

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Тема 1. Подходы к пониманию здоровья: история становления и современное состояние вопроса (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Предметная область, теоретическая проблематика и практические задачи психологии здоровья.
2. История становления психологии здоровья как научного направления.
3. Здоровье как системное понятие.

1. Предметная область, теоретическая проблематика и практические задачи психологии здоровья.

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития (В.А. Ананьев).

Понятие «психология здоровья» значительно более масштабное понятие, чем, скажем, «психогигиена» или «психопрофилактика», задача которых предупреждать возникновение психических расстройств.

Психология здоровья имеет более широкое поле теоретических и практических задач, включает в себя не только предупреждение развития психической и соматической патологий. Психология здоровья как научно-практическое направление призвано экологично расширять возможности восприятия и адаптивного поведения человека в его жизненной среде. Расширение рамок сознания неизбежно приводит к пониманию человеком его неостребованных способностей, которые могут побудить жить настолько полно, насколько позволяет присущий ему неосозанный и безмерный потенциал. 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.

Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность. «Немного переупрощая, можно сказать, что З.Фрейд представляет нам большую часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью» (А. Маслоу).

Предметом психологии здоровья являются психологические корреляты (факторы) здоровья.

Цель психологии здоровья — это сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья.

В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, что является основой понимания, поиска и реализации смысла жизни. Главной целью ее является всестороннее совершенствование человека.

Задачи психологии здоровья:

1) повышение уровня психологической культуры (степень совершенства в овладении психологическими знаниями и деятельностью);

2) повышение уровня культуры общения (степень совершенства в области внешней и внутренней коммуникации);

3) определение путей и условий для самореализации, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

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

2. История становления психологии здоровья как научного направления.

Психология здоровья еще только утверждается в отечественной психологии в качестве новой и самостоятельной области научного знания. Огромная заслуга в ее постановке и привлечении к ней внимания широкой общественности принадлежит академику Владимиру Михайловичу Бехтереву (1857-1927).

В целом XX в. был отмечен возрастающей ролью психологии в обеспечении здоровья, в изменении взглядов на соотношение между психикой и телом. В 1930-е гг. многие исследователи обратили внимание на взаимосвязь между эмоциональной жизнью человека и его физиологическими процессами. Исследования в этом направлении привели к появлению новой научной области: **психосоматической медицины**. В 1938 г. начинает выходить журнал «Психосоматическая медицина». Через год эта область исследований трансформировалась в общество, которое сегодня называется «Американское психосоматическое общество». В течение первых 25 лет его существования трактовка заболеваний велась преимущественно с психоаналитических позиций. Психосоматическая медицина опирается главным образом на медицинские дисциплины и особенно на психиатрию.

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

между психикой и телом куда более непосредственная и всеобъемлющая, чем было принято считать прежде. В рамках этого направления была разработана и терапевтическая техника «биологическая обратная связь», эффективность которой подтвердилась при лечении гипертонии, головной боли и других заболеваний. В конце 1970-х гг. был учрежден «Журнал бихевиоральной медицины» и соответствующее общество.

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

В 1986 г. было основано Европейское психологическое общество, в конце 1990-х гг. возникают национальные организации психологии здоровья во многих странах западной Европы.

Интерес к проблеме психического здоровья личности проявился со стороны российских ученых значительно раньше зарождения психологии здоровья как самостоятельной отрасли психологической науки. Впервые он прозвучал в 1905 г. в Киеве на 2-м съезде российских психиатров в трудах академика В.М. Бехтерева, в его докладе на тему «Личность и условия ее развития и здоровья». В 1989 г. при факультете психологии Санкт-Петербургского госуниверситета была создана кафедра психологического обеспечения профессиональной деятельности, которую возглавил профессор Г.С. Никифоров. Коллектив данной кафедры занялся изучением психического, в том числе и профессионального, здоровья. В 1991 г. вышла коллективная монография сотрудников кафедры «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности», в которой психологии здоровья была посвящена отдельная глава. Тогда же в журнале «Вестник ЛГУ» была опубликована статья доцентов упомянутой выше кафедры Н. Е. Водопьяновой и Н. В. Ходыревой «Психология здоровья». В сущности, это была одна из первых попыток отечественных авторов проанализировать состояние психологии здоровья, сформулировать ее основные задачи исследования.

В 1999 г. появилась весьма обстоятельная монография профессора И. Н. Гурвича «Социальная психология здоровья», в которой автор представил не только результаты собственных исследований, но и систематизировал обширный зарубежный опыт последних десятилетий. В 2000 г. издательство Санкт-Петербургского госуниверситета выпустило в свет первую коллективную монографию «Психология здоровья», авторами которой стали ведущие петербургские специалисты в этой области. В апреле 2000 г. в Санкт-Петербурге прошла первая конференция, посвященная вопросам психического здоровья.

Наряду с основательной общепсихологической подготовкой специалисты в области психологии здоровья должны получать углубленные знания и в вопросах психогигиены, психопрофилактики, а также психосоматического здоровья и психотерапии. Большинство

профессиональных психологов здоровья работают в больницах, клиниках, на кафедрах колледжей и университетов, в научных лабораториях, центрах здоровья и психологического консультирования, кабинетах психологической разгрузки, семьи и брака.

3. Здоровье как системное понятие.

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

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

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

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

В отношении термина «здоровье» сохраняется неопределенная ситуация, обусловленная существованием одновременно двух подходов к пониманию проблемы психического здоровья:

- 1) понимание здоровья «от болезни» (патоцентрическая, медицинская модель здоровья);
- 2) понимание здоровья «от здоровья» (саноцентрическая, психологическая модель).

В рамках первого подхода психическое здоровье человека определяется отсутствием симптомов и синдромов заболеваний, жалоб и болей, объективных нарушений в функционировании разных систем организма. При этом внимание исследователей уделяется преимущественно описанию и изучению проявлений болезни, нездоровья в психике больных.

В рамках второго подхода понятие здоровья приобретает позитивный статус. Психическое здоровье определяется с учетом наличия индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способности к адаптации и развитию, самореализации и самосовершенствованию. При оценке психического здоровья при таком подходе делается акцент на изучение психики здоровых людей, изучается «внутренняя картина здоровья», способность к самоактуализации и др.

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

1. В абсолютном смысле здоровья не существует. Абсолютное здоровье — идеал.

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

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

Инициатива в постановке и разработке проблемы психического здоровья с позиций феноменологического подхода принадлежит представителям гуманистической психологии.

Отечественные исследователи, работающие в русле феноменологического подхода в области психического здоровья подчеркивают его целостный характер, утверждая, что психическое здоровье характеризует личность в целом, ее отношение к миру, себе, собственной жизни.

Определение психического здоровья в категории субъектности предполагает особое отношение к норме психического здоровья. Само понятие «норма» по мнению В.И. Слободчикова, А.В. Шувалова – это не характеристика среднестатистического уровня развития какой-либо способности, не ссылка на отсутствие выраженной патологии, высокую приспособляемость и непротиворечивость требованиям культуры, а указание на возможности высших достижений для данного возраста. Таким образом, норма понимается, во-первых, как норма развития, во-вторых, как норма индивидуальная.

Исходя из вариативности понимания нормы, О.В. Хухлаева предлагает ввести уровни психического здоровья. Она выделяет три его уровня: высший (креативный), средний (адаптивный) и низший (дезадаптивный).

К высшему уровню психического здоровья – креативному – можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню – адаптивному – можно отнести людей, в целом адаптированных к социуму, однако имеющих несколько повышенную тревожность. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Низший уровень – это дезадаптивный, или ассимилятивно-аккомодативный. К нему можно отнести людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Неконструктивность его проявляется в

ригидности, в попытках человека полностью соответствовать желаниям окружающих. Человек, избравший аккомодативный стиль поведения, наоборот, использует активно-наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих стереотипов, преобладании экстернального локуса контроля, недостаточной критичности. Люди, отнесенные к данному уровню психического здоровья, нуждаются в индивидуальной психологической помощи.

Рассматривая понятие психического здоровья в свете представлений о единстве биологического (физического, физиологического), психического и социального, можно утверждать, что психическое здоровье предполагает устойчивое, адаптивное функционирование человека на витальном, социальном и экзистенциальном уровнях жизнедеятельности.

Психическое здоровье на витальном уровне жизнедеятельности предполагает осознанное, активное, ответственное отношение человека к своим биологическим потребностям. Такой человек заботится не только о здоровье, чистоте, красоте своего тела, но и исследует, осознает свои привычные движения, жесты, зажимы, мышечный панцирь в целом. Кроме того, психически здоровый человек может исследовать и самоотношение к своему телу.

О психическом здоровье на социальном уровне жизнедеятельности свидетельствует высокая степень гармонизации человеком своих взаимоотношений с обществом. В процессе гармонизации своих взаимоотношений с обществом человек осознает свои социальные потребности, расширяет средства и способы их реализации. В то же время он формирует собственную автономность, самодетерминацию, самоуправление, реализует заложенные природой силы и способности.

Психическое здоровье на экзистенциальном уровне жизнедеятельности предполагает ориентацию человека на свой глубинный внутренний мир, формирование доверия своему внутреннему опыту, духовных отношений с внешним миром.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий, как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает личную ответственность за свое развитие и становится «автором собственной биографии».

Таким образом, современные исследования психического здоровья:

- подчеркивают его целостный, системно-структурный характер, включающий несколько уровней проявления;
- рассматривают психическое здоровье в непосредственной связи с личностью, как интеграл ее жизнеспособности.

Психическое здоровье можно представить как нормальное становление человека в качестве самоорганизующейся системы, как показатель открытости и устойчивости системы на всех уровнях ее функционирования (соматическом, психическом, личностном). Процесс "нормального", "здорового" развития человека, осуществляющегося через усложнения его системной организации, идет по пути суверенизации его личности.

Тема 2. Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Предрасполагающие факторы.
2. Виды поведения, способствующие здоровью.
3. Критерии психического и социального здоровья.

1. Предрасполагающие факторы.

Выделяют три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью: *независимые, передающие и мотиваторы* (рисунок 1).

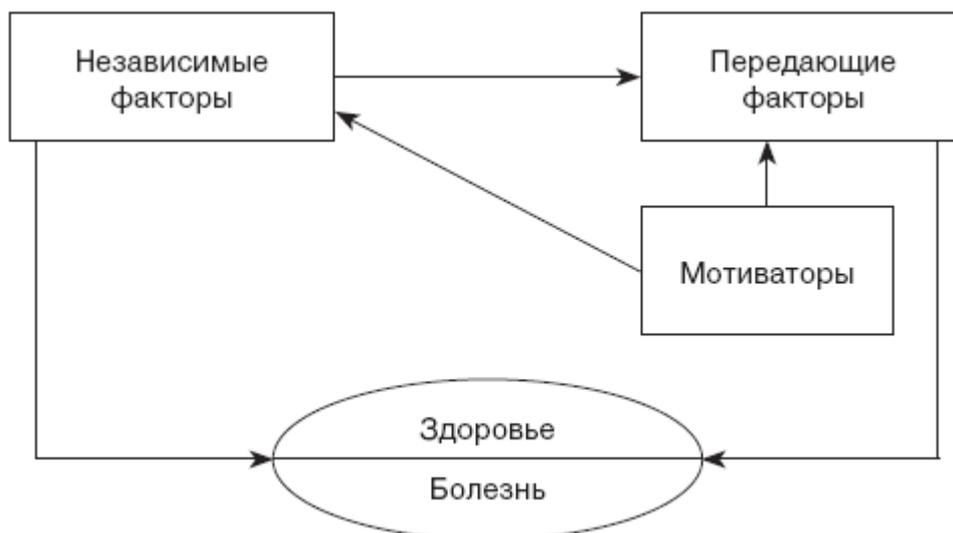


Рисунок 1 - Факторы, влияющие на болезнь и/или здоровье

Рассмотрим более подробно содержание и взаимосвязь этих факторов.

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

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

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

Охарактеризуем группу независимых факторов.

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

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

Поведение типа *B* *противоположно по своим характеристикам поведению типа A.*

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

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

Эмоциональные паттерны. В основном изучаются трудности в эмоциональном выражении, которые имеют два аспекта. Первый известен как «**алекситимия**». Она рассматривается как неспособность использовать язык для описания эмоционального опыта. Подобные трудности связаны со множеством психосоматических расстройств, например с хроническими болями и заболеваниями дыхательной системы, в том числе бронхиальной

астмой. Второй аспект трудностей в выражении эмоций — поведенческий тип С, получивший название репрессивного личностного стиля. Он характеризуется избеганием потенциальных повреждающих ситуаций, которые бы могли бы привести к сознательному конфликту или затрудненному опыту, вызывающему сложности. Поведение типа С предлагается характеризовать как невозможность выражать эмоции, особенно негативные, в открытой манере,

К **когнитивным факторам** относятся представления о здоровье и болезни, о норме в психике и соматике; разнообразные модели веры в лечение, в профилактику; воспринимаемый контроль за обстоятельствами жизни, установки, ценности, атрибуции, психотерапевтические мифы, восприятие риска и уязвимости, самооценка здоровья. Влияние когнитивных факторов на состояние здоровья и болезней исследуется прежде всего в связи с подходами к самому здоровью, болезни, норме, патологии. В настоящее время все большее значение приобретает комплексная многофакторная этиология происхождения заболеваний.

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

2. Виды поведения, способствующие здоровью.

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

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

различных веществ. Установлена значительная корреляция между молодым возрастом, тендером и различными вариантами рискогенного поведения (например, употребление наркотиков и курение).

Виды поведения, способствующие здоровью, — это часть образа жизни, при котором люди способны предвидеть проблему, мобилизоваться, чтобы встретить ее и активно решить. В содержание здорового поведения входят: физические упражнения, здоровое питание, навыки по поддержанию здоровой зубной полости, выполнения правил безопасности, экологические знания и т. д. В целом все это составляет самосохранительное поведение. Но чем мотивировано такое поведение — вопрос дискуссионный.

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

3. Критерии психического и социального здоровья.

Одним из критериев психического здоровья с позиций целостного подхода является феномен психического равновесия. Он включает гармонию взаимодействия различных сфер личности – эмоциональной, волевой, познавательной. Нарушения психического равновесия приводят к личностным деградациям, деструкциям, социальной и персональной дезадаптации. Именно критерий психического равновесия связан с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия (Л.Д. Демина, И.А. Ральникова).

О.В. Хухлаева в качестве важного критерия психического (психологического) здоровья называет гармонию. Функцией психического здоровья, согласно О.В. Хухлаевой, является поддержание активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности. Саморегулируемость же определяется ей в качестве центральной характеристики психологически здорового человека как возможность адекватного приспособления, как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям, воздействиям.

Делаются попытки составить «портрет» психически (психологически) здорового человека. Если составить обобщенный «портрет» психологически здорового человека, то можно получить следующее. Психологически здоровый человек – это, прежде всего, человек спонтанный и творческий, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает

самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь, прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом, хотя он не всегда формулирует его для себя. Он находится в постоянном развитии и, конечно, способствует развитию других людей. Его жизненный путь может быть не совсем легким, а иногда довольно тяжелым, но он прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни. И что важно – умеет находиться в ситуации неопределенности, доверяя тому, что будет с ним завтра. Таким образом, можно сказать, что «ключевым» словом для описания психологического здоровья является слово «гармония», или «баланс». При этом гармония рассматривается не как статическое состояние, а как процесс. Соответственно можно говорить о том, что психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи. Жизненную задачу при этом можно рассматривать как то, что необходимо сделать для окружающих именно конкретному человеку с его способностями и возможностями. Выполняя жизненную задачу, человек чувствует себя счастливым, в противном случае – глубоко несчастным.

Выделяют следующие качества психически здорового человека:

- психически здоровый человек ориентирован на реальность;
- психически здоровый человек принимает себя и окружающих такими, какие они есть;
- психически здоровый человек отличается спонтанностью;
- психически здоровый человек нуждается в одиночестве;
- психически здоровый человек автономен и независим;
- у него отсутствует склонность воспринимать людей и окружающее стереотипно;
- ему присуща духовность;
- для него характерна идентификация с человечеством;
- психически здоровый человек способен к близким отношениям с людьми;
- для психически здорового человека свойственны чувство юмора, высокая креативность и низкая конформность.

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

Тема 3. Здоровье как социальный феномен (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Социальная структура и здоровье.
2. Гендерные группы и семья.
3. Модель социального стресса.
4. Душевное здоровье и культура.

1. Социальная структура и здоровье.

Психологическое здоровье общества является интегральным показателем культуры и развития общества, определяется социально-психологическими установками каждого его индивида на самопознание, самовоспитание и самореализацию здоровьесберегающей деятельности, которые опосредованы культурными традициями, образованием, экономическими условиями, определяющими безопасность и эффективную жизнедеятельность каждого индивида и общества в целом.

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

Фундаментальный факт социологии здоровья как науки — существенные различия в уровнях здоровья между сложившимися в обществе устойчивыми социальными группами. К основным видам таких групп относятся социальные классы, демографические группы (половые и возрастные), территориальные общности (поселения), социальные организации и семья.

Главным механизмом, обуславливающим сходство показателей здоровья представителей устойчивых социальных групп (и соответственно отличие от представителей других групп), является общность условий жизни, субкультуральных особенностей и детерминант связанного со здоровьем индивидуального поведения (ценность здоровья; социальные установки по отношению к медицинской помощи; групповые нормы, регулирующие поведение в сфере здоровья).

Поэтому принадлежность к устойчивым социальным группам зачастую позволяет значительно точнее предсказать уровень индивидуального здоровья, чем конституционально-биологические или личностно-характерологические особенности человека. В социально стабильных обществах структурные характеристики следует рассматривать как важнейшие детерминанты социального здоровья.

Социальные классы. Социальные классы — большие социальные группы, закрепляющие своим существованием вертикальное расслоение (стратификацию) любого человеческого сообщества по признаку неравномерности распределения власти и связанного с ней доступа к совокупным ресурсам данного сообщества. Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам (так называемый классовый

градиент здоровья) известна человечеству с древнейших времен, хотя научное осмысление впервые получила на рубеже XVII — XVIII вв. Сущность классового градиента здоровья заключается в следующем: чем выше место той или иной социальной группы в вертикальной структуре общества, тем лучше здоровье представителей данной группы.

Основными признаками, позволяющими отнести индивида к определенному социальному классу, принято считать образование, уровень материального дохода и социально-профессиональную позицию (должность).

Каждый из этих признаков (индикаторов) принадлежности к социальному классу подразумевает свои, в определенной мере специфичные механизмы воздействия на здоровье.

Образовательный статус. Образовательный статус приводит в действие два основных механизма формирования уровня здоровья. Первый из них заключается в том, что в процессе получения образования личность развивает навыки преодоления трудностей, с которыми неизбежно связано получение образования. Эти навыки впоследствии с успехом могут быть применены и в других трудных жизненных ситуациях. Следовательно, образование повышает общую сопротивляемость (резистентность) личности к воздействию социального стресса. Кроме того, с повышением образования повышается общий уровень информированности, включающий знания о современных теориях болезней и методах лечения, сохранения и укрепления здоровья. Развивается и способность к поиску и практическому применению новой информации этого рода.

Материальное благосостояние отражает экономические возможности индивида по использованию ресурсов общества для лечения, сохранения и укрепления здоровья. Другими словами, при высоком уровне благосостояния человеку доступна более квалифицированная лечебно-профилактическая помощь, физическая активность в условиях хорошо оснащенных оздоровительных центров, лучшее и расположенное в экологически благоприятных местностях жилье, высококалорийное питание.

Социально-профессиональная позиция сама по себе отражает высокий уровень здоровья, так как формируется под действием факторов селекции (профессионального отбора). Исследования показывают, что при принятии решений о должностном продвижении психическое и физическое здоровье претендентов на руководящие должности учитывается в первую очередь.

Высокий должностной статус подразумевает, как правило, и высокий уровень материального вознаграждения, т. е. обуславливает материальное благосостояние.

Эмпирически показано, что все три индикатора социально-классовой принадлежности в современных западных обществах проявляют тенденцию к совместному варьированию. Так, индивид, имеющий высокий уровень образования, чаще всего будет также иметь и высокий уровень дохода, и высокую должностную позицию.

С психологической точки зрения эти показатели социально-классовой принадлежности имеют различное содержание. Уровень образования

отражает социальные притязания (аспирации) индивида, тогда как материальный и должностной статус — реальные жизненные достижения. Следует отметить, что рассмотренные индикаторы социального статуса, т. е. принадлежности к социальному классу, не являются исчерпывающими. Для определения социального класса можно использовать место проживания (там, где существует соответствующая дифференциация территории — бедные и богатые районы), характер собственности на жилье (свое или арендуемое), тип жилья (например, наличие собственного дома), место проведения отдыха и т. п. Однако в конкретном исследовании подобные индикаторы выполняют скорее вспомогательную роль.

Существуют некоторые устойчивые закономерности распределения отдельных групп заболеваний по социальным классам. Так, физическим (соматическим) заболеваниям, а из психических заболеваний — шизофрении больше подвержены представители низших классов. Циклофрения (маниакально-депрессивный психоз) чаще присуща представителям высших классов. Проявления девиантного поведения, оказывающие повреждающее влияние на здоровье, чаще встречаются в «полярных» классах — среди «сверхбогатых» и «деклассированных».

2. Гендерные группы и семья.

Различие людей по полу — самоочевидный факт дифференциации человеческой популяции, однако поведенческие особенности полов больше детерминированы специфичными для данного пола в данном обществе социальными ролями, нежели биологическими различиями полов.

Именно отсюда возникло понятие **гендера** — социального пола, формирующегося в процессе социализации и проявляющегося в полоспецифичном ролевом социальном поведении, в отличие от биологического пола, детерминированного хромосомным набором индивида.

После Второй мировой войны в западных обществах выявляется устойчивое различие между гендерными группами по показателям состояния здоровья.

Средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах на 10 и более лет больше, чем у мужчин. Доказано, что у женщин более высокая самооценка своего здоровья и терминальная ценность здоровья также выше, чем у мужчин, для которых важнее работа (карьера). Отношение женщин к своему здоровью более деятельное и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни. В целом, для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью.

Смертность мужчин, в отличие от женщин, в большей мере связана с криминальными причинами, травматизмом и алкоголизацией. Средний возраст дожития у мужчин, как правило, ниже, чем у женщин. Сформулированы три теоретические модели, объясняющие тендерные различия в состоянии здоровья.

1. **Социализационная гипотеза** предполагает, что выявляемые различия в состоянии здоровья между полами обусловлены различием

реакций на переживаемый стресс и вызванную им симптоматику в зависимости от неформальных (резидуальных) норм, регулирующих полоролевое поведение и усвоенных в процессе социализации. Для женщин при переживании стресса нормативно приемлемо осознавать свое состояние как заболевание и обращаться за медицинской помощью. Для мужчин же проявлять симптомы и обращаться за медицинской помощью нормативно неприемлемо; «мужской» паттерн реакции на стресс диктует алкоголизацию и антинормативное поведение. Поэтому феминный дезадаптационный паттерн чаще фиксируют врачи, а маскулинный — полицейские. Этим же объясняется более высокая смертность мужчин по криминальным причинам и по причинам, связанным с алкоголизацией.

2. **Биологическая гипотеза** связывает особенности состояния здоровья женщин с биологической спецификой строения и функционирования женского организма, обусловленной функцией деторождения. Эта гипотеза хорошо объясняет симптомы так называемого синдрома предменструального напряжения у женщин, а также заболевания инволюционного периода.

3. **Гипотеза «ролевой перегрузки»**, так же как социализационная гипотеза, исходит из общетеоретического представления о стрессе. Предполагается, что если мужчина в современном обществе выполняет две основные социальные роли — «работника» («кормильца семьи») и «отца семейства», то женщина — три: «работницы», «матери семейства» и «воспитательницы детей». Подобная «ролевая перегрузка» является, согласно «инженерной модели» стресса, постоянным источником последнего в выполнении женщиной ее основных социальных ролей.

Семья — первичная малая социальная группа, в основе формирования которой лежат кровнородственные связи. Традиционная семья многопоколенная, ее возглавляет старший по возрасту мужчина, а управление в ней строится на основе авторитарных принципов. Психоаналитическая традиция связывает с такой патриархальной семьей возникновение запретительных социальных норм и государственных образований. Если считать подобную семью действительно первичной формой социальной организации, то следует признать, что в современном обществе семья утратила многие свои первоначальные функции и претерпела существенную трансформацию.

Прежде всего для современной семьи характерна утрата ею производственных функций. Ряд других функций семьи сохранился в рудиментарном виде, поскольку перешел к особым социальным институтам. Так, социализационные функции, особенно передачу необходимой для жизни информации, частично взяла на себя система образования, функции социального контроля — полиция и церковь, защиты — армия, охраны здоровья — система здравоохранения. Поэтому основными функциями современной семьи следует считать прокреационную (воспроизводство населения) и рекреационную (удовлетворение глубинных эмоциональных

потребностей людей в любви, привязанности, понимании, разделенных переживаниях).

В связи с процессами урбанизации существенные изменения претерпевает и структура семьи. Для крупных городов стала типичной нуклеарная (ядерная) семья, состоящая из родителей и детей. Тенденция к малодетности, появившаяся во всех развитых странах во второй половине XX в., привела к тому, что в семье, как правило, теперь 1-2 ребенка.

В последние десятилетия распространились структурные виды семьи, ранее не существовавшие или не привлекавшие к себе общественного внимания, — «открытый брак», семьи с гомосексуальными партнерами, семьи с одним родителем, неинституционализированные семьи (длительное или кратковременное сожительство), семьи несовершеннолетних и пр. Их влияние на здоровье общества еще предстоит изучать.

Есть одна важная закономерность трансформации семьи — переход от авторитарной семьи к эгалитарной, которой присуще более равномерное распределение властных функций между супругами (а иногда и детьми). Эгалитаризм в семейных отношениях вызван серьезными изменениями в идеологии западных обществ и проявляется в распределении внутрисемейных ролей.

В отношении психического здоровья таких однонаправленных закономерностей влияния семьи нет. Семья по-разному влияет на психическое здоровье женщин и мужчин. Среди женщин наиболее высокий уровень психического здоровья проявляют никогда не состоявшие в браке, за ними следуют состоящие в браке, потом вдовы и на последнем месте — разведенные и оставленные партнером. Среди мужчин наиболее высокий уровень психического здоровья наблюдается у состоящих в браке, затем следуют разведенные и вдовцы и на последнем месте — никогда не состоявшие в браке.

Подобные резкие различия в уровне психического здоровья между полами в зависимости от семейного статуса приводят социологов феминистского направления к выводам о «психологической выгоде брака для мужчин» и о современном браке как форме эксплуатации женщины в сексистском обществе.

Однако в действительности, как показывают углубленные исследования проблемы, отмеченные закономерности во многом объясняются факторами селекции.

Мужчины, страдающие нервно-психическими расстройствами, имеют мало шансов быть выбранными в качестве брачных партнеров, поскольку женщины оценивают потенциального супруга прежде всего с точки зрения выполнения роли «кормильца семьи». Высокая ранняя смертность мужчин-вдовцов находит свое объяснение, во-первых, в анализе причин смерти (чаще всего это причины, связанные со злоупотреблением алкоголем, — массивная алкоголизация начинается после исчезновения сдерживающего влияния жен); а во-вторых, в утрате за время супружества элементарных навыков самообслуживания.

3. Модель социального стресса.

Понятие «стресс» уже прочно вошло в нашу повседневную жизнь, однако, как правило, мы используем это слово только в отрицательном значении. Стресс - это состояние, которое далеко не всегда наносит ущерб. При более детальном рассмотрении оказывается, что он просто необходим - поскольку помогает преодолевать препятствия и избегать опасности. Автор теории стресса - Ганс Селье считал, что стресс – это “неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование”. Т.е. стресс это универсальная реакция нашего мозга и тела, которая помогает преодолевать любые препятствия: болезни, выпускные экзамены, решающая подача в теннисном матче или важное деловое интервью.

Требования и изменения, порождающие стресс, открывают две возможности для человека: 1) адаптации к новым условиям жизни; 2) Потенциально опасным для человека может быть слишком продолжительный стресс или комбинация стрессогенных факторов (“стрессоров”), затрудняющих или делающих невозможным приспособление к требованиям ситуации. Перечень стрессоров разнообразен: от простых, таких как температура, шум, газовый состав атмосферы, токсические вещества и др, до сложных психологических и социальных факторов: риск, опасность, дефицит времени, новизна и неожиданность ситуации, повышенная значимость деятельности.

Важнейшим механизмом социально-психологической адаптации личности в социальной среде является социальный стресс. Под ним понимается психологический стресс, возникающий под влиянием стрессоров социальной природы и проявляющимся в ситуациях социального взаимодействия. Он, как правило, связан с осознанием или предвидением собственной или коллективной неуспешности, негативных социальных событий. Е. В. Руденский использует понятие «социально-психологический стресс», который дезинтегрирует диспозиционную систему регуляции процессов социального функционирования личности.

Модель социального стресса основывается на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

4. Душевное здоровье и культура.

Под духовным здоровьем следует понимать - направленность человека как индивидуальности и личности, обусловленную совокупностью выбранных для персонального руководства ценностных ориентаций - скрываемых от других или подчеркнутых выставляемых на показ, и

определяющих поступки, поведения, способ жизни и характер его деятельности в социальной и природной среде.

Ценностные ориентации существуют на уровне мыслей, которые легко скрывать, поэтому в духовности отражаются преимущественно внутриличностный аспект здоровья.

Под духовностью человека следует понимать его способность различать и выбирать нравственные ценности и подчинять им свои поступки, поведение, способ жизни, а также характер деятельности в природной и социальной среде.

Один из важнейших пунктов, который характеризует взгляды ученых и практиков - это взаимоотношения человека и культуры.

К числу ученых, обличающих культуру как источник душевных страданий, относится З.Фрейд. Его высказывание о том, что человек был бы гораздо счастливее, если бы культуры вообще не было, стало известным афоризмом. Родоначальник психоанализа понимал культуру широко, как человеческий образ жизни, общественные установления, продукты человеческого творчества в разных сферах. Фрейд выделял две группы причин для утраты душевного здоровья: первая угроза безопасности индивидуальному «Я», вторая – противоречие между стремлением организма к самосохранению и инстинктивными влечениями. Что касается безопасности «Я», она, по Фрейду, и обеспечивается культурой, которая снабжает человека материальными благами и дает защиту от притязаний других людей на те же блага.

А. Адлер, в отличие от Фрейда мало пишет о влиянии культуры на душевный мир человека. Показатель душевного здоровья по Адлеру – «вписанность» индивида в рамки своей культуры, его способность добровольно осуществлять тот образ жизни, который принят в обществе.

Последователи Фрейда, создатели реформированного психоанализа, К. Хорни и Э. Фромм расширили представление об истоках негативного влияния культуры на душевное здоровье, показав, что она способна провоцировать внутренний конфликт не только между биологическими влечениями и моральными установлениями, но шире – между различными потребностями и с психологическими установками, сформировавшимися в человеке благодаря усвоению явных и скрытых культурных предписаний.

Еще один ученый, рассматривающий душевное здоровье в связи с культурой, - Э Фромм. Он опирался, с одной стороны, на идею детерминированности человеческого поведения врожденными предпосылками «человеческой природы», а с другой – учитывал влияние общественной жизни и культурных моделей поведения на формирование личности. По Фромму, сама природа человека предполагает наличие ряда потребностей, которые должны удовлетворены:

1. потребность в единстве с людьми, в социальных связях с ними;
2. потребности в творчестве, как способе выйти за собственные рамки, превратить себя из объекта в субъект творения;

3. потребность в безопасности, в укорененности, узах, поддержке и тепле;

4. потребность в идентичности, осознание себя субъектом своей жизни и деятельности;

5. потребность в интеллектуальной ориентации в мире и в эмоционально окрашенной системе ценностей.

Большое внимание проблеме соотношения культуры и душевного здоровья уделял К.Г.Юнг. Важнейшей характеристикой душевного здоровья человека является для Юнга внутренняя гармония (целостность) психики, которая проявляется как согласованность сознания и бессознательного. Нарушение этой целостности происходит на разных уровнях, в том числе на уровне психических функций, личного бессознательного, коллективного бессознательного.

Из работ К.Г. Юнга следует, что душевное здоровье есть результат процесса индивидуализации; что душевно здоровым может стать лишь человек, которого он наделяет званием, т.е. тот, кто самостоятельно трансцендентальную функцию; тот, кто осмеливается погрузиться в глубины собственной души и интегрировать переживания из сферы коллективного бессознательного с собственными личными установками сознания.

Итак, в концепциях Юнга и его последователей раскрывается противоречивый характер влияния культуры на душевное здоровье человека, и разрабатываются практические пути исцеления его внутреннего мира с опорой на богатое наследие человечества.

Тема 4. Внутренняя картина здоровья и болезни. Боль как психологическая проблема (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Связь между психикой и телом.
2. Модели внутренней картины здоровья и болезни.
3. Психологическое значение боли.

1. Связь между психикой и телом.

Тесная связь ребенка с обществом задана биологически. Младенец – это еще потенциальный человек: он полностью беспомощен, нуждается в уходе и защите; выжить без взрослых он не в состоянии. Зрелость у людей наступает гораздо позже, чем у большинства крупных приматов.

Телесность является не биологическим, а социальным качеством человека. Развитие всех физиологических функций зависит от культуры и общества, которое не только формирует, но и контролирует телесность. Контроль над человеческим телом осуществляется соответственно определенным телесным канонам (идеалам красоты и здоровья), а также в связи с процессами передачи власти и собственности. В этом плане особенно важными оказываются проблемы сексуальной жизни, питания и здравоохранения. Современное общество потребления рассматривает тело

как проект, создаваемый и реализуемый «Я» с целью самопрезентации и самоутверждения.

2. Модели внутренней картины здоровья и болезни.

Вопрос отношения к здоровью остается на сегодняшний день открытым. Наиболее оправданной ученые-психологи видят построение типологии относительно вектора адекватности-неадекватности отношения к своему здоровью.

По аналогии с понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ), введенном А.Р. Лурией еще в 1921 г., было предложено понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ) В.М. Смирновым и Т.Н. Резниковой в 1983 г. Авторы рассматривают ВКЗ как некий эталон здоровья человека, который имеет достаточно сложную структуру и включает, как образные, так и когнитивные представления человека о своем здоровье.

В.Е. Каган трактует ВКЗ как целостное представление, «для себя знание» о здоровье. При этом он считает, что неправомерно противопоставлять здоровье и болезнь. ВКБ – это особое качество ВКЗ. Человек воспринимает себя больным тогда, когда его переживания своего состояния не «вписываются» в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что включают широкий круг патологических состояний. ВКЗ сказывается на формировании образа жизни человека, вообще, и ЗОЖ, в частности.

У В.А. Ананьева ВКЗ – это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. Другими словами ВКЗ – это самосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья.

Структурными компонентами ВКЗ являются:

- рациональный: совокупность представлений о причинах, содержании, возможных прогнозах, оптимальных способах поддержания и укрепления здоровья;

- чувственный: ощущения и переживания, отражающие эмоциональный фон здоровья;

- моторно-волевой: совокупность усилий и конкретных действий человека, направленных субъективно значимых целей, способствующих здоровью.

2. Психологическое значение боли.

Жалоба на боль – самая частая в медицинской практике, ее устранение важнейшая и в то же время наиболее трудная задача врача. Боль нарушает привычный ход жизни человека, мешает ему работать и отдыхать, сказывается на отношениях с близкими людьми, наконец она часто приводит к возникновению зависимости от лекарств или к депрессии. Это один из самых неприятных аспектов хронического заболевания и одновременно признак, по которому судят о его наличии.

В современной медицине боль рассматривается как симптом не только соматической, но часто и психической болезни.

Сенсорная теория утверждает, что боль является ощущением, возникающим в ответ на действие раздражителя, и одновременно реакцией на это ощущение. В ней постулируется прямая связь между рецепторами и мозговым центром, где и возникает ощущение боли. Такой подход доминировал в медицине до 50-х гг. XX в. Выделение в феномене боли сенсорного (периферического) и центрального (эмоционального) компонентов позволяет примирить эту концепцию с обыденным мнением о том, что боль не всегда сопоставима с повреждением. При этом игнорируется тот факт, что эмоциональное страдание может быть не менее сильным и реальным, чем телесное.

Хроническая боль может наблюдаться не только в случае органических заболеваний. Жалобы на боль входят в структуру тревожных, депрессивных, соматоформных расстройств.

Боль является не только и не столько реакцией на интроцептивные стимулы, сколько переживанием, которое определяется личностным смыслом той жизненной ситуации, в которой находится пациент, а также социальными и культурными факторами.

РАЗДЕЛ II. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Тема 5. Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Проблема факторов риска в возникновении психических и поведенческих расстройств в различных возрастах.
2. Внутриутробное развитие плода.
3. Изучение раннего психического онтогенеза.
4. Влияние биологических и социальных факторов на формирование психики.

1. Проблема факторов риска в возникновении психических и поведенческих расстройств в различных возрастах.

1 Критические возрастные периоды.

Ранний детский криз (2-4 года) связывают с повышенной вероятностью невротических реакций и нарушением физиологических функций (заикание, страхи, нарушение аппетита). В период поступления в школу (6-8 лет) возникает дефицит внимания, непослушание, трудности в усвоении знаний. В период пубертатного криза (12-14 лет) возникают личностные девиации (психопатии), сверхценное отношение к своей внешности (дисморфофобия и нервная анорексия). Кризису среднего возраста (40-42 года) соответствует высокая вероятность депрессии. Климактерический период (45-50 лет) служит почвой для проявления неврозов, психосоматических расстройств и маскированной депрессии. Переход к старости может сопровождаться не только депрессией, но и появлением интеллектуально-мнестических расстройств.

3. Пол

Большинство психических заболеваний встречается примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Однако пресенильный вариант болезни Альцгеймера и приступы монополярной депрессии чаще наблюдаются у женщин. Проявления шизофрении также могут зависеть от пола. У женщин характерно ранне начало, острая манифестация психоза и сочетание бредовых расстройств с аффективными (депрессия). Среди мужчин преобладают больные алкоголизмом, сифилитическими и травматическими психозами.

3 Психофизиологическая конституция.

4 Социальное неблагополучие.

Вероятность депрессий возрастает в периоды социальных катастроф (смена политического режима, войны). К провоцирующим факторам относятся бедность, безработица, отсутствие социальных гарантий. Однако психические расстройства также очень часто встречаются в обеспеченных

семьях из-за избытка свободного времени, снижения ответственности и занятости главы семьи.

5 Культуральные особенности.

Существующие традиции, верования часто оказывают влияние на симптомы заболевания. Например, только у мужчин Юго-Восточной Азии встречается острый психоз – амок. Он характеризуется внезапным безудержным возбуждением, склонностью к агрессии, убийствам или самоубийству.

6. Географические, метеорологические и климатические факторы.

Метеорологические условия сказываются на самочувствии и частоте обострений людей с сосудистыми заболеваниями и последствиями черепно-мозговых травм. У больных эпилепсией долгое пребывание в жаркой атмосфере может спровоцировать припадок. Для ряда эндогенных психозов характерна сезонность обострения в осенне-весенний период.

РАЗДЕЛ III. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Тема 8. Психосоматические проблемы (2 часа)

Вопросы лекции:

1. Классификация психосоматических расстройств.
2. Механизмы формирования психосоматических симптомов.
3. Психосоматический профиль.

1. Классификация психосоматических расстройств.

1. Психосоматические реакции - появляются в напрягающих жизненных ситуациях, например: сердцебиение влюбленного, головокружение после пережитого несчастного случая, потеря аппетита при печали. Такие симптомы обычно исчезают; если меняется вызвавшая их ситуация. Психосоматические реакции могут появляться у всех людей. Их предпосылкой не являются серьезные аномалии душевного развития (Beck, 1969).

Психосоматические нарушения:

2.1. Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта, конверсионные проявления в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи, парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены:

2.2. Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть “проблемных пациентов”, приходящих на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Речь идет о функциональном нарушении отдельных органов или органных систем. Какие-либо тканевые изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Alexander (1951) описал эти телесные проявления как сопровождают признаки аффекта без характера выражения и обозначил их органными невротами.

2.3. Психосоматические болезни в более узком смысле (психосоматозы). В основе их первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа (“holy seven” “святая семерка”).

2. Механизмы формирования психосоматических симптомов.



Рисунок 2 - Факторы риска развития психосоматических расстройств и механизмы их формирования