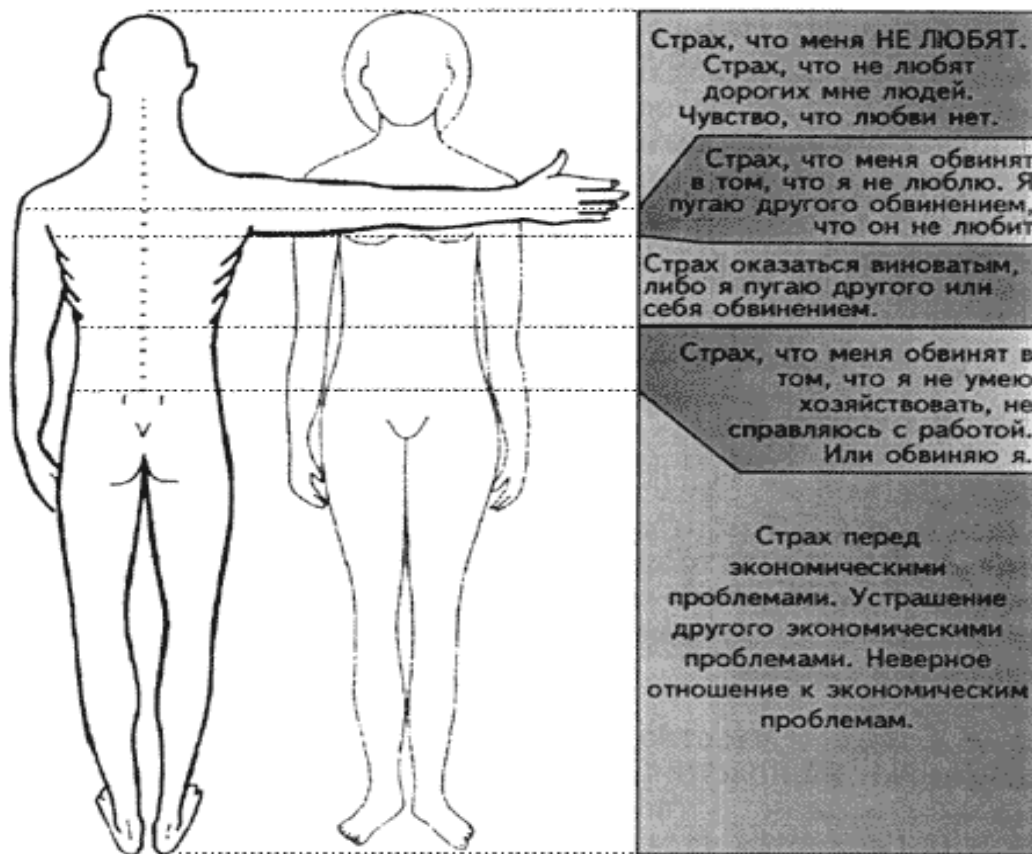


Рисунок №1. Страхи как причины заболеваний в психолингвистической концепции здоровья и болезней Л. Виилмы [5].

В рамках ее подхода описаны физиологические механизмы заболевания и излечения, описывающие действие того или иного страха или его превращенных форм (вины, злобы и т.д.), а также состояние организма и органов, освободившегося от ошибочного понимания себя и мира.

Критика теории личностных черт включает неясность в отношении механизмов влияния этих черт на развитие болезни. Одним из наиболее дискутируемых вопросов является связь между характером психического стрессового фактора и поражением определенной органной системы, что связано и с индивидуальностью физиологической психосоматической и психической реакции в пределах нормы. В любом случае речь идет о наличии той или иной «органной» фиксации: как следствия поврежденного по тем или иным причинам функционирования или развития.

Указываются также черты, определяющие вероятность нарушений и тяжесть протекания болезней: оптимизм – пессимизм, ипохондричность и мнительность или реалистичность, гордыня или склонность к самоуничтожению, повышенная и неадекватная аффективность, соматическая «прочность», жизнеутверждающий потенциал, стратегии совладания с

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

болезнями и трудностями жизни и др. Особенно популярно изучение связей между личностными чертами и вариантами совладания (coping –предпочтений). Согласно современным исследованиям, большинство психологических параметров «группируется» вокруг нескольких «глобальных» психологических характеристик (личностных черт «первого порядка» или superordinate traits), определяющих поведение личности в различных ситуациях. Сюда относятся например «локус контроля» (ответственности): 1) локус контроля «могущественных других» (powerful other individuals), называемого также «социальным», «медицинским», или «врачебным» локусом контроля; 2) «случайный» локус контроля (chance), называемый также «фаталистичным», или «ситуативным»; 3) интернальный локус «самостоятельность» (проспективная интернальность); 4) интернальный локус «самообвинение» (ретроспективная интернальность), который связан с использованием активных или пассивных стратегий копинга (совладания), обладающих разной психологической и клинической эффективностью. Спектр стратегий совладания с заболеванием и соблюдения лечебно-охранительного режима весьма широк: поиск социальной поддержки, руминации (навязчивые бесплодные размышления), минимизация угрозы, обращение к религии, запрос на информацию, самоодобрение (self-appraisal), принятие заболевания, активное решение проблемы, избегание, настойчивость (persistence), интернальная атрибуция ответственности, «отслеживание» (monitoring), «преуменьшение значимости» (blunting) своего состояния, конфронтация, капитуляция (resignation), когнитивное реструктурирование, эмоциональная экспрессия, «принятие желаемого за действительность» (wishful thinking), самообвинение, регрессия, эмоциональное «вентилирование», стоицизм, аггравация, диссимуляция, «депрессивный» и «репрессивный» coping, «отрицание», «подавление» и др.. Структура пространства coping-стратегий задается осями «аффективный/когнитивный» и «активный/пассивный» coping, а также измерениями психологической и клинической эффективности/неэффективности совладания.

Для психосоматических теорий «новой волны» центральным является разработанное Дж. Райхом понятие инфантильной личности, для которой свойственны зависимость, пассивная агрессивность, завышенные притязания, сцепленность переживаний с «ключевой фигурой» (обычно – матерью). Симбиотическая связь с матерью сочетается с общим недоразвитием личности, нерешенностью задач автономизации. Особенно опасна она в ситуации «потери объекта». Понятие «потеря объекта» или «объектная потеря» – процесс действительной или угрожающей или воображаемой потери объекта. Особенно опасна потеря «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни

Arpentieva M. R. 2018. Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

человека. Психосоматические и психические больные не могут адекватно перерабатывать переживания потери объекта. Она остается не преодоленной, неотреагированной. Как другие варианты причин нарушений выделяются ситуации, когда жесткие стереотипы коммуникации семьи приводят к «связыванию» – инфантилизации ребенка, и когда в результате воспитательных воздействий ребенок отказывается от своей личности, развивается стремление к независимости, автономности, а также ситуация, когда у родителей наблюдается сдвиг ожиданий: детям делегируются несбывшиеся собственные стремления, а то, что нужно ребенку, его достижения, игнорируются – ребенком манипулируют как продолжением собственного «Я» («делегирование») – сколь угодно долго [3].

Весьма продуктивная возникшая в 20-е годы XX века теория десоматизации-ресоматизации В. Шура, которая говорит о том что по мере нормального развития связь ослабевает – возникает десоматизация. Патологическое развитие – ресоматизация. Т.о., недостаточная дифференцированность психологических и соматических процессов приводит к тому, что любое психологическое переживания становится причиной заболевания. Поэтому так важно правильное воспитание и гармония в семье [14]. Провалы в «защитной, убегающей от развития деятельности «эго» приводят к регрессии человека на более низкий уровень психосоматического и психического функционирования. В дополнение к этому «алекситимия» как «недостаток слов для выражения переживаний» – дополнительный фактор нарушений, который создает конфликтную ситуацию в личностной и межличностной сфере, а психологическое напряжение трансформируется, соответственно, в патологические психические или физиологические реакции [3; 17]. Существует также и вторичная алекситимия – возникающая в ходе заболевания.

Психобиологическая модель – появилась недавно – физическое здоровье зависит от способности самому или с помощью внешних факторов регулировать сложные психические, физиологические и биохимические процессы. Так, отделение новорожденного от матери, часто сопровождается скачком заболеваемости, как и «загадочные» ранние смерти новорожденных.

Кроме личностных черт, служащих фактором риска заболевания, в ходе болезни возникают различные «психологические новообразования»: общего и частного плана, особенно те, что накладывают на жизнь человека, лишая его возможности заниматься некоторыми привычными и/или приносящими удовлетворение делами, общаться с теми или иными людьми, существенные ограничения. Болезнь принуждает отказаться от достижения каких-то значимых целей и контактов и/или замещать их более доступными, провоцируя

фрустрацию и/или личностный кризис. Как кризисная может быть квалифицирована социальная ситуация развития личности в условиях болезни [17; 18]. Также продуктивна работа, профессиональная деятельность, которая хотя и оказывается сферой множества стрессовых, условно патогенных влияний, так и включает целый ряд саногенных, давая человеку чувство связанности.

И. Харди указывает также проблемы, возникающие в связи с хроническими болевыми ощущениями [28]. Боль обычно представляет собой самостоятельное заболевание, аналогичное «вторичной депрессии»: в процессе лечения боли становятся формой существования и способом влияния на окружающих. Возникает патологическое поведение, связанное с болезнью и выражающееся в использовании боли для манипуляции собой и окружающими.

Наряду с этими подходами, в последнее время все более популярными становятся исследования, посвященные осмыслению непонимания человеком себя и мира, других людей как причины физических и психических заболеваний [8]. Как сказал академик Н.М. Амосов, медицина «...чудесно лечит много болезней, но не способна сделать человека здоровым». Чтобы стать здоровым, необходимо приложить собственные усилия, постоянные и значительные, которые нечем заменить [24, с.35].

В гуманистической психологии, способность к самопониманию как способность к осмыслению своих действий, переживаний и внутренних особенностей, характеристик, реализацию этой потребности во многом определяет возможность сохранения и поддержания психического и физического здоровья человека, сохранения человеческой жизни в целом. В работах Б. Беттельгейма, А. Кемпински и ряда других исследователей отмечается, что лишенный возможности в полной мере осознавать происходящее, не обладающий “разбуженным сознанием” человек (например, принужденный автоматически выполнять приказы охранников в концлагере или тюрьме) гибнет намного быстрее, чем те, кто демонстрируют незаурядную волю и способности к осмыслению себя и своих поступков, интенций и поступков других людей. “Воля к смыслу”, пониманию себя самого и других людей способна вернуть человека даже из психопатического в здоровое состояние, в режим “нормального” функционирования. Пересмотр жизненных условий, образа жизни человека, в свою очередь, часто ведет к психологическому и физическому оздоровлению человека: самоубийца проходит через “второе рождение”, безнадежный раковый больной, принимая себя самого и мир как данность, получает шанс на исцеление, осознавая, что для того, чтобы справиться с болезнью ее не надо ненавидеть – “достаточно ее понимать” и “если человек смог способствовать ее возникновению, то может

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

способствовать и излечению”. Трансляция этих установок является центральным моментом оказания эффективной психотерапевтической помощи больному человеку [2]. Излишне клишированное и стереотипизированное восприятие себя и мира, приводящее к потере познавательного и ценностного интереса к другим людям и самому себе, снижению толерантности к ситуациям неопределенности, превращению мира в “обыденный и известный”, “понятный” – “открытую книгу” – часто сопутствует психологическому и физическому, физиологическому старению человека, возникновению болезней “духа и тела”. Известно, например, что долгожители характеризуются оптимистичным, доброжелательным и ответственным отношением к себе и к миру, сохраненным высоким познавательным интересом. Пессимисты и “экстерналы”, стремящиеся свалить все неудачи в своей жизни и приписать ответственность за свое здоровье или нездоровье обстоятельствам или окружающим людям, напротив, более подвержены психическим и физическим заболеваниям, раньше стареют.

Развитие самопонимания и понимания других ведет к оздоровлению человека и его межличностных отношений. В этом, например, суть одного из главных “личностных” открытий К. Роджерса [20]. Однако полное, абсолютное понимание не всегда уместно и необходимо. Проникновение во все более глубокие слои личности – процесс довольно болезненный и требующий поддержки: “переход” к здоровью осуществляется через символически изображаемую и поддающуюся управлению “смерть старого”, “рождение нового” человека, нового понимания мира и себя самого. Осмысленность жизни – условие ее полноты, психического и физического благополучия. Целостное, неотчужденное понимание способствующее восстановлению внутренней гармонии и целостности существования человека является целью и психологии и медицины – отмечают такие исследователи, как Г. Назлоян, Ф.С. Перлз, В.М. Розин, Т.А. Флоренская и многие другие [7; 12; 19; 24]. Работа психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту “восстановить связь времен” его жизни, создать новое видение, реинтерпретацию субъективного опыта, картины заболевания, создать новые жизненные цели, перспективы, научиться искренности и восстановить гармонию с собой и миром на разных уровнях своего бытия [1; 2; 15; 16; 20].

Для выздоровления бывает важно осознать, что хотят сказать человеку его тело, душа, симптом, “созданный” ими. Симптом может быть понят как некое “экзистенциальное сообщение”, которое человек, если он хочет, выздороветь, должен услышать. Чем серьезнее заболевание, тем обычно более серьезные психологические и психофизиологические “травмы” и/или более деструктивные для личности повседневные поведенческие модели (паттерны)

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

стоят за ним. Сделать шаг к их осознанию, значит сделать шаг к пониманию болезни, а значит, излечению и восстановлению [26; 27; 29].

Сделать этот шаг означает изменить свою внутреннюю позицию, ту «философию болезни», которая раскрывает интенциональную логику ее симптомов (intentional logic of symptoms), определяет поведение больного человека и прогноз излечения. А.Ш. Тхостов выделяет личностный смысл болезни как компонент внутренней картины болезни, предлагает обобщенную типологическую классификацию семантических вариантов личностного смысла болезни: угроза целостности Я, «очерченная проблема», которую пациент должен разрешить рациональным способом и «вызов», который пациент должен принять и продемонстрировать в ситуации заболевания личное мужество, волевые и духовные качества, болезнь как внезапно напавший враг [22]. В.В. Николаева, рассматривает болезнь как «новую социальную ситуацию развития», которая «может быть квалифицирована как кризисная» [17, с.25]. Актуализация процессов саморегуляции в ситуации кризиса вызывает перестройку мотивационной иерархии личности в соответствии с личностный смысл болезни и приводит к формированию новой «внутренней позиции» пациента, содержание которой отражает основные смысловые изменения в структуре личности. В последние десятилетия отмечается увеличение числа работ, в которых подчеркивается необходимость пересмотра принципов организации лечебно-реабилитационного процесса с учетом активности самого больного, реализующейся в форме «медицинского поведения» (illness behaviour), важность ориентации на коррекцию психологических и социальных последствий заболевания — совладание (coping) и редукцию клинических проявлений болезни — соблюдение лечебно-охранительного режима (compliance) [1; 2; 3].

В рамках культурно-исторического подхода [17; 21; 22] формирование внутренней картины болезни рассматривается как процесс отражения болезни в психике больного, определяющийся действием ряда факторов, в том числе преморбидных личностных характеристик пациента и клинических особенностей заболевания. Становление субъективного отражения болезни проходит ряд этапов, характеризующихся последовательной актуализацией уровней внутренней картины болезни. Личностный смысл болезни — жизненное значение для человека обстоятельств болезни в отношении его жизнедеятельности.

Е.Дж. Кассель [32, р.47-83] приводит интересное различие между заболеванием и болезнью (illness and disease). Он описывает заболевание как состояние человека — его субъективное переживание нарушения здоровья. Понятие «заболевание» также включает в себя способ воздействия на него (что

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

нужно сделать, чтобы почувствовать себя лучше), а также причины, объясняющие определенный эпизод и то значение, которое пациент приписывает заболеванию. Болезнь, напротив, определяется тем, что говорит пациенту врач. Она формулируется в терминах диагноза, психотерапевт апеллирует к научным данным, их объяснениям причин заболевания, включающим ряд объективных факторов и физиохимических данных. В этом случае сознание и тело разделены. Лечение предполагает воздействие на причину, но не те психологические и социальные условия, в которых живет человек.

Кроме внутренней картины болезни важна в формировании здорового образа жизни внутренняя картина здоровья, которая, согласно В.Е. Кагану, – целостное представление субъекта о том, что такое здоровье. От нее здоровья зависит своевременность обращения за помощью, отношение к помощи, образ жизни в целом: человек считает себя больным, если его переживания своего состояния не вписываются в эту картину [11].

В целом, нарушения, связанные с некорректным использованием жизненных ресурсов, дисгармониями межличностных и социальных отношений, отсутствием значимых жизненных целей запускают «круг превращений» постоянной «игры на понижение» человеческой жизни. Начиная с «усталости от ситуации», человек заканчивает «усталостью от жизни» в целом.

Библиографический список

1. Бейтсон Г. Экология разума. М., Смысл. 2000. 476 с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. М.: ЭКСМО, 2001. 640 с.
3. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психол. журн. 1997. №2. С. 149-160.
4. Введение в практическую социальную психологию./ Под ред. Ю.М.Жукова, Л.А.Петровской, О.В.Соловьевой. М.: Наука, 1996. 255 с.
5. Виилма Л. Прощаю себе. Екатеринбург: У-Фактория. Т. 1. 2004. 720 с., Т. 2. 2007. 640с.
6. Гройсман А.Л. Медицинская психология. М.: Магистр, 1997. 360с.
7. Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: «Б.С.К.», 1997, 116 с.
8. Гуманистический подход к охране здоровья./ Отв. ред. Н. Берковитц. -М.: Аспект-Пресс, 1998. 254 с.
9. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. докт. психол. наук. СПб.:СПбГУ, 1998. 42с.

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

10. Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1993. №1. С. 31-38.
11. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья –термин или концепция?// Вопросы психологии. 1993. №1. С. 86-88.
12. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Медицина , 1983. 260с.
13. Лазарев С.Н. Человек будущего. СПб., 2010. Т. 2. 272 с.
14. Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: Медицина, 1994. 180с.
15. Маслоу А. Психология бытия. М.: Рефл-бук, Киев: Ваклер, 1997. 304 с.
16. Меннингер К. Человек против самого себя. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 479 с.
17. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. 230 с.
18. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского ун-та. Сер.14. Психология. 1996. №2. С. 8-18.
19. Психосоматика. Сост. К.В. Сельченко. Мн.: Харвест, 1999. 640с.
20. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, Универс, 1994. 480 с.
21. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами. Л.: Медицина, 1992. 200 с.
22. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского ун-та. Сер.14. Психология. 1993. №4. С. 13-24.
23. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике: Учебное пособие. Ярославль: Ярославский госуд. университет, 1998. 160 с.
24. Физическое воспитание и валеология. М.: МГСУ, 1998. 92 с.
25. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
26. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя. М.: АСТ, 2004. 571 с.
27. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.
28. Харди И. Врач, сестра, больной. –Будапешт: Медицина, 1988. 230 с.
29. Хиллман Д. Исцеляющий вымысел. СПб.: «Б.С.К.», 1997. 157 с.
30. Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент // Вопросы психологии. 1990. №5. С.94-106.
31. Bates E., Linaer-Pelz S. Health care issues. Sydney: Allen&Unwin, 1990. 310p.
32. Cassel E.J. The healer's art. N. Y.: Lippincott, 1976. 350 p.
33. Duquenne V. Towards and intentional logic of symptoms // CPC: Cah. Psychol. Cognitive. 1996. Vol. 15. P. 323-345.
34. Kleiman A. Patients and healer in the context of culture. Berkeley, CA: Univ. of California Press, 1980. 290 p.

REFERENCES

1. Beytson G. 2000. Ekologiya razuma. Moskva: Smysl. 476 p. (In Russian)
2. Bern E. 2001. Iгры, v kotoryye igrayut lyudi. Moscow: EKSMO, 640 p. (In Russian)
3. Bylkina N.D. 1997. Razvitiye zarubezhnykh psikhosomaticheskikh teoriy. Psikholog. zhurn., 2. pp.149-160. (In Russian)
4. Zhukov Yu.M., Petrovskaya L.A., Solovieva O.V. 1996. Vvedeniye v prakticheskuyu sotsial'nuyu psikhologiyu. Red. L.A.Petrovskaya, O.V.Solov'yeva. Moscow: Nauka, 255 p. (In Russian)
5. Viilma L. 2007. Proshchayu sebe. Yekat.: U-Faktoriya. Vol.. 720 p., Vol .2. 2007. 640 p. (In Russian)
6. Groysman A.L., 1997, Meditsinskaya psikhologiya. Moscow: Magistr, 360 p. (In Russian)
7. Guggenbyul'-Kreyg A. 1997. Vlast' arkhetipa v psikhoterapii i meditsine. Sankt Peterburg: «B.S.K.», 116 p. (In Russian)
8. berkovits N. 1998. Gumanisticheskiy podkhod k okhrane zdorov'ya. Otv. red. N. Berkovits. Moscow: Aspekt-Press, 254p. (In Russian)
9. Gurvich I.N., 1998, Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya. Avtoref. diss. na soisk. uch. step. dokt. psikholog. nauk. Sankt Peterburg: SPbGU, 42 p. (In Russian)
10. Ivanova Ye.V. 1993. Smysl bolezni v kontekste semeynykh vzaimootnosheniy. Vestnik Moskovskogo un-ta. Ser.14. Psikhologiya. №1. P. 31-38. (In Russian)
11. Kagan V.Ye., 1993. Vnutrennyaya kartina zdorov'ya –termin ili kontseptsiya? Voprosy psikhologii, 1, pp. 86-88. (In Russian)
12. Konechnyy R., Boukhal M. 1983. Psikhologiya v meditsine. Praga: Meditsina , 260p. (In Russian)
13. Lazarev S.N. 2010. Chelovek budushchego. Sankt Peterburg: S. Lazarev, Vol.2. 272 p. (In Russian)
14. Lyuban-Plotstsa B. i dr., 1994, Psikhosomaticheskiy bol'noy na priyeme u vracha. Sankt Peterburg: Meditsina, 18 p. (In Russian)
15. Maslou A. 1997. Psikhologiya bytiya. Moscow: Refl-buk, Kiyev: Vakler, 304 p. (In Russian)
16. Menninger K. 2001. Chelovek protiv samogo sebya. Moscow: EKSMO-Press, 479 p. (In Russian)
17. Nikolayeva V.V. 1987. Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku. Moscow: MGU, 230 p. (In Russian)
18. Nikolayeva V.V., Arina G.A. 1996. Ot traditsionnoy psikhosomatiki k psikhologii telesnosti. Vestnik Moskovskogo un-ta. Ser.14. Psikhologiya, 2, pp. 8-18. (In Russian)

Arpentieva M. R. 2018. *Psychology of health: basic training installations. Health, Physical Culture and Sports*, 2 (9), pp. 84-101 (in Russian). URL: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>

19. Psikhosomatika. 1999. Sost. K.V. Sel'chenok. Minsk: Kharvest, 640 p. (In Russian)
20. Rodzhers K.R. 1994. *Vzglyad na psikhoterapiyu. Stanovleniye cheloveka*. Moscow: Progress, Univers, 480 p. (In Russian)
21. Tashlykov V.A. 1992. *Psikhologicheskaya zashchita u bol'nykh nevrozami i s psikhosomaticheskimi rasstroystvami*. Leningrad: Meditsina, 200 p. (In Russian)
22. Tkhostov A.Sh. 1993. *Bolezn' kak semioticheskaya sistema*. Vestnik Moskovskogo un-ta. Ser.14. Psikhologiya, 4, pp.13-24. (In Russian)
23. Urvantsev L.P. 1998. *Psikhologiya v somaticheskoy klinike: Uchebnoye posobiye*. Yaroslavl': Yaroslavskiy gosud. universitet, 160 p. (In Russian)
24. *Fizicheskoye vospitaniye i valeologiya*, 1998, Moscow: MGSU, 92 p. (In Russian)
25. Frankl V. 1990. *Chelovek v poiskakh smysla*. Moscow: Progress, 366 p. (In Russian)
26. Fromm E. 2004. *Begstvo ot svobody. Chelovek dlya sebya*. Moscow: AST, 571 p. (In Russian)
27. Fuko M. 1998. *Rozhdeniye kliniki*. Moscow: Smysl, 310 p. (In Russian)
28. Khardi I. 1988. *Vrach, sestra, bol'noy*. –Budapesht: Meditsina, 230 p. (In Russian)
29. Khillman D. 1997. *Istelyayushchiy vymysel*. Sankt Peterburg: «B.S.K.», 157 p. (In Russian)
30. Shuttsenberger A.A. 1990. *Tyazhelobol'noy patsiyent*. *Voprosy psikhologii*, 5. pp. 94-106. (In Russian)
31. Bates E., Linaer-Pelz S. 1990. *Health care issues*. Sydney: Allen&Unwin, 310p. (In English)
32. Cassel E.J. 1976. *The healer's art*. N. Y.: Lippincott, 350 p. (In English)
33. Duquenne V. 1996. *Towards and intentional logic of symptoms*. CPC: Cah. Psychol. Cognitive. Vol. 15, pp. 323-345. (In English)
34. Kleiman A. 1980. *Patients and healer in the context of culture*. Berkeley, CA: Univ. of California Press, 290 p. (In English)