

Л. А. Цветкова, И. Н. Гурвич

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Психология здоровья становится одним из самых популярных направлений психологии XXI в. Об этом свидетельствует, например, частота публикаций, освещающих те или иные вопросы психологии здоровья, в ведущих англоязычных журналах. Согласно оценке ряда западных специалистов [1], это каждая третья статья, что составляет не менее тысячи статей в год [2], причем лидирующее положение по-прежнему занимает тематика психического здоровья, которой посвящено более 80% публикаций. В международной Психологической ассоциации существует и самостоятельная секция, представляющая это направление.

Хотя официальное признание психология здоровья получила только в начале 1970-х годов, релевантные её тематике исследования проводятся в странах Запада с первого десятилетия XX века в рамках эпидемиологии психических заболеваний. Серьезные и по сей день не потерявшие своего значения исследования в области психологии здоровья выполнялись до 1930-х годов и в нашей стране. В начале XX в. психология здоровья привлекала внимание общественности в рамках «первой волны» движения за психическое здоровье и долгое время развивалась лишь в рамках психоаналитической парадигмы. Новый импульс к развитию психология здоровья получила после Второй мировой войны, когда в центре её внимания оказалось психическое здоровье в индустриальных организациях. В последние десятилетия внимание исследователей начало смещаться от собственно психических к соматическим заболеваниям.

Таким образом, растущий интерес к психологии здоровья связан с тем, что в развитых странах *изменился тип заболеваемости населения*. На смену преимущественно острым заболеваниям, чаще вызываемым инфекционным агентом, пришли заболевания с затяжным течением, или хронические, когда не удаётся выделить какой-либо один четко очерченный причинный фактор. Скорее, возникновение таких болезней можно связать с *образом жизни*, то есть с целостным воздействием на человека всех многообразных факторов современной цивилизации. Параллельно этому изменению паттерна патологии, а возможно, и в качестве одной из форм общественной реакции на него, в странах Запада поднялась «вторая волна» движения за психическое здоровье.

Другой стороной этиологии, то есть причинности, этих заболеваний, занявших ведущее место в структуре патологической пораженности и смертности населения, оказалось то, что не всегда потенциальные причинные факторы могут быть устранены на уровне общества в целом, ибо имеют своим основным источником *поведение самого индивида*. К тому же выявилась несостоятельность так называемой «экспертной» модели взаимодействия в системе «врач — больной». Практические врачи, исходившие в своих профилактических усилиях из представления, что достаточно информировать индивида о возможных негативных последствиях его поведения для здоровья — и это поведение изменится в желательном направлении, обнаружили, что такие усилия не всегда, а то и вовсе не способны дать нужный результат.

Исследования человеческого поведения показали всю его сложность, неоднозначность и огромную роль социально-психологических, культуральных, когнитивных и прочих факторов. Таким образом, привлечение психологии как системы наук о детерминантах и внешних характеристиках поведения было вполне естественным решением для этого комплекса проблем. Следует также отметить отход современной психологии здоровья от принципов психоанализа, хотя его историческая роль повсеместно признается. Современные исследования в области психологии здоровья базируются в основном на когнитивно-бихевиоральном подходе.

Сегодня в психологии здоровья существуют два основных направления исследований: место психологических факторов в этиологии заболеваний и поведение, связанное со здоровьем. Если достижения первого направления закономерно представляют наибольший интерес для медицины, то второе направление стало предметом компетенции специалистов-психологов. Выделению психологии здоровья в самостоятельную дисциплину и её отграничению от так называемой «медицинской психологии», несомненно, способствовали разработка и широкое использование биопсихосоциальной модели болезни, пришедшей на смену медицинской модели.

Однако здесь наметились серьезные и до сих пор не преодоленные противоречия между пониманием болезни и здоровья в медицине и психологии. *Медицинская и биопсихосоциальная модели болезни* отражают эти противоречия в наиболее концентрированном виде.

Медицинская модель возникла в конце XIX столетия. В основе ее возникновения — развитие западноевропейской медицины в послегиппократовский период, которое шло от рассмотрения человека как целостного единства к аналитическому его изучению — от органов и систем до субклеточного уровня. Медицинская модель центрирована не на поведении, а на факторах среды как внешних причинах болезни, причем соматические и психические болезни редко разделяются [3]. В основании данной модели лежит категоризация: болезнь либо есть, либо нет.

Огромные успехи медицины XIX–XX столетий в лечении и профилактике широкого круга заболеваний, особенно впечатляющие в отношении инфекционной патологии, сделали медицинскую модель болезни символом научно-медицинского подхода.

Принципиально важной особенностью медицинской модели является то, что *здоровье* в ней *не операционализируется*, а определяется просто как отсутствие болезни. Медицинское суждение о болезни выражается в *диагнозе*.

Биопсихосоциальная модель, предложенная Джорджем Энгелем [4], представляет собой приложение системного подхода к функционированию индивида не только на биологическом, но и на личностно-психологическом, а также на социально-психологическом уровне, где реализуются социальные связи с людьми, входящими в непосредственное социальное окружение, и, далее, на уровне социальном — через включение индивида в различные институты общества в целом. *Общесистемные принципы* позволяют, используя биопсихосоциальную модель, связать здоровье индивида с состоянием как внутренней, так и предельно широко понимаемой внешней среды. Это иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, где каждый уровень — организованное динамическое целое.

Уровни (срез)



Данная модель применима и к клинической практике. Заболевание может иметь своим источником любой уровень. Например, депопуляция (снижение численности населения) была зафиксирована в России на рубеже XX и XXI вв. (так называемый «Русский крест», смертность стала превышать рождаемость), когда в стране стали проводиться экономические реформы. Многие люди не справились с новой для них ситуацией, не адаптировались к новым социокультурным условиям. Результатом явилось разрушение взаимоотношений в малых группах. Этот факт переживается на уровне личности. Сначала возникает дисрегуляция, затем появляется слабое место (чаще всего страдает сердечно-сосудистая система). Возникает недостаток кровообращения, на уровне тканей происходит отложение белков на стенках клеток, и, как следствие, может произойти инфаркт. В данном примере нет специфического фактора, а есть комплекс причин, которые вызвали дезорганизацию в целом.

Необходимо указать на **две основные особенности**, имплицитно, или скрыто и неочевидно, присущие биопсихосоциальной модели болезни. Во-первых, это *представление о многофакторной этиологии*, означающее, что в возникновении любого заболевания можно установить действие не только биологических, но также психологических и социально-психологических факторов. Во-вторых, это *континуальная модель нарушений*, составляющих содержание болезни или сопровождающих соматическое (физическое) заболевание, то есть наличие переходных состояний между нормой и патологией. На одном конце континуума находятся легкие дисфункции, на другом — тяжелые расстройства, а между ними — различные состояния легкой и средней тяжести. Именно эта особенность биопсихосоциальной модели болезни приводит её в острое противоречие с медицинской моделью, поскольку само по себе представление о психологических факторах происхождения болезни не противоречит медицинской модели и даже дополняет ее.

В эмпирических исследованиях получены достоверные данные о связи, например, социального стресса с производственным травматизмом или уровнем «простудных» (острых респираторных) заболеваний.

Представление о заболевании, лежащее в основе континуальной модели, *лишено так называемой диагностической специфичности*. Диагноз же является основным инструментом в научном медицинском исследовании, лечении, установлении прогноза и реабилитации.

Несмотря на «генетическую» связь психологии здоровья с медициной, она остается прежде всего психологической наукой, основанной на общей теории психологии

и тесно взаимодействующей с такими её отраслями, как психофизиология, детская и возрастная психология, медицинская психология, социальная психология, инженерная психология, психология спорта, авиационная психология и т. д. Помимо дисциплин психологического цикла психология здоровья использует данные и подходы различных разделов социологии, таких как социология социальных организаций, девиантного поведения, массовых общественных движений, культуры и, конечно, медицинской социологии и социальной медицины.

Такой объем междисциплинарных связей делает непростой задачей вычленение собственной предметной области психологии здоровья. Не случайно некоторые авторы определяют психологию здоровья как «всю психологию» в ее приложении к проблемам здоровья и болезни [5].

Конечно, при определении психологии здоровья как науки возникает естественное стремление опереться на теоретически строгое и методологически непротиворечивое *определение здоровья* в целом или хотя бы психического здоровья. Однако такое определение здоровья, как, впрочем, и болезни, не может быть дано в рамках тех дисциплин, предметом которых выступают конкретные проявления данных феноменов. Сегодня существуют *сотни определений здоровья*. Действительно, болезнь вообще и здоровье вообще являются абстракциями очень высокого порядка, доступными лишь для философского анализа.

Актуальность и интерес к проблематике психологии здоровья в сегодняшней России обусловлены прежде всего ухудшением здоровья населения, в первую очередь мужской его части, и попытками определения причин такого катастрофического положения с научной точки зрения. Между тем в советское время указанные изменения в теоретических воззрениях на здоровье и болезнь, как и сдвиги в здоровье населения, осмыслились в сугубо идеологическом ключе, в связи с чем не было предпринято неотложных мер в части выделения приоритетов тематики научных исследований и организации медицинской помощи населению, а также превенции основных заболеваний.

В сегодняшней психологии здоровья практически нет тем, вплотную не касающихся проблем здоровья населения нашей страны. Казалось бы, при таком развитии этого направления в психологической науке стран Запада можно просто заимствовать результаты соответствующих западных исследований и реализовывать их в виде определенных профилактических программ в нашей стране. Такие попытки неоднократно предпринимались отечественными психологами в 90-х годах XX в. Практически все они закончились неудачей. Причина — в высокой культуральной специфичности как результатов исследований в области психологии здоровья, так и основанных на них профилактических программ. Конечно, чем ближе лежит проблема исследования к биологическим основам функционирования той или иной человеческой популяции, тем эта специфичность меньше. Однако связь конкретной проблемы психологии здоровья с биологической основой почти никогда не может быть установлена априорно и лишь выступает объяснительным конструктом в эмпирическом исследовании.

Подводя первые итоги исследований XXI века в области здоровья населения, участники Первого российско-американского научного форума, состоявшегося 16–18 ноября 2011 г. в Москве, указывали в своих докладах следующие основные причины сложившейся ситуации.

1. Образ жизни и вредные привычки, связанные с увеличением употребления алкоголя и табака в современной России. При сходном распространении алкоголизации

и курения в странах Запада, Россия занимает лидирующее место в Европе по уровню потребления тяжелых алкогольных напитков на душу населения (по данным ВОЗ, 2010) и тяжелым социальным исходам потребления алкоголя, включая травматизм, смертность и т. д.

2. Расслоение общества, ухудшение материального положения большей части населения страны и ухудшение условий труда.

3. «Стресс социальных изменений», связанный с потерей статуса, престижа, привычной и устойчивой системы значений символов окружающей действительности. Это привело в российском обществе к росту потребления алкоголя и наркотиков, в первую очередь в молодежной среде, распространению коммерческих сексуальных контактов и, в конечном итоге, к эпидемическому росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом.

Не удивительно, что социальные изменения затронули прежде всего молодежь. Здесь кроются истоки проблемы молодежного наркопотребления, алкоголизации, неупорядоченных сексуальных контактов. Наиболее угрожающим следствием этого представляется взрывообразный рост численности девиантных групп населения с присущим им «поведением риска».

Актуальным направлением исследований в области психологии здоровья в России, как и в других странах мира, является сегодня изучение причин социально опасных заболеваний: ВИЧ, ИППП, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза. По данным Федерального центра СПИД, на сегодняшний день (2011 г.) в России официально зарегистрировано *более 600 тысяч ВИЧ-инфицированных* [6]. В реальности эта цифра, по мнению специалистов, может оказаться выше в 3–5 раз в связи с анонимностью обследования на ВИЧ/СПИД и/или незнания опрашиваемыми своего ВИЧ-статуса. Согласно международной классификации (ЮНЕЙДС), выделяется четыре вида/стадии эпидемии ВИЧ: низкого уровня, концентрированная, генерализованная и гиперэндемия. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается *концентрированная* эпидемия ВИЧ, т. е. заболевание быстро распространилось в определенных подгруппах населения, без широкого распространения среди населения в целом. Молодежь относится к наиболее уязвимым группам населения.

Здоровье молодежных групп населения следует признать ведущей составляющей будущего здоровья нации. Таким образом, изучение норм поведения, связанного со здоровьем, присущих российской культуральной среде в сферах аддиктивного поведения, питания, реакций на социальный стресс, режима труда и отдыха, предотвращения травм и т. п., должно находиться в кругу интересов психологии здоровья.

Литература

1. Adler H. Health psychology: why do some people get sick and some stay well? // Annual Review of Psychology. 1994. Vol. 45.
2. Stoun G. Psychology and the health system // Health psychology: handbook / H. Adler et al. Eds G. Stoun, F. Cohen. San Francisco, 1979.
3. Sagan L. The health of nations. New York, 1987.
4. Engel G. The need for a new medical model // Science. 1977. Vol. 196, No. 4286.
5. Prokop C., Bradley L., Burich T. et al. Health psychology. New York, 1991.
6. Количество ВИЧ-инфицированных в России за 2011 год // Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/2011.shtml> (дата обращения: 13.02.2012).

Статья поступила в редакцию 16 декабря 2011 г.