

ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТЬ ОБЩЕСТВО

HEALTH PERSONALITY SOCIETY

Сборник научных трудов

The Collection of Scientific Papers

Интернет-версия сборника представлена на сайте
"Толькознание" www.tolkoznanie.ru

Харьков
"Финарт"
2014

УДК 159.9
ББК 88.3Ю-937.2
3-46

Утверждено и рекомендовано к изданию решением Ученого совета Харьковской государственной академии физической культуры (протокол № 14 от 30.06.14).

Авторы: А.В.Алёшичева, Ю.А.Быстрова, Л.М.Газнюк, Д.Г.Дьяков, О.В.Евсеева, А.И.Жарая, О.М.Кокун, А.М.Петруня, И.И.Савенкова, Н.Г.Самойлов, Ю.А.Семенова, Л.Г.Терлецкая, Т.Б.Хомуленко.

Составитель: к.психол.н., доцент А.В.Алёшичева.

Рецензенты:

Е.Р.Исаева – доктор психологических наук, зав. кафедрой общей и клинической психологии, профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова;

Е.И.Федоренко – доктор педагогических наук, профессор, начальник кафедры общей и прикладной психологии и педагогики Харьковского национального университета внутренних дел.

3-46 Здоровье. Личность. Общество: сборник научных трудов / сост. А.В.Алёшичева.
– Харьков: Финарт, 2014. - 364 с.

ISBN 978-966-8766-64-0

В настоящем сборнике представлены статьи, в которых освещаются вопросы психологических, социальных, медико-биологических и философских аспектов здоровья человека. В некоторых статьях содержатся гипотетические, не общепризнанные взгляды на первопричины ухудшения здоровья, на взаимоотношение психики и соматики.

Авторы надеются на то, что уже сама постановка дискуссионных положений будет способствовать более углубленному проникновению исследователей в тайны здоровья человека, поиску путей его созидания и сохранения.

Авторский коллектив будет признателен читателям за пожелания, замечания и рекомендации по совершенствованию последующих сборников, посвященных проблеме здоровья человека.

This collection has articles that cover the field broadly psychological, social, medical and biological, philisophical aspects of human health. Some articles contain hypothetical, not generally accepted considerations on the arche of a health deterioration, at the relationship between psyche and somatic.

The authors hope this discussion positions will promote more in-depth penetration of researchers into the mysteries of human health, finding ways his creationand preservation.

Authors will be grateful to readers for suggestions, comments and recommendations to improve next collection on the problem of human health.

УДК 159.9
ББК 88.3Ю-937.2

© Авторы публикаций, 2014.
© Издательство "Финарт", 2014.

ISBN 978-966-8766-64-0

РАЗДЕЛ 1.**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ** 5

- Алёшичева А.В.* Интегральные факторы, обеспечивающие сохранение психического здоровья спортсмена..... 6
- Быстрова Ю.А., Петруня А.М.* Организация медико-психологического обеспечения учебно-реабилитационного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования..... 24
- Дьяков Д.Г.* Динамика самоидентификации как высшей психической функции у лиц с детским церебральным параличом в период подростничества..... 36
- Жарая А.И.* Практика формирования и сохранения профессионального здоровья будущего учителя..... 46
- Кокун О.М., Савенкова И.И.* Психосоматические аспекты сохранения и восстановления здоровья личности..... 63
- Хомуленко Т. Б.* Теоретико-методологические основы психологии здоровья..... 88

РАЗДЕЛ 2.**ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ.** 117

- Газнюк Л. М., Семенова Ю. А.* Здоровье-боль-болезнь: философско-антропологический и социокультурный контексты 118
- Евсеева О.В.* Валеологические, философские, физические аспекты проблемы духовного и душевного здоровья 263
- Жарая А.И.* К вопросу об универсальности формирования понятийного аппарата при изучении дисциплин валеологической направленности..... 285
- Самойлов Н.Г.* Взаимосвязь компонентов здоровья человека 303
- Терлецкая Л.Г.* Психическое здоровье личности: поиск гармонии 319
- Сведения об авторах..... 337

CHAPTER 1. ACTUAL IDEAS ABOUT HEALTH OF THE PERSON	339
<i>Aleshicheva A.</i> Integral Factors That Provide Conservation Of Mental Health At The Athlete	339
<i>Bystrova Y., Petrunya A.</i> Organization Of Health And Psychological Support Training And Rehabilitation Process Of Children With Disabilities In Terms Of Inclusive Education	340
<i>Dzyakau D.</i> Dynamic Of Self-Identification As The Highest Mental Function At The Teenagers With Infantile Cerebral Paralysis	342
<i>Zharaya A.</i> Practice Of Formation And Conservation Of Future Teacher's Professional Health	343
<i>Kokun O., Savenkova I.</i> Psychosomatic Aspects Of The Conservation And Restoration Of Personality's Health	346
<i>Homulenko T.</i> Theoretical and Methodical Foundations of Mental Health	347
CHAPTER 2. HEALTH OF THE HUMAN IN THE DIFFERENT MEASURES	348
<i>Gaznuk L., Semenova Yu.</i> Health – Pain – Disease: Philosophical And Anthropological, Social And Cultural Contexts	348
<i>Evseeva O.</i> Valeological, Philosophical, Physical, Historical Aspects Of The Problem Of Spiritual And Mental Health	351
<i>Zharaya A.</i> To The Question Of Universal Conceptual Apparatus Creation At Valeological-Orientated Disciplines Studying	354
<i>Samoilov N.</i> Correlation Of The Mental Health Components	357
<i>Terlets kaya L.</i> Mental Health Of The Person: Searching Of Harmony	359
Information about authors	361

РАЗДЕЛ 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНА

Мнения исследователей о показателях здоровья весьма разноречивы и трудно сводятся к общепринятому мнению. Из анализа литературы становится ясным следующее: одни авторы выделяют отдельные элементы, качества, черты личности, влияющие на состояние психического здоровья, в то время как другие стремятся найти и описать интегральные, обобщенные компоненты, от которых зависит состояние психического здоровья личности. Строго говоря, выделяют две группы показателей: 1) отдельные или частные свойства личности; 2) интегральные показатели, детерминирующие определенный уровень ее психического здоровья.

В этой статье осуществлено описание и обоснование значения интегральных факторов личности спортсмена в процессе сохранения его здоровья.

Необходимо отметить, что среди интегральных характеристик личности, влияющих на психическое здоровье, авторами, чаще всего, называются следующие: адекватное восприятие реальности, себя и других, благополучие, гармоничность, социально-психологическая адаптация, психологическая и эмоциональная устойчивость, уравновешенность и согласованность.

Реже приводятся такие характеристики, как целостность, интегрированность, соразмерность, надежность, самоконтроль и саморегуляция.

Попытаемся раскрыть содержание перечисленных характеристик, их отношение к категории «психическое здоровье» и значение для его сохранения и укрепления.

Итак, «адекватное восприятие окружающего мира» – фактор, который подчеркивают О. Бэкер, С. Рифф и С. Киз, Б. С. Братусь,

Г. Олпорт, А. Маслоу и др. Фактор «адекватное восприятие себя» встречается в работах А. Эллиса, Г. С. Никифорова, Л. Б. Соколовской, Г. Олпорта, А. Маслоу, а «адекватное восприятие реальности» – освещается в работах В. И. Лебедева, О. Н. Кузнецова, Г. Олпорта, А. Маслоу, Н. Д. Лакосиной, Г. К. Ушакова.

Подчеркивая положительное значение адекватности восприятия в процессе сохранения психического здоровья, исследователи аргументируют это наличием в адекватности постоянства основных свойств и субъективного образа. Чем ближе воспринимаемый личностью образ к реальности, тем выше уровень ее психического здоровья. Известно, что апперцепция определяется содержанием психической жизни человека, а значит, и состоянием его психического здоровья.

Как отмечено выше, интегральной характеристикой, влияющей на психическое здоровье, авторы считают адекватность восприятия реальности, мира и себя, т.е. психическое здоровье как одно из важных состояний личности зависит от многоуровневой системы восприятия ею себя, окружающих и мира в целом.

Очевидно, адекватность восприятия для спортсменов также имеет весьма существенное значение. Причем из всех известных видов восприятия для лиц, занимающихся разными видами спорта, более важными будут не все имеющиеся, а определенные виды восприятия, доминирующие в конкретном виде спорта. Например, для единоборцев – это восприятие движений соперника, а для легкоатлетов (бегунов) или лыжников – восприятие времени и т.д.

При сильном физическом и нервно-психическом утомлении адекватность восприятия нарушается, что не может не отражаться на психическом здоровье спортсмена. Это означает, что адекватность восприятия является важным фактором в процессе сохранения психического здоровья личности спортсмена.

Следующим фактором, упоминаемым многими авторами, является благополучие. Смысловое пространство этого

термина широко. Так, термин «благополучный» трактуют как счастливый, пребывающий в хорошем состоянии, имеющий успешное окончание, добрый.

В понятие благополучие личности, например, Л. Куликов вкладывает представление о том, что это «обобщенное и относительно устойчивое переживание, имеющее особую значимость для личности». Именно оно в большой степени определяет характеристики доминирующего психического состояния – «благоприятного состояния – способствующего согласованному протеканию психических процессов, успешному поведению, поддерживающему психическое и физическое здоровье или, напротив, неблагоприятного» [17, с. 123].

Благополучие является всегда субъективным, и часто его связывают с чувством удовлетворенности и самосознанием [25; 27]. Психологическое благополучие трактуется с разных, часто противоположных позиций. Так, в исследовании Т. Шеленкова и П. Фесенко выделяется два противоположных взгляда на это понятие. Приверженцы первого объединяют понятие «психологическое благополучие» с такими понятиями, как психологическое здоровье, качество жизни, социальная адаптация и др.

Почитатели второго подхода и взгляда на психологическое благополучие, наоборот, считают, что это понятие является близким по значению к названным понятиям, однако оно не тождественно им [29].

Эти авторы, на наш взгляд, справедливо относят психологическое благополучие к субъективной эмоциональной оценке человеком себя и собственной жизни, они делают акцент на том, что при наличии благополучия субъект стремится к самоактуализации и личностному росту. Действительно, психологическое благополучие напрямую не связано с наличием каких-либо негативных психических состояний, хотя от степени их выраженности зависит.

Благополучие как субъективно воспринимаемое пребывание в хорошем удовлетворенном состоянии определяется его составляющими: физическим, психологическим, духовным,

материальным благополучием. Следует подчеркнуть, что все компоненты благополучия между собой тесно связаны и взаимно влияют друг на друга, что определяет ощущение целостности, внутреннего равновесия и слаженности психических функций и процессов.

В то же время Л. Куликов выделяет только два основных компонента благополучия: когнитивный и эмоциональный [17].

На наш взгляд, психологическое благополучие личности является интегральным фактором, отражающим субъективно воспринимаемое состояние удовлетворенности собой, процессом самоактуализации, окружением и качеством жизни.

Еще один фактор, при помощи которого характеризуют уровень психического здоровья личности, многие исследователи называют гармоничностью (А. Милтс, Л. Куликов, В. Ананьев, Г. Никифоров).

Гармония означает связь, созвучие, соразмерность, т. е. это стройная согласованность частей одного целого. По мнению В. Коляды, гармоничная – это значит целостная личность, которая в структурно-функциональном и системном аспектах представляет собой гармоничное «единство телесного, социального и духовно-нравственного компонентов» [13, с. 9].

Рассуждая о гармоничности личности, Л. Куликов пишет: «Соразмерность количественных характеристик пространства, времени и энергии личности можно конкретизировать как соразмерность объемом пространства личности, скоростью личностного времени и уровнем энергии личности» [17, с. 67].

Поскольку гармония трактуется как стройность, соразмерность частей, внутренняя их упорядоченность, то гармоничность как интегральный фактор вполне может использоваться для характеристики состояния психического здоровья личности. Более того, с философских позиций гармоничность является категорией, отражающей внутреннюю и внешнюю целостность и соответствие содержания и формы объекта. Применяя данное понятие, к обсуждаемой проблеме его следует понимать как адекватность и правомочность, харак-

теризующие психическое здоровье личности.

Социально-психологическая адаптация также рассматривается как интегральный фактор сохранения психического здоровья. О. Васильева и Ф. Филатов, анализируя роль адаптации в сохранении здоровья личности, считают, что в этом процессе существует два главных параметра: «приспособленность к окружающей биосоциальной среде и гармоничная включенность в сообщество людей. Данные параметры представляют собой соответственно два основных компонента (или аспекта) общей адаптированности человека: биологический и социальный» [8, с. 42-43].

Однако в решении проблемы психического здоровья необходимо акцентировать внимание на социально-психологической адаптации, потому как согласно нормо-центристскому подходу любое нарушение психического здоровья равнозначно отклонению от принятой в обществе нормы.

А согласно Р. Хэнки, социальная адаптация представляет собой процесс, посредством которого индивид достигает социального равновесия, что означает отсутствие конфликта со средой или наличие высокого уровня психического здоровья. Так, Г. Салливан считал, что внутренний разлад есть следствие конфликта между индивидом и человеческим окружением. Иначе говоря, успешная социально-психологическая адаптация к общественным требованиям и межличностным отношениям есть условием психического здоровья и благополучия личности.

Подчеркивая доминирование в жизни человека социального компонента (по сравнению с биологическим), О. Васильева и Ф. Филатов пишут: «Здоровым может быть признан лишь тот человек, который гармонично включен в свое социальное окружение, адекватно действует и полноценно реализуется в нем» [8, с. 62]. При этом они отмечают, что цивилизация не только обеспечивает выживание человека и освоение им окружающей биологической среды, делая это «слабое и незащищенное животное» властелином природы, но и в значительной степени ослабляет, деформирует человеческое

естество, отрывая человека от его природных корней [8]. Таким образом, они, подчеркивая двойственность природы человека, все же склоняются к главенствующей роли социального компонента. Апеллируя к влиянию общественной составляющей на здоровье человека, К. Ясперс писал: «Цивилизация создает особые физические условия, которые на тех же правах, что и природные обстоятельства, воздействуют на здоровье людей и могут приводить к возникновению как физических недугов, так и аномальных состояний души» [30, с. 858].

А учитывая психосоматические взаимодействия, можно считать, что негативные изменения в психике, обретенные человеком вследствие влияния экстремальных и стрессогенных условий общественного бытия, во-первых, создают предпосылки для предпатологических изменений в физическом здоровье, а во-вторых, без сомнения отрицательно сказываются на его психическом здоровье.

Следовательно, если говорить о психическом здоровье личности, то необходимо помнить, что формирование личности происходит только в условиях общественного влияния, а значит, и социально-психологическую адаптацию нужно рассматривать как интегрирующий фактор, способный повернуть вектор развития психического здоровья либо в сторону улучшения, либо ухудшения. З. Фрейд считал, что извечный конфликт биологического и социального в человеке оборачивается утратой душевного здоровья и благополучия. Однако не нужно забывать, что процесс формирования личности определяется культурой человечества и общественными ценностями, и поэтому личностное психическое здоровье зависит от этих системообразующих начал. Причем социально-психологическая адаптация личности является мерилем уравновешенности, соразмерности и адекватности взаимодействия личности с окружающим социумом, а успешность ее приспособительных реакций напрямую влияет на уровень психического здоровья.

Вместе с тем, Э. Фромм ярко и убедительно описал ущербность для здоровья индивидуума его подверженности

общественным нормам, критериям, оценкам и влиянию как таковому в ущерб своим природным потребностям. Он показал, что, следуя нормам и оценкам общества, человек вынужден ограничить свои природные потребности, принести свои желания и естественную свободу их реализации в жертву общественным устоям, нормам, которые в разные времена и в разных общественных укладах очень сильно отличались, а значит, не были истинными. Он вслед за З. Фрейдом считал, что неудовлетворенность и невроз становятся постоянными спутниками цивилизации [24]. То есть существование в человеке двух противоречивых начал: биологического и социального – извечный конфликт между ними – оборачивается для него утратой душевного здоровья и благополучия.

Итак, вследствие двойственной природы человека для сохранения здоровья необходим поиск конгруэнтного сочетания в его жизни биологического и социального начал. Вместе с тем, если говорить о психическом здоровье личности, то важно учитывать, что личность формируется в обществе людей и именно социально-психологическая адаптированность является одним из компонентов и условий, значимых для сохранения ее психического здоровья.

Уравновешенность как интегральный фактор сохранения психического здоровья также называется многими исследователями [2; 3; 5]. Семантика этого термина трактуется как успокоение, доведение до нормального состояния. Уравновешенность можно рассматривать как противоположность неуравновешенности. При этом если учитывать «принцип устойчивого неравновесия» Э. Бауэра, следует признать, что «живые системы никогда не бывают в равновесии и исполняют за счет своей свободной энергии постоянную работу против равновесия» [4, с. 42].

Психическое здоровье является одновременно и состоянием, и процессом, причем динамичным. А это означает, что параметры его проявления все время меняются и именно их неуравновешенность обеспечивает чуткое реагирование на

изменения в окружении личности и быстрое приспособление к новым, важным для человека условиям. Уравновешенная система всегда более инертна, менее подвижна, что в плане сохранения психического здоровья можно рассматривать как положительное явление, однако это не может продолжаться длительно. Это, во-первых, а во-вторых, это более слабое состояние для процесса улучшения психического здоровья, потому как именно переход от равновесия к неравновесности означает разрушение старого и построение нового, т. е. движение, а следовательно – развитие.

В связи с этим, термин «уравновешенность» по отношению к психическому здоровью вряд ли можно считать интегральным фактором, обеспечивающим динамичность его созидания и сохранения во времени.

Применение термина «согласованность» как интегрального фактора сохранения и укрепления психического здоровья личности также нам кажется малопригодным. Эта мысль основывается на содержании, которое вкладывается в данный термин. Он трактуется как «согласовывать единство между чем-либо, координировать, придавать соответствие чему-либо» [10].

Согласованность, очевидно, имеет существенное значение в осуществлении процессов, влияющих на психическое здоровье личности. Однако она не может изменить их качество и социальную значимость для конкретного лица, а значит и детерминировать улучшение и сохранение психического здоровья личности. В связи с этим согласованность не следует считать интегральным фактором сохранения психического здоровья личности.

Важным интегрирующим фактором в процессе сохранения здоровья является психологическая устойчивость. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что толкование термина «устойчивость» с научных позиций обусловлено немалыми трудностями. Так, в семантическое пространство термина «устойчивость» входят такие понятия, как стойкость, прочность, твердость, непоколебимость, стабильность, неподверженность влиянию,

сопротивляемость, постоянство, надежность и другие. Анализ вариантов интерпретации этого термина осуществлен в диссертационном исследовании Е. Василенко [7, с. 17-18].

Такое многообразие его трактовок определяется применением данного термина в анализе, начиная с индивидуального состояния и заканчивая проблемами развития и формирования личности.

Устойчивость трактуется как синоним стабильности [9]. При этом стабильность от латинского «*stabilis*» переводится как устойчивый, постоянный. То есть постоянство каких-то параметров системы понимается как главная характеристика ее стабильности. Или, иначе говоря, это неизменность, устойчивое функционирование или малая вариабельность функциональных характеристик системы.

В рамках задач нашего исследования (проблемы сохранения психического здоровья личности спортсмена) нужно понимать, что устойчивость, с одной стороны, – это подвижное, неизменное состояние системы психологических качеств, процессов и состояний, а с другой – целенаправленное нарушение этого постоянства в ответ на влияние на психику факторов окружающей среды. При этом важнейшим результатом проявления психологической устойчивости для спортсмена является возможность сопротивления влиянию стрессогенных факторов среды и успешного выполнения поставленных задач в экстремальных условиях соревнований.

В аспекте анализируемой нами проблемы следует отметить, что применение понятия «психологическая устойчивость» должно опираться на наличие у данного субъекта такого свойства личности, как направленность, являющегося компонентом самосознания, включающего знание спортсмена о самом себе и самооценку уровня своего общего развития, имеющегося потенциала духовности, своего физического ресурса [6].

В работе Е. Крупник подчеркивается, что психологическая устойчивость определяет сохранность основных отношений индивида с действительностью, предполагая вместе с тем существование

моментов пластичности и вариативности [16, с. 273].

Подразумевая участие психологической устойчивости в процессе сохранения психического здоровья личности, нужно подчеркнуть, что ее роль проявляется в сохранении приспособительных реакций человека, нормального функционирования психики в сложных условиях спортивной деятельности и обеспечении оптимального поведения при воздействии на спортсмена целенаправленных помех.

В то же время, говоря о психологической устойчивости спортсмена, нужно помнить, что у каждого индивидуума соответственно специфике его вида спорта будет проявляться устойчивость к изменениям и влиянию на его личность конкретных параметров внешнесредового воздействия. В этом смысле мы согласны с И. Грызловой и И. Переверзевой, утверждающими, что психологическая устойчивость не может быть «всеохватывающей» характеристикой личности, т. е. устойчивость не должна проявляться ко всем видам воздействия на нее. Эти авторы подчеркивают, что психологическая устойчивость – это не устойчивость вообще, она определяется не только характеристиками влияния внешних факторов, но и личностными способностями человека противостоять им и тем самым повлиять на процесс сохранения психического здоровья [11]. Следовательно, психологическая устойчивость также имеет конкретные границы, которые определяются объективно существующими пределами функционирования личностных качеств спортсмена и, главное, их взаимодействием в отражении стрессогенного внешне-средового влияния.

В работе Е. Василенко вводится термин «профессионально-психологическая устойчивость», которая, по ее мнению, состоит из двух подструктур: нервно-психической выносливости и собственно психологической устойчивости [7, с. 28-29]. Под первой автор понимает способность человека выдерживать специфические психологические нагрузки профессиональной деятельности на уровне функционального напряжения. Как считает Е. Василенко, она определяется нейродинамическими

особенностями личности, корректировать которые сложно, и поэтому необходим строгий учет ее психофизиологических особенностей в соответствии со спецификой конкретной специальности.

Вторая подструктура определяется степенью сформированности личности, обеспечивающей необходимый уровень самодетерминации поведения [7].

Е. Василенко вслед за Л. Куликовым выделяет следующие факторы психологической устойчивости:

1) факторы социальной среды: поддерживающие самооценку; условия, способствующие самореализации; условия, способствующие адаптации; психологическая поддержка социального окружения;

2) личностные факторы:

- отношение личности (в том числе к себе): оптимистическое, активное отношение к жизненной ситуации в целом, уверенность, отсутствие враждебности, доверие к другим, терпимость и пр.;

- сознание личности: вера (в разных ее формах – вера в достижимость поставленных целей, религиозная вера, вера в общие цели; осознание социальной принадлежности к определенной группе и пр.);

- эмоции и чувства: доминирование стенических позитивных эмоций; переживание успешности самореализации, чувства сплоченности и единства и др.;

- познание и опыт: понимание жизненной ситуации и возможность ее прогнозирования; структурированный опыт преодоления трудных ситуаций; адекватная оценка величины нагрузки и своих ресурсов и др.;

- поведение и деятельность: активность в поведении и деятельности; использование эффективных способов преодоления трудностей [7].

Рассматривая психологическую устойчивость как сложное качество личности, как синтез отдельных качеств и способностей, можно утверждать, что ее следует считать одним

из ведущих интегральных факторов, детерминирующих процесс сохранения психического здоровья личности.

Эмоциональную устойчивость также трактуют достаточно широко. Одно из ранних определений эмоциональной устойчивости спортсменов дано В. Писаренко еще в середине прошлого века. По этому поводу он писал, что под эмоциональной устойчивостью личности следует понимать ее способность отвечать на напряженные ситуации таким изменением эмоционального состояния, которое приводит не к уменьшению, а к увеличению работоспособности [15].

Анализируя поведение человека в условиях стресса, В. Марищук и В. Евдокимов эмоциональную устойчивость предлагали определять как способность преодолевать состояние чрезмерного эмоционального возбуждения при выполнении сложной двигательной деятельности [18].

К. Платонов расширил представление об эмоциональной устойчивости и предложил выделить эмоционально-волевую, эмоционально-моторную и эмоционально-сенсорную устойчивость [20, с. 170-171]. В свою очередь, Л. М. Аболин эмоциональную устойчивость характеризует следующим образом: это свойство, которое характеризует индивида в процессе напряженной деятельности, отдельные эмоциональные механизмы которого, гармонично взаимодействуя между собой, способствуют успешному достижению поставленной цели [1].

Н. Корольчук и В. Крайнюк, анализируя понятие эмоциональной устойчивости, определили, что ее интегральным критерием является результат, который характеризует, насколько успешно или неуспешно достигается человеком цель [15, с. 207].

Подводя итог представлений исследователей об эмоциональной устойчивости, следует отметить, что чаще всего, характеризуя ее, авторы употребляют такие показатели, как способность преодолевать чрезмерное эмоциональное возбуждение и в сложных условиях достигать поставленной цели.

Изучая характеристики психологического здоровья ли-

чности, М. Иванова выделила так называемые стабильные его показатели, при этом эмоциональное состояние она относит к ним. Она пишет: «Именно эмоциональное состояние является маркером психологического здоровья человека в разные возрастные периоды» [12, с. 152]. Отдавая должное доброту выполненному М. Ивановой диссертационному исследованию, все же следует по нескольким параметрам анализа этого понятия (и его роли в сохранении психического здоровья) не согласиться с ней.

Во-первых, эмоциональной устойчивости противостоит эмоциональная неустойчивость – это состояние повышенной возбудимости или склонность субъекта к частой смене эмоциональных состояний. По этому поводу К. Платонов писал: «Нужно помнить, что решающей является не сама по себе большая или меньшая эмоциональная возбудимость, а большее или меньшее ее негативное влияние на навыки, на деятельность человека. А это ... связано не только с особенностями эмоциональной сферы, а и с особенностями его воли» [20, с. 131]. О способности преодолевать состояние чрезмерного эмоционального возбуждения усилием воли писали разные авторы (А. Пуни, О. Дашкевич, П. Сабуров, О. Сироткин, М. Anshel и др.).

Следовательно, деятельная сторона эмоциональной устойчивости не обходится без волевых усилий. А в структуре волевых проявлений личности А. Пуни выделял интеллектуальные, эмоциональные и операциональные компоненты [23, с. 149]. Таким образом, нужно считать, что эмоциональная устойчивость осуществляется не в отрыве от волевых усилий субъекта. А это означает, что нужно говорить об эмоционально-волевой устойчивости. И, кроме того, М. Иванова пишет об «эмоциональном состоянии» как диагностическом маркере психологического здоровья.

И, во-вторых, как показало наше обобщение представлений о психологической устойчивости, эмоциональная устойчивость, как компонент, входит в состав первой, т. е. является ее частью. Так, например, Е. Василенко к одной из функций психоло-

гической устойчивости относит «способность к эмоционально-волевой регуляции» [7, с. 32]. Поэтому маркером психического здоровья личности скорее должна быть именно психологическая устойчивость как системообразующий и интегральный фактор, существенно влияющий на процесс сохранения психического здоровья личности.

Некоторые авторы «надежность» также считают интегральным фактором в сохранении психического здоровья личности. Надежность в спортивной деятельности представляют как «системную, интегральную, комплексную характеристику деятельности спортсмена, обеспечиваемую его системно-структурным, функциональным и информационным видами надежности и реализуемую благодаря морально-политической надежности в стабильной эффективности выступлений спортсмена в экстремальных условиях ответственных соревнований» [21, с. 14]. Однако это определение связано с деятельностью спортсмена. Вместе с тем, рассмотрение надежности как интегрального фактора, влияющего на процесс сохранения психического здоровья личности, широкомасштабно практически не осуществлялось. В исследованиях М. Ивановой, Е. Василенко отмечается, что надежность является одним из компонентов психического здоровья и психологической устойчивости. В связи с этим к интегральным и, тем более, системообразующим факторам в процессе сохранения психического здоровья личности надежность вряд ли можно отнести.

Такое предположение, безусловно, требует экспериментальной проверки хотя бы потому, что, говоря о результате как мере надежности выступления спортсмена, следует отметить: она более адекватна, чем «устойчивость». Это так, поскольку проявление устойчивости подразумевает противодействие чему-то негативно влияющему на личность и сохранение каких-то показателей.

В спорте концепция психической надежности понимается как системное качество, характеризующее устойчивость функционирования основных психологических механиз-

мов в сложных условиях. Так, наиболее четко о психической надежности писал В. Мильман. В ее структуре он выделял четыре компонента: соревновательную мотивацию, соревновательную эмоциональную стойкость, спортивную саморегуляцию, стабильность-помехоустойчивость [19].

Исходя из соображений этого автора, мы видим, что рассмотренная выше эмоциональная устойчивость и саморегуляция (о ней скажем позже) входят в состав надежности, являясь ее составляющими частями, а, следовательно, надежность, по его мнению, более объемна, чем эти два свойства, вместе взятые. Однако это не означает, что надежность может считаться интегральным фактором, определяющим сохранение психического здоровья личности. По-видимому, следует сопоставить уровень надежности и психического здоровья у конкретных спортсменов, чтобы иметь возможность аргументированно ответить на этот вопрос.

Следующим интегральным фактором, влияющим на сохранение психического здоровья личности, считается саморегуляция. Исследователи, целенаправленно изучавшие роль саморегуляции в спортивной деятельности, считают, что для получения желаемых результатов спортсмену необходимо достигнуть определенного уровня психологической устойчивости, а вслед за ней и надежности, и главное, что это возможно путем освоения саморегуляции психомоторики. О большом значении саморегуляции в спортивной деятельности пишут многие авторы. Однако анализ этого феномена в рамках проблемы созидания, сохранения и поддержания психического здоровья также осуществлялся фрагментарно, без четко поставленных вопросов о его роли в этих процессах.

Рассматривая это свойство с психологических позиций, например, О. Хухлаева считает, что саморегуляция является одним из основных проявлений личности. Саморегуляция как характеристика, обеспечивающая гармонию внутри человека и между ним и средой, может быть внутренней, регулирующей различные аспекты личности и состояния человека, и внеш-

ней, включающей как воздействие его на ситуацию, так и самоизменение [26, с. 6-8]. Мы полностью согласны с этим автором, что саморегуляция является интегральной категорией, влияющей на психическое здоровье, и одним из основных атрибутов личности.

Относительно саморегуляции О. Конопкин пишет следующее: «Под психической саморегуляцией следует понимать один из высших уровней регуляции активности биологических систем, отражающий качественную специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе, рефлексивность субъекта на самого себя и свою активность, деятельность, поступки» [14, с. 210].

Н. Шевандрин, стремясь дать более обобщенное определение саморегуляции, выражается так: «Саморегуляция является системной характеристикой, отражающей способность личности к устойчивому функционированию в различных условиях жизнедеятельности» [28, с. 187]. Но в таком определении, на наш взгляд, трудно найти различие, например, с устойчивостью. По мнению Г. Никифорова, психическая саморегуляция заключается в воздействиях человека на присущие ему психические явления (процессы, состояния, свойства), выполняемую им деятельность, собственное поведение с целью поддержания (сохранения) или изменения характера их протекания (функционирования) [22, с. 24]. Исходя из этого определения, можно считать, что саморегуляция способна оказывать воздействие на всю психологическую сферу личности, что, безусловно, позволяет говорить о ней как об интегральном факторе, влияющем на процесс сохранения ее психического здоровья.

Следовательно, в настоящее время большинством авторов психическая саморегуляция понимается как сложная, динамичная система, обеспечивающая целесообразное отражение действительности путем повышения или снижения активности психических реакций, принятия субъектом его цели и формирования программы собственно исполнительских

действий для достижения их результативности. Осуществление и формирование саморегуляции проходит успешно при наличии самоконтроля как процесса осознания и оценки личностью собственных психических состояний, процессов и поведения. Следовательно, самоконтроль можно считать одним из компонентов саморегуляции. Хотя самоконтроль входит как компонент и в волевую регуляцию, особенно в сложных экстремальных ситуациях.

Самоконтроль и вслед за ним процесс саморегуляции оптимизируют деятельность человека. Однако считается, что проявление саморегуляции, вызванное действием самоконтроля, диктуется требованиями общества, что далеко не всегда желательно для человека. А учитывая воззрения З. Фрейда о требованиях общества к субъекту, становится понятно, что самоконтроль и саморегуляция в сохранении психического здоровья могут играть как положительную, так и отрицательную роль. Иначе говоря, саморегуляцию (вместе с самоконтролем) можно считать интегральным фактором, участвующим в процессе сохранения психического здоровья личности.

Таким образом, в заключение следует отметить, что теоретический анализ представлений исследователей об обобщающих, интегральных факторах, влияющих на состояние психического здоровья и на его сохранение, в частности у спортсменов, показал, что в настоящее время не существует общепризнанной трактовки выделенных факторов. Попытка определить характеристику и смысловое содержание большинства этих факторов, а главное, их влияние на укрепление и сохранение психического здоровья личности сталкивается с разноречивыми, а порой противоречивыми трактовками их исследователей. Что касается влияния интегральных факторов на психическое здоровье личности, большинство авторов подчеркивают их действенность. В то же время на сегодня существуют только качественные характеристики в оценке степени их влияния на психическое здоровье, т. е. способы или методы количественного учета их действия отсутствуют. А это

значит, что одним из актуальных вопросов в проблеме здоровья человека является поиск методов его количественной оценки.

Библиография:

1. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Лев Михайлович Аболин. – Казань : Изд-во КГУ, 1987. – 261 с.
2. Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания / В. А. Ананьев. – В кн. «Психология здоровья» (Под ред. Г. С. Никифорова). – СПб., 2000. – С. 10-88.
3. Бабакова Н. П. Особенности психологического здоровья в юношеском возрасте и возможности его коррекции : автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата психологических наук: спец. 19.00.13 «Психология развития, акмеология» / Бабакова Наталья Петровна. – Ростов-на-Дону, 2007. – 25 с.
4. Бауэр Э. С. Теоретическая биология / Эрвин Симонович Бауэр. – М. : ВИЭМ, 1935. – 150 с.
5. Башкирева Т. В. Общие критерии психического, психологического, социального здоровья / Т. В. Башкирева // Мир психологии. – 2007. – № 2 (50). – С. 140-151.
6. Божович Л. И. Избранные психологические труды / Лидия Ильинична Божович. – М. : МПА, 1995. – 212 с.
7. Василенко Е. В. Формирование профессионально-психологической устойчивости будущих сотрудников ОВД к экстремальным ситуациям : дис. кандидата психологических наук : 19.00.07 / Василенко Елена Викторовна. – Ставрополь, 2008. – 229 с.
8. Васильева О. С. Психология здоровья человека : Эталоны, представления, установки : Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности "Психология" / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Academia, 2001. – 343 с.
9. Ганзен В. А. Описание психических состояний человека / В. А. Ганзен. – Кн. «Психические состояния»; [Сост. и общая редакция Л. В. Куликов]. – СПб. : Питер, 2001. – С. 60-72.
10. Горбачевич К. С. Словарь синонимов русского языка / К. С. Горбачевич. – М. : ЭКСМО-ПРЕСС, 2005. – 608 с.
11. Грызлова И. Н. Феномен «увеличение-уменьшение» и оценка интенсивности эмоционального переживания / И. Н. Грызлова, И. А. Переверзева // Психологические проблемы индивидуальности. – Вып. 2. –Л., 1984. – С. 32-38.
12. Иванова М. Г. Структурные, функциональные и динамические характеристики психологического здоровья личности : дис. кандидата психологических наук : 19.00.01 / Иванова Мария Геннадьевна. – Кемерово, 2010. – 242 с.
13. Коляда В. И. Целостность личности: Социально-аксиологический аспект: диссертация ... кандидата философских наук : 09.00.11 / Коляда Виктор Иванович. – Саратов, 2003. – 148 с.
14. Конопкин О. А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 5-12.
15. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
16. Крупник Е. П. Психологическая устойчивость личности как методологическая категория / Е. П. Крупник // Научные труды МГПУ. – М., 1999. – С. 273-274.
17. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : Уч. пособие / Л. В. Куликов. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.
18. Маришук В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Маришук, В. Н. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
19. Мильман В. Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / В. Э. Мильман / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990. – С. 23-43.

20. Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий / К. К. Платонов. – М. : Высшая школа, 1984. – С. 170-171.
21. Плахтиенко В. А. Надежность в спорте / В. А. Плахтиенко, Ю. М. Блудов. – М. : ФиС, 1983. – 176 с.
22. Психология здоровья / [ред. Г. С. Никифоров]. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.
23. Пуни А. Ц. Волевая подготовка в спорте / Авксентий Цезаревич Пуни. – М. : ФиС, 1969. – 207 с.
24. Фромм Э. Здоровое общество / Э. Фромм // Мужчина и женщина. – М., 1998. – С. 215-217.
25. Хусаинова Р. М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности : автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.13 / Хусаинова Резеда Мунировна. – Казань, 2006. – 24 с.
26. Хухлаева О. В. Как сохранить психологическое здоровье подростков : Пособие для шк. / О. В. Хухлаева; Отв. ред. М. А. Ушакова. – М. : Сентябрь, 2003 (ППП Тип. Наука). – 175 с.
27. Шамионов Р. М. Психология субъективного благополучия личности / Раиль Мунирович Шамионов. – Саратов: Изд-во Саратов. пед. ин-та, 2004. – 179 с.
28. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Николай Иванович Шевандрин. – М. : ВЛАДОС, 1998. – 512 с.
29. Шевеленкова Т. Д. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепция и методика исследования) / Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95-123.
30. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс; перевод с нем. Л. О. Акопяна. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.

*Юлия Александровна Быстрова,
Андрей Михайлович Петруня*

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В настоящее время поиск новых медико-психологических подходов к решению проблемы обучения, воспитания и развития лиц с ограниченными возможностями здоровья является задачей государственной важности и центром приложения консолидированных усилий системы образования, здравоохранения и социальных служб.

В настоящее время нуждаются в осмыслении педагогические и организационные проблемы в области обучения, воспитания и социальной адаптации детей с нарушениями зрения, а также неотъемлемой составляющей и основы этого процесса

– психолого-медико-педагогической диагностики и реабилитации. Организация учебно-реабилитационного процесса в условиях инклюзивного образования предусматривает внутреннюю интеграцию и социализацию детей с различными патологиями зрения.

Система работы с детьми-инвалидами, нуждающимися в коррекции зрения, должна обеспечить комплексность и непрерывность психолого-педагогической, социальной, физической и медицинской помощи для создания оптимальных условий их развития.

Обучение, воспитание и развитие, а в дальнейшем – успешная профессиональная социализация детей с нарушениями зрения, в настоящее время является одной из важнейших проблем коррекционного образования. Пребывание на протяжении длительного времени в условиях замкнутого пространства специальной школы или интерната лишает слабовидящих детей возможности самостоятельно и полноценно включаться в социальную жизнь. Большая часть выпускников с нарушениями зрения имеют трудности, связанные с интеграцией в общество здоровых людей (Т. Н. Гребенюк, А. Г. Литвак, И. Н. Некрасова, А. П. Таран, Е. П. Синёва, С. Ф. Федоренко) [2; 3].

Понятие интеграции в тифлопедагогике предусматривает процесс вхождения человека с нарушением зрения в общество на равных правах со зрячим человеком. Для этого ещё на ранних этапах развития детей с нарушениями зрения им необходима комплексная помощь. Основная стратегическая цель учебно-воспитательного процесса и комплексного сопровождения детей в условиях инклюзивного образования – это интеграция инвалидов по зрению в среду здоровых сверстников [2, с. 52-63; 3].

Проблемы развития коррекционно-педагогической помощи детям с нарушениями зрения освещены в работах И. Д. Беха, В. И. Бондаря, Л. С. Выготского, Г. М. Дульнева, Н. Л. Коломинского, А. А. Корниенко, С. Д. Максименко, С. Л. Мирского, Ж. И. Намазбаевой, Б. И. Пинского, В. Н. Синёва, Е. П. Хохлиной, Ж. И. Шиф. и др. [2; 4].

Различные аспекты медицинской реабилитации лиц со зрительной депривацией нашли отражение в трудах Е. Д. Агеева, В. М. Акимовской, О. Л. Алексеева, В. П. Бирана, Т. А. Власовой, С. Е. Гайдукевича, В. П. Гудониса, В. З. Денискиной, В. П. Ермакова, В. З. Кантора, В. А. Кручинина, А. Г. Литвака, И. С. Моргулиса, Л. И. Плаксиной, Е. Н. Руцкой, С. А. Рыкова, Л. А. Семенова, Н. М. Сергиенко, Л. И. Солнцева и др. [1; 3; 4; 5; 6].

Вопросами социализации лиц с отклонениями в развитии занимались такие ученые, как Л. И. Акатов, И. М. Бгажнокова, Ю. В. Богинская, В. И. Бондарь, Н. Ф. Дементьева, З. И. Лаврентьева, В. И. Ляшенко, В. М. Синёв, Е. П. Синёва, Е. И. Холостова, Л. П. Храпылина, М. В. Шакурова, А. Г. Шевцов, Л. М. Шипицина и др. [2, с. 52-63].

При всем многообразии исследований в настоящее время отчетливо ощущается недостаточность работ, в которых нашли бы отражение системные исследования в области организации и проведения комплексного медико-психолого-педагогического обеспечения учебно-реабилитационного процесса как составляющей успешной социализации детей с нарушениями зрения в условиях инклюзивного образования.

Педагогический опыт доказывает, что полноценное развитие детей с глубоким нарушением зрения может осуществляться лишь в условиях образовательно-реабилитационной среды, где у детей с дефектами зрения не только развиваются функциональные возможности органов зрения, но и обеспечивается непрерывность в предоставлении образовательных услуг и лечения [4].

Такой научный эксперимент уже в течение 7 лет проводится на базе Рубежанского учебно-реабилитационного центра «Хрусталик», СОШ № 4, № 6 города Луганск под руководством кафедры дефектологии Луганского национального университета имени Тараса Шевченко и кафедры офтальмологии Луганского государственного медицинского университета.

Первый этап эксперимента – организационно-диагностический – этап сбора информации, предварительного тести-

рования, прогнозирования, адаптации и первичной психокоррекции.

По результатам психологического тестирования и индивидуальных собеседований с детьми и родителями определялись индивидуальные потребности в психолого-педагогической и социальной реабилитации. Социальным педагогом и практическим психологом разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

К обследованию ребенка подключались специалисты по медицинской реабилитации, которые предоставляли свои рекомендации и назначения. Выполнялось клиническое открытое исследование оценки эффективности комплексной реабилитации детей с нарушениями зрения различных видов и степени тяжести. Для обследования детей применялись следующие методы:

1. Визометрия без коррекции и с коррекцией [4].

Во всех случаях визометрия проводилась с помощью таблицы Головина-Сивцева и аппарата Рота на расстоянии 5 метров от обследуемого. Эта таблица состоит из двух половин. Одна половина представлена буквами русского алфавита, а вторая – кольцами Ландольта. В таблице 12 строк. Буквы 1-й строки соответствуют остроте зрения 0,1; 10-й строки – 1,0; 12-й – 2,0. Определение остроты зрения проводилось при соблюдении стандартных условий [4].

Визометрия у детей возрастом 5-7 лет проводилась также субъективным методом по специальным детским таблицам, в которых опто типами являлись легко узнаваемые картинки [4].

2. Определение бинокулярных функций проводилось с помощью 4-точечного цветотеста ЦТ-01, который предназначен для определения характера зрения (бинокулярное, одновременное, монокулярное) и ведущего глаза [4].

Цветотест является настенным прибором, состоящим из кожуха, на крышке которого имеется 4 круглых отверстия, расположенных в форме буквы «Т», повернутой на 90 градусов. Отдельно расположенное отверстие закрыто красным

светофильтром, среднее из трёх – бесцветным, остальные два (верхнее и нижнее) – сине-зелёным. Все четыре светофильтра матированы и равномерно освещаются имеющейся в кожухе лампой. К прибору прилагаются цветные очки для разделения полей зрения. Красное стекло очков приходится на правый глаз, сине-зелёное – на левый. Таким образом, сине-зелёные светящиеся отверстия видны испытуемому левым глазом, красное – правым, бесцветный объект – обоими.

Исследование проводится на расстоянии 5 м, при низком зрении – на более близком. Расположение светящихся тестов, наблюдаемое испытуемым, зависит от состояния бинокулярного зрения. При нормальном бинокулярном зрении испытуемый видит четыре цветовых теста. Если один глаз ведущий, то средний, бесцветный, тест будет окрашиваться в цвет стекла, находящегося перед ведущим глазом. В этом случае исследуемый будет видеть при ведущем правом глазе два красных теста по горизонтали и два сине-зеленых по вертикали, при ведущем левом глазе – один красный тест по горизонтали и три сине-зеленых по вертикали. Если ведущего глаза нет, то происходит чередование, исследуемый видит бесцветный тест то красным, то сине-зеленым, а иногда белесоватым. При содружественном косоглазии характер зрения чаще бывает монокулярным. Если косящим является правый глаз, а фиксирующим левый, то исследуемый видит три сине-зеленых теста вертикально. Если косит левый глаз, а правый фиксирует, то больной видит два красных теста, расположенных по горизонтали. При одновременном зрении правый глаз видит два красных теста, левый – три сине-зеленых. Слияния бесцветного теста, принадлежащего и правому, и левому глазу, не происходит. Ребёнок видит 5 тестов: при сходящемся косоглазии – два красных справа, три сине-зеленых слева, при расходящемся – три сине-зеленых справа, два красных слева.

По результатам диагностики, самым распространённым заболеванием у учащихся является амблиопия (69%). Амблиопией называют понижение зрения (с оптимальной оптической

коррекцией), которое не связано с органическими изменениями глазного яблока или зрительного пути. Возникновение амблиопии связывают с недостаточным зрительным опытом в раннем детском возрасте вследствие некорректируемых аномалий рефракции, косоглазия, нарушения прозрачности преломляющих сред или других состояний, нарушающих нормальное формирование образов внешнего мира (В. Г. Абрамов, Э. С. Аветисов) [1].

Амблиопия – нефункционирующий глаз, или «ленивый глаз», – без каких-либо признаков структурных аномалий или глазных заболеваний (Э. С. Аветисов, Н. А. Пучковская, И. М. Логай, Н. М. Сергиенко, К. J. Ciuffreda, D. Levi, A. Selenov) [1; 4]. Некоторые авторы в настоящее время относят этот дефект скорее к синдрому, включающему повышенный порог восприятия контуров предметов, пространственные искажения, неустойчивую и неточную монокулярную фиксацию, слабую способность глаз к слежению, сниженную контрастную чувствительность, ослабленную аккомодацию. Все эти факторы негативно влияют на процесс обучения и воспитания детей с амблиопией и обуславливают психологические особенности их учебной деятельности.

Второй этап эксперимента – коррекционный. Успешная учебная деятельность – важная составляющая социализации слабовидящих детей. Учебно-воспитательный процесс в условиях инклюзивного образования строится на принципе индивидуального и дифференцированного подхода к каждому ребенку в зависимости от медицинского диагноза.

Обучение имеет установленный порядок, свой рабочий режим, определенные методики, подобранный ход реабилитационного процесса, индивидуальные формы и методы обучения для каждого ученика.

Коррекционно-педагогическая работа осуществляется по направлениям: специальные коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, лечебная физкультура, ритмика, коррекция речевых нарушений; организация коррекционного

воздействия на уроках математики, рисования, развития речи, физической культуры, трудового обучения, СБО.

С целью обеспечения достаточной эффективности медико-лечебной работы проводятся занятия с врачом-офтальмологом по схемам в соответствии со зрительными дефектами, чаще всего встречающимися у детей. Также офтальмологическая служба проводит коррекцию зрения, плеоптоортоптическое лечение косоглазия и амблиопии с помощью аппаратного лечения свето-цвето-стимуляции «КЭМ-ЦТ», панорамной фотостимуляции сетчатки фигурными слепящими полями с использованием последовательных образов, лазерной стимуляции с помощью прибора «ЛАСТ-1», компьютерных методов лечения с помощью программ «Паучок» и «Крестики» [4]. Положительные результаты медицинской реабилитации обеспечивают условия для успешной коррекции и развития личности ребёнка с нарушениями зрения, значительно облегчают процесс социальной адаптации учащихся.

Кроме совместной с врачом лечебной работы, педагоги проводят также коррекционно-компенсаторную работу по исправлению вторичных дефектов, которые сформировались вследствие основного заболевания глаз.

Нарушение зрительной системы, имеющей большое значение для развития ребенка и его жизнедеятельности, наносит большой вред формированию психических процессов, двигательной сферы, физическому развитию ребенка. У детей со зрительными нарушениями различают внутрисистемные вторичные отклонения – нарушения функций в самой зрительной системе в результате первичного дефекта.

Можно выделить такие внутрисистемные нарушения: функций различения цветов, фиксации взгляда, глазмера, способности устанавливать пространственные связи между предметами, прослеживающей функции, целостности восприятия, макро- и микроориентирования в пространстве.

В работе центра большое внимание уделяется межсистемным вторичным отклонениям. Для коррекции нарушений

в двигательной сфере проводятся занятия по ЛФК и ритмике. Во время занятий учитель выбирает методы и приемы работы с учётом не только дефектов опорно-двигательного аппарата, но и зрительного диагноза (первичный дефект). Дети с остаточным зрением при чтении и письме принимают положение с низко опущенной головой (нистагм, аномалии рефракции, амблиопия, альбинизм), которое негативно влияет на развитие сердечно-сосудистой, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата, приводит к кривошее, сколиозу, лордозу, остеохондрозу – это вторичные дефекты. Показания к назначению индивидуальных занятий по лечебной физкультуре предоставляют школьный врач-офтальмолог и педиатр, контролирующие физические нагрузки детей на уроке 1-2 раза в месяц.

Коррекционные занятия дефектолога по преодолению нарушений психической деятельности, дефектов речи также осуществляются с учётом особенностей развития детей с нарушениями зрения. Занятия психолога проходят в сенсорной комнате. Сенсорная комната – это организованное особым образом пространство, состоящее из большого количества разного рода стимуляторов, которые влияют на органы зрения, слуха, обоняния, тактильные и вестибулярные рецепторы. В Рубежанском центре в сенсорной комнате акцент сделан на развитии и стимуляции органов зрения, для этого существует следующее оборудование:

1. Мягкая среда – обеспечивает уединение, комфорт и безопасность. Главной целью является создание условий для релаксации и спокойного отдыха, поэтому все изделия мягкой среды выполнены в спокойных тонах: сухой бассейн, пуф-кресло с гранулами «Островок развлечений».

2. Зрительная среда – спокойная музыка и разливистые световые эффекты, которые медленно изменяются, действуют на человека успокаивающе и расслабляют. Яркие эффекты используются для зрительной и слуховой стимуляции, поэтому комната оснащена «Световым корректором» и «Световой гирляндой».

3. Тактильная среда – позволяет овладеть новыми ощущениями и развить тактильную чувствительность, улучшить зрительно-моторную координацию. Для развития тактильных функций в сенсорной комнате установлены такие устройства:

1) сухой душ – шатер из разноцветных атласных лент, закрепленных на горизонтальной подвесной платформе;

2) игровое тактильное панно из коврика и меняющихся деталей (разные по форме и цвету);

3) сенсорная дорожка для ног – дорожка из коврика, на которой с помощью липучек закреплены разные по форме мешочки.

4. Среда запахов – в основе лечения запахами (ароматерапии) лежит влияние на организм человека натуральных эфирных масел, которые положительно влияют на нервную систему. В сенсорной комнате установлено устройство для ароматерапии.

В рамках эксперимента комплексное медико-психологическое обеспечение учебно-воспитательного процесса в наших экспериментальных учреждениях нацелено на эффективное решение следующих задач образования детей с нарушениями зрения:

- формирование позитивного отношения к себе, другим, окружающему миру (самоуважения и уверенности в себе; позитивного отношения к своему развитию, здоровью; инициативности, умения ставить цель, определять приоритеты в работе и личной жизни, планировать время; позитивного отношения к изменениям; признания феномена человеческой неповторимости, творчества);

- развитие компетенций, необходимых для эффективной коммуникации;

- развитие конструктивного мышления (решение проблем и принятие решений, эффективное использование самых разнообразных технологий);

- формирование умений и навыков сотрудничества и совместной деятельности в группе (понимать цель и культуру

группы и успешно в ней работать; планировать и принимать решение совместно с другими членами группы, уважать мнение других).

Критерием определения эффективной социализации детей с нарушениями зрения будет служить достаточная компетентность в сознательном построении жизни, в частности:

- возможность применять компенсаторные механизмы организма, активизировать имеющиеся физиологические резервы для решения проблем собственного развития, жизненной компетенции;

- приобретение навыков саморегуляции чувств и депрессивных состояний;

- развитие коммуникативной и эмоционально-волевой сферы в жизненном пространстве личности;

- способность к оптимистичному восприятию жизни и ориентация на успех;

- развитие механизмов регуляции ролевого поведения;

- способность к профессиональному самоопределению в соответствии со своими личностными возможностями;

- осознание системы приоритетов жизненных ценностей;

- мера ответственного отношения личности к жизни;

- умение строить жизнь по своему собственному жизненному проекту;

- компетентность в построении своего жизненного пути, ответственность за собственную судьбу и поступки;

- культура жизни человека (мера гуманизма, цивилизованности; соответствие стиля жизни общечеловеческим ценностям).

Эксперимент еще продолжается. Его третьим этапом является профессионально-трудовая социализация выпускников с нарушениями зрения как результат успешного комплексного сотрудничества специалистов системы образования, здравоохранения и социальной защиты.

Обеспечение преемственности и последовательности в процессе профессионально-трудовой социализации ученика опре-

деляется нами как сложный, системный личностно-ориентированный процесс, включающий в себя совокупность мероприятий психолого-педагогического воздействия формирующего, развивающего, коррекционного и реабилитационного характера на становление личности ученика в деятельности, формирование его профессионально важных качеств, компетенций. Обеспечение преемственности и последовательности является результатом целенаправленной деятельности медиков, психологов, коррекционных педагогов, родителей учащихся по созданию психологических предпосылок для эффективного вхождения в профессию, моделированию профессионально-личностного становления, активизации личных ресурсов учеников.

Таким образом, для эффективности взаимодействия всех субъектов процесса профессионально-трудовой социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья был определён компонентный состав обеспечения последовательности и преемственности процесса социализации, включающий: теоретико-методологический, диагностико-аналитический, коррекционно-профориентационный и организационно-управленческий компоненты.

На основе полученных данных выстраивалась экспериментальная работа, которую мы реализовывали поэтапно – от младшего школьного к подростковому и юношескому возрасту. Этапы работы подробно будут освещены в следующих публикациях. Предметом дальнейшего научного исследования может быть личностно-ориентированный подход к коррекционной работе по обеспечению успешной профессиональной социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Также дальнейшее исследование будет направлено на создание модели комплексного медико-психолого-педагогического обеспечения профессионального самоопределения выпускников с нарушениями зрения в рамках работы учебно-реабилитационного центра.

Результаты эксперимента нашли отражение в практических

курсах дисциплин кафедры офтальмологии ЛГМУ, кафедры дефектологии и психологической коррекции ЛНУ имени Тараса Шевченко, внедрены в практическую деятельность педагогов и офтальмологов Рубежанского учебно-реабилитационного центра «Хрусталик», Учебно-воспитательного комплекса для детей с нарушениями зрения д/с № 1 ОШ № 31 I-III ступеней (г. Горловка).

Библиография:

1. Аветисов Э. С. Руководство по детской офтальмологии / Аветисов Э. С., Ковалевский Е. И., Хватова А. В. – М. : Медицина, 1987. – 506 с.
2. Гребенюк Т. М. Вивчення особливостей соціально-педагогічної адаптації інвалідів по зору до навчання у вищих навчальних закладах / Т. М. Гребенюк // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць. – К. : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2004. – Випуск 3. – С. 52-63.
3. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих : учебное пособие / А. Г. Литвак. – СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.
4. Петруня А. М. Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями зрения в условиях вариативных форм дошкольного образования : Материалы Международной научно-практической конференции [«Ранняя комплексная помощь в современном образовательном пространстве»] / Петруня А. М., Лупырь С. А., Быстрова Ю. А. – М., 2012. – С. 56-60.
5. Рыков С. А. Виды косоглазия, их классификация, особенности диагностики и лечения : Матеріали IV Науково-практичної конференції дитячих офтальмологів України з міжнародною участю [«Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабозоркість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування»] / С. А. Рыков, А. С. Сенякина. – Партеніт, Алушта, 2009. – С. 57-59.
6. Фильчикова Л. И. Объективный метод определения остроты зрения у детей с амблиопией / Л. И. Фильчикова, Л. А. Новикова // Вестник офтальмологии. – №2. – 1990. – С. 40-45.

ДИНАМИКА САМОИДЕНТИФИКАЦИИ КАК ВЫСШЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПЕРИОД ПОДРОСТНИЧЕСТВА

Подростки с детским церебральным параличом обнаруживают, как показывает анализ специальной литературы, особенности в становлении и функционировании самосознания. Магистральными здесь следует назвать: доминирование в сознании такого ребенка собственных телесных аномалий и возникновение вследствие этого неадекватности самооценки [9;15], социальных притязаний [1]; повышенную внушаемость, неуверенность в своих силах, исключительную зависимость, в том числе в формировании самоотношения, от матери, пассивность в принятии решений [6; 15]. Еще одним косвенным признаком, указывающим на специфичность самосознания ребенка и одновременно объясняющим его, является осуществление семейного воспитания такого ребенка по типу гиперпротекции, не позволяющей ему своевременно интериоризировать механизмы, обеспечивающие функционирование самосознания [12; 15]. Выявленные в ходе осуществленных ранее исследований особенности самосознания, проблематизирующие процесс социализации такого ребенка, характеризующая самосознание с разных сторон, не позволяют тем не менее увидеть явления «сознания себя» ребенком с ДЦП целостно, через апелляцию к единице, которая не только позволяет вскрыть собственно особенности осознания ребенком себя, но и характеризует процесс его сознания в целом. В качестве такой единицы мы предлагаем рассматривать процесс самоидентификации.

В 20-м веке проблемой идентичности занимались как психологи (Э. Эриксон, Х. Тэджфел, Дж. Тернер, Г. Брейкуэлл, Дж. Марсиа, Ж. Лакан и др.), так и представители непсихо-

логической социогуманитаристики (Ю. Хабермас, П. Бергер, Т. Лукман, Р. Бурдье А. Гидденс, П. Рикер и др.) [14]. В то же время, в целях организации исследования самоидентификации у детей с особенностями в развитии наиболее продуктивным видится обращение к культурно-историческому подходу, на базе которого, как правило, выстраиваются исследования в коррекционной психологии. Более того, обращение к культурно-исторической психологии позволяет определить критерии сформированности процесса самоидентификации, что является особенно важным при изучении развития самоидентификации ребенка в онтогенезе, а также обеспечивает оптимальные условия для организации сравнительного анализа развития самоидентификации у детей в норме и их сверстников с ОПФР. При этом важно отметить, что в поле культурно-исторической психологии понятия «идентичность» и «самоидентификация» не являются концептуализированными [8].

Одним из важнейших этапов в развитии самоидентификации следует рассматривать подростничество, когда ребенок расширяет контекст самоосознания, рассматривая себя частью сложной системы «я – мир людей» [10; 16], начинает ставить перед собой специальные вопросы типа «Кто я?» [16]. Поэтому рассматриваемая в рамках данного исследования проблема развития самоидентификации у детей с ДЦП приобретает для них особую актуальность именно в период подросткового возраста. Таким образом, предметом презентуемого в данной статье экспериментального исследования становится самоидентификация у детей с детским церебральным параличом в период подросткового возраста.

Понятие и функциональная структура самоидентификации

Важнейшим этапом построения модели самоидентификации в поле культурно-исторической психологии является *обоснование включения этой категории в систему ключевых принципов, идей и понятий культурно-исторического подхода*. Краеугольной идеей Л. С. Выготского, лежащей в основе

всей его теории формирования высших психических функций, ее методологическим базисом является идея знаково-символического опосредствования высшей психической деятельности человека [2-4]. Формирование самоидентификации как высшей деятельности должно опираться на включение субъектом знака в ее структуру в качестве орудия организации самоотождествления. При этом, продолжая идею Л. С. Выготского о том, что мысль не отражается, но формируется в языке [3], мы полагаем, что самоидентификация не только выражается, но и осуществляется через апелляцию субъекта к категориям языка. Таким образом, самоидентификация является знаково-опосредствованным не только по сути репрезентации, но и по сути формирования и, как следствие, произвольным психическим процессом, который правомерно рассматривать как одну из высших психических функций человека. С другой стороны, Л. С. Выготский вводит понятие «общий эмоциональный знак», т.е. символ, выступающий, наряду со знаком, в качестве орудия, опосредствующего познание действительности [2]. Следует тогда предположить, что самоидентификация не ограничивается формированием знаково-опосредствованных социокультурных стратегий в сознании субъекта, но предполагает надзнаковую фиксацию символически опосредствованного единства близких в эмоциональном и ценностно-смысловом плане идентификационных конструктов.

Одним из важнейших методологических принципов Л. С. Выготского является идея осуществления анализа психологической реальности не по элементам, а по единицам. Решая проблему определения единицы анализа, позволяющей зафиксировать феноменологию самоидентификации, мы обращаемся к категории переживания, разработавшейся Л. С. Выготским на позднем этапе своего творчества. Переживание определялось им как внутреннее личностное отношение человека к действительности, осуществляющееся в единстве интеллектуального и аффективного, и предлагалось в качестве «действительной динамической единицы сознания» [4, с. 383].

Апплицируя идею Л. С. Выготского к явлениям самоидентификации, необходимо говорить о последней как о переживании человеком единой субъектности своих манифестаций в мире, т.е. внутреннем, личностном, осуществляемом в единстве интеллекта и аффекта (имеющие единую сущность и конституированные единой субъектностью). В ходе самоидентификации, согласно предлагаемой модели, при помощи знаково-символического опосредствования осуществляется ассоциирование в сознании индивидуально-исторического опыта субъекта в виде единства нескольких самостоятельных исторических перспектив жизни. *Интегрируя зафиксированные выше признаки самоидентификации, мы предлагаем определять самоидентификацию как высшую психическую функцию (ВПФ) личностного знаково и символически опосредствованного отношения человека к разнесенным во времени актам взаимодействия с миром как к явлениям, конституированным единой субъектностью и составляющим единое индивидуально-историческое целое. Рассматривая самоидентификацию через призму переживания, мы фиксируем ее в единстве когнитивного и эмоционального отношения субъекта к актам взаимодействия «Я-мир».*

Разрабатывая функциональную структуру самоидентификации как ВПФ, мы опираемся на фактически воплощенный Л. С. Выготским принцип совмещения структурного и функционального форматов анализа психологической реальности [13], а также на сформулированное выше понятие самоидентификации как высшей психической функции. Таким образом, данный процесс должен обеспечивать реализацию следующих функций: 1) становление знака в качестве орудия, обеспечивающего представление себя сознанию как субъекта определенной (реальной или воображенной) социальной практики; 2) отбор и ассоциирование разрозненной феноменологии индивидуальной истории, а также событий планируемого будущего субъекта при помощи знака – становление самоидентификационных конструкторов; 3) обеспечение единства представленности в сознании самоиден-

тификационных конструкторов, а, следовательно, и социокультурных контекстов, личностных ценностей, предельных смыслов, конституирующих взаимодействие субъекта с внешним миром.

Методика исследования направлена на изучение степени сформированности функциональной структуры самоидентификации и включает три экспериментальных задания, обеспечивающих исследование сформированности каждой из функций самоидентификации. В рамках первого задания «*Исследование сформированности знака как орудия самоидентификации*» (функциональный блок I) испытуемому предлагается ответить на вопрос «Кто я?». Затем ответы ранжируются по критерию их значимости для испытуемого. После ранжирования остается три наиболее значимых, т. е. наиболее опосредующихся ценностно-смысловой сферой ответов.

Исследователем анализируются категории, исходя из наличия таких свойств, как направленность на погружение человека в определенную социальную практику, осуществление фиксации человека как целого при помощи соответствующей категории.

Задание «*Исследование самоидентификационных конструкторов*» (функциональный блок II) предполагает реконструирование модели процесса организации субъектом представлений памяти и воображения, охватывающих явления взаимодействия «Я – мир», при помощи знака, выступающего в качестве средства самоидентификации. В ходе задания испытуемому предлагается две группы геометрических фигур, каждая из которых выступает внешним объектом-заместителем феноменов взаимодействия субъекта с миром. Для предметной фиксации феноменологии событий прошлого испытуемому предлагается использовать кубы, а будущего – конусы. Далее испытуемому предлагается расположить события его жизни, в которых он проявил себя как носитель соответствующей социальной стратегии, в их последовательности от прошлого к будущему, а также составить на основе единства этих событий автобиографическое повествование.

Критерием сформированности данной функции является нарративность индивидуальной истории субъекта, формирующейся в ходе организации знаком феноменов чувственного опыта.

В рамках задания «Исследование интегральной целостности самоидентификации» (функциональный блок III) испытуемому предлагается ознакомиться с тремя группами пространственных трехмерных объектов правильной формы (кубы, конусы и трапециевидные многогранники), обладающих в силу специфики материала свойством вариативности. Затем испытуемому необходимо выбрать грани объектов, на которых он расположит свои ответы, полученные в рамках первого задания (т. е. свои самоидентификационные конструкты). Свидетельством сформированности функции обеспечения единства представленности в сознании самоидентификационных конструктов становится выбор субъектом единой фигуры, символизирующей единство его самоидентификационных конструктов, интегральную целостность переживания субъектом индивидуальной истории, а также возможность придания ей уникальной, символизирующей субъект формы.

Исследовательскую выборку составили 51 ученик гимназии № 2 г. Минска (25 человек в возрасте 12-13 лет и 26 человек в возрасте 14-15 лет) – контрольная группа; 35 учеников с ДЦП из центров КРОиР г. Минска (17 человек в возрасте 12-13 лет и 18 человек в возрасте 14-15 лет) – экспериментальная группа. Заболевание ДЦП у испытуемых представлено в 2 формах (**спастическая диплегия**¹ и гиперкинетическая форма²). Все испытуемые контрольной и экспериментальной групп имели сохранный интеллект.

Для каждого блока методики (I, II и III) было подсчитано количество человек, обладающих определенным уровнем раз-

¹ Спастическая диплегия (синдром Литтля) – наиболее распространенная форма ДЦП, которая характеризуется двигательными нарушениями верхних и нижних конечностей (последнее выражено больше). Дети, страдающие спастической диплегией, при условии целенаправленного обучения, могут овладеть навыками самообслуживания, основными учебными и трудовыми навыками [15].

² Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется выраженной дефицитностью подкорковых структур мозга в сочетании с относительной сохранностью функций коры. При этом выраженных нарушений ВПФ у этих детей не наблюдается. Характерны гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Наблюдаются трудности в социальной адаптации в связи с выраженной ограниченностью движений [15].

вития процессов самоидентификации (нулевой, первый, второй или третий). Затем был подсчитан общий показатель по методике. Он вычислялся путем получения среднего значения от уровней развития трех функций самоидентификации. Результаты представлены в таблице.

Таблица
Возрастная динамика самоидентификации у подростков в норме и у их сверстников с ДЦП

Общий показатель самоидентификации (уровень)	Норма		ДЦП	
	12-13 лет	14-15 лет	12-13 лет	14-15 лет
0	-	-	23,53%	-
1	30,77%	04,00%	41,18%	27,78%
2	69,23%	52,00%	35,29%	50,00%
3	-	44,00%	-	22,22%

Статистический анализ показывает, что в возрасте 12-13 лет группа подростков с ДЦП обладает существенно более низким общим уровнем самоидентификации, по сравнению с подростками в норме ($\chi^2=8,56$; $p=0,014$). Так, если у младших подростков с ДЦП наблюдаются, в среднем, первый и второй уровни развития самоидентификации при достаточно сильно выраженном нулевом уровне (почти четверть опрошенных), то у их здоровых сверстников преобладает второй уровень развития данного процесса, а нулевого нет вообще. К 14-15 годам происходит значительное повышение уровня развития процессов самоидентификации как в группе обычных подростков ($\chi^2=17,24$; $p=0,0002$), так и в группе подростков с ДЦП ($\chi^2=8,91$; $p=0,030$). К этому возрасту в обеих группах появляется третий уровень, а нулевой исчезает. Результаты исследования и статистический анализ показывают, что к этому возрасту различия между группами практически нивелируются ($\chi^2=5,67$; $p=0,06$). Более детальный анализ данных по блокам методики позволяет утверждать, что решительная динамика в

развитии самоидентификации у подростков с ДЦП, позволяющая этим детям в достаточно короткий срок достигнуть уровня развития данного процесса в норме, обусловлена активным развитием всех функций самоидентификации. Функция отбора и ассоциирования разрозненной феноменологии индивидуальной истории при помощи знака развивается на этом этапе не только у детей с ДЦП, но и у нормальных подростков, но развитие этой функции у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата приобретает более выраженный характер, что обеспечивает выравнивание показателей по этому блоку и по методике, в целом, к концу подросткового возраста. Основную роль в активном развитии самоидентификации у детей с ДЦП следует атрибутировать все же интенсивному развитию в подростковом периоде функции обеспечения единства представленности в сознании ассоциированных знаком временных линий опыта взаимодействия субъекта с миром. Если в норме самоидентификация у подростков развивается только в плане становления большей ассоциированности индивидуального опыта взаимодействия с миром посредством использования обобщающих «Я-категорий», то у подростков с ДЦП данный вектор развития дополняется интенсивным развитием интегрированности в сознании линий индивидуальной истории, символизации личностной уникальности.

В целом, полученные результаты соотносятся с общими закономерностями психического дизонтогенеза по дефицитарному типу, что, наряду с выявленными возрастными изменениями показателя самоидентификации в норме, свидетельствует о высокой теоретической валидности предложенной методики. Как отмечает М. Мастюкова, «...у детей с церебральным параличом имеет место не только замедленный, но и часто неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, что дает основание говорить о своеобразной дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза...» [15, с. 370]. Развитие самоидентификации в известном смысле также

подчинено этой закономерности: если на этапе младшего подростничества дети с ДЦП обнаруживают практически несформированными отдельные функции самоидентификации, то уже к 14-15 годам, как показано выше, они преодолевают это расстояние и практически догоняют здоровых подростков в развитии самоидентификации. Данная закономерность позволяет нам также предположить высокую вероятность сохранения неравномерной динамики развития самоидентификации и на этапе юношеского возраста.

Полученные результаты также позволяют объяснить некоторые выявленные ранее особенности развития личности детей с ДЦП. Так, С. Ю. Жданова, Т. С. Рагозина, И. Ю. Левченко и другие отмечают такие особенности личности детей с ДЦП, как разрозненность автопортрета, внутренняя рассогласованность, конфликтность образа «Я» [7; 11]. Эти особенности видятся детерминированными трудностями в переживании интегральной идентичности детьми с ДЦП, зафиксированными в ходе исследования, и особенно ярко выраженными у младших подростков этой категории.

Следовательно, самоидентификация в русле культурно-исторического направления психологии определяется нами как высшая психическая функция внутреннего личностного знаково и символически опосредствованного отношения человека к разнесенным во времени актам его взаимодействия с миром как к явлениям одного порядка, конституированным единой субъектностью, составляющим единое индивидуально-историческое целое. Следует говорить о трех основных функциональных компонентах самоидентификации: становлении знака в качестве орудия самоидентификации; формировании самоидентификационных конструктов; формировании интегральной самоидентифицированности.

На протяжении подросткового возраста у детей в норме происходит значительное повышение уровня развития процессов самоидентификации как в группе обычных подростков, так и в группе подростков с ДЦП. Такое развитие происходит

в норме за счет интенсивного развития функции становления знака в качестве орудия самоидентификации. У подростков с ДЦП развитие самоидентификации происходит не только за счет развития обозначенной выше функции, но, прежде всего, за счет развития функции переживания интегральной самоидентифицированности.

Выявлены значимые различия в сформированности самоидентификации между младшими подростками в норме и с ДЦП. К началу старшего подросткового возраста дети с ДЦП практически полностью компенсируют это отставание. Данные, полученные в группе подростков с ДЦП, соотносятся с общими закономерностями психического дизонтогенеза по дефицитарному типу, такими как неравномерность темпа психического развития и диспропорциональность в формировании отдельных психических функций, позволяя в то же время объяснить некоторые выявленные ранее особенности развития личности детей этой категории, такие как разрозненность автопортрета, внутренняя рассогласованность, конфликтность образа «Я».

Библиография:

1. Бондаренко Г. И. Я-концепция человека с инвалидностью / Г. И. Бондаренко // Дефектология. – 2006. – № 5. – С. 36–40.
2. Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте / Л. С. Выготский. – СПб., 1997. – 96с.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982-1984. – Т. 2: Проблемы общей психологии / Под ред. В. В. Давыдова. – 1982. – 503 с.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982-1984. – Т. 4: Детская психология / Под ред. Д. Б. Эльконина. – 1984. – 532 с.
5. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3. / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982-1984. – Т. 2: Проблемы развития психики / Под ред. М. Матюшкина. М., 1983. – 368 с.
6. Добровольская Т. А. О подходах к профессиональной ориентации подростков с детским церебральным параличом / Т. А. Добровольская // Коррекционная педагогика. – 2004. – № 1(3). – С. 70–74.
7. Жданова С. Ю. Особенности самопознания у детей с детским церебральным параличом / С. Ю. Жданова, Т. С. Рагозина // Пермский медицинский журнал. – 2006. – Т. 23. – № 1. – С. 17–21.
8. Заковоротная М. В. Идентичность человека. Социально-философские аспекты / М. В. Заковоротная. – Ростов/Д, 1999. – 200 с.
9. Кокоренко И. Ю. Полоролевая, возрастная идентификация и система самооценок у подростков с отдельными вариантами нарушений психического развития: дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Кокоренко Виктория Леонидовна. – СПб., 2006. – 247 с.
10. Кон И. С. Психология ранней юности / И. С. Кон. – М., 1989. – 256 с.
11. Левченко И. Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте / И. Ю. Левченко // Сб. «Медико-социальная реабилитация больных и

инвалидов вследствие детского церебрального паралича». – Москва, 1991. – С. 21–44.

12. Левченко И. Ю. Система психологического изучения лиц с ДЦП на разных этапах социальной адаптации: дис. ...доктора психологических наук : 19.00.10 / Левченко Ирина Юрьевна. – М., 2001. – 385с.

13. Мещеряков Б. Г. Логико-семантический анализ концепции Л. С. Выготского / Б. Г. Мещеряков. – Самара, 1998. – 26 с.

14. Микляева А. В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования : Монография / А. В. Микляева, П. В. Румянцева. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. – 286 с.

15. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / [под ред. В. И. Лубовского]. – 2-е изд., испр. – М., 2005. – 464 с.

16. Фельдштейн Д. И. Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте / Д. И. Фельдштейн // Вопросы психологии. – 1988. – № 6. – С. 31–41.

17. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб., 2001. – 272 с.

Анна Ивановна Жарая

ПРАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО УЧИТЕЛЯ

Модернизация системы оценки качества современного образования является одной из ведущих задач общества. Неоспоримым условием повышения качества образования сегодня является высокий уровень профессиональной компетентности педагогических кадров [20]. Украинская педагогика поддерживает прогрессивные мировые тенденции применения компетентностного подхода с целью усовершенствования учебно-воспитательного процесса в контексте обновления, модернизации и повышения качества современного образования. В отечественной системе образования внедрены государственные стандарты на основе компетентностного подхода. Актуальны критерии оценки профессиональной компетентности специалистов всех отраслей и сфер научной и практической деятельности, среди которых особенно – профессионально-педагогическая компетентность учителя.

В условиях здоровьесберегающей переориентации образования все большего внимания требует качественная профессиональная подготовка современного учителя. Ученые

согласны с тем, что учитель обязательно должен иметь компетентность в сохранении и укреплении здоровья учащихся [4; 5; 15; 19]. С учётом этого факта, содержание профессиональной подготовки будущих учителей различных специальностей направляется на овладение ими инновационными технологиями, формирование у них готовности к реализации профессиональных компетенций. При этом лишь в общих чертах в процессе преподавания отдельных учебных дисциплин затрагивается проблема личностного уровня валеологической культуры и профессионального здоровья самого учителя для формирования культуры здоровья у будущих учеников. В процессе профессиональной подготовки уделяется недостаточное внимание теоретическим и методическим основам формирования и сохранения профессионального здоровья учителя, а также профилактике преждевременного профессионального выгорания на этапе освоения профессии [7].

По мнению многих исследователей, сочетание укрепления и сохранения индивидуального здоровья с профессиональной педагогической компетентностью повышает шансы будущего учителя достичь успехов в профессиональной деятельности, обеспечивая личное моральное благополучие, а также высокий потенциал экономического и социального развития общества. В то же время исследования последних лет все чаще констатируют факты профессионального выгорания среди работников образования вследствие высокой нервно-эмоциональной напряженности труда и значительных психоэмоциональных нагрузок; причем степень выгорания увеличивается в соответствии с повышением квалификационного уровня или квалификационной категории учителя. Проблема формирования и сохранения профессионального здоровья учителя исследовалась в трудах ученых: С. Болтвец, Ю. Бойчука, А. Вирениуса, Г. Воскобойниковой, М. Гончаренко, С. Гончаренко, В. Горащука, Е. Гревцовой, В. Гринёвой, М. Гринёвой, Б. Долинского, С. Дмитриева, А. Дубровского, А. Ежовой, В. Ефи-

мовой, Л. Животовской, А. Жиденко, Ф. Забугина, И. Зязюна, Е. Ильина, И. Калиниченко, А. Козыревой, А. Кучерук, Г. Латинной, Б. Максимчука, Ю. Мечетного, Е. Михайлюка, Л. Митиной, Н. Ничкало, Н. Носко, В. Оржеховской, С. Орленко, Л. Поповой, В. Приходько, В. Самойловича, И. Сикорского, С. Страшко, Л. Хомич и др.

В системе высшего педагогического образования Украины является актуальной и проблема формирования профессиональной демотивации будущих учителей, что также неблагоприятно влияет на профессиональное здоровье. В большинстве случаев устойчивый профессиональный интерес, который является основой для создания внутренней мотивации к овладению профессией и взаимосвязан с укреплением социальной и духовной составляющих индивидуального здоровья, у студентов – будущих учителей – не формируется. Отсутствие профессиональной мотивации сопровождается процессами личностной дезадаптации, возникновением длительного психологического напряжения, повышением уязвимости к стрессогенным факторам и, как следствие, возникновением соматических и психосоматических расстройств [6]. Данная проблема требует решения и заключается в необходимости научного обоснования теоретических и методических основ формирования компетентности индивидуального здоровьесбережения у будущего учителя, разработки педагогических технологий для ее решения в процессе профессиональной подготовки в высшем педагогическом учебном заведении [13].

В современных условиях профессиональной подготовки будущих учителей в высших учебных заведениях существует ряд противоречий.

1. На уровне личностного становления и самореализации:

- между выбором педагогической профессии и отсутствием внутренней мотивации работать по специальности;
- между возможностью достижения учителем высокой квалификации и скоростью профессионального выгорания в современных социальных условиях.

2. На уровне определения цели профессиональной подготовки будущих учителей и стратегий образовательной деятельности:

- между повышением запросов современного общества, государства к профессиональной компетентности педагогических кадров в области здоровьесбережения учащихся и неспособностью существующей системы профессиональной подготовки будущих учителей обеспечить сохранение их индивидуального здоровья;

- между современными требованиями к уровню здоровьесберегающей индивидуальной и педагогической деятельности учителя и практикой преподавания учебных дисциплин медико-биологической и валеологической подготовки в педагогических высших учебных заведениях.

3. На уровне определения содержания и технологий профессиональной подготовки будущих учителей:

- между необходимостью разработки и внедрения научно обоснованной системы здоровьесбережения студентов в процессе профессиональной подготовки будущего учителя и недостаточным уровнем готовности высших педагогических учебных заведений к ее реализации.

Актуальность этой проблемы, недостаточный уровень ее теоретической изученности и практической разработанности, отсутствие системного научного анализа формирования компетентности индивидуального здоровьесбережения в системе профессиональной подготовки будущего учителя и выявленные противоречия обусловили выбор темы нашего исследования.

Под **профессиональным здоровьем** ученые понимают функциональное состояние организма по физическим и психическим показателям для оценки его способности к определенной профессиональной деятельности, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, которые сопровождают эту деятельность [17; 20]. Основными его показателями считаются (по Л. Митиной) личностные качества, эмоциональное состояние и процессы самоуправления [4; 17]. Б. Долинский

определяет профессиональное здоровье учителя как «целостное многомерное динамическое состояние организма, позволяющее педагогу максимально реализовывать свой творческий потенциал в профессионально-педагогической деятельности» [4, с. 28]. Автор отмечает, что будущие учителя должны четко осознавать ценность собственного здоровья и использовать для его сохранения и укрепления весь арсенал современных педагогических технологий [там же].

Вопросы сохранения профессионального здоровья учителя рассматривались еще в конце XIX – начале XX веков. И. Сикорский (1883-1899), А. Вирениус (1888), Ф. Забугин (1928) определяли задачи нервно-психической гигиены и профилактики, сформулировали психогигиенические показания для педагогической профессии, которые, в целом, совпадают с характерными показателями валеологической культуры учителя [1]. Современные ученые [1; 4; 16; 17; 20] соглашаются с А. Дубровским, который в 1988 году ярко обозначил проблему формирования профессионального здоровья учителя: «... Беда не только в том, что мы в прошлом плохо ориентировали учителя на охрану здоровья учащихся, но огорчает и то обстоятельство, что сам учитель не обучен беречь свое здоровье. Мой опыт подтверждает то, что неумелый в сохранении своего здоровья не сможет его сохранить и в других» [5, с. 14]. Профессиональное здоровье учителя – это сложное, многокомпонентное понятие. Оно охватывает, кроме профессиональной пригодности, физическое, психическое, социальное и духовное здоровье, которые находятся в сфере ответственности самого человека. Но, как показывает статистика, учителя как профессиональная группа отличаются крайне низкими их показателями [1; 4; 16; 19; 20]. Все больше проявляются у лиц этой профессии разрушительные профессиональные деформации, которые приводят к существенному снижению качества образовательного процесса.

Психологи рассматривают профессиональные деформации личности учителя как негативные новообразования, сопровождающие деструктивную профессионализацию и составляю-

шие группу изменений, которые получили в психологии название жесткого ролевого поведения. Рассматриваются два основных комплекса профессиональных деформаций учителя:

1) синдром хронической усталости (близкое понятие «астения переутомления») – специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом со значительным количеством людей;

2) синдром эмоционального выгорания, который имеет такие проявления: ощущение эмоционального истощения, изнеможение, депривация, деперсонализация, тенденция развивать негативное отношение к субъекту деятельности, негативное самовосприятие в профессиональном плане [15; 17].

Последствиями профессионального выгорания, как отмечают Б. Долинский [4], А. Козырева [16], Л. Митина [17], С. Орленко [20], является крайне низкая эффективность и производительность учительской деятельности, недовольство трудом, значительное ухудшение здоровья педагога.

В концепции профессионального развития учителя Л. Митина определяет профессиональные деформации личности как системные изменения сущностных (интегральных) характеристик личности профессионала, которые ведут к упрощению системы педагогического общения, профессиональной деятельности, образа профессии и себя в ней, упрощая как саму личность, так и среду, которую она организует вокруг себя [17]. Рассматривая две альтернативные модели (стратегии) педагогического труда: адаптивного поведения и профессионального развития учителя, автор подчеркивает, что проявления профессиональных деформаций личности связаны с реализацией адаптивного (приспособительного) поведения и практически не осознаются ею. Преодоление профессиональных деформаций обеспечивается осознанием деформационных тенденций, которые проявляются у учителя, его рефлексией. Одним из условий конструктивных изменений поведения и связанных с ним системно сущностных (интегральных) характеристик личности считается интегрированная в образовательное пространство технология профес-

сионального развития личности учителя [17], которая предполагает достижение целостности в профессиональной деятельности специалиста за счет прохождения трех стадий: самоопределения, самовыражения и самореализации [16; 17].

Определенные шаги в практическом решении проблемы профессионального выгорания были осуществлены путем создания спецкурсов по педагогической психогигиене в Киевском межрегиональном институте усовершенствования учителей имени Бориса Гринченко в 1991-1999 годах [1]. Но на этапе профессионального совершенствования, когда у человека уже сформировался определенный стиль и образ жизни, ломать устоявшиеся стереотипы поведения, на наш взгляд, довольно поздно. И поэтому мы вполне согласны с мнением Б. Долинского о том, что формирование сознательного отношения к своему профессиональному здоровью должно начинаться при обучении будущих учителей [4]. Поэтому наши исследования [6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 18; 19; 20] направлены на поиск путей создания необходимых условий для осознания студентами значимости профессионального здоровья, разработку механизмов формирования у них здоровьесберегающих умений и навыков.

Как показывают многолетние наблюдения и беседы со студентами и учителями школ, основными причинами раннего профессионального и даже допрофессионального выгорания учителей и студентов педагогических специальностей являются:

1) *недостаточная и некачественная первичная профориентация*. Нельзя отрицать, что педагогические вузы не осуществляют даже элементарного профессионально ориентированного отбора, опираясь при наборе абитуриентов только на суммарные рейтинговые баллы по профильным дисциплинам согласно специализации. При этом предпочтение отдается лучшему химику, математику, спортсмену, переводчику, историку и т. д., а абитуриенты с выраженными педагогическими способностями часто остаются без внимания;

2) *низкая общественная оценка профессии учителя*. Если

еще в XX веке учитель считался эталоном культуры, воспитанности, нравственности, то современное отношение к педагогу приобретает крайне неуважительный оттенок. Это проявляется не только в низкой оплате труда учителя при значительных физических и психических нагрузках. Необходимо заметить, что родители требуют для своих детей учителя креативного, эрудированного, искусного, компетентного. У учителей вследствие как объективных (отсутствие методических материалов, технических средств обучения, перегруженность «бумажной» работой, неудовлетворительные условия труда), так и субъективных (хроническая усталость, низкая физическая активность, высокая заболеваемость, неумение управлять своим психическим состоянием, материальное недовольство, конфликты с руководством) факторов практически отсутствуют стимулы к активному творчеству и самосовершенствованию. В то же время креативный и творческий учитель часто встречается непонимание либо давление со стороны коллег и дирекции (особенно это проявляется в сельской школе): «У нас такого никто не делал, и Вы не будете», «Вам что, больше всех надо?», «За это же не доплачивают – зачем это делать?», «Вы же это умеете, значит, должны защищать честь школы», «Если Вы не сделаете это, в следующем году на дополнительные часы (факультатив, кружок и т.п.) не рассчитывайте», «Этого нет в рекомендациях министерства, как Вы осмелились самовольничать?»;

3) *неполучение будущими учителями элементарных навыков сохранения профессионального здоровья в процессе обучения*: например, планирования рабочего времени, скорочтения, быстрой обработки и структурирования информации, саморегуляции, снятия болевых синдромов, профилактики усталости, психоэмоциональной разгрузки и т. п. Вследствие этого возникают стрессовые состояния и функциональные заболевания, вызванные дефицитом времени, информационной перегрузкой, нервными напряжениями, недовольством собой и результатами своей деятельности, болевыми ощущениями, раздражительностью и т. д.;

4) *недостаточное внимание педагогического коллектива вуза к созданию здоровьесберегающего образовательного пространства.* Лишь небольшая часть преподавателей следит за соблюдением элементарных санитарно-гигиенических требований в аудиториях (проветривание, влажная уборка и т. д.). Более того, даже при разработанных методических рекомендациях по сохранению здоровья студентов во время учебного процесса [2; 3; 4; 19 и др.] на практике их применяют единицы. Это вырабатывает у будущих учителей стереотип поведения, не способствующий сохранению и укреплению их здоровья. Отсутствие на занятиях динамических пауз, элементов физической и психоэмоциональной разгрузки подавляет двигательную активность и закрепляет у студента склонность к пассивному отдыху вместо активного. Такие же аспекты нездоровой учебной среды автоматически создаются самим будущим специалистом на его рабочем месте. Указанные причины частично подтверждают данные авторов [4; 20] о том, что основы профессионального здоровья закладываются у будущих учителей уже во время обучения в вузе.

В то же время наблюдается значительное увеличение количества и степени влияния факторов риска на здоровье студентов. Это обусловлено резким изменением условий и образа жизни при переходе из школы в вуз: места жительства, режима дня, социального окружения; трансформацией предпочтений и приоритетов. Существенное влияние на здоровье первокурсников производит сам процесс обучения, который требует большей самостоятельности в получении знаний, рациональной организации рабочего времени, а для студентов, проживающих в общежитии, – еще и упорядочения собственного быта. Все это вызывает у молодых людей разного рода стрессовые состояния, преодоление которых зависит от степени адаптированности каждой личности, т. е. способности к адаптации.

Как показывают наблюдения, наиболее распространенными факторами риска образа жизни студентов являются: нарушение

режима дня; несбалансированное и нерегулярное питание; гиподинамия; стрессы, связанные с различием условий обучения в школе и в вузе; формирование или закрепление существующих вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ, компьютерная зависимость) вследствие желания самоутвердиться в новом социальном окружении или попытки снять стресс; самолечение (неконтролируемое употребление фармакологических препаратов) при заболеваниях; рискованное половое поведение и т. д.

Для студентов факультета физического воспитания также характерными факторами риска являются значительные физические нагрузки, которые часто оказываются чрезмерными для недостаточно тренированного организма.

Анализируя требования к личности педагога, студенты отмечают, что учитель сам должен быть образцом здоровья и здорового образа жизни. В то же время ответы на вопрос о том, какие именно умения и навыки должен иметь учитель для сохранения своего здоровья, сводятся лишь к физической активности, отсутствию вредных привычек, правильному питанию и соблюдению правил гигиены. К сожалению, ни в одной из проанализированных нами программ и пособий по дисциплине «Введение в специальность», разработанных для педагогических вузов, среди требований к профессии учителя не встречаются требования к сохранению и укреплению его индивидуального здоровья. Поэтому студент при изучении данного курса опять-таки ориентируется на приобретение профильных и педагогических умений и навыков, а не здоровьесберегающих.

На наш взгляд, содержание программы курса «Введение в специальность» для педагогических вузов желательно было бы дополнить такими вопросами, как:

- планирование работы учителя, распределение рабочего и свободного времени, экономия времени;
- гигиенические требования к созданию здоровьесберегающего образовательного пространства в учебных заве-

дениях;

- обработка и структурирование информации, рациональные способы запоминания;
- основы скоротчения и скорописи;
- анализ и коррекция собственной деятельности.

В обязательных для будущих учителей курсах «Основы валеологии», «Основы медицинских знаний» и др. можно выделить время на формирование таких практических навыков, как:

- аутогенная тренировка как средство саморегуляции;
- основы здорового питания;
- информированное самолечение (как дополнение к вопросу о доврачебной помощи);
- ежедневная защита от заболеваний;
- акупунктура и самомассаж как средства саморегуляции, профилактики и лечения;
- снятие болевых синдромов;
- психосоматическая диагностика и коррекция состояния здоровья;
- профилактика нарушений зрения и слуха;
- профилактика стрессовых состояний.

Курс физической культуры можно дополнить специальными дыхательными упражнениями для регуляции и профилактики нарушений кардиореспираторной системы; упражнениями для профилактики нарушений осанки, снятия мышечного напряжения, основами релакс-терапии, йоги и т. п.

Конечно, можно вынести все указанные вопросы в отдельный практический специальный или факультативный курс. Но в первом случае это создаст дополнительную нагрузку в расписании занятий, а во втором – не позволит привлечь всех студентов к изучению указанных вопросов [7; 8; 9].

В практике факультета физического воспитания Черниговского национального педагогического университета имени Т. Г. Шевченко в 2009-2014 гг. в учебном процессе при преподавании дисциплин медико-биологического цикла и во вне-

учебное время осуществляются мероприятия по усилению мотивации студентов к сохранению и укреплению здоровья [8; 13] по следующим направлениям.

Первое направление – формирование культурологической составляющей социального здоровья. При проведении лекционных и лабораторных занятий систематически осуществляется демонстрация красоты здорового организма и одновременно объяснение факторов риска для здоровья человека. Например, в содержание мультимедийных презентаций – наглядности к лекциям – включены репродукции произведений выдающихся художников, скульпторов (Леонардо да Винчи, Огюста Родена и др.), видеофрагменты спортивных занятий. На лабораторных занятиях при рассмотрении строения различных органов и систем студентам предоставляется информация о влиянии негативных факторов на их развитие. Одновременно с этим осуществляется объяснение направлений сохранения нормального функционирования организма. В ряд контрольных работ включены вопросы валеологического содержания, которые заставляют студента оценить представленные факторы риска здоровья и спрогнозировать возможные последствия их влияния или объяснить их действие на организм. Наблюдения показывают, что поставленные таким образом задачи стимулируют студентов к обсуждению данных вопросов в своем кругу для решения предложенной проблемы. Таким образом, создается мотивация к более глубокому изучению строения собственного организма, и, как следствие, вопросов формирования, сохранения и укрепления здоровья.

Второе направление – развитие физической составляющей здоровья. Обязательным компонентом подготовки к аудиторным занятиям является соблюдение гигиенических норм процесса обучения: проветривание аудиторий на переменах, влажная уборка. В правила техники безопасности при работе в лаборатории анатомии человека включены обязательные требования гигиены после работы с анатомическими препаратами. На занятиях осуществляется регулярный контроль

уровня работоспособности студентов – применяются различные методы обучения, в том числе активные и интерактивные. Например, представление материала включает двигательные упражнения на исследование собственного организма (нахождение частей скелета, наблюдения за работой мышц и т. д.). Необходимым, на наш взгляд, компонентом формирования физической составляющей здоровья во время занятий является обучение студентов гимнастике для глаз, приемам точечного массажа для укрепления иммунитета и уменьшению проявлений простуды (ведь нельзя отрицать тот факт, что часть студентов приходят на занятия больными либо не до конца вылеченными, боясь их пропускать).

Третье направление – формирование психической и духовной составляющих здоровья. Этот процесс является неотъемлемой частью самого процесса обучения, поскольку предусматривает формирование у студентов ценностных ориентаций на основе эмоционального переживания при восприятии материала, интеллектуального развития в процессе его осмысления, оптимистического восприятия себя как части окружающего мира, стремления к гармонии с ним и таким образом развития собственной целостности как личности, части социума. Кроме занятий, предусмотренных учебным планом, нами подготовлен ряд факультативных занятий оздоровительной тематики, посещая которые, студенты смогут получить больше информации о методиках формирования здоровья, факторах риска образа жизни, овладеть технологиями саморегуляции, познакомиться с элементами различных оздоровительных систем. Стратегической целью таких занятий является обучение молодежи упорядочению собственного образа жизни, формированию лидерства в его ведении [8].

Но практика показывает, что наилучшим выходом из ситуации формирования практических здоровьесберегающих навыков у будущих учителей является ежедневная отработка их во время учебных занятий в виде динамических пауз (физкультминуток, релакс-перерывов). Потратив 3-5 минут

на выполнение одного упражнения за занятие [19], студент не только фактически формирует у себя соответствующий навык, но и получает опыт создания здоровьесберегающей учебной атмосферы, эмоционального удовлетворения, что является стимулом к активному дальнейшему обучению.

Примером сформированности здоровьесберегающих навыков является то, что в группах, где регулярно в течение примерно полугода проводятся указанные мероприятия, студенты:

- начинают самостоятельно регулировать режимы проведения и температуры в учебных помещениях;
- подсказывают преподавателю момент, необходимый для проведения динамической паузы, обусловленный не логикой дисциплины (как это считалось необходимым ранее), а физиологической потребностью в движении, кислороде, релаксации и так далее;
- активнее работают на занятиях, быстрее и точнее усваивают учебный материал (по результатам комплексных контрольных работ абсолютная успешность составляет 81–94 %, качество знаний – 41–56 %, в то время как в контрольных группах – соответственно 62–85 % и 27–43 %);
- чаще (примерно на 70 % по сравнению с контрольными группами) проявляют интерес к вопросам, связанным с сохранением и укреплением здоровья;
- чаще (на 20 %) стремятся избавиться от вредных привычек либо ограничивают себя в употреблении алкоголя и курении;
- чаще (на 40 %) обращаются за индивидуальными консультациями по вопросам регуляции и саморегуляции стрессовых состояний, профилактики заболеваний, организации рабочего времени, избавления от вредных привычек и т. д. [11; 12];
- во время прохождения педагогической практики в школе и летних оздоровительных лагерях активно используют полученные знания и навыки здоровьесберегающей деятельности в работе с детьми.

Таким образом, создание здоровьесберегающего образо-

вательного пространства в педагогическом вузе способствует формированию у будущих учителей компетентности индивидуального здоровьесбережения, которая является основой для практической профессиональной деятельности по сохранению и укреплению здоровья детей.

Причины, приводящие к раннему профессиональному выгоранию учителей, обусловлены как объективными, так и субъективными факторами. Определение этих причин позволило выделить основные профессиональные здоровьесберегающие умения и навыки, не связанные с профессиональной спецификой, которыми должен обладать учитель.

Формирование понимания культурологической (как части социальной), физической, психической и духовной составляющих здоровья во время преподавания дисциплин медико-биологического цикла помогает студентам лучше адаптироваться к условиям обучения. Последовательность введения учебных элементов зависит от степени значимости каждого из них для изучения остальных. Методы представления материала и контроля знаний учитывают динамику работоспособности молодежи и дополнительно мотивируют студентов к ведению здорового образа жизни. Это помогает снять стресс и психологический дискомфорт, возникающие вследствие перехода от школы к обучению в вузе.

Среди путей формирования и сохранения профессионального здоровья учителей и профилактики раннего профессионального выгорания являются: совершенствование содержания спецкурса «Введение в специальность» по вопросам здоровьесбережения, введение обязательных и факультативных занятий по формированию здоровьесберегающих умений и навыков; совершенствование технологий создания здоровьесберегающей образовательной среды на уровне устава вуза и должностных обязанностей педагогических работников.

Пока недостаточно решенным остается вопрос готовности преподавателей педагогических вузов к проведению динамических пауз. По нашему мнению, выходом из этого является

пересмотр уставов вузов и должностных обязанностей преподавателей относительно требований сохранения и укрепления здоровья студентов в учебном процессе.

Перспектива дальнейших исследований заключается в разработке конструктивной модели формирования и сохранения профессионального здоровья будущих учителей во время обучения в вузе.

Библиографія:

1. Болтвівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика : [монографія] [Електронний ресурс] / С. І. Болтвівець. – К. : Редакція «Бюлетеня Вищої атестаційної комісії України», 2000. – 302 с. – Режим доступу : <http://www.ua-ed.narod.ru/BSIPedagogichnapsyhogigiena.htm>.
2. Борисов Э. И. Мировоззрение и здоровье. Взгляд с Запада, взгляд с Востока. Практические рекомендации и упражнения / Э. И. Борисов. – М. : Изд-во МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2009. – 180 с.
3. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики : Введение в психологию активности / Л. П. Гримак. – М. : Политиздат, 1989. – 319 с.
4. Долинський Б. Т. Теоретико-методичні засади підготовки майбутніх учителів до формування здоров'язбережувальних навичок і вмінь у молодших школярів у навчально-виховній діяльності : [монографія] / Борис Тимофійович Долинський. – Одеса : Видавець М. П. Черкасов, 2010. – 269 с.
5. Дубровский А. А. Открытое письмо врача учителю : Учеб. изд. / А. А. Дубровский. – М. : Просвещение, 1988. – 30 с.
6. Жара Г. І. Положення про здійснення профорієнтаційної роботи на факультеті фізичного виховання (проект) / Г. І. Жара, А. О. Жиденко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. [Текст]. Випуск 86. Т. 2 / Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка; гол. ред. Носко М. О. – Чернігів : ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2011. – № 86. – 480 с. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт). – С. 340-343.
7. Жара Г.І. Вибрані аспекти збереження професійного здоров'я майбутнього вчителя / Г.І. Жара // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка [Текст]. Т. 1. Вип. 107. / Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г. Шевченка; гол. ред. Носко М.О. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. – 388 с. (Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт). – С. 136-139.
8. Жара Г. І. Напрямки збереження здоров'я студентів факультету фізичного виховання під час їх адаптації до умов навчання у ВНЗ / Г. І. Жара // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичного виховання, спорту і здоров'я людини. Вип. 15 : у 4-х т. – Л. : ЛДУФК, 2011. – Т. 4. – 200 с. – С. 30-36.
9. Жара Г. І. Удосконалення змісту валеологічної підготовки фахівців з фізичного виховання / Г. І. Жара // Валеологічна освіта в навчальних закладах України: стан, напрямки й перспективи розвитку. – Кіровоград : КДПУ імені Володимира Винниченка, 2009. – 320 с. – С. 34-38.
10. Жара Г. І. Формування культури здоров'я студентів при викладанні дисциплін медико-біологічного циклу / Г. І. Жара // Валеологічна освіта в навчальних закладах України: стан, напрямки й перспективи розвитку. – Кіровоград : РВВ КДПУ імені Володимира Винниченка, 2010. – Частина 1. – 228 с. – С. 105-109.
11. Жарая А. И. Речевая саморегуляция как средство самопрограммирования будущего специалиста по физическому воспитанию и спорту : сб. науч. статей Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию МГУ имени А. А. Кулешова [«Современное образование и воспитание: тенденции, технологии, методики»] (Могилёв, 28 марта 2013 г.) / А. И. Жарая. – Могилёв : МГУ имени А. А. Кулешова, 2013. – 388 с. – С. 328-330.
12. Жарая А. И. Сохранение профессионального здоровья будущих учителей в процессе индивидуального психовалеологического консультирования : сборник статей V Международной

научно-практической конференции [«Здоровье для всех»] (Пинск, 25-26 апреля 2013 г.) / А. И. Жарая / УО «Полесский государственный университет», г. Пинск; Национальный банк Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К. К. Шебеко [и др.]. – Пинск : ПолесГУ, 2013. – 273 с. – С. 171-173.

13. Жарая А. И. Технологии организации здоровьесберегающего образовательного пространства в педагогическом университете : материалы XVI Традиционного междунар. симпозиума [«Восток–Россия–Запад. Современные процессы развития физической культуры, спорта и туризма. Состояние и перспективы формирования здорового образа жизни»] (Красноярск, 15–18 февраля 2013 г.) : [Электронный ресурс] / А. И. Жарая / Сиб. гос. аэрокосмич. ун-т. – Красноярск, 2013. – 296 с. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.sibsau.ru/science/konferencii/konferencii.shtml>. – Загл. с экрана. – С. 189-192. – <http://sibsau.ru/index.php/nauka-innovatsii/nauchnye-meropriyatiya/materialy-nauchnykh-meropriyatij>

14. Жарая А. И. Формирование личности специалиста по физическому воспитанию средствами самопрограммирования / А. И. Жарая // Наука і освіта : Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. – 2012. – № 4. – 240 с. – С. 67-69.

15. Ильин Е. П. Психология для педагогов / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2012. – 640 с. – (Серия «Мастера психологии»).

16. Козырева О.А. Концепции профессионального развития [Електронний ресурс] / О. А. Козырева // Начальная школа. – 2008. – № 5. – С. 1-5. – Режим доступа : www.school2100.ru/.../17606c5d53543e11fae4b5f75df4565d.pdf.

17. Митина Л. М. Психология труда и профессионального развития учителя : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. М. Митина. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 320 с.

18. Міненко А. О. Питання системного підходу до формування здорового способу життя людини / [А. О. Міненко [та ін.] // Теорія та методика фізичного виховання. – 2011. – № 11. – 51 с. – С. 9-14.

19. Організація здоров'язбережувального освітнього середовища у вищих навчальних закладах : [методичні рекомендації для викладачів ВНЗ] / [А. О. Жиденко [та ін.]. – Чернігів : Вид-во Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка, 2012. – 44 с.

20. Орленко С. Феномен профессионального выгорания учителей [Електронний ресурс] / Светлана Орленко // Здоровье детей. – 2008. – № 17. – Режим доступа : http://zdd.1september.ru/view_article.php?id=200801710.

21. Савонова О. В. Теоретико-методичні засади підвищення ефективності формування валеологічного світогляду майбутнього вчителя / Савонова О. В., Жара Г. І., Кудін С. Ф. // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : Науковий журнал. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. – № 1 (19) – 330 с. – С. 247-255.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Психологические аспекты сохранения и восстановления здоровья личности включают рассмотрение проблемы психосоматического единства человека, его значение для укрепления здоровья. Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется: неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами [7]; наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам [10]; нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС) [6]; личностными особенностями [11]; психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий [12]; фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов [15]; особенностями психотравмирующих событий [16]. Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и усложняют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха соответствует защитным физиологическим механизмам, но обычно оно только уменьшает, а не устра-

няет полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов [9].

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как поражающий.

Проведенный теоретический анализ патогенеза психосоматических нарушений позволяет прийти к выводу, что к психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда при защите душевного равновесия повреждается телесное здоровье. В целом, в современной психосоматике различают предрасположенность к заболеванию и факторы, которые провоцируют или задерживают развитие болезни. Склонность – это врожденная, а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая переходит в форму возможного органического или невротического заболевания.

Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным законам, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды [8].

В любом случае, для диагностики как психического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия

психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь: предрасположенность – личность – ситуация. Но остается открытым вопрос: возможно ли предвидеть (спрогнозировать) склонность человека к психосоматическому заболеванию?

Личность, которая находится в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избежав болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевное расстройство, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматические пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние [10]. Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы.

Соотношение соматического и психического, т.е. влияние склонности и среды; фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка; физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – всё это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний. Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в переживании индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих эффект повреждения по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях. Но какой именно орган будет наиболее уязвимым в данной ситуации, остается невыясненным.

Инициатива в выборе органа принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных

органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется преобладающим для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, нервной конституции человека и от всей истории его жизни. Вопросы прогнозирования возможного поражения органа или системы органов в процессе развития психосоматического нарушения остаются открытыми.

Таким образом, в качестве теоретико-методологических основ прогнозирования течения психосоматических заболеваний мы рассмотрим вопросы, связанные с анализом теорий и моделей возникновения и развития «предпочитаемых заболеваний», а также выделением психолого-временных предпосылок прогнозирования течения этих расстройств. Поэтому выявления психологических индикаторов психосоматических нарушений является ключевым вопросом.

Рассматривая вопрос о «предпочитаемых» болезнях [37], мы выходили из известного положения, что у каждого индивида в зависимости от принадлежности к той или иной типологической группе в организме существует «locus minoris resistentiae» (место наименьшего сопротивления). Анализ возраста больных от даты рождения до начала заболевания показывает, что место наименьшего сопротивления оказывается наиболее уязвимым в конце текущего большого биологического цикла или его текущих четвертей. Проследив «С-периодичность» заболеваний, можно утверждать, что в жизни индивида есть ряд отдельных возрастных точек, которые становятся критическими. Именно в этих точках имеет место обострение психосоматического заболевания. Возникает логичный вопрос, почему именно в этих точках проявляются обострения «предпочитаемых» болезней?

Объяснение начала «предпочитаемых» болезней, исходя из предложенной Б. Цукановым циклоидной модели переживания времени [31], связано с представлениями о фазовой сингулярности (С. Шноль [33], И. Пригожин [23]). Под фазовой сингулярностью понимают слияние временных фаз разных циклов в отдельные точки (А. Уинфри [29]). Согласно циклоидной моде-

ли (Б. Цуканов [31]), фазовая сингулярность (ФС) имеет место в точках, где конец предыдущего большого цикла сливается с началом следующего цикла.

Используя передаточное число в обратном порядке, можно показать, что в пяти точках фазовых сингулярностей большого цикла сливаются концы и начала все меньших и меньших периодов «скользящих колес» до дыхательных циклов и циклов «действительного настоящего». Как известно, в отдельно взятой фазовой сингулярности большое количество концов и начал жизненных циклов индивида сжимаются за мгновение до невероятно малых размеров. В этом заключается главная угроза фазовой сингулярности, так как через минуту смены концов началами организм словно гибнет и рождается вновь.

Действительно, во многих исследованиях (А. Уинфри [29], Б. Цуканов [31]) установлено, что причиной внезапной остановки дыхания, фибрилляции сердечной мышцы, в результате которых человек погибает, является фазовая сингулярность. Статистика стенокардии и инфарктов (Д. Элькин [32], Б. Цуканов [31]) убеждает, что начало болезни совпадает с фазовой сингулярностью в пределах текущего большого биологического цикла индивида.

Фазовой сингулярностью можно объяснить возрастные поворотные пункты, в которых имеют место «психологические переломы личности». В целом, модель «хронопсихологического профиля личности» позволяет выделить важную роль фазовых сингулярностей в периодичности проявления психосоматических заболеваний и своевременности их прогнозирования. Впрочем, хотим отметить, что сингулярность течения времени на уровне его непосредственного переживания не исключает периодичности проявления психосоматических заболеваний (обострения, реконвалесценции и ремиссии). Анализ факторов, обуславливающих течение психосоматического заболевания, дает основание отнести к важнейшим предпосылкам прогнозирования психосоматического нарушения дифференциацию временных характеристик у субъектов с этими расстройствами.

В связи с этим ключевыми вопросами хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний стало выделение психолого-временных индикаторов этих нарушений, а именно: проявление индивидуально-типологических свойств личности, страдающей психосоматическими заболеваниями, в хронопсихологическом континууме; дифференциация психосоматических «факторов риска» и анализ психосоматических аспектов боли как важнейшего симптома течения психосоматических нарушений.

«Хронотип» индивида выступает центральным фактором, на котором стало возможным сконструировать концепцию, объединившую соматическое и психическое, здоровое и больное; концепцию прогнозирования течения психосоматических заболеваний.

Механизм выявления времени острого развития нарушений соматической сферы на основе индивидуально-типологических особенностей субъекта определил дальнейшие диагностические, реабилитационные, профилактические и прогностические мероприятия.

Таким образом, учет индивидуальных особенностей отношения ко времени имеет чрезвычайно важное значение для решения проблемы хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний. Такие предпосылки, с одной стороны, дают возможность представить как единую систему все многообразие «внешних» и «внутренних» факторов, влияющих на ход психосоматического расстройства, с другой – позволяют точнее определить границы хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний при решении задач психопрофилактики психосоматических нарушений.

Это значит, что мы обратились к рассмотрению вопроса течения психосоматических заболеваний с учетом типологических групп. Ю. Поляков пишет, что у «разных типов людей преобладают различные болезни, сама болезнь протекает у них по-разному, по-разному проходит и процесс выздоровления,

реабилитации в зависимости от индивидуальных особенностей психики человека» [24, с. 56 -57]. Как отмечалось ранее, Гиппократ, располагая типологические группы в линейном порядке, считал, что холерики по своим заболеваниям являются полной противоположностью флегматиков. Сангвиники болеют по типу холериков, а у меланхоликов преобладают флегматичные и холерические болезни. Этот порядок расположения типологических групп, установленный Гиппократом, имеет отношение и к психосоматическим болезням [13, с.132 -136]. Содержание идеи Гиппократа о существовании типологических групп со своими «предпочитаемыми» болезнями сводится к тому, что сама болезнь локализуется в группе и за ее пределы не выходит. Таким образом, доминантная болезнь является одним из объективных показателей принадлежности индивида к определенной типологической группе.

Особое внимание обращают на себя психосоматические болезни, поскольку развитие и течение таких болезней имеет временную развертку, с периодами обострения и ремиссии (затухания) течения. В исследованиях Б. Цуканова [31] представлены результаты, которые убеждают нас, что доминантная болезнь локализуется в пределах своей типологической группы. Распределение послеинфарктных больных дало четкое разделение непрерывного спектра "т-типов" на типологические группы [31, с. 94]. Эти результаты исследования соответствуют тому, как Гиппократ объяснял происхождение болезней у представителей определенных типологических групп преимуществом одной из четырех жидкостей в организме.

Таким образом, мы подходим к рассмотрению вопроса «психосоматических заболеваний» с позиции закона переживания времени [31]. А что касается времени, то Д. Элькин отмечал: «Восприятие времени, отражая объективную реальность, дает человеку возможность ориентироваться во внешней среде, причем дает объективно верное представление о нем» [32, с. 36]. Используя выражение М. Шагиняна о том, что каждый индивид имеет свой «маленький Хронос», Б. Цуканов добавил:

«Со своей скоростью течения времени и со своей временной перспективой» [31, с. 233]. И. Павлов рассматривал вопрос о процессах, которые имеют место в мозгу человека в условиях восприятия длительности, скорости и последовательности, и пришел к выводу, что «мерой времени» в нервной системе является изменение возбуждения торможением [21, с. 381-382]. Д. Элькин рассматривал зависимость точности воспроизведения длительности от типа темперамента [32, с. 25-28]. Он обратил внимание на некоторые различия в точности воспроизведения промежутков времени у холериков, сангвиников, меланхоликов, флегматиков, но не дал полного описания отношения к актуальному переживанию времени представителей этих четырех типологических групп. В. Богораз писал, что каждый живой индивид имеет собственное время, то есть сангвиник – одно, флегматик – другое [5, с. 109-111]. По его мнению, хотя эти различия и небольшие, все же полного совпадения отнюдь не существует. В работах Б.Цуканова [31] научно доказано, что представителям различных типологических групп не только присуще «разное время», но и имеет место сходство отношения к переживанию времени у индивидов, принадлежащих к одной типологической группе, что указывает на наличие обобщенных профилей, которые сопоставляются с классической типологией темпераментов. В общем, он выделяет и подробно анализирует пять типов профилей [31, с.431].

У каждого из исследователей темперамента (Гиппократ [13], Г. Айзенк [1], И. Павлов [21]) типологические группы располагаются в своем порядке, что не позволяло согласовать их друг с другом (Я. Стреляу [28]). Поэтому для определения естественного порядка типологических групп мы предлагаем проверить степень выраженности таких свойств темперамента, как «экстраверсия – интроверсия», в спектре хронотипа индивидов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Такие известные исследователи времени, как Е. Головаха, А. Кроник [14], П. Фресс [30], Д. Элькин [32], отмечали, что человечество в процессе воспроизводства сохранило себя в устой-

чивых пределах типологических групп на протяжении всей предыдущей истории. Поэтому и индивидуально обусловленные особенности отношения ко времени повлияли на деятельность субъектов, их философские обобщения, политические взгляды, поэтические произведения. По убеждению И. Белявского [4, с. 253], анализ таких воздействий позволяет достаточно четко воспроизвести индивидуальное своеобразие исторических личностей. П. Фресс [30] отмечает, что консервативной идеологии придерживались субъекты с ориентацией на прошлое, а радикальной – те, которые обращались к будущему. Б. Цуканов подчеркивает, что «личность выстраивает свое отношение ко времени в историческом и даже в космическом масштабе, учитывая в нем и время жизни своего носителя – индивида» [31, с. 176]. Поэтому ученый приходит к выводу, что между профилем индивидуально обусловленного отношения ко времени и временем личности нет линейной связи. Чтобы овладеть им, надо, согласно выражению П. Фресс, достичь «мудрости старых» и принять время таким, каким оно дано каждому из нас, – с его длительностями, нехваткой и ненадежностью [30, с. 45-46]. Учитывая индивидуальные особенности, касающиеся динамики переживания времени, и обобщенные профили индивидов, попробуем определиться с критериями типологии доминантных болезней. Для этого необходимо ответить на вопрос: существует ли дифференциация «факторов риска» психосоматических заболеваний?

Современная медицина также официально пришла к признанию факта, что все причины психосоматических заболеваний надо искать не во внешних, а во внутренних процессах индивида, учитывая проявление последних в поведении личности [3].

Так, в медицине возникло учение о «факторах риска», к которым, в основном, относятся конституциональные и поведенческие признаки, связанные с типом индивида [20]. К заболеваниям типа «психосоматические заболевания» относятся болезни печени, желчного пузыря, сердечно-сосудистые забо-

левания, болезни почек и половой системы, желудка и кишечника, нервной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на первом месте среди психосоматических заболеваний – сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). От них страдает $\frac{1}{4}$ взрослого населения земного шара. Они – причина каждой второй смерти, каждой третьей инвалидности [3]. Поэтому внимание медиков всего мира приковано к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний. Совместно с психологами медики ведут исследования по выявлению «факторов риска», которые якобы приводят к кардиокатастрофам (инфарктам миокарда). Таких «факторов» насчитывается около тридцати. Среди них – конституциональные (избыточный вес, ожирение), висцеральные (артериальная гипертония), поведенческие (курение, конкурентность, поспешность) и типологические различия (часто скрытая агрессивность, повышенная или высокая тревожность) [24]. Несмотря на детальное исследование «факторов риска», ученые пришли к выводу, что ими можно объяснить лишь половину случаев заболеваний нарушения ритма сердца [19; 20].

Медикам также известно, что в природе человеческой популяции по отношению к норме кровяного давления существуют индивиды с гипертонической и гипотонической тенденциями [24, с. 45]. Учитывая, что каждый четвертый взрослый житель планеты страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, а «факторы риска» дают объяснение возникновению болезни только у каждого восьмого, можно попробовать проверить расположение таких больных в типологических группах. Для этого достаточно использовать как показатель принадлежности к типологической группе индивидуальную временную направленность личности, страдающей психосоматическим заболеванием.

Измеряя этот показатель у постинфарктных (т.е. перенесших инфаркт) индивидов, можно определить место их локализации в группах психотипа [25]. Так, постинфарктные больные локализируются по своим психологическим свойствам в пределах

двух типологических групп: умеренно экстравертированной и умеренно интровертированной. Именно в зонах локализации этих индивидов имеют место повышенный и высокий уровни тревожности.

Сердечно-сосудистые заболевания часто сопровождаются нарушениями ритма сердца. Психологические предпосылки развития этих нарушений остаются невыясненными. Особого внимания заслуживает изучение личностных черт больных и построение психологического портрета пациентов с функциональными нарушениями ритма сердца.

С точки зрения медицины, расстройства ритма сердца – это изменение нормальной частоты или (и) ритма сердечных сокращений, а также нарушение течения импульсов, проявляющееся как расстройство четкой преемственности нарушения предсердий и желудочков или синхронности их отдельных сокращений [24]. В отечественной и мировой медицине принято деление аритмий на функциональные и органические. Первые возникают у людей со здоровым сердцем, но под влиянием внешних по отношению к сердцу факторов, в частности, психоэмоциональных и физических нагрузок, алкоголя, психотропных веществ и т.п., вторые – при повреждении миокарда или клапанного аппарата, поэтому затрудняют основное заболевание. К последней группе относятся аритмии, связанные с эндогенной и экзогенной интоксикацией, токсическим воздействием лекарственных средств (сердечные гликозиды, адреналин, анестетики и др.) [24].

Расстройства ритма связаны с нарушением вегетативной регуляции сердца. Именно поэтому они классифицируются как соматоформные вегетативные дисфункции и в этиопатологическом отношении принадлежат к категории психосоматических расстройств. Отметим, что различные нарушения сердечного ритма постоянно регистрируются у почти здоровых людей. Такие аритмии при разовом обследовании проявляются в небольшом проценте случаев (не более 2 %). Однако во время длительного мониторинга те или иные расстройства сердечного ритма

могут быть обнаружены практически у каждого третьего из обследуемых здоровых людей ($30 \pm 2-3 \%$) [25]. У последних аритмии возникают на короткий период, преимущественно во время физических, психоэмоциональных нагрузок, когда человек чувствует учащенное или, наоборот, замедленное биение сердца. Такие аритмии не требуют медицинского вмешательства. При этом о функциональных нарушениях ритма сердца говорят тогда, когда человек «фиксируется» на переживании о своем сердце вследствие возникновения страха развития серьезной болезни без видимых причин, и при необходимости проводят постоянные медицинские обследования. Нарушение указанного ритма при этом имеет место достаточно длительное время или повторяется периодически [18].

Безобидные на начальных этапах функциональные нарушения ритма сердца все же под действием психических нагрузок могут привести к развитию тяжелых болезней. Тем более что, по данным ВОЗ, болезни системы кровообращения занимают первое место в структуре общей смертности населения Украины. Кроме того, по этому показателю Украина находится на первом месте среди стран Европы с процентом болезней системы кровообращения в общей смертности – 62,2 %, тогда как в Европе этот показатель составляет 50,5 % [3]. В связи с этим важное значение приобретают исследования особенностей личности больных с функциональными нарушениями ритма сердца для своевременного прогнозирования развития нарушения, коррекции их поведения и эмоционального состояния.

Эта информация также необходима врачам при лечении и профилактике функциональных аритмий сердца, не связанных с его органическими поражениями и являющихся психогенными по своей природе. Однако, по данным наблюдений, больные с функциональными нарушениями ритма сердца, в зависимости от формы проявления, отличаются поведением. Так, индивиды, у которых функциональные нарушения ритма сопровождаются тахикардиями, в поведении настойчивы, склонны брать на себя ответственность за свои действия, контролировать события. Они

мало прислушиваются к мнению других, в частности, врачей, проявляют негативизм. В то же время большинство таких пациентов не воспринимают свое заболевание как психогенное, настойчиво ищут помощи у врачей (скажем, больной несколько раз приходит в больницу и требует, чтобы его начали лечить), однако к концу лечения типична позиция, что им ничего не помогло и они даже стали чувствовать себя хуже.

Больные, у которых функциональные нарушения ритма сопровождаются брадикардиями, отличаются впечатлительностью, тревожностью, хотя и пытаются ее «подавить», «побороть» в себе, что подтверждает наличие именно дисфункциональных мыслей у таких пациентов. К тому же, ожидания печальных событий в будущем, крайне пессимистические интерпретации, негативное мнение о себе в стрессовых ситуациях порождают тревогу, разочарование в положительном решении жизненных проблем, недоверие к окружающим. А с другой стороны, существуют контролирующие попытки, суждения типа «нужно», «надо» и «следует», свидетельствующие о большом количестве ярко выраженных социальных стереотипов [18; 25].

Следовательно, у больных с функциональными нарушениями ритма сердца существует конфликт между желанием быть социально «правильными» и принятыми окружающими, с одной стороны, и недоверием к миру и другим людям – с другой. Это указывает на психогенный характер функциональных нарушений ритма сердца.

Если сравнить отношение ко времени индивидов с различными формами проявления аритмий, то выяснится, что субъекты с относительной тахикардией имеют тенденцию к переоценке и недоотмериванию предложенных промежутков времени. Субъекты с относительной брадикардией недооценивают и переотмеривают промежутки времени. Для сравнения отметим, что субъекты с нормокардией (без нарушений ритма) дают примерно одинаковое число отклонений как в сторону переотмеривания и недооценки, так и в сторону недоотмеривания и переоценки интервалов [30]. Таким образом, можно предположить,

что корреляционное отношение между хронотипом и частотой сердечных сокращений, как в прямом, так и в обратном порядке, существует.

Современная медицина отдает предпочтение инфекционному фактору в возникновении язвенных процессов в желудке, т.е. Нр-фактору – палочке, которой присуща афазия (способность проникнуть в клетку), что приводит к рецидиву болезни. Таким образом объясняется процесс хронизации данных заболеваний. Среди агрессивных факторов, способствующих болезни желудка, выделяют: гиперпродукции соляной кислоты, действие пепсина, нарушение двигательной функции желудка, наличие нестероидных и стероидных гормонов (кортикостероидов), гиперпродукции желчи. Однако критический анализ этих данных показывает, что указанные факторы риска могут объяснить причину примерно в половине случаев возникновения и развития болезней желудка в человеческой популяции. У 35% от общего количества числа индивидов, страдающих болезнями желудка, наблюдается так называемая бессимптомная форма, приводящая к развитию язвенного процесса, но не сопровождаемая факторами риска [3, с. 30]. На сегодня гастроэнтерологи пропедевтически не знают, у кого может быть такая клиническая форма болезни желудка, как гастрит или язвенная болезнь.

Проблема болезней желудка еще далека от своего окончательного решения. Одна из причин этого заключается в недостаточном изучении двух моментов, касающихся самой сути заболевания: во-первых, болезнь желудка является неинфекционным процессом, от которого страдает 20 % населения земного шара, во-вторых, они действуют как хронические, то есть их развитие и течение имеют временную организацию, а такие их клинические формы, как гастрит и язвенная болезнь желудка, проявляются в определенном возрасте. Поскольку количество индивидов, страдающих болезнями желудка в человеческой популяции, согласно мировой статистике, остается относительно постоянным, то можно предположить, что существуют индивиды

(или группа индивидов), которые «предпочитают» болеть желудком [25, с.30]. Если такие персоналии и группы «предпочитающих» болезни желудка действительно существуют, то и так называемые факторы риска этой болезни в начальных формах можно легко обнаружить у лиц этого психотипа задолго до их вероятного действия. Учитывая психологические особенности поведения индивидов, можно предположить, что хромотип таких пациентов, у которых «преобладают» болезни желудка, находится в диапазоне очень интровертированных индивидов.

В частности, установлено, что большую группу хронических заболеваний составляют болезни органов, которые принимают участие в процессе пищеварения в желудочно-кишечном тракте. Прежде всего, речь идет о холецистите, панкреатите и дискинезии желчевыводящих путей. В медицинской практике наблюдается склонность отдельных индивидов к болезням желчного пузыря, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, хотя средств предвидеть то или иное заболевание до сих пор не существует.

Наблюдается согласование между возрастом индивида и периодом проявления хронического заболевания печени и желчного пузыря у контингента пациентов с выраженной экстравертированностью. Такие индивиды характеризуются высокой экстраверсией, стабильностью, а возбуждение у них в 2 раза преобладает над торможением. К тому же, они целеустремленные и агрессивные в поведении [25]. Результаты теоретико-эмпирических исследований агрессивности позволяют рассматривать ее как отражение дифференциации «места наименьшего сопротивления» у индивидов с учетом базовой эмоциональной окраски их поведения (Д. Элькин [32], Б. Цуканов [31] и др.). Индивиды с таким хромотипом приближаются к категории выраженных экстравертов.

Индивиды с выраженным переотмериванием промежутков времени, которые страдают хроническими болезнями желудка, отличаются выраженной интроверсией и стабильностью, высоким уровнем возбуждения и торможения, уравнивающими

друг друга, а подвижность у них вдвое меньше чем у хронотипов других индивидов [30]. Они спокойны, продуктивно работают в знакомой ситуации, а типологически их можно отнести к очень интровертированным.

Таким образом, учитывая психологические индивидуальные особенности каждого отдельного индивида, склонного к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, возможно предвидеть место его наименьшего сопротивления, прежде всего, такие отдельные нозологические формы заболеваний, как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститы, панкреатиты, дискинезии желчевыводящих путей, запоры, эмоциональные диареи.

Комплексного психолого-соматического обследования требуют больные нефроурологического профиля с целью изучения их психологического и соматического состояния. Исследовательская процедура должна быть направлена на выявление взаимосвязи и взаимозависимости индивидуально-типологических особенностей у субъектов с соматическими нарушениями от временных параметров (временных характеристик, фактора времени, хронотипа) и соотношения между ними. Для субъектов с соматическими нарушениями нефроурологического профиля характерен уравновешенный уровень возбуждения и торможения, то есть по показателям «экстраверсия-интроверсия» и «нейротизм-стабильность» доминирует срединный или амбивертный тип направленности.

Амбивертный тип направленности – это своеобразная условная критическая точка, через которую проходит граница между двумя типами направленности личности: экстравертным и интровертным [25]. Таким образом, предложенный механизм определения времени острого проявления нефроурологических заболеваний или временных «зон риска» позволит разработать модель схематического отображения временных периодов развития соматических нарушений, то есть представить, как происходит формирование психосоматических нарушений в определенных узловых точках или точках бифуркации.

Обследование индивидов, страдающих различными нозологическими формами хронических психосоматических заболеваний, позволит прогнозировать распределение психологических и клинических симптомов этих болезней в группах хронотипа и построить «психологический профиль личности» таких больных. Это даст возможность выделить основные психологические диагностические критерии проявления каждой отдельной патологии и с их учетом разработать соответствующие медико-психологические реабилитационные мероприятия по предупреждению обострения хронического психосоматического процесса [25].

Анализируя локализацию болезней в пределах четырех типологических групп, нельзя не выразить восхищения «греческим гением» Гиппократом. Вспомним, «холе» – это влага, которую вырабатывает печень, а накапливает – желчный пузырь. Именно эти органы и подвержены хроническим заболеваниям у индивидов холероидной группы. «Сангвис» – это влага, которую непрерывно перегоняет сердце. Именно у лиц сангвиноидной группы зафиксированы тяжелые инфаркты миокарда.

«Мелана холе» – черная желчь, потому что она смешана с кровью. Сам Гиппократ говорил, что меланхолики находятся в самом невыгодном положении, они страдают болезнями и холериков, и сангвиников, и флегматиков. Да, действительно, учитывая чувствительность меланхолика, можно согласиться с тем, что у него «все болит». Но недаром Гиппократ усматривал именно «черную желчь» у этого типа, в связи с этим, наряду с инфарктами (которые, кстати, чаще мелкие), высокий скачок кровяного давления приводит к разрыву сосудов головного мозга, называемому инсультом [12].

«Флегма» – прозрачная слизь, которой очень много в желудке человека, поэтому желудок флегматика наиболее уязвим, и язвы здесь очень сложные.

В зоне «равновесного» типа локализуются болезни почек и половых органов.

Приведенное сравнение полностью подтверждает глубокую

правоту наследия Гиппократов. В каждом типе он усматривал психосоматическое единство с «местом наименьшего сопротивления» (*locus minoris resistentiae*), которое для каждого типа является наиболее уязвимым в определенном возрасте, что связано с продолжительностью биологического цикла жизни индивида.

Интересно сравнить полученное распределение хронических заболеваний по типологическим группам с древними взглядами тибетской медицины.

Приведем стихотворное изложение этих взглядов Л. Олзоевой:

Наши чувства строят наше здоровье.
Если ты испытываешь страх,
Ты готовишь себя к болезни почек.
Если ты испытываешь гнев,
Твои печень и желчный пузырь пострадают.
Печаль и стеснения духа омрачают
Болезнью сердце и разум.
Гордыня, невежество, страсть, зависть и злоба –
Эти чувства (если ты их испытываешь)
Ударят тебя беспощадно.
Будь себе другом.
Стань себе лучшим врачом.
Найди причину своей болезни в самом себе.

В приведенной поэтической форме отражена дифференциация мест наименьшего сопротивления у индивидов с учетом базовой эмоциональной окраски их поведения. Центральная или ведущая эмоциональная окраска характерна для представителей разных типологических групп. Так, злость и гнев преобладают у лиц очень экстравертированной группы, что и было замечено тибетскими врачами как признак заболевания печени. «Сжатие духа» как особое эмоциональное состояние свойственно тревожным персонам, а таковыми являются представители умеренно экстравертированной и умеренно интровертированной

ной групп, у которых проявляются заболевания сердца. Печаль, тоска характерны для умеренно интровертированных людей, у которых проявляются инсульты как ослабление нервной системы. Ситуационный страх в пределах поведения «здесь и сейчас» имеет место у «уравновешенных» индивидов. Причем, это не страх меланхолика, который становится иногда личностной чертой (трусость), а страх «осторожности без трусости». Вот почему тибетские врачи видели в формопроявлении такого страха причину заболевания почек, что может быть подтверждено дифференциальным методом в «амбивертированных» личностях.

Проведенное сравнение показывает, что древнее учение Гиппократ и древний опыт тибетской медицины зафиксировали четкую локализацию «предпочитаемых» заболеваний у индивидов по их локализации в типологической группе. И надо отдать должное этому опыту, ведь в нем сосредоточено особое целостное видение психосоматического единства организма и психики человека.

Также следует отметить, что принадлежность индивида к типологической группе – это естественно (врожденно) обусловленная принадлежность. Знать свою принадлежность – значит, знать и место наименьшего сопротивления в своем организме, которое при определенных условиях может стать самым уязвимым. Но означает ли это обреченность и роковую неизбежность заболевания той системы, которая является местом наименьшего сопротивления? Вовсе нет, потому что знание слабого места дает ключ к тому расплывчатому понятию, которое называется «здоровым образом жизни». Именно знание дает личности возможность построить отношение к собственному организму таким образом, чтобы не допустить нарушений и изломов в месте наименьшего сопротивления. «Стань себе врачом сам!» С другой стороны, знание слабого места организма дает врачам ключ к эффективной профилактике и предупреждению обострения психосоматических заболеваний. Поэтому следует подчеркнуть, что сохранение здоровья – это задача, которую успешно можно

решать в рамках совместных психолого-медицинских технологий, используя научные достижения медицинской психологии.

Медицинская практика убеждает, что своевременно проведенная профилактика хронического психосоматического заболевания дважды в год (весна-осень) при использовании отработанных схем диспансерного наблюдения не предотвращает обострения заболевания у больных с психосоматическими расстройствами. То есть, несмотря на проведенные профилактические мероприятия, у людей возникают обострения заболеваний в разные времена года. Это означает, что эти мероприятия проведены несвоевременно, так как медицина не может предвидеть обострение психосоматического заболевания. Ответ находим в том, что в медицинской практике отсутствует принцип индивидуального подхода в лечении и профилактике заболевания, который бы включал комплексный учет психологических особенностей каждой личности.

Для решения этой проблемы необходимо обратиться к оценке длительности С-периода [31], а именно к хронотипу и периодичности обострения психосоматического заболевания. Для каждой группы больных рассчитывается средний возраст, прожитый от даты рождения до начала заболевания, в значении С-периода и переводится в годы. По закону переживания времени субъектом С-период определяется по формуле:

$$C = 8,5X_t \text{ (лет)},$$

где X_t – хронотип индивида.

Б. Ананьев подчеркивает, что эти циклы и фазы развития «есть характеристики временные» и не могут быть независимыми от хода центральных часов индивида [2]. Выявлено, что у индивидов с гипертонической тенденцией через периоды $T_p = 3$ наблюдается резкий скачок артериального давления, что справедливо позволяет рассматривать «конец-начало» многосуточного цикла во времени, которое переживается субъектом, как своеобразную отметку.

Если жизнь индивида состоит из циклов, сменяющих друг друга, то не проявит ли себя С-период в течение психосомати-

ческих заболеваний?

Логично допустить, что С-период может рассматриваться как психолого-временной индикатор обострения хронического психосоматического заболевания.

Анализ возраста психосоматических больных со дня рождения до начала обострения даст возможность проследить, как проявит себя «место наименьшего сопротивления» в узловых точках – точках бифуркации проявления «предпочитаемых» болезней. Проследив С-периодичность заболеваний, можно будет утверждать, что действительно есть в жизни индивида ряд отдельных возрастных точек, которые должны быть критическими, и именно в этих точках наблюдаются обострения психосимптоматики хронических заболеваний, а также определиться с продолжительностью периодов реконвалесценции (выздоровления) и ремиссии (затухания) болезни у каждого отдельного больного. А почему именно здесь происходит обострение болезни? Ответ на этот вопрос находим в теории переживания времени, которая объясняет, что природа временной направленности субъекта связана с биоэнергетическими процессами в организме индивида, а любой биоэнергетический цикл имеет разветвления на «стреле внутреннего времени» организма [28]. За завершённый период в организме проходит ряд внутренних изменений, которые приводят к внешним изменениям физиологического и психологического характера. Для большинства людей с хроническими психосоматическими заболеваниями общим является то, что обострение клинических проявлений болезни не только совпадает с началами четверти текущих циклов и с их концами, но и начинает повторяться с периодичностью $\frac{1}{4}C$, $\frac{1}{2}C$, $\frac{3}{4}C$, в зависимости от принадлежности к типологической группе. Болезнь приобретает хронический характер потому, что не диагностируется на ранних этапах онтогенеза.

Своевременная комплексная психологическая и комбинированная медикаментозная профилактика создаст условия для предотвращения обострения и поможет остановить хронизацию самого патологического процесса.

Такая дифференциация необходима и в медицине, и в психологии, так как она отвечает на вопрос: у кого, когда и в какой форме могут возникнуть хронические неинфекционные соматические, одновременно невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

Вопрос нервно-психических расстройств претерпел известную трансформацию из узко клинической в широкую проблему исследования закономерностей формирования нормальных и аномальных особенностей, то есть в проблему изучения темперамента, характера и личности, в целом. Существующие на сегодня классификации смежных форм патологии столь фрагментарны и разнообразны, что ни одна из них не может быть основой для единой систематики всех форм смежных состояний [17].

Хочется отметить, что временной фактор пограничных нервно-психических заболеваний всегда рассматривался приблизительно.

Согласно данным Г. Ушакова, невротические расстройства имеют достаточно четкую возрастную периодичность [29]. Невроз не может возникнуть в результате только психической травмы. Его формирование происходит тогда, когда психической травме предшествуют явления перенапряжения, утомления, истощения психики.

В последние годы проведен ряд исследований, доказывающих, что однотипные психические травмы вызывают различные формы реактивных состояний в зависимости от индивидуальности пациента. В этом случае новые обстоятельства астенизируют нервную систему, и тогда малейший повод может привести к неврозу, содержание которого обнаруживает связь с ранее пережитой травмирующей ситуацией. У одних психическая травма никогда не приводит к реактивному состоянию, у других – та же травма в аналогичных условиях вызывает то паранойю, то депрессию, то неврастению, то конверсионную истерию, то обсессивно-компульсивные расстройства, то, наконец, соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы или дру-

гие варианты соматоформных расстройств.

Для возникновения невроза необходимо, чтобы действующая психическая травма была достаточно сильной и вызвала дисфункцию вегетативной нервной системы, или чтобы последняя у данного индивида оказалась преморбидно особенно уязвимой [25]. О. Кербиков отмечал, что психическая жизнь человека формируется «... под влиянием окружающей среды, пола, возраста и темперамента» [17, с.122]. По данным автора, возраст обследуемых, как правило, накладывает свой отпечаток на степень невротизации больных [17, с.145]. Средний возраст, в котором завершилось патологическое развитие для заторможенных личностей, – $13,3 \pm 1,4$ года, для истерических – $14,7 \pm 1,9$ года, для возбудимых – $22,1 \pm 1,9$ года [31]. При этом частота и выраженность реакций, как правило, тем больше, чем старше обследуемые. Особенно ярко выражены явления акцентуированности, а, следовательно, и риск возникновения смежных расстройств, которые имеют место в возрасте после 21 года, а еще больше – после 31 года, то есть фактор времени существенно влияет на возникновение, формирование и развитие смежных нервно-психических заболеваний. Давно известно, что врожденный механизм центральных часов индивида запускается с момента рождения и непрерывно измеряет ход пережитого времени в течение всей его жизни. Согласно П. Фрессу, жизнь индивида от рождения до смерти может быть разбита на ряд периодов [30]. Он выделил в жизни поворотные пункты, то есть определенный возраст, в котором происходят «психологические изломы», и назвал их узловыми точками. Многие исследователи приводят возрастную периодизацию онтогенетического развития человека и выделяют фазы соматического, полового, нервно-психологического, интеллектуального созревания [14; 15; 32]. Эти циклы и фазы развития является временными характеристиками и не могут быть независимы от хода центральных часов индивида.

В концепции психологии времени неоднородность онтогенетического развития описана циклоидной моделью времени.

Учитывая, что невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства имеют возрастную периодичность, можно выделить зону локализации невротических расстройств в соответствии с существующими типологическими группами (и определить временные рамки их возникновения с точки зрения специфики переживаемого времени). Исходя из циклоидной модели переживания времени, начало и конец большого биологического цикла распределены на величину C (большой биологический цикл), которая, в свою очередь, делится на четверти. Жизнь любого человека состоит из нескольких крупных биологических циклов. Но, независимо от того, насколько большой по количеству биологический цикл переживает человек на данном этапе, его четверть является критической, организм находится в минимуме своих возможностей, на спаде, и любая стрессовая ситуация, возможно, даже незначительная, является пусковым механизмом для развития смежных расстройств [25].

Таким образом, с позиции психологии времени возможно выделить зону наиболее острого проявления смежных нервно-психических расстройств, а также рассчитать среднестатистического индивида, чей хронотип является наиболее уязвимым к возникновению невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств. Используя C -периодичность, можно с точностью, которую имеют собственные часы индивида, рассчитать критический период, когда нервный срыв проявляется в острой форме. Одновременно становится возможным проследить дифференциацию невротических расстройств нозологических форм в типологической группе хронотипа, которая необходима и в медицине, и в психологии, поскольку она отвечает на вопрос: у кого и в какой форме могут возникнуть невротические расстройства.

«Хронотип» индивида может выступить центральным фактором, который позволяет сконструировать концепцию, объединяющую соматическое и психическое, здоровое и больное; концепцию прогнозирования течения психосоматических заболеваний. Механизм выявления времени наступления острого

развития нарушений соматической сферы на основе индивидуально-типологических особенностей субъекта определит дальнейшие диагностические, реабилитационные, профилактические и прогностические мероприятия.

Библиография:

1. Айзенк Х. Психологические теории тревожности / Х. Айзенк. – Москва, 2008 // Тревога тревожность : хрестоматия [учебное пособие] / сост. В. М. Астапов. – СПб: Пер Сэ, 2008. – С. 217-239.
2. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : [в 2 т.] / Б. Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – (Труды действительных членов и членов-корреспондентов Академии педагогических наук СССР). -Т.1. – 1980. – 230 с.
3. Аргументы и факты : [Еженедельник]. – 2012. – № 42. – 108 с.
4. Белявский И.Г. Историческая психология / И. Г. Белявский. – Одесса: Астропринт, 1991. – 213 с.
5. Богораз В. Г. Эйнштейн и религия: применение принципа относительности к исследованию религиозных явлений: [рук-во для философов] / В. Г. Богораз. – Вып. 1. – М. : Петроград, 1923. – 154 с.
6. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [кратк. учебн.] / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М. : ГЕОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
7. Вейн А. М. Психосоматические отношения / А. М. Вейн // Заболевания вегетативной нервной системы. – М. : Медицина, 1991. – С. 374-384.
8. Вейн А. М. Неврологические маски депрессии (эффективность тианептина) / А. М. Вейн, О.В. Воробьева // Журнал Института невропатологии и психиатрии С. С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С.21-23.
9. Вейн А. М. Вегетативная дистония / Вейн А. М., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А. – М. : Медицина, 1996. – С. 373-379.
10. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма / И. Е. Ганелина. – Л. : Ленингр.отд-ние, 1975. – 234с.
11. Гейер К. Психосоматические расстройства / К. Гейер; пер. с англ. В.Н.Андреевой. – СПб. : Питер, 1995. – 168 с.
12. Гиндикин В. Я. Соматика и психика / В. Я. Гиндикин, В. А. Семке. – М. : Высшая школа, 1998. – 364 с.
13. Гиппократ. Философствование о человеке: [собр. соч. в 10 томах] / Гиппократ. – [2-е изд.]. – Т.2. – М. : Медгиз, 1944. – 276 с.
14. Головаха Е. И. Понятие психологического времени / Е. И. Головаха, А. А. Кроник // Категории материалистической диалектики в психологии. – М. : Наука, 1988. – С.199-213.
15. Губачев Ю. М. Психосоматическая терапия / Ю. М. Губачев.– СПб. : Северо-западное книжное издательство, 1994. – 224 с.
16. Губачев Ю. М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Губачев Ю. М., Жужанов О. Т., Симаненков В. И. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 148 с.
17. Кербиков А.В. О восприятии времени: [избранные труды] / А. В. Кербиков. – М.: Высшая школа, 1971. – 321с.
18. Кокун О.М. Психолого-часові індикатори перебігу ішемічної хвороби серця : матеріали Першої міжнародної науково-практичної конференції [«Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи»] / О. М. Кокун, І. І. Савенкова. – К., 2012. – С.54-55.
19. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М. : Медпресс-Информ, 2002. – 608 с.
20. Николаенко В. В. Влияние хронической болезни на психику: [Монография] / В. В.

Николаенко. – М. : Высшая школа, 1987. – 432 с.

21. Павлов И. П. Полное собрание сочинений: в 6 т. / И. П. Павлов. — М. : АН СССР, 1951. – Т. 3, кн. 1. – 2-е изд., доп. – 1951. – 392 с.

22. Осколкова С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике / С. Н. Осколкова. – М. : Крон-Пресс, 1996. – 192 с.

23. Пригожин И. Время, структура и флуктуации / И. Пригожин // Успехи физических наук. – 1980. – Т.131. – Вып. 2. – С.185-206.

24. Поляков Ю. Ф. Здравоохранение и задачи психологии / Ю. Ф. Поляков // Психологический журнал. – Т.5, № 2. – М. : Литтерра, 2001. – С.168-185.

25. Превентивная кардиология / В. К. Исаева, К. В. Костерев; под ред. Б. В. Иванова. – М. : Литтерра, 2002. – 248 с.

26. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: [Монографія] / І. І. Савенкова. – К. : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2013. – 320 с.

27. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга / И. М. Сеченов // Попытка ввести физиологические основы в психические процессы: [2-е изд.] – М. : АМН СССР, 1952. – С. 56-67.

28. Стрелец В. Б. Психофизиологические механизмы стресса у лиц с различной выраженностью активации / В. Б. Стрелец, Ж. В. Голикова // Журнал высшей нервной деятельности. – 2001. – Т. 51, № 2. – С. 166-173.

29. Уинфри А. Т. Время по биологическим часам / А. Т. Уинфри. – М. : Мир, 1990. – 251 с.

30. Фресс П. Приспособление человека к времени: [Монография] / П. Фресс; пер. с англ. А. Андриенко. – М. : Прогресс, 1961. – 342 с.

31. Цуканов Б. Й. Фактор времени и проблема сердечно-сосудистых заболеваний / Б. Й. Цуканов // Психологический журнал. – М., 1989. – Т.10, № 1. – С.83-88.

32. Элькин Д. Г. Восприятие времени : дис. ... доктора психологических наук: 19.00.01 / Элькин Давид Генрихович. – Одесса, 1945. – 295 с.

33. Шноль С. Э. Предисловие к русскому изданию // Биологические часы / С. Э. Шноль. – М.: Мир, 1964. – С. 5-10.

Тамара Борисовна Хомуленко

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Как правило, сущность понятия здоровья раскрывают в рамках той или иной объяснительной модели. Существуют следующие модели здоровья:

1. *Медицинская модель* – предусматривает такое определение здоровья, которое состоит только из медицинских признаков и характеристик, здоровьем считается отсутствие болезней и симптомов.

2. *Биомедицинская модель* – рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений

нездоровья.

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

4. *Ценностно-социальная модель* предполагает, что здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в работе и социальной жизни, экономической, политической, научной, культурной и другой деятельности. Этой модели наиболее полно соответствует определение здоровья, которое сформулировала ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения).

Существуют следующие научные подходы к проблеме здоровья:

1. *Феноменологический подход*. Здоровье и болезнь относятся к фундаментальным аспектам индивидуального способа существования в мире, включены в субъективную картину мира и исследуются средствами феноменологического описания.

2. *Холистический подход*. Здоровье понимается как целостность, которую приобретает индивид в процессе становления, предусматривающая личностную зрелость, интеграцию жизненного опыта и синтез фундаментальных противоречий.

3. *Нормоцентрический подход*. Здоровье как оптимальный уровень функционирования организма понимается в соответствии с принятыми нормами восприятия, мышления, эмоционального оценивания и поведенческого реагирования и с учетом нормативных показателей состояния индивида.

4. *Кросс-культурный подход*. Здоровье считается социокультурной переменной, а его характеристики детерминированы социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира.

5. *Дискурсивный подход*. Представление о здоровье должно быть исследовано как продукт дискурса, который имеет собственную логику конструирования или концептуализации ре-

альности. Для понимания строения представления о здоровье и болезни необходим дискурс – анализ.

6. *Интегративный подход* предусматривает сочетание объяснительных принципов и концептуальных схем с учетом их ограничений и в соответствии с принципами теории систем.

7. *Аксиологический подход*. Здоровье как ценность культуры и ценностная ориентация личности.

Сегодня к критериям здоровья относят положительное самочувствие, устойчивое, динамическое равновесие, структурную целостность, функциональность, адаптивность, производительность и ресурсность человека. Итак, здоровье можно рассматривать с разных точек зрения, поскольку оно является той осью, на которую нанизываются различные концепции. Здоровье можно изучать с точки зрения активности, способности к адаптации и компенсации, с точки зрения репродуктивной функции и т. д. Обобщенным и общепринятым является определение ВОЗ: здоровье – это отсутствие психических и физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Но актуальной становится мысль В. Ананьева, что здоровье – это процесс максимальной естественной продолжительности жизни при высоком его качестве, оптимальной трудоспособности и социальной активности. В. Ананьев выделяет такие аспекты здоровья, которые составляют его потенциал:

1. Потенциал разума – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобрести объективные знания и воплощать их в жизнь.

2. Потенциал воли – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

3. Потенциал чувств. Эмоциональная компетентность – это способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и без оценки соглашаться с чувствами других.

4. Потенциал тела – способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность

как свойство своей личности. К этому же относятся алиментарная (культура питания) и сексуальная компетентность. Можно выделить следующие цели по повышению телесной компетентности: познание своего тела, изучение языка тела – «системы раннего оповещения», собственной «телесной топографии» эмоциональных проявлений; развитие умения устранять и контролировать мышечные зажимы, быть устойчивым, гибким, спонтанным; освоение методов психосоматической саморегуляции как конструктивной формы снятия последствий стресса; получение удовольствия от взаимодействия с телом через спорт, танцы, секс как средство познания себя в условиях интимного взаимодействия открытого тела и души.

5. Социальный потенциал. Социальная компетентность определяется как способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень культуры общения, социального интеллекта, коммуникативной компетентности; приобретение чувства принадлежности ко всему человечеству. Человек, который совершенствуется, совершенствует природно-социальную среду, что, в свою очередь, способствует совершенству человека.

6. Креативный потенциал – способность человека к творческой активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки стандартных знаний, которые ограничивают.

7. Духовный потенциал. Духовная компетентность – это способность развивать духовную природу человека, выражать (воплощать) высшие ценности в жизни.

Культура формирует эталонные представления о здоровье и оздоровительные техники, а индивид выбирает собственное отношение к этому. Социокультурная и дискурсивная функции эталона здоровья заключаются в структурировании научных и социальных представлений о здоровье (Таблица).

Характеристики социокультурных эталонов здоровья

Структурные элементы эталонов	Античный эталон	Адаптационный эталон	Антропоцентрический эталон
Дефиниция здоровья	Внутренняя согласованность. Оптимальное соотношение элементов человеческой природы.	Приспособляемость индивида к окружающей среде.	Всесторонняя самореализация, раскрытие творческого и духовного потенциала личности.
Характеристики здоровой личности	1. Уравновешенность. 2. Господство разума над страстями. 3. Духовная автономия.	1. Приспособление к окружающей среде. 2. Соответствие социальным нормам. 3. Стрессовая устойчивость. 4. Гармоничное включение в общество людей.	1. Стремление к самоактуализации, творческая спонтанность. 2. Конгруэнтность. 3. Духовная автономия. 4. Целостность.
Основные условия и принципы оздоровления	1. Умеренность. 2. Забота о себе. 3. «Жить согласно природе».	1. Всесторонняя социализация личности. 2. Примирение биологического и социального в человеке.	1. Открытость опыту. 2. Развитие, личностный рост. 3. Интеграция.
Пути оздоровления	1. Ритуал очищения. 2. Атартика. 3. Гимнастика и музыка. 4. Философия и работа над собой.	1. Согласованность личностных характеристик с социальными нормативами. 2. Единство с природой. 3. Гуманизация межличностных отношений. 4. Оздоровление общества.	1. Творческое самораскрытие. 2. Самопознание. 3. Духовные практики самосовершенствования (медитация, аскеза и т.д.). 4. Мистический путь освобождения.

Психологические аспекты психического, физического и социального здоровья

Анализируя проблематику здоровья, выделяют физическое, психическое и социальное здоровье.

Физическое здоровье – это состояние организма человека, которое характеризуется возможностями адаптироваться к различным факторам среды, уровнем физического развития, функциональной подготовкой организма к выполнению физических нагрузок. Факторы физического здоровья: 1) уровень физического развития; 2) уровень функциональной подготовки организма к выполнению физических нагрузок; 3) уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, которые обеспечивают его приспособление к воздействиям различных факторов среды.

Содержание физического здоровья часто связывается с понятием биологического возраста человека. Биологический возраст отражает функциональную зрелость организма: как его отдельных органов, систем, так и всего организма в целом. Критериями биологического возраста могут быть морфологические, функциональные и биохимические показатели, диагностическая ценность которых меняется в зависимости от периода развития ребенка.

Морфологические критерии – скелетная зрелость, зубная, зрелость форм тела, развитие вторичных и первичных половых признаков.

Функциональные критерии – показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем и опорно-двигательного аппарата.

Биохимические критерии – ферментативные, гормональные и цитохимические показатели. В практической работе используют так называемые зубную и половую формулы. Для оценки биологического возраста в период полового созревания учитывается развитие первичных и вторичных признаков.

И. Тухтарова и Т. Биктимиров выделяют три основные группы психологических факторов, которые коррелируют с фи-

зическим здоровьем и болезнью [9]:

I. Независимые:

1. Личностные: диспозиции, которые поддерживают (выдержка, оптимизм / пессимизм, сила «Я»); эмоциональные паттерны (алекситимия, репрессивный личностный стиль). Алекситимия: эмоциональные признаки (затруднение идентификации и распознавания чувств и телесных ощущений); когнитивные признаки (неспособность к фантазированию, недостаточное представление, снижена способность к символизации); внешнее ориентированное мышление превалирует над абстрактно-логическим; поведенческие признаки (затруднения в становлении эмоциональных контактов, выраженная наднормативность и рационализация).

2. Когнитивные факторы: представления о болезни, восприятие риска и уязвимостей, контроль.

3. Факторы социальной среды: социальная поддержка; брак и семья; профессиональное окружение.

4. Демографические переменные: пол; возраст; этнические группы и социальные классы.

II. Передающие:

1. Копинг-стратегии.

2. Употребление и злоупотребление веществами.

3. Виды поведения, которые способствуют здоровью.

4. Соблюдение правил по поддержанию здоровья.

III. Мотиваторы:

1. Стрессоры.

2. Существование в болезни.

3. Типы отношения к болезни.

Отношение к болезни – сложное системное явление, в котором значительную роль играют эмоциональные процессы и состояния. Существуют же разновидности отношения к болезни:

1) *гармоничное* – отсутствие склонности преувеличивать ее тяжесть без видения всего в темных тонах, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать

успеху лечения. Нежелание обременять других заботой о себе. В случае неблагоприятного прогноза – переключение интересов на те сферы жизни, которые остаются достижимыми больному;

2) *тревожное* – беспокойство относительно неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, методах лечения. В отличие от ипохондрии, больше интересуют объективные данные о болезни, чем собственные ощущения. Настроение подавленное;

3) *ипохондрическое* – сосредоточение на болезненных, неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них. На их основе – преувеличение действительных и изыскание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования дополнительного обследования и опасения вредности процедур;

4) *меланхолическое* – активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных;

5) *апатичное* – равнодушие к своей судьбе, к болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом стимулировании со стороны других. Потеря интереса ко всему, что ранее волновало;

6) *неврастеническое* – вспышки раздражения, особенно во время боли, неприятных ощущений, неудач в лечении, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого встречного человека и часто завершается слезами. Впоследствии – раскаяние за несдержанность;

7) *обсессивно-фобическое* – тревожность преимущественно касается маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных неудач в жизни в связи с болезнью. Мнимые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся предрассудки и ритуалы;

8) *сенситивное* – чрезмерная забота о возможных неприятных впечатлениях, которые может произвести на других болезнь. Опасения, что люди станут избегать, считать неполноценным, не доверять, сплетничать о причине и природе болезни;

9) *эгоцентричное* – выставление напоказ близким и другим людям своих страданий и переживаний для полного овладения их вниманием. Постоянное желание показать свое особое положение, исключительность по болезни;

10) *эйфорическое* – необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежительное легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все пройдет». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима;

11) *антогнозичное* – активное отбрасывание мысли о болезни, о ее возможных последствиях. Отрицание настоящего в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам. Отказ от обследования и лечения. Желание самостоятельно справиться;

12) *эргопатическое* – даже при тяжести болезни и страданиях стремление любой ценой продолжать работу. Работают с еще большим вдохновением, чем до болезни; работе отдают все время; пытаются лечиться так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы;

13) *паранояльное* – крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств злему замыслу врачей и медицинского персонала. Обвинения и требования наказания в связи с этим.

По показателям психического здоровья выделяют четыре группы людей:

- первая группа – здоровые люди, жалоб нет;
- вторая группа – легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием негативных микро-

циальных факторов;

- третья группа – лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, имеющие устойчивые астено-невротические жалобы, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц сложная беременность, роды, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

- четвертая группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или разрушение адаптационных механизмов.

Выделяют следующие уровни психологического здоровья:

1. *Креативный уровень.* Люди, которые не нуждаются в психологической помощи. Они устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Этот идеальный образ творца, достаточно редкий в реальной жизни, выражает совершенную степень психологического здоровья, его высокий уровень.

2. *Адаптивный уровень.* Большинство относительно «благополучных» людей в целом адаптированы к социуму, но по результатам диагностических методик проявляют отдельные признаки дезадаптации, имеют повышенную тревожность, не имеют достаточного запаса прочности «психологического здоровья» и требуют групповых занятий профилактически-развивающей направленности. Это группа относительного риска, она достаточно многочисленна и соответствует среднему уровню психологического здоровья.

3. *Ассимилятивно-аккомодативный уровень.* Это низкий уровень психологического здоровья. К нему относятся люди с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, то есть либо неспособные к гармоничному взаимодействию с окружающими, либо которые проявляют глубинную зависимость от факторов внешнего воздействия, не обладают механизмами защиты, отделяют себя от травмирующих воздействий среды. Люди, у которых преобладают процессы ассимиляции, стре-

мятся во что бы то ни стало изменить окружающий мир; при этом они не готовы к самоизменениям в соответствии с внешними требованиями и интересами окружающих. У таких людей дезадаптация активно проявляется в эпатажном поведении, конфликтах с окружающими. Люди, у которых преобладают процессы аккомодации, наоборот, характеризуются приспособленностью к требованиям внешнего мира в ущерб собственным потребностям и интересам. Их дезадаптация, в основном, никак не проявляется внешне, ее трудно зафиксировать.

Эмоциональные расстройства в зависимости от тяжести симптомов можно разделить на четыре типа, которые отражают уровни социально-психологической дезадаптации:

- 1) акцентуации характера;
- 2) неврозы и психосоматические расстройства;
- 3) личностные расстройства (психопатии);
- 4) психозы.

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

1. *Акцентуации характера* отличаются чрезмерным проявлением отдельной черты характера, обуславливают дисгармонию в поведении и соответствуют ассимилятивно-аккомодативному уровню психологического здоровья.

2. *Неврозы* можно характеризовать как состояния, которые осознаются, обусловлены длительными стрессовыми ситуациями и протекают вместе с эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.

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

«*Большие*» классические психосоматические расстройства. К ним отнесены бронхиальная астма, язвенная болезнь, эссенциальная гипертензия, ревматоидный артрит, язвенный

колит, нейродермит. Это заболевания, в происхождении которых эмоциональный фактор играет большую роль, но не доминирующую.

Соматоформные расстройства – соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями иной психической симптоматики.

Соматизированное расстройство – соматоформное расстройство, которое характеризуется значительным количеством физических недомоганий (выраженность), повторяющихся (постоянство) и не имеющих органической основы (синдром Брике). Термин «соматизация» был введен в медицинскую практику как альтернатива конверсии.

Конверсионное расстройство понимают как нарушение физиологических функций, которые теряют саморегуляцию вследствие психологических проблем. Конверсия – трансформация эмоциональных нарушений в движения, сенсорные и вегетативные эквиваленты. В образовании истерических соматоформных расстройств играют роль первичная и вторичная выгоды. Первичная выгода состоит в том, что истерические симптомы не допускают внутреннего конфликта в сознании, а вторичная – истерические симптомы, которые вызывают в других хорошее отношение к больному, позволяют ему избежать неприятной деятельности.

Соматоформное болевое расстройство предопределяет боль. В его возникновении, силе и продолжительности ведущую роль играют психологические формы.

Ипохондрические соматоформные расстройства. Такие расстройства, при которых люди неправильно интерпретируют незначительные симптомы, связанные с функциями организма, или слишком сильно реагируют на них.

Соматоформные вегетативные расстройства – множественные соматоформные симптомы, отличаются тем, что субъективные ощущения и жалобы не являются выраженными и постоянными и связываются больным с одним органом или сис-

темой (например, ускоренное сердцебиение, покраснение, пот, тяжесть в эпигастрии, неприятные ощущения в животе).

Дисморфофобия – чрезвычайная обеспокоенность по поводу недостатков внешности.

3. *Психопатия* – стойкие расстройства личности и поведения, характеризующиеся неадекватным развитием эмоционально-волевых черт характера, обусловленным врожденной неполноценностью нервной системы.

4. *Психоз* – нарушение произвольной адаптации психической деятельности человека, характеризующееся продуктивной психопатологической симптоматикой.

Обеспечение развития качеств личности, характеризующих психологически здоровых людей, является средством предотвращения возникновения психических болезней. К характеристике психологически здоровых людей относят качества самоактуализированной личности по А. Маслоу:

1. Более объективное восприятие реальности.
2. Принятие себя, других и природы.
3. Непосредственность, простота и естественность.
4. Центрация на проблеме.
5. Независимость: потребность в уединении.
6. Автономия: независимость от культуры и окружения.
7. Свежесть восприятия.
8. Мистические переживания (экстатические состояния).
9. Общественная заинтересованность.
10. Глубокие межличностные отношения.
11. Демократический характер.
12. Разграничение целей и средств.
13. Философское чувство юмора.
14. Креативность, способность к творчеству.
15. Сопротивление окультуриванию.

Следует указать, что ценностные детерминанты личности по А. Маслоу непосредственно соотносятся с ценностными компонентами основных социокультурных эталонов здоровья.

Социальное здоровье находит отражение в следующих ха-

рактеристиках: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация к физической и общественной среде, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, демократизм в поведении.

Проявлениями нарушений социального здоровья являются: 1) девиантное поведение, характеризующееся непредсказуемыми действиями личности, которые отклоняются от общепринятых норм; 2) аддиктивное поведение, характеризующееся зависимостью личности от потребности реализовать определенную деятельность, стремлением к уходу от реальности путем применения определенных веществ или постоянной фиксации на определенных видах деятельности.

Социальное здоровье вмещает:

- значимость тех или иных заболеваний в соответствии с их распространенностью, экономических затрат, которые они вызывают, тяжести (угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);
- влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их протекания (возможность выздоровления или смерти);
- оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных статистических показателей, которые составляют социальную статистику.

Э. Фромм одним из первых определил проблему социального здоровья, когда осмелился утверждать, что обществу в целом может не хватать психического здоровья, и поставил под сомнение основные положения социологического релятивизма, согласно которому нормы человеческого существования задаются социумом и могут изменяться на разных этапах исторического развития. Э. Фромм был убежден в существовании базовых человеческих потребностей и непреходящих ценностей, игнорирование которых приводит к деформации не только отдельной личности, но и всего общества. Согласно его мнению,

общественная жизнь становится нездоровой, если она не согласуется с человеческой природой. В работе «Здоровое общество» Э. Фромм так определяет свою задачу: исследовать характер конфликтов между природой человека и обществом и одновременно выявить «благоприятное влияние общественной жизни на человеческое развитие», то есть положительное социальное влияние, усиление которого будет способствовать оздоровлению отдельных индивидов.

Попытку описать интегрированную, здоровую личность сделал и К. Роджерс, который выделил следующие черты полноценно функционирующих людей:

- открыты для внутреннего и внешнего мира;
- ценят общение как средство представлять вещи такими, какие они есть;
- отличаются некоторым недоверием к современной науке и технологиям;
- в большей степени стремятся к целостной жизни;
- постоянно находятся в процессе самосовершенствования;
- принимают участие в жизни других и всегда готовы помочь тем, кто нуждается в этом;
- испытывают непосредственное единение с природой и готовы защищать ее;
- испытывают антипатию к бюрократическим институтам;
- доверяют собственному опыту и внешним авторитетам;
- равнодушны к материальным стимулам и наградам, могут жить в достатке, но не чувствуют сильной потребности в этом;
- находятся в духовном поиске, хотели бы найти смысл и цель своей жизни [1].

По К. Роджерсу, «полноценно функционирующий человек» постоянно находится в процессе всесторонней самоактуализации, что позволяет ему жить подлинной, по-настоящему «хорошей жизнью». Хорошая жизнь – это процесс, а не состояние бытия. Это направление, а не конечный пункт. Причем направление, выбранное всем организмом при психологической свободе двигаться куда угодно. Это организмически выбранное

направление имеет определенные общие качества, которые проявляются у большинства людей.

Характеристики процесса «хорошей жизни» по К. Роджерсу:

1. Открытость опыта, которая растет.
2. Рост, стремление жить настоящим.
3. Доверие к своему организму, который растет.
4. Процесс более полноценного функционирования.
5. Новая перспектива отношения к свободе и необходимости.
6. Творчество как элемент хорошей жизни.
7. Доверие к человеческой природе.
8. Более полнокровная жизнь.

Внутренняя картина здоровья

Одной из ведущих категорий психологии здоровья является внутренняя картина здоровья (ВКЗ), представляющая собой совокупность элементов (характеристик) здоровья и интимно связанных с ним содержательно-психологических, субъективно-оценочных моментов существования.

Выделяют три основные грани ВКЗ:

1. *Когнитивная.* Рациональная сторона ВКЗ – совокупность субъективных или мифологических умозаключений, суждений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальные способы сохранения, укрепления и развития здоровья.

2. *Эмоциональная.* Чувственная сторона ВКЗ – переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, которые формируют эмоциональный фон (покой, радость, свобода, легкость, симпатия и т.д.).

3. *Поведенческая.* Моторно-волевая сторона ВКЗ, которая представляет собой совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, что обусловлено ее системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей.

Понятие ВКЗ хронологически возникло в науке после

появления понятия «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Термин «внутренняя картина болезни» был предложен А. Лурия. О внутренней картине здоровья впервые заговорил А. Орлов в контексте дискуссии об альтернативе патоцентрической медицинской модели.

ВКБ – это сложное, структурированное образование, которое включает четыре уровня психического отражения болезни. *Первый* уровень – сенсорный, включает совокупность ощущений (болезненных, тяжелых), которые испытывает больной и которые отражены в его жалобах, а также общее телесное самочувствие как целостный, чувственно сформированный образ, наделенный самим больным (в жалобах) негативными, болезненными качествами. *Второй* уровень – эмоциональный, содержание которого составляют эмоциональные реакции на болезнь, ее отдельные проявления, последствия болезни и т. д. (эмоции отрицательного спектра: страхи, тревожность, депрессия, возможны также проявления гнева, чувства вины). *Третий* уровень – интеллектуальный, совокупность знаний и представлений больного о собственной болезни и ее последствиях, ее оценки, размышлений о болезни, ее природе, лечении. *Четвертый* уровень – мотивационный, включает личностный смысл болезни и ее последствия в контексте целостной жизни человека как личности, его прошлого и будущего.

Основой формирования внутренней картины болезни может быть особое филогенетическое образование – ощущение комфортности, чувственная ткань нормального функционирования, тот непрерывный образ тела, в контексте которого приобретают свое существование интрацептивные ощущения. Подобное «первое видение» в форме эмоционально окрашенных «темных чувств» является исходной базой построения развернутой структуры ВКБ и составляет содержание продромальных ощущений. Специфика ВКБ заключается в том, что чувственная ткань ее обозначается не только в категориях соматоперцепции, т.е. ощущение не только себя, но и болезни. Вторичное определение чувственная ткань получает через образование «кон-

цепции» болезни: ощущения становятся симптомами, которые означают болезнь и определены ею. Значение болезни для того, кто заболел, формируется преломлением его субъективной картины в структуре потребностей и мотивов человека, приобретающая личностный смысл. По своей функции личностный смысл делает достигнутым сознание субъективного значения болезни. Таким образом, ВКБ представляется сложным многоуровневым образованием, которое включает в себя чувственную ткань, первичное и вторичное определения, личностный смысл. Все эти уровни порождения и функционирования субъективной картины болезни тесно взаимосвязаны между собой, и «живая» ВКБ является динамической системой, в которой происходят переходы как от чувственной ткани к личностному смыслу, так и наоборот, от личностного смысла через определение к чувственной ткани.

В психической реальности человека с определенной периодичностью возникают и сосуществуют несколько внутренних картин, отражающих состояние здоровья личности: внутренняя картина здоровья и болезни, внутренняя картина здоровья и болезни во время болезни и внутренняя картина здоровья после болезни. Их содержание зависит от наличия и характера валеоустановка (валеоздоровье, установки – готовность действовать в определенном направлении).

Валеоустановка – компонент направленности личности, который отвечает за поддержание здоровья и преодоление болезни и характеризуется готовностью к определенному образу восприятия, отношения и реагирования в ситуациях, касающихся здоровья человека. Валеустановка является интегральным образованием, которое объединяет когнитивные (представления о здоровье и болезни), эмоциональные (отношение к проблемам здоровья и болезни) и поведенческие (модели поведения, направленные на поддержание здоровья и преодоление болезни) компоненты психики, определяющие индивидуальную феноменологию здоровья. Как и в аттитюде (социальном наставлении), валеоустановка имеет три компонента и является биполярной,

а именно: включает установки по отношению к здоровью и болезни. В своих исследованиях О. Васильева и Ф. Филатов выделили и охарактеризовали четыре типа валеоустановки:

1. *Ресурсный* – предполагает ориентацию на самостоятельное соблюдение принципов здорового образа жизни. Когнитивный компонент отличается полнотой и дифференцированностью представлений как о здоровье, так и о болезни. Эмоциональный компонент обусловлен больше внутриличностными факторами, чем внешними стимулами; не зависит от позиции значимых других. Ему соответствует положительная настроенность на собственную активность: как физическую, так и духовную, творческую, интеллектуальную. Поведенческий компонент характеризуется активностью как в преодолении болезни и поддержании собственного здоровья, так и в содействии созданию общей здоровой атмосферы в семье, в коллективе, в обществе в целом.

2. *Манипулятивный* тип валеоустановки отличается тем, что собственное самочувствие является средством воздействия на других. Когнитивный компонент отличается тем, что представления о болезни более дифференцированы. Эмоциональный компонент характеризуется тем, что позитивный настрой зависит от регламентаций значимых других, а отношение к собственному здоровью отличается пассивностью. В поведении часто отмечаются защитные реакции, агрессивные тенденции и демонстративные стратегии.

3. *Поддерживающий* тип валеоустановки базируется на стремлении получить помощь одного из членов семьи. Когнитивный компонент характеризуется недостаточной сформированностью представлений о здоровом образе жизни, их фрагментарностью. Эмоциональный компонент характеризуется тем, что настроение зависит в большей степени от эмоционального состояния значимых других, а не от положительного подкрепления или отсутствия негативных действий со стороны окружающих. В поведении необходимость беспокоиться о другом становится основным условием активизации ресурсов.

4. *Дефицитарный* тип валеоустановки. Наряду с несформированностью представлений о здоровом образе жизни отмечаются зависимость эмоционального компонента от позитивной стимуляции со стороны значимых других, общая пассивность по отношению к здоровью и болезни, а также наличие страхов, повышенная тревожность. Если в эмоциональном отношении к собственному здоровью проявляется индивидуальное своеобразие, то когнитивный и поведенческий компоненты являются интерперсональными феноменами, поскольку их содержание определяется характером распространенных социальных представлений.

Среди перечисленных именно ресурсный тип валеоустановки отличает ту личность, которую К. Роджерс назвал полноценно функционирующим человеком.

Психосоматическая феноменология в контексте психологии здоровья

В контексте психологической проблематики здоровья целесообразным оказывается выделять наряду с типом полноценно функционирующей личности так называемую психосоматическую личность, или Homo Somaticus (человека соматического), как субъекта, у которого функции психики принимает на себя тело. Речь идет о человеке, чье психическое функционирование скудное, а его дефицит компенсируется функционированием телесным или поведенческим, которое проявляется в соматических расстройствах. Отличие заключается в том, что за соматическое расстройство Я не несет ответственности и благодаря ему остается организованным. Соматическое расстройство, по мнению специалистов по психосоматике, – это доведенное до экзистенциального абсурда проявление жизненного стиля индивида. А психосоматическая личность – это человек, лишенный контакта с собственным внутренним миром. Ее значимой чертой является дефицит функции эмоциональной сферы, который проявляет себя в упрощенности аффективного образа жизни, неспособности к эмоциональному резонансу, выражению собственных

переживаний и пониманию чувств других людей, а также к фантазированию и свободному рассказу о себе и других. Она склонна идентифицироваться с принятыми в обществе социальными нормами, создавая иллюзию простоты бытия. Homo Somaticus предпочитает разговоры не о себе, а о внешнем мире и реальных событиях, плохо понимает язык символов и метафор, требуя рациональных объяснений, конкретных вопросов и ответов. У него между «знаю» и «не знаю» четкая граница без зоны предположений и догадок, а в лексиконе редко встречаются слова-синонимы.

В отличие от большинства невротиков он обычно хорошо адаптирован в социуме, достигает высоких уровней социальной интеграции и успехов в профессиональной сфере. Психосоматическая личность имеет черты, общие с обсессивно-компульсивным типом. Но если обсессивно-компульсивный тип может быть сравним с автомобилем, который невозможно сдвинуть с места из-за отсутствия ручного тормоза, то Homo Somaticus скорее похож на автомобиль, у которого не установлен двигатель. К глубинно психологическим особенностям Homo Somaticus относят: нарушение базового доверия; снижение толерантности к фрустрации; потребность в зависимости; недостаточную интроспекцию; недостаточное соотнесение сознания с бессознательными фантазиями; типично компенсаторное выражение телесных ощущений; орально-нарциссические нарушения с подчеркнутой склонностью к переживанию утраты объекта; защитное поведение с паттернами жалобно-обвинительных действий. Соматический симптом в психосоматической личности выполняет защитную функцию, преодолевая личностную дезинтеграцию, он служит средством поддержания межличностного равновесия. Homo Somaticus следует научить выражать конфликты и аффективные состояния не телом, а чувствами и словами. Для этого необходимо реактивировать его бессознательные деструктивные и орально-рецептивные импульсы, т. е. сделать как раз то, против чего с раннего детства «психосоматогенной матерью» выстраивалась вся система защит.

Рост интереса к проблемам психосоматики не случаен, поскольку современный взгляд на психосоматику выходит за пределы представлений о здоровье и болезни и приближается к науке о человеке как психосоматической целостности. Сегодня психосоматика понимается как телесное отражение душевной жизни человека, внутренних конфликтов и возрастных кризисов.

Использование психосоматических идей в проблематике возрастной психологии, психологии развития представляет не только научно-исследовательский интерес, но и прикладной. Острота и специфичность протекания возрастных кризисов различает современное информационное общество, общество риска, общество спектакля, как его называют философы. Существование человека в обществе характеризуется высокой степенью неопределенности жизненных ситуаций, их информационной перенасыщенностью, необходимостью обладать широким сектором ролей и гибко применять их в различных вариантах жизненных сценариев. Это воплощается в специфических психологических эффектах, которые могут быть материалом для психологического анализа и базой для психокоррекционных разработок.

Каждый этап возрастного развития характеризуется внутренними противоречиями, которые превалируют, спецификой стрессоустойчивости и особенностями нагрузки на адаптационный потенциал. Агрессия и страхи, потребности и их фрустрация, механизмы психологической защиты также имеют возрастные особенности. Все перечисленное относится специалистами к основным психологическим факторам соматических проблем. Кроме того, все указанное прямо или косвенно связано с различными категориями внутренних конфликтов, которые обусловлены не только индивидуально-типологическими и ситуационными, но и возрастными причинами.

Известно, что существует ряд болезней, которые присущи определенному возрастному периоду. Есть болезни детства, переходного возраста, старости. И это обусловлено не только физиологическими причинами, но и психологической специфи-

кой того или иного возраста. Так, например, резкое увеличение количества детей, которые болели ангиной, выпадает на период кризиса 3-х лет. Данный период характеризуется тем, что у ребенка идет активное развитие самосознания, которое проявляется в стремлении к самостоятельности и в таких формах поведения, как негативизм и упрямство. С другой стороны, родители в такой ситуации усиливают авторитарное давление и вызывают внутреннее сопротивление у ребенка, будучи не всегда в состоянии об этом заявить. Часто невозможность высказать несогласие специалисты по психосоматике относят к факторам, которые обуславливают воспалительные процессы в миндалинах.

Подростковый кризис также сопровождается рядом соматических эффектов, а именно: максимумом сколиозов, которые диагностированы, пиком волны хронических заболеваний, возникновением первых зависимостей.

Ошибочно считать, что сложные противоречия, сопровождающие рост личности в данном возрасте, не могут иметь ничего общего с соматическими эффектами. Скорее наоборот, такие эффекты могут рассматриваться как соматическая речь. Тогда это предмет внимания школьного психолога.

Самыми распространенными в современном обществе заболеваниями являются сердечно-сосудистые, рост количества которых приходится на период кризиса среднего возраста. Следует указать, что даже сторонники традиционного взгляда на психосоматику соглашаются с тем, что гипертония имеет психологическую обусловленность. Причем психологические особенности, которые обуславливают это заболевание, связаны с характеристиками личности человека определенной возрастной категории, переживающей кризис. Это зависимость от определенных стереотипов, перфекционизм, потребность в одобрении, сомнения относительно собственных достижений и перспектив. В таких ситуациях медики предлагают лекарственные средства. А психологи работают в зависимости от парадигмы, которую они предпочитают, с поведенческими эффектами или с

глубинными причинами.

В процессе изучения особенностей психологических факторов сердечно-сосудистых заболеваний подтверждается предположение практиков психосоматического анализа о присущих таким больным перфекционизме и враждебности. Такие качества определены как присущие представителям так называемого среднего возраста. Но гипотоника пожилого и молодого возраста не различались такими качествами. Вновь напоминает о себе возрастная обусловленность, признаки которой для психолога становятся той ниточкой, благодаря которой можно распутать клубок проблем.

Психологическая обусловленность возникновения обострений у больных остеохондрозом не вызывает сомнений у практических психологов, работающих в психосоматике. Пациенты с функциональной патологией позвоночника характеризуются зависимостью от работы, социально навязанным перфекционизмом, потребностью в достижении совершенства.

Целостный подход психолога к человеку в рассматриваемом контексте требует привлечения так называемого психосоматического взгляда на ситуацию, который дает возможность применить эффекты телесности для получения более четкой психологической картины.

Следует отметить, что с точки зрения культурно-исторического подхода к психосоматической феноменологии относятся проявления телесности в процессе социализации, приобретающие черты высших психических функций, а именно: знаково-символическую форму и характер произвольности.

Содержанием психосоматического развития является усвоение знаково-символической формы регуляции, которая трансформирует телесные функции и создает психосоматические феномены (ПСФ).

ПСФ проявляются в усвоении и прохождении телесных знаков, интериоризации средств психической регуляции телесных явлений, формируются в процессе социализации телесных функций.

Наряду с психосоматическими симптомами выделяют ПСФ нормы, которые возникают в результате ограничений социализации (запреты, наказания, подражание примеру в формировании навыков и привычек) и совместно пережитых эмоций (например, радость, тревога и т.д.).

К ПСФ нормы относят:

- категориальную структуру телесного опыта (ее дифференцированность и интегрированность);
- образ тела (его детализированность, стабильность, четкость границ, устойчивость);
- отношение к телу (его принятие, позитивность, НЕбезразличность);
- категориальную оценочную шкалу интрацепции;
- телесное самочувствие (с эмоционально-дифференцированным содержанием);
- невербальную коммуникацию (систему ее средств);
- вербализацию телесности (систему ее средств, уровень владения ими, возможность применения);
- телесные навыки (их количество, уровень владения, адекватность применения, возможность переноса);
- телесную регуляцию (проблемы с регуляцией, стремление регулировать, опыт успешного регулирования, качество регуляции – ее гибкость, целесообразность, ненавязчивость, умеренность);
- валеоустановки;
- внутреннюю картину здоровья;
- внутреннюю картину болезни;
- диалог с телесным «Я».

Особенности ПСФ изменяются в соответствии с этапами психического развития, изменением ведущей деятельности и являются производными от психосоматических новообразований. Коммуникативный план психосоматических феноменов с возрастом является неактуальным. Включение познавательного плана в психосоматические феномены является следующим этапом их развития (овладение средствами вербального и сим-

волического описания телесных событий). На этом этапе преобладают имитативные движения, а в образе тела отражена функциональная ценность его частей и связанных с ним телесных актов. Далее – возникновение рефлексивного плана. Выделение телесного «Я» делает его участником внутреннего диалога. Дефицит рефлексивных средств может привести к алекситимии или конверсии.

По мнению российских ученых, актуальность генеза психосоматических симптомов обусловлена отклонениями в развитии единиц сознания по А. Леонтьеву: содержания, значения, чувственной ткани, биодинамической ткани – и нарушениями их взаимодействия. Симптоматика может быть связана либо с нарушениями в чувственной и биодинамической ткани и в базовой эмоциональной регуляции телесности, либо с нарушениями в знаково-символическом опосредовании телесности (долговременное сохранение коммуникативного содержания телесных проявлений, которое задерживает развитие познавательных и рефлексивных характеристик телесности). Таким образом, психосоматический симптом представляет собой воплощение содержания через систему значений в чувственной и биодинамической ткани.

Изучение основ психосоматики поднимает вопрос о том, какой путь формирования профессионального мышления психолога был бы более успешным: заучивание множественности психологических интерпретаций соматических заболеваний, накопление практического опыта анализа на основе заученного, поиск некоторого общего принципа, который задает направление мышления психолога, аналитика соматики как в практике консультирования, так и в академическом исследовании? Следует вспомнить идеи общего принципа, которые высказывались еще психоаналитиками.

Кроме того, вспоминается известная в истории психологии Вюрцбургская школа, представители которой говорили о том, что истинное мышление является не наглядным и безобразным. Их размышления были в пользу аргумента о том, что попыт-

ки визуализировать содержание пословицы только отвлекают от глубины ее понимания. Например, яблоко от яблони далеко не падает. Попытка представить себе яблоню только отвлечет нас от понимания того, что речь идет о родителях и детях. При этом метафорические формы, которые легко визуализируются, являются хранилищем народной мудрости. Наверное, потому что метафоричность мысли позволяет стать над линией времени и выделить когнитивную схему, замаскированную в образе. На примере с пословицей визуальный образ яблони с яблоками содержит в себе такую когнитивную схему: то, что рождает и рождается, имеет ряд общих черт. Фактически, пытаясь понять специфику функционирования органа, мы должны выделить некоторую когнитивную схему, которая поможет нам разобраться в психической символике соматического расстройства. Опять вспоминается пословица о яблоне. Но здесь все проще. У нас уже есть метафора, которая содержит в себе визуальный образ и является носителем когнитивной схемы. Остается только ее выделить. В работе по психосоматике визуальный образ сначала надо создать. А вербализованный результат визуализации особенностей функционирования органа позволяет использовать его как метафору. Эта схема определяется средствами персонификации, ассоциации, визуализации, аналогизации и позволяет понять символику расстройств.

Практическим воплощением высказанных идей может быть подход к проблемам здоровья как к диалогу между личностью и организмом.

Библиография:

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : (Концептуальные основы психологии здоровья) / В. А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с. (В 2 кн. / В. А. Ананьев ; кн. 1).
2. Васильева О. С. Психология здоровья человека : Эталоны, представления, установки : Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности "Психология" / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Academia, 2001. – 343 с.
3. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини / Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І.; за ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
4. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенного заболевания : 4-е изд. / А. Р. Лурия. - М. : Медицина, 1977. – С. 37-52.
5. Орлов А. Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и

тенденции / А. Б. Орлов // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 129-130.

6. Психология здоровья / [ред. Г. С. Никифоров]. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

7. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / [под ред. В.В. Николаевой]. – М. : Академический проект, 2009. – 311 с.

8. Рождественский Д. С. Homo Somaticus. Человек соматический / Д. С. Рождественский. – М. : ИП Седова Е. Б., 2009. – 264с.

9. Тухтарова И. В. Соматопсихология: учеб. пособие / И. В. Тухтарова, Т. З. Биктимиров. – Ульяновск, 2005. – 130 с.

10. Хомуленко Т. Б. Анализ телесного симптома как психосоматического феномена / Т. Б. Хомуленко. – Харьков : ХНПУ им. Г. С. Сковороды, 2011. – 41 с.

11. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики: навч.-метод. посіб. / Т. Б. Хомуленко. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 120 с.

РАЗДЕЛ 2

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ

ЗДОРОВЬЕ - БОЛЬ - БОЛЕЗНЬ: ФИЛОСОФСКО- АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ КОНТЕКСТЫ

Понятия «здоровье» и «болезнь» связаны с фундаментальными характеристиками человеческой жизни. Стоящие за ними феномены действительности изучаются медициной, философией, социологией, культурологией, христианской антропологией, а также осмысливаются культурой народа и каждым человеком в отдельности, поскольку оказывают влияние на все сферы его жизни (профессиональную, личную, духовную).

Здоровье может быть определено как способность взаимодействующих систем организма обеспечивать реализацию генетических программ, безусловно, рефлексивных, инстинктивных процессов, генетических функций, умственной деятельности и фенотипического поведения, направленных на социальную и культурную сферы жизни. Вместе с тем, в рамках этой парадигмы выделяются следующие векторы понимания здоровья: здоровье как отсутствие болезни, системный подход, адаптационный подход (норма-патология) и единство физического и психического аспектов здоровья. На основе первого вектора – понимания здоровья как отсутствия болезни – здоровье рассматривается как непостоянное свойство человека и характеризуется таким качеством, как относительность (ампутация ноги может сохранить человеку жизнь, но повлияет на его психологическое состояние). На наш взгляд, понимание здоровья как отсутствия болезни является ограниченным, так как само понятие здоровья шире и представляет собой совокупность потенциальных и реальных возможностей человека в осуществлении своих действий без потерь и ухудшения физического и духовного состояния, в адаптации к жизненной среде. Это определение со всей очевидностью носит аксиологический характер и отвер-

гает привычную дихотомию «здоровый-больной», при этом изменяются ценностные ориентации. Объектом медицины становится здоровье, забота о нем, его охрана. Болезнь, если она есть – и это подтверждается объективными показателями, может породить сравнительное ограничение указанных возможностей человека, но, пока он жив, эти ограничения незначительны. При таком понимании здоровья теряют свое значение концептуальные разногласия относительно того, чем и как ограничиваются физические, духовные и социальные возможности человека. Ограничения могут быть и чисто медицинскими, и чисто духовными, а также представлять собой сложные переплетения тех и других. Важно то, каковы реальные возможности человека, а не то, кто и как считает возможным их объяснять в рамках разных теорий. В рамках системного подхода здоровье представляет собой определённый уровень физической тренированности, подготовленности, функционального состояния организма.

С точки зрения философии, здоровье – абсолютная гармония тела и его частей, тела и окружающей среды, тела и души; болезнь – нарушение этой гармонии. Можно выделить четыре основные концепции здоровья и болезни, сложившиеся в мировой медицине: 1) болезнь – органическая форма жизни, возникающая в теле человека и при этом чужеродная ему, здоровье – это отсутствие болезни; 2) здоровье – норма, а болезнь – отклонение от неё; 3) здоровье – это правильное функционирование всех органов и систем организма, а болезнь – сбой в этой работе; 4) здоровье, согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения 1946 года, – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. С точки зрения системного подхода здоровье представляет собой определённый уровень физической тренированности, подготовленности, функционального состояния организма. Такое понимание здоровья предполагает отказ от определения здоровья как отсутствия болезни, выделение системных, а не изолированных критериев здоровья, обязательное изучение динамики системы, выделение зоны ближай-

шего развития, показывающей, насколько пластична система при различных воздействиях, т. е. насколько возможна её самокоррекция или коррекция, переход от выделения определённых типов к индивидуальному моделированию.

Проблема физиолого-психического состояния современного человека занимает в его жизни значительное место; концепты здоровья и болезни в силу их все возрастающей медико- и социокультурной релевантности находят активное отражение в сознании и коммуникативном поведении людей; однако при этом их философско-антропологическая специфика остается малоизученной. Концепты «здоровья» и «болезни» – это сложно структурированные ментальные образования, включающие понятийные, образные и ценностные признаки. Концепты «здоровья» и «болезни» являются дуальным типом концептов, при котором наличие одного служит обязательным условием существования другого. Понятийную сторону этих концептов составляют такие оппозиционные характеристики, как «целостность организма» – «нарушение целостности организма», «устойчивость функционирования организма человека» – «неустойчивость функционирования организма человека», «сила человека» – «слабость человека». Образную сторону концепта «здоровье» формируют устойчивые ассоциации здоровья с природными явлениями (в частности, с деревом, камнем, солнцем, светом, огнем, водой, землей), артефактами культуры, которым человеком приписаны признаки целостности и красоты. Образная сторона концепта «болезнь» ассоциируется с бедствиями, мифологемой «демон», черным цветом, врагом, с артефактами культуры, обладающими признаками нецелостности и безобразия. Ценностная сторона обоих концептов заключается в признании физиолого-психического состояния человека важнейшим аспектом его жизни и вытекающей отсюда системы приоритетов его поведения: соблюдения норм гигиены, здорового образа жизни, занятий спортом, позитивных мыслей и нравственных поступков.

Здоровье и болезнь представляют собой артефакты культуры, или социокультурную переменную величины, а любые

формы опыта, связанные с этими явлениями, являются продуктами определённых социальных практик и дискурсивных систем, требующих философской интерпретации. Общая полиморфность социокультурного пространства и неоднозначность понятия «болезнь» объясняют многовариантность трактовок болезни, которая является дополнением здоровья, его оборотной стороной, образуя тень. Значение болезни как расстройства соматического бытия не может быть однозначным, поскольку оно варьируется в соответствии с теми моделями здорового существования, в рамках которых оценивается жизнедеятельность субъекта.

В XX веке в медицинской науке относительно толкования феномена болезни наметился отход от жёсткой оппозиции «здоровье – болезнь» и от традиционного определения этих понятий относительно друг друга как по существу различных, противоположных по своей природе, а принцип противопоставления сменился принципом дополнения. Как отмечает П. Ганнушкин, «со времени Клода Бернара можно считать установленным, что никакой принципиальной разницы между явлениями здоровья и болезни не существует, что наоборот, существует необходимая связь между феноменами того и иного порядка, что в сфере патологии действуют те же законы и силы, что и в норме» [13, с. 97]. По мнению И. Давыдовского, жёсткое разграничение и противопоставление нормального и патологического в физиологии не выдерживают критики. Любой патологический факт следует рассматривать лишь как компенсаторно-приспособительный; это одна из вариаций адаптационной активности организма, а не слом, нарушение естественного режима функционирования [18].

Современная медицинская наука в ряде случаев отказывается от понимания болезни как патологического отклонения и предлагает гомеопатический принцип лечения. Болезнь определяется в положительном смысле как «изменение в состоянии здоровья здорового индивидуума» [12, с. 54].

От Античности с прославленной школой Гиппократов до

Нового времени, ознаменованного почти одновременным рождением клинической медицины и расцветом европейского гуманизма с его антропоцентрическими взглядами, сформировались три достаточно стойкие традиции толкования феномена болезни, которые сложились в разных системах знаний и отражают долгую историю становления западного духа и отношение к соматическому бытию человека.

По нашему мнению, философская интерпретация болезни предусматривает рассмотрение этого феномена во внутриличностном и интраперсональном плане жизнедеятельности человека. Это предполагает, прежде всего, глубокое философское осмысление различных аспектов болезненного состояния человека как внутриличностного, персонального расстройства, причина которого заключается или в чрезвычайной активности, или в несоответствии отдельного элемента, входящего в одну из систем организма (или психики) и нарушающего её целостность и стабильность. Так, несогласованность «поведения» отдельных элементов, составляющих человеческое естество, противоречит самой природе, поскольку нарушает основной естественный закон соразмерности и именно по этой причине приводит к возникновению различных болезней. Подобное понимание соматических болезней берет начало в прославленной гуморальной теории Гиппократов, который определял здоровье как «правильное смешение соков (или юморов человеческого организма)». Гиппократ считал, что «если бы человек был единое, он бы не болел» [15].

Все соматические недуги возникают в результате неупорядоченного сочетание четырех основных первоэлементов, которые входят в состав человеческого тела: крови, флегмы, желчи и черной желчи. Понимание соматических недугов в античном мире находим и у Платона, в частности, он указывал на следующее: «Поскольку тело наше соединяется из четырех родов – земли, огня, воды и воздуха, то достаточно хотя бы одному из них оказаться в избытке или в недостатке или перейти со своего места на чужое, достаточно какой-либо части воспринять в себе

то, что нужно, тут же, как и в случае других подобных нарушений, возникают смуты и недуги... Только тогда, считаем мы, что-то может сохранить самоидентичность и остаться целым и невредимым, когда тождественное приближается к тождественному и отделяется от него тождественно, единообразно и в нужном соотношении; но все, что нарушает это своим притоком или оттоком, становится причиной многочисленных и разнообразных изменений, болезни и гибели...» [34, с. 488-489]. Нарушением воздержания объясняет Платон и душевные болезни. К самым тяжелым недугам души он относит то, что нарушает меру удовольствия и страдания, а главная причина душевной болезни – необузданность страстей, которую Платон связывает с недостаточным воспитанием [34, с. 493].

Проблема болезненного состояния решается, в основном, не благодаря внешнему медицинскому вмешательству, а с помощью индивидуально принятых мер по упорядочению своей жизни. «Лучше управлять болезнью с помощью упорядоченного образа жизни, насколько позволяют нам обстоятельства, чем дразнить её лекарствами, делая тем самым беду закоренелой», – замечал Платон [34, с. 497].

При такой постановке вопроса от человека, стремящегося избежать заболевания или преодолеть его, требуется активная жизненная позиция и принятие всей полноты ответственности за свою жизнь. Корни любой болезни следует искать в себе самом, в несовершенстве своего внутреннего строения, которое необходимо преобразовать с помощью специфических (телесно-ориентированных и духовных) техник. Таков главный лейтмотив античных, в частности, стоических соображений о природе болезни и её происхождении. Основополагающими принципами оздоровления выступают при этом умеренность во всем и неустанная забота о себе [49].

Такой предстаёт болезнь во внутреннем плане её интерпретации и таким оказывается её внутренне личностный, интрапсихический аспект персонального соматического бытия человека. Прежде всего, это следствие человеческого несовершен-

ства, греха, невыдержанности. Настоящее исцеление требует не просто устранения видимой, внутренней причины болезни; оно не может быть доступным без самосовершенствования, кропотливой духовной работы над собой. Избавление от страдания может осуществляться или через упорядочение своей жизни и умеренность во всем (этот принцип проповедовался в античной традиции), или как обращение души к Богу и искупление первородного греха (это идея христианской традиции). Античный подход к проблеме оздоровления характеризуется наибольшим индивидуализмом: преодоление болезни связывается в античной традиции с изменением образа жизни, полностью определяется индивидуальной волей, тогда как в христианстве «оставление» болезни трактуется как восстановление настоящих отношений человека с Богом – здесь имеет место обращение к высшим силам, которыми даруется исцеление как благодать.

Что касается средневековых учений об одержимости и связанных с ними практик, то в них при сохранении идеи внутриличностной деструктивности индивидуальная активность и ответственность страдающего субъекта полностью обесцениваются, уступая место интенсивному социальному влиянию. Так или иначе, во всех рассматриваемых подходах болезнь интерпретируется как проявление зла, греха и хаоса, который охватывает душу конкретного человека, как трагическая потеря внутреннего единства и гармонии персонального соматического бытия. Болезнь открывает определённое глубинное неблагополучие, которое человек должен преодолеть морально-волевыми усилиями, переоценкой ценностей, изменением мировоззренческих ориентиров и переосмыслением смысла своей жизни. В персональном соматическом бытии человека феномен болезни по существу связан с основными духовными и нравственными проблемами существования.

Идея внутреннего личностного рассогласования, положенная в основу античной модели, допускает два равнозначных варианта философской интерпретации, которые и получили развитие в западной культуре: во-первых, нарушение внутрен-

него равновесия – «на совести» человека, который ведет беспорядочную и несправедливую жизнь, и источник любой болезни – в его душе; во-вторых, человек, который переживает болезнь, является жертвой постороннего вторжения извне – он страдает от деструктивного влияния враждебных ему по своей природе сил, втягивающих его в состояние болезни, т. е. главную угрозу здоровью и целостности следует искать вне данной персоны.

Пассивное переживание и претерпевание внутреннего разлада, обусловленное проникновением «злых духов», составляет основную картину болезни в архаических системах целительства и в народных поверьях. В эпоху Средневековья по аналогичной схеме рассматривали болезнь более глобально: как «одержимость Дьяволом», увлеченность души мировым злом. Согласно этим представлениям несчастной жертве нужно было срочное вмешательство шамана или знахаря, а в средние века – Священной Инквизиции, которая специализировалась на «спасении души». Пассивность больного и необходимость вмешательства – таковы основные аспекты «демонологического» толкования болезни. Следует отметить, что в Средневековье, когда господствовала Инквизиция, а в основе ее деятельности лежала христианская идея Божьего Суда над упрямым грешником, сформировалось достаточно устойчивое представление о человеке как пассивном объекте постороннего влияния, например, колдовских чар и сатанинского соблазна.

Распространённое в средние века толкование различных форм патологического поведения как одержимости дьяволом представляет собой показательный пример такой социальной практики, когда вопрос оздоровления оказывается в компетенции не отдельного человека, разумно или неразумно распоряжающегося своей жизнью, а определённой социальной группы, оценивающей то или иное душевное состояние в свете господствующей идеологии. Причем если в ереси видели злой умысел и духовное преступление, заслуживающее наиболее жестокой казни, то одержимость расценивали скорее как беду: одержимый – не преступник, а жертва, требующая экстренной помощи [31].

Понятие «одержимость» в средние века было своеобразным эквивалентом (аналогом) «психопатологии» и содержало в себе представление о пассивном переживании внутриличностной деструктивности. На основе такого представления сформировалось отношение к страждущему субъекту как к беспомощной жертве, к которой и болезнь, и выздоровление приходят извне: болезнь – от злых служителей Сатаны, а исцеление – от духовного лица, спасителя заблудившейся души. Хотя драма исцеления и разворачивалась в данной традиции как полная напряженного психологизма духовная борьба за бессмертие человеческой души, субъект переживания в ней явно не присутствовал, он якобы был исключен, его личностная ответственность за здоровье и душевное благополучие полностью была сведена на нет; как субъект выступал сам Сатана, мировое зло. Характеризуя средневековый период развития лечения, Франц Александер и Шелтон Селесник отмечают, что «в позднем Средневековье лечение психических заболеваний ничем не отличалось от изгнания духов в период демонологии... Обрядовое изгнание духов было направлено непосредственно на Сатану, который завладел телом и душой человека, но не на самого больного» [2, с. 83].

Следует заметить, что подобное отношение к больному, которое игнорирует его личность, характерно и для традиционной медицины: здесь борьба с неуничтожимым злом телесной и душевной патологии часто мешает восприятию и пониманию пациента как автономной и целостной персоны в своем соматическом бытии. Вместе с тем, не менее распространённой является интерпретация болезни как следствия индивидуального греха или греховности человеческой природы. Подобное понимание сложилось, например, в рамках христианской духовной традиции, согласно которой болезнь идентична греху и страданию, которые она приносит, и после полного осознания меры своей неискоренимой греховности должна побудить человека встать на путь искупления и духовного преображения. Исцеление при этом равнозначно очищению души, её освобождению от греха. «С православной точки зрения, болезнь является нормой зем-

ной жизни, поскольку в грехопадении прародителей Адама и Евы человеческая плоть изменила свои качества – стала немощной, склонной к болезням и старости, смерти и тлению. Болезнь – закономерное явление ещё и потому, что человек вольно или невольно впадает в грехи, которые также ведут к болезням» [22, с. 7].

«Причина болезни – грех, своя собственная воля, а не какая-то необходимость», – замечал преподобный Ефрем Сирийский. Другой святой, Иоанн Лествичник, считал, что «болезни посылаются для очищения грехов, а иногда для смирения» [22]. Современные врачи и особенно психиатры всё больше внимания обращают на духовную сущность психических расстройств, считая их одной из основных, глубинных причин психосоматической деструктивности. Грех как корень всякого зла близок к невротическим расстройствам. Происходя в глубине человеческого духа, он возбуждает страсти, дезориентирует волю, выводит из-под контроля сознания эмоции и представления. Поэтому Святитель Феофан указывал на то, что «внутренний мир человека-грешника исполнен самоуправства, беспорядка и разрушения. Глубинный невроз – показатель нравственного здоровья и духовно-душевного расстройства» [1, с. 38].

Душевная болезнь может рассматриваться и как прямое следствие преступления, совершенного человеком, как расплата за нарушение нравственных императивов или совершенное зло. Подобная интерпретация часто встречается в мировой литературе. Так, душевный надлом и безумие шекспировского Макбета есть не что иное, как высшая кара за совершенное им зло. Душевные и соматические болезни в ряде учений и концепций относительно человеческого бытия интерпретируются как отображение моральных изъянов и несовершенства человека. Глобальные проблемы нравственности определяют тот контекст, в котором происходит осмысление феномена болезни и дается оценка как соматических, так и душевных недугов. К. Ясперс пишет в этой связи о метафизической интерпретации болезни: «Болезнь может быть понята в терминах религии или морали –

как вина и наказание... Она может толковаться как испытующий вызов, как вечный знак человеческого бессилия, как постоянное напоминание о ничтожестве человека» [60, с. 229]. Такую же точку зрения относительно этой проблемы имеют и некоторые психиатры. К.Ф. Вайцеккер считает, что в здоровье есть много от правды, а в болезни – много ото лжи. В этой связи нельзя не вспомнить психиатров прошлого, которые считали, что тот, кто не виновен, никогда не сходит с ума, безумие поражает только виновного, а нравственное совершенство тождественно душевному здоровью: если врожденная тяга к добру развивается свободно, то никакие соматические явления не в состоянии вернуть к жизни душевную болезнь.

Таким образом, можно считать, что болезнь – это сложная антропологическая проблема, которая включает в себя религиозные, морально-этические и философские аспекты и является одним из показателей персонального состояния соматического бытия человека. Что бы ни было первопричиной болезни, главное, что в болезни видится нарушение целостности человека, состояние внутренней деструктивности соматического бытия.

Мэнли П. Холл, анализируя герменевтическую теорию возникновения болезни, вывел такое обобщенное определение: «Расстройство согласованности духовной и материальной природы: эти две природы, не будучи согласованными, вызывают умственное и физическое отклонение» [29, с. 404]. Здоровье и болезнь человека – это не только состояние его организма, а целая гамма соматических ощущений, переживаемых в социокультурном контексте. Больной среди здоровых выделяется как обособленное существо, поскольку имеет опыт ужасного, и это придаёт весомости его доказательствам. Здоровому человеку трудно представить уровень боли, которую испытывает и переносит больной, хотя при наличии богатого воображения наблюдающий за больным человек может стать уже не совсем здоровым. Обычно, не имея негативного опыта, считающий себя здоровым человек находится в состоянии безличностного совершенства, нечувствительности к смерти и ко всему прочему,

невнимания к себе и миру. И пока человек находится в этом состоянии, он подобен предметам; как только он из него выпадает, то становится для всего открытым, и сразу возникает всепроникающий страх.

Болезнь как состояние соматического бытия – это плоть, которая стремится освободиться, бунтует и не намерена более служить человеку, это предательство органов, каждый из которых стремится действовать в одиночку, внезапно или постепенно отделяется, выходит из строя, перестает взаимодействовать с другими. При таких условиях, дабы достичь просветления сознания, необходимо, чтоб организм почувствовал боль и даже начал разрушаться. Дело в том, что изначально сознание есть осознание органов. Когда человек хорошо себя чувствует, он не чувствует своих органов, и только болезнь обнаруживает их, дает понять их значение, уязвимость и связь персонального самочувствия и жизни. Иногда болезнь напоминает о себе достаточно настойчиво, не позволяя ни на минуту человеку забыть о ней. И потому драма обладания плотью, невозможность забыть о ней заполняет всё пространство человеческого существования. И только во сне человек становится частью общей анонимности, во сне оказывается среди остальных живых существ тотчас и всецело. Но едва проснувшись, человек оказывается наедине с собственной бедой, окруженный всколыхнувшимися болью мыслями. И тогда становится понятным значение Евангельских слов о том, что горе той плоти, которая зависит от души, и горе той душе, которая зависит от плоти. В повседневной жизни обычно у человека отсутствует осознание благотворного влияния болезней, а потому он не чувствует себя свободным, а со временем, когда болезненное состояние усиливается, человек невольно оказывается под властью собственного тела, которое может подвести его в любую минуту. Безусловно, тело управляет и управляет человеком, и от него в определённой степени зависит настроение, и когда человек подчиняется его капризам, смирившись с состоянием унижительного рабства, он начинает понимать, почему, будучи здоровым, он не думает

о собственной обреченности: здоровый человек почти не чувствует своего тела, практически не замечая, что оно существует. И действительно, если в здоровом состоянии органы не являются объектом особого внимания, то в болезни они напоминают о себе подчас невыносимо, «соревнуясь» друг с другом в том, кто из них удостоится большего внимания. И, видимо, самым неприятным в этом соперничестве является то, что человек вынужден быть только его объектом и свидетелем.

Подобно любому другому фактору нарушения равновесия, болезнь выводит из оцепенения, побуждает к активности и вносит в жизнь элемент напряжения и конфликта. Следовательно, жизнь – это восстание внутри неорганики, трагическая попытка вырваться из инертности, жизнь – это материя, одухотворенная и – необходимо отметить это особо – разрушаемая страданием. Такого оживления и суеты можно избежать, только стремясь к спокойствию неорганики, покою внутри её стихий. Желание снова превратиться в неживую материю лежит в основе желания смерти. И, наоборот, страх смерти – это боязнь такого преобразования, попытка избежать молчаливости и равновесия инерции. Все, что касается жизни, буквально и образно лишено равновесия. К осознанию того, что значит быть человеком в ходе неопределённой, вялотекущей болезни, добавляются другие, многочисленные и определённые состояния, которые возникают, чтобы уверить человека, что жизнь – это состояние полной уязвимости, что она по самой сути своей временна и является разновидностью случайного существования. Но если жизнь – это случайность, то жизнь индивида – это случайность случайности.

Следует полагать, что вылечиться от болезней невозможно или, точнее, что все болезни, от которых человек «вылечился», он всё же носит в себе, и они никогда его не оставляют. Речь идёт о том, что излечимы или неизлечимы, они остаются, чтобы помешать боли превратиться в непонятное, расплывчатое ощущение: они усиливают её, организуют и определяют границы. И на самом деле можно подумать, что органы одержимы

навязчивой идеей, от которой они не в состоянии избавиться, подвластны определённым, предсказуемым неприятностям и подчинены ужасам, как навязчивым идеям. Безусловно, механизм действия болезни таков, что она ничего не порождает вне себя. И если сначала она прогрессирует, то в дальнейшем, начиная с определённого момента, она ничего не приносит в жизнь больного, кроме повседневного подтверждения невозможности не страдать.

Вообще, пока человек полностью здоров, он не акцентирует внимания на своем физическом существовании. В отличие от здорового, больной человек, благодаря своей болезни, знает о ней, но воспринимает её как непринадлежность к бытию: он отчаивается, осознавая, что перед ним весь мир, в то время как он не в состоянии стать его частью и потеряться в нём. Человеку хотелось бы все забыть и, сбросив груз прошлого, в один прекрасный день проснуться свободным перед будущим. «Я» больного не может больше ничего решить, исходя из самого себя. Больной человек завидует всем смертным, презирает или ненавидит их, особенно тех, кто полностью здоров. Постоянное страдание вовсе не очищает и выводит на свет всё то, что есть в нем отрицательного в физическом и духовном плане.

Тайное желание больного заключается в том, чтобы все стали больными, а умирающего – чтобы весь мир страдал в агонии. Переживая трудности, человек подсознательно желает, чтобы на долю других выпали те же несчастья, которые пришлось пережить ему.

Интересные рассуждения о феномене страдания выражает современный французский философ Е. Сиоран: «Можно лишить человека всего, чем он владеет, забрать у него всё, так или иначе он выкрутится. Но одного нельзя трогать, поскольку, если лишить его этого, он неминуемо погибнет: способности, вернее, страсти жаловаться на свою судьбу. Если вы это у него отнимете, страдания перестанут интересовать его и доставят удовольствие» [42, с. 385]. Человек привыкает к страданиям настолько, что постоянно говорит о них и даже бравирует, расска-

зывая о них окружающим, превращая эти рассказы в наказание за то, что те не страдают по той же причине и в данный момент. Постепенно у больного формируются садистские наклонности. Среди всех телесных страданий выбрать искушение, поверив, что оно не имеет смысла, что без него человек был бы намного лучше, – значит, забыть, что в болезни есть два аспекта: уничтожение и открытость. Болезнь вбирает в себя все внешнее и рассеивает его только для того, чтобы открыть для человека предельную реальность, а иногда и невидимое. Прислушиваясь к своей боли и недомоганиям, человек беспокоится о себе, тем самым отгоняя мысли о смерти. И только в редких случаях, когда вдруг человек начинает понимать «негативные стороны здоровья», он не предпринимает никаких усилий для его сохранения или восстановления и начинает тихо умирать, добровольно и сознательно отдавая себя в руки судьбы.

Действительно, если человек смог выделиться из животного мира, то, конечно, только потому, что был более склонен и более восприимчив к болезням. И если ему удаётся удержаться в своем нынешнем состоянии, то именно потому, что болезни не прекращают ему в этом помогать; они всё плотнее окружают человека и умножаются для того, чтобы человек не чувствовал себя одиноким и покинутым, болезни следят за его благополучием, то есть за тем, чтобы у него ни на минуту не возникло ощущения, что боль оставила его.

И, видимо, без боли не было бы сознания. И хотя боль знакома всем живым существам, она является единственным индикатором, позволяющим выдвинуть гипотезу, что сознание – это лишь достояние человека. И действительно, причинив боль животному, можно заметить, что его взгляд излучает свет, на мгновение поднимает его над ним самим. Какое бы ни было животное, как только оно начинает страдать, то делает шаг навстречу человеку, стремясь к нему присоединиться. И пока продолжаются страдания животного, в нём присутствует элементарное сознание. Безусловно, сознание – это ещё не ясность ума. Понятно, что ясность ума является монополией человека,

своеобразным апофеозом разрыва между духом и реальностью. Разум – это осознание сознания, и если человек отличается от животного, то в этом его заслуга – или вина. А это уже другой вопрос, требующий отдельных размышлений.

Боль всегда реальна и придаёт определённую содержательность всему незаметному, на первый взгляд второстепенному, окружающему человека. Уже одним своим присутствием боль переворачивает представление о мире, меняет мировоззрение. Все, чего коснулась боль, неизбежно превращается в воспоминания, оставляет в памяти след. Исходя из этого, человек, который страдал, претерпев боль, становится меченым. Боль объединяет персональные ощущения и обеспечивает единство собственному «Я» в ситуации краха всех «непоколебимых истин», оставаясь единственной надеждой человека избежать метафизической гибели. Возникает вопрос, насколько уместно предоставлять боли внеличный статус и вслед за буддистами утверждать, что существуют только страдания, а не страдающий? Но, если отделить феномен боли, изолировать её от персоны, то «Я» превратится в иллюзию. Следовательно, возникает вопрос, кто же в таком случае страдает; смысл содержит в себе и механическое воздействие, к которому он сведен. Даже если допустить, что страдание существует независимо от человека, нельзя представить себя без него, не отделив его от персонального соматического бытия, субстанцией, а иногда и причиной которого оно выступает. Подобно тому, как невозможно представить себе ощущения как таковые без сопротивления «Я», нельзя представить страдания, которые не являются собственными. Следовательно, страдать от боли означает быть от начала и до конца собой, существовать обособленно от мира. Страдая от боли, человек не способен ни с чем идентифицировать себя, а это значит, что, осознавая собственный внутренний мир, человек пристально наблюдает за собой.

Следует указывать, что, кроме переживаемой человеком боли, которая внезапно охватывает его и к которой он постепенно приспособляется, есть ещё различные страдания, которых

человек желает себе инстинктивно и благоразумно. Человек нуждается в убедительных доказательствах важности собственного существования, и боль является одним из них, поскольку если она охватывает человека, об этом свидетельствует его персональное соматическое бытие. Кроме персональных ощущений, человеку нечего противопоставить миру. Поэтому, убедившись, что ни в чем нет основы, люди цепляются за всё, что имеет положительный смысл, всё, что заставляет страдать. Болевые ощущения приглушают жизненную пустоту. Чётко обозначенная боль всегда имеет определённый смысл, в то время как пустота слишком широка и не может содержать никакого смысла.

Безусловно, что физические страдания, через которые проходит человек, произвольны, более распространены и реальны, чем остальные, и именно перед ними человек всегда безоружен. И перед человеком встает вопрос: принять их или попытаться избежать? Человек не знает, как реагировать, а ответ на этот вопрос для него важнее всего.

Если соматический компонент здоровья и болезни кроется в них самих, то социокультурный компонент затрагивает духовно-мировоззренческие вопросы. Если Б. Паскаль считал, что болезнь тела есть не что иное, как наказание и образ недугов души, то другой французский мыслитель XX ст. Е. Сиоран высказывал мнение, что, будучи скорее причиной, чем отражением духовных болезней, физические болезни определяют наше видение вещей и направление мыслей [42, с. 387]. По нашему мнению, позиции обоих мыслителей выглядят в некотором смысле односторонними. Таких крайностей можно избежать, объединив обе точки зрения. Дело в том, что духовные болезни являются следствием эмоционального расстройства, а негативные эмоции в свою очередь вызывают соматические болезни. Так, в частности, возникает соматизация тоски, когда человек начинает развивать в себе болезнь умершего, по которому очень тосковал. Эти явления остаются невыясненными научно, но их можно отнести к своеобразным экзистенциальным аномалиям,

которые проявляются вследствие наличия нерешенных духовных проблем в социокультурной среде.

Как же должен человек относиться к боли, удостоверяющей, что у него нарушилось здоровье? С одной стороны, нет смысла сопротивляться боли, с другой стороны, покорность тоже неуместна, поскольку не украшает страдания. Именно они (страдания) могут превратиться в страсть, а способность переживать страсть означает склонность к страданиям. В определённой степени всё, что привязывает к жизни и даёт ощущение её полноценности, неизбежно обернется страданием. Страсть уже сама по себе является наказанием, поскольку тот, кто ей подвластен, даже считая себя счастливым человеком, расплачивается за свое реальное или призрачное счастье неизбежной тревогой. Интересно отметить, что страсть придаёт важности тому, кто не охвачен ею, превращает в тень, в кумира, она – негатив относительно истинной ценности людей и предметов. Страсть – это своеобразная жестокость в отношении других и в отношении самого себя, поскольку её невозможно переживать, не оказывая негативного воздействия на себя и других.

Поскольку боль проникает в мир через ощущения, лучше всего было бы лишиться чувств и впасть в состояние абулии. В статичном духовном состоянии, где уравновешенное удовольствие и страдание порождают замедленную стабильную жизнь, маленькие волнения уже становятся симптомом болезненности, и едва почувствовав её, человек начинает волноваться. И если человек не способен победить собственную болезнь, он вынужден культивировать её и находить в ней удовольствие. Такое удовольствие вызывало отвращение у философов античности, которые не знали большего наслаждения, чем отсутствие страданий. Попадая в безвыходное положение, со временем человек привыкает к своей болезни, начинает неосознанно любить страдания, а подсознательно у него зарождается страх потерять болезнь. Он готов на любые испытания, чтобы сохранить те ощущения, к которым уже привык.

Смертельная болезнь порождает экзистенциальные пере-

живания. Жизненный путь личности связан с прохождением различных критических ситуаций, влияющих на видение мира, познание себя и отношение к окружающей действительности.

В экзистенциально-гуманистической парадигме любые критические ситуации можно рассматривать как своеобразное «столкновение со смертью», осознание собственной смертности, активизированное неизлечимой болезнью, боевыми действиями, авариями и другими опасными обстоятельствами, а также столкновение со смертью другого (переживание потери близкого человека). Смерть в данном контексте понимается как трансформирующий процесс, отказ от старых, привычных способов и приспособление к новым, более адекватным, изменившимся условиям. Экзистенциально-психологическое состояние человека на различных этапах смертельной болезни изменяется.

После Второй мировой войны медицина обратила внимание на проблему смертельной болезни, на процесс умирания и на то, как этот процесс влияет на смертельно больного и на членов его семьи. Согласно исследованиям врачей, психологов, капелланов, умирание человека проходит шесть этапов переживаний: этап неспособности принять мысль о предстоящей смерти, эмоционально-депрессивный этап; этап своеобразных сомнений и надежд; этап принятия мысли о смерти и согласия с судьбой; этап сознательного приготовления к смерти; этап завершения земной жизни.

На первом этапе, когда больной узнает о своем смертельном заболевании, он реагирует не в форме отрицания, а отказывается признавать критичность своего состояния. Такая реакция на известие о приближающейся смерти позволяет смертельно больному не поддаваться панике и безумию. Это своеобразный психологический буфер против смерти. Фазу отрицания смерти часто поддерживают родственники больного. Этот период полон грусти, тоски и безысходности, ощущения тупика, из которого нет выхода. После такого непродолжительного по времени периода наступает состояние депрессии, тяжёлых переживаний. Больной человек часто впадает в гнев; ему кажется, что все окружа-

ющие к нему невнимательны. Возможна реакция, когда больной впадает в состояние апатии, безразличия, его всё чаще посещает мысль о его ненужности, о том, что он превратился в обузу для близких. Если больной человек окружен заботой и вниманием, у него возникает вопрос о несправедливости судьбы: «Почему я умираю, а кто-то другой, никому не нужный, живет дальше?» и т. п. Но это тот экзистенциальный вопрос, на который никто не может дать ответ, – нет на него ответа и в религии. Любые жалобы и проявления агрессии со стороны смертельно больного человека следует принимать с полным пониманием. Больному нужно давать возможность выговориться, поскольку этот своеобразный катарсис – способ очищения чувств и сердца человека – очень важен для его духовного оздоровления. Смертельная болезнь – это то критическое состояние, которое способствует духовному перерождению, изменяет не только планы, но и коренным образом трансформирует мировоззрение человека.

На этапе своеобразных сомнений и надежд человек, в конце концов, принимает мысль о своей близкой кончине и постепенно находит в себе силы жить с нею; тогда часто наступает стадия стремления любыми способами продолжить жизнь хотя бы на некоторое время. Такое позитивное стремление к жизни может дать положительный результат, и человек живёт дольше, чем предполагалось диагнозом. Больной находит в себе силы дожить до какого-то события, действия, завершения важного дела. Когда же такой вдохновляющей человека цели нет, он умирает очень быстро с тяжёлыми душевными ощущениями. Здесь следует отметить значение веры человека и его христианской надежды. Они помогают человеку отложить смерть, бороться за жизнь; это нужно понимать и помогать человеку обрести как волю к принятию мысли о смерти, так и хотя бы слабую, но надежду на выздоровление.

На этапе принятия и согласия с судьбой наступает полное осознание своей ситуации: человек принимает реальность смерти, невзирая ни на какие попытки поддержки окружающих. Очень часто вместе с этим согласием со смертью человек задает

вопрос, почему он должен умирать? В такой ситуации очень важным становится выяснение религиозных и богословских толкований ситуации, её значения в жизни человека и т. д. Именно разговор-дискуссия на тему значения человеческой жизни и тайны смерти способен стабилизировать духовное самочувствие человека. Когда человек видит, что его жизнь имела определённое значение и после него остаются добрые дела, тогда он умирает спокойно, с чувством выполненной земной миссии.

Простой человек может и не знать, что каждая жизнь имеет свою особенную ценность, что она не была прожита напрасно. Когда окружающие смертельно больного помогают ему познать ценность его жизни, он умирает легко и спокойно. Большое значение для умирающего человека имеет осознание того, что он что-то сделал для своих детей, потомков, человечества. В этом состоянии человек может иметь цели, к достижению которых он долго стремился, и, несмотря на медицинские прогнозы по поводу скорой смерти, он продолжает жить на удивление врачам.

Осознавая приближение смерти, умирающий очень часто высказывает пожелание, чтобы при нем кто-то находился, поскольку смерть в одиночестве, если больной в сознании, невыносимо тяжела от осознания скорой смерти и безнадёжности, от мыслей о своей ненужности. Последняя предсмертная драма умирающего – принятие смерти и подготовка к ней. Когда человек принимает смерть как вещь нормальную и неминуемую, он встречает её спокойно. В противном случае реакцией может стать гиперактивность либо упадок духа и полная духовная резигнация. На этапе принятия смерти и окончательной подготовки к ней большую роль играют вера и надежда на Бога. Искренность веры в этом состоянии подвергается испытанию, и может случиться так, что человек утрачивает веру. Такое развитие ситуации является наиболее тягостным для того, кто умирает.

После предсмертной драмы человеческой жизни наступает

завершение земного пути и подготовка к переходу в другой «дом бытия» – на кладбище. При этом умирающий может испытывать чувство благодарности за свою жизнь, за то, что он сумел выполнить свои обязательства, завершить свою жизненную миссию. Человек оглядывается на свой жизненный путь и отмечает, что из задуманного завершено и что – нет. Если удалось реализовать большую часть намерений, человек за это может испытывать благодарность судьбе и Богу. Тогда человек ожидает смерти как развязки – завершения своего земного путешествия. Когда человек идёт навстречу смерти в таком духовном состоянии, то и все окружающие также воспринимают предстоящую смерть значительно легче. В противном случае человек умирает с чувством полной безнадёжности, одиночества, он ожидает смерти не как позитивного завершения земной жизни, а как окончания мучений. Такой процесс умирания тяжёл не только для больного и его родственников, но и для врачей и священников, поскольку все они не в силах чем-либо помочь.

Смертельная болезнь в контексте «от бытия к смерти» освобождает людей от всего лишнего, привнесённого, даёт им возможность наконец-то стать собой. Столкновение со смертью позволяет человеку глубоко осознать жизнь, почувствовать потустороннее, сакральное, высшее.

Таким образом, несмотря на то, что смерть, как нам кажется, не несёт никаких приобретений, предстоящее столкновение с ней, тем не менее, способно приблизить человека к более полной жизни, где он сможет острее ощущать любовь, обрести смысл жизни, стать собой. Смертельная болезнь – это переходное состояние между жизнью и смертью, когда мир человека постепенно оказывается оставленным позади, а мир Бога, метафизического, только открывается впереди.

Известие о смертельной болезни вынуждает человека сжиться с неожиданной новой идентичностью. Он был здоров, полон надежд, а теперь знает о смертельной болезни. Долгосрочные горизонты планирования уступают место средне- и краткосрочным, но остаётся надежда. Человек входит в новый

статус, принимает совсем иную идентичность, его взгляд становится обращённым не в будущее, а в прошлое. Больной человек мыслями переживает события прошлого, говорит о прошлом, о различных неудачах, просчётах, часто кается о содеянном. Для верующего человека очень важным является общение со священником, что может облегчить его душевное состояние.

Отрицание смерти имеет большое значение для внутреннего экзистенциального опыта человека. Каждый человек знает, что умрёт, но ему кажется, что это случится не скоро, а когда-то в далеком будущем. И это даёт ему время и возможность жить и строить долговременные планы. Осознание конечности собственного бытия при незнании времени ухода из жизни даёт человеку возможность мечтать, строить планы и ставить цели. Смертельно больной человек, отрицая немедленную смерть, сохраняет свой образ, свою идентичность, это помогает ему переживать удар судьбы.

В состоянии смертельной болезни человек часто претерпевает радикальные изменения телесного состояния. Такие изменения значительно влияют на духовное состояние человека, он сосредотачивается на своей боли. У некоторых смертельно больных наблюдается показное веселье, а то и своеобразная беззаботность. Психологически это попытка человека вернуть свое старое «Я», свой статус, свою прежнюю идентичность. В таком состоянии больной пытается быть чем-то полезным, всячески манифестирует свою человечность, свой прежний образ здорового человека. Естественным состоянием при известии о смерти является состояние душевной тревоги о том, как долго болезнь будет продолжаться.

Таким образом, смещение жизненных ориентиров смертельной болезнью становится механизмом возникновения критической ситуации и её переживания. Столкновение со смертью – ключевая экзистенциально-психологическая ситуация кризиса, представляющая собой многогранный феномен, способный вызывать как отрицательные, так и положительные изменения в мировоззрении. Смысл и значение смертельной болезни и горя

как «ответа» на столкновение со смертью приводят к пониманию сложности и важности жизни и смерти, души и тела.

Смерть как неотъемлемая часть человеческой жизни давно оказалась в тени современной культуры. Её не пускают через парадный вход, но за это она мстит современному человеку, поворачивая его в состояние страха и полной растерянности при неизбежной встрече. Ликургу приписывают мысль о том, что множество людей на похоронах необходимо, чтобы изо дня в день напоминать каждому об ожидающей его судьбе. Современные информационные технологии и созданный ими виртуальный мир изменили восприятие смерти. Смерть на экране, которая массивно обрушивается на современного человека в потоке боевиков, не воспринимается как реальность, имеющая прямое отношение к каждому, она утратила свое сакральное значение и стала элементом повседневной реальности. Нарциссизм современной культуры, невозможность принять неотвратимые ограничения и мирской удел, свойственные всем, установка на исключительность пронизывают жизнь современного человека, думающего, что он не такой, как другие, и общие законы не должны на него распространяться.

С нарциссизмом тесно связана идея всемогущества (омnipотенция) – смерть, могущая наступить в любой момент жизни, кажется привыкшему планировать каждую минуту современному человеку совершенно неуместной, разрушающей столь дорогой ему порядок, лишаящей его ощущения, что всё идёт по плану. Источником страха смерти является и экзистенциальный вакуум как отмена цели и смысла жизни. Внутреннее чувство человека подсказывает ему, что такая жизнь немногим отличается от смерти, и он острее ощущает её близость и неизбежность. Человеческая жизнь предстаёт как совокупность фрагментов времени, наполненных фрагментарными предметами и отношениями; в ней нет целостности, нет проекта жизни, который возникает только при принятии и осознании факта конечности существования.

Медицинская антропология уходит своими корнями в эт-

нографические исследования культуры и физическую антропологию. Современный уровень образования позволяет человеку воспринимать основные элементы медицинских представлений о болезни, но невозможность полного усвоения специальных медицинских знаний оставляет неспециалисту возможность внутренне не соглашаться с этими представлениями или попросту ничего не знать о них. Это означает, что существует пространство для развития иных представлений о болезни, т. е. представлений, которые можно было бы назвать «традиционными». Имея дело с повседневной жизнью людей, антропологи акцентируют внимание на том, что болезнь может быть не только патологическим состоянием человеческого организма или психики, но и нарушением привычного ритма жизни отдельного индивида или общества.

Современные исследования в области медицинской антропологии показывают, что различные сообщества по-разному определяют свойственные им болезни. Болезнь и здоровье выступают как состояния, наполненные социальным смыслом: быть больным и здоровым в социальном контексте – не одно и то же. Хорошее здоровье воспринимается как норма, отклонением от нормы выступает болезнь. При этом болезнь везде выступает как нежелательное явление, и назвать себя больным или здоровым всегда означает дать оценочное суждение. Здоровье и болезнь не сводятся только к индивидуальному состоянию организма, но определяются в зависимости от требований и ожиданий социального окружения, например, связывающих человека семейных уз или профессиональных связей, которые могут представлять и как социальные состояния в широком смысле слова. Если болезнь воспринимается как состояние разрыва социальных связей, то здоровье, напротив, выступает как состояние тесной связи с обществом.

В каждом обществе существуют свои градации социальных состояний, отмечающих степень включённости или невключённости индивида или группы в социум на основании оценочных суждений относительно здоровья или болезни. Положе-

ние больного определяется, прежде всего, степенью его освобождения от обычных обязанностей. Кроме того, если сам больной не может излечиться только по собственному желанию, то его не обвиняют в недееспособности, а предлагают помощь. У больного появляются определённые привилегии, обусловленные болезнью, а вместе с ними и новые для него обязанности.

Больной человек воспринимает свою болезнь как нежелательное состояние и стремится к скорейшему выздоровлению. С этой целью он обращается за компетентной помощью к врачам и сотрудничает с теми, кому надлежит его лечить. Следует заметить, что наряду с сотрудничеством возможны конфликтные ситуации, когда больной не считает возможным принимать помощь или не считает себя больным (например, принудительное лечение от алкоголизма или наркомании, психотерапевтическая помощь). Номенклатура болезней может варьироваться от одного общества к другому.

Одно и то же состояние в одних обществах может восприниматься как болезнь, а в других – как нормальное состояние. Так, в современном цивилизованном обществе булимия считается болезнью, тогда как в Древнем Риме чревоугодие и вызванный им избыточный вес воспринимались как аристократическая практика. Так называемый современный синдром хронической усталости в XIX веке назывался шизофренией. То, что в XIX веке на Западе стало восприниматься как безумие, прежде считалось неразумным поведением, а ещё раньше – формой религиозной одержимости. На душевном уровне человек отличается осознанием самого себя, своей историчности, своей приближенности к смерти.

Принципиально иное понимание феномена болезни составляет основу естественнонаучной и медицинской системы интерпретаций. В рамках этих систем заболевание переходит в чётко фиксированный и распознаваемый по конкретным признакам объект рационального познания. Персонально-субъективный подход, предусматривающий переживание болезни и индивидуальное отношение к ней со стороны философии, усту-

пает место научной объективации и обобщению в медицине. Взгляд извне устанавливает лишь доступное объективному наблюдению: локализацию болезни, её субстрат (тело, мозг, психика), характерные внешние проявления (симптоматика), разнообразии форм и их изменчивость во времени (патогенез).

Иными словами, болезнь важна не в её отношении к сущности человека, то есть не как универсальный индикатор человеческого несовершенства или греховности, но как одно из многих природных явлений, подчиненных определённым закономерностям, как специфическая форма существования, в которой выражаются естественные биологические процессы и которую следует наблюдать, описывать, изучать наряду с другими формами жизни. Важным, значимым является внешний вид болезни и её «география», типологические особенности и характер течения, а не её связь с душевной организацией или общим духовным предназначением человека. В таком контексте понятие «болезнь» имеет исключительно естественнонаучный и биологический смысл, а исследование болезни выступает составляющей частью общего изучения Природы и, в частности, человеческой соматической природы, закономерной даже в своих аномалиях и деформациях.

Заболевание – такое же природное явление, которое одновременно разрушительно и закономерно, как, например, землетрясение или извержение вулкана. Специфичность дефекта, своеобразии структурных связей внутри симптоматического комплекса, особенности хода патологического процесса – всё это может не только отталкивать и пугать, но и вызывать оживленную научную заинтересованность, очаровывать исследователя. То, что субъективно, изнутри переживается как страдание и неблагополучие, включаясь в единый порядок научного знания, приобретает свою чёткую рациональную форму, видимую структуру и рационально доступную логику развития вне персонального соматического бытия.

Исторический обзор и анализ медицинских представлений о болезни, в которых превалирует описанный нами подход, со-

держатся в работе Мишеля Фуко «Рождение клиники», где он обращается к самому началу формирования западноевропейской медицинской мысли – к трактатам XVIII в., согласно которым болезнь возникает исключительно в своей внешней конфигурации как нечто автономное и легко абстрагируемое от конкретной личности, а не как личная драма, выражающаяся в столкновении внутренних противоположностей. Внутренний личностный аспект здесь вообще игнорируется, поскольку всё, что привносится личностью пациента, только мешает ясности. Врач должен добиться чёткой объективной картины, увидеть в болезни цельный, рационально понятный феномен и воздержаться от философских спекуляций, моральных суждений и от обращения к нечётким субъективным данным. «Чтобы установить истинно патологический факт, – пишет М. Фуко, – врач должен абстрагироваться от больного: нужно, чтобы тот, кто описывает болезнь, позаботился о разногласиях свойственных ей симптомов, которые являются обязательным сопровождением и случайных или необязательных, которые зависят от темперамента и возраста больного. Парадоксальным образом больной связан с тем, от чего он страдает, только внешней связью, медицинское исследование должно принимать его во внимание, только вынося за скобки» [52, с. 31]. Отторжение болезни от субъективно-персонального внутреннего мира больного, в котором она была неотделима от основных проблем человеческого «бытия в мире», и перемещение в систему зримых пространственных отношений и казуальных связей превращают её в самостоятельную категорию, не зависящую от конкретных характеристик её носителя. Она становится набором внешне выраженных признаков, которые легко обнаруживаются проницательным глазом специалиста, подобно хорошо узнаваемым чертам на мгновенном фотоснимке.

«Болезнь фундаментально воспринимается в пространстве плоских проекций без глубины и существования без развития. Не существует более одного плана и более одного мгновения... Первичная структура, в которой реализуется

классификационная медицина – это возводимые к плоскости пространства постоянной одновременности» [52, с.28]. Тот, кто пишет историю болезни, должен «следовать художникам, которые, создавая портрет, заботятся о том, чтобы отметить все, вплоть до знаков и самых незначительных природных деталей, которые они встречают на лице изображаемого ими персонажа» [52]. И действительно, история болезни – это скорее картина самой болезни, чем больного.

Медицинские трактаты, которые рассматривает М. Фуко, подразумевают нечто вроде картографии различных заболеваний, где врачу следует ориентироваться по уже нанесенным контурам, уточняя их в своей практике. Кроме того, для классификации болезней в них используется тот же принцип, что и, скажем, в ботанике: благодаря разделению на виды болезнь перестает быть аномальным или отрицательным явлением и начинает восприниматься как данность, естественный жизненный факт – в ней усматривается общий порядок, время, когда начинается переход от лихорадки к фазам озноба, жара, одним словом, ко всем присущим ей симптомам. Человек будет иметь столько же оснований верить, что эта болезнь составляет определённый вид, так же, как он верит, что растение представляет один вид, поскольку оно растёт, цветёт и погибает одним и тем же образом [52]. М. Фуко приводит этот фрагмент медицинского трактата для иллюстрации этого тезиса: «... порядок болезни есть не что иное, как отражение жизненного мира, здесь и там царят одни и те же структуры, те же формы деления на классы и тот же принцип. Рациональность жизни идентична рациональности того, что ей грозит» [52, с. 30].

С расширением клинического опыта однообразие диагностирующего взгляда дополняется непрерывностью больничного наблюдения. В болезни появляется темпоральный аспект: она начинает восприниматься как особая качественно неоднородная деятельность, что укрепляет её статус самостоятельного природного явления – естественного биологического процесса. Кстати, истоки такого естественнонаучного и процессуально-

го понимания болезни находим уже в античной философии: в диалоге «Тимей» Платона утверждается, что «строение любого недуга определённым образом подобно природе живого существа; между тем последнее устроено так, что должно пройти определённую последовательность жизненных сроков, причем как весь род в целом, так и каждое существо в частности имеет чётко определённую его границу во времени, которой и достигает, если не вмешивается сила необходимости... Таким же образом устроены и болезни ...» [34, с. 496]. Таким образом, болезнь уподобляется живому существу, развивается во времени согласно собственной природе, это маленькая, но своеобразная жизнь, которую можно оборвать медицинским вмешательством или изучать с дотошностью биолога, а субъект для неё – лишь субстрат, необходимая «среда обитания».

Естественнонаучный подход неизбежно порождает отчуждаемое отношение к болезни: она становится независимой от человеческой индивидуальности и в то же время неизбежной, как любая биологическая необходимость; она протекает закономерно, но не считается с индивидуальной волей – она, скорее, случается с человеком, как бедствие, и в этом заключается не её вина или грех, а общий закон природы.

У больных, безусловно, есть своя логика развития, но эта логика чужда индивиду и непосредственно не связана с его персональным существованием, поскольку один жизненный процесс нарушается или блокируется другим, посторонним по отношению к нему. Стремясь с таких позиций понять и описать болезнь, исследователь ставит цель определить её локализацию, то есть границы оккупированной недугом территории, фиксировать малейшие её проявления и все нюансы вызванных ею перемен; прогнозировать дальнейшее развитие патологического процесса. Но исследователь не в состоянии увидеть за всем этим разнообразием ярких феноменов активную и ответственную личность, поскольку используемый подход этого не предполагает. Остаются только чётко очерченные и укрепленные длинной социальной практикой отношения врача и

болезни, подобные отношениям скульптура и мраморной глыбы. Врач должен знать, что нужно сделать, когда имеющий место комплекс нарушений подведен под определённую нозологию, – в этом состоит его профессиональный долг. Остальные либо не попадают в поле зрения, либо не имеют достаточного удельного веса, определяясь как постороннее и случайное.

Отсюда следует ещё один вывод, к которому в свое время пришел М. Фуко. Когда болезнь отделяется от метафизики страдания, которой на протяжении веков она была родственна и мыслилась по отношению к ее природе, когда она становится не только переживаемым, но и наблюдаемым феноменом, её место в конечности человеческого существования определяется с максимальной конкретностью. Она перестает быть контрприродой и «обретает плоть в живой плоти индивидов» [52], становясь объективно зафиксированным биологическим фактом. И в то же время как внутренняя картина болезни затруднена и затемнена извечными проблемами человеческой субъективности, соматических ощущений, индивидуальными порогами болевой чувствительности и выносливости, её изображение в клиническом опыте претендует на ясность и прозрачность объективно полученных данных; здесь совокупность чётко определённых показателей в идеале должна соответствовать легко распознаваемым нозологическим типам. Наряду с сущностью в болезни проявляется свое лицо, характерная внешность, которая отображается в персональном соматическом бытии человека.

Сложнее разобраться с душевными болезнями – разнообразными психическими расстройствами, которые охватывают широкую и полную тайн сферу психопатологии.

Безумие сложно назвать естественным биологическим процессом – слишком безжалостно и вероломно пренебрегает оно основами человеческой рациональности и здравого смысла. Более того, оно деструктивно по отношению к обществу, поскольку способно разрушить социальные связи личности, ставя под угрозу даже самые стабильные нормы общественной жизни.

ни. Вследствие этого безумие требует развития особой социальной практики, направленной на его укрощение, и стимулирует формирование специальных технологий, позволяющих социуму регулировать, удерживать под контролем и подавлять эту опасную стихию, бушующую в человеческой душе. Любое полноценно функционирующее общество противопоставляет безумию определённый рациональный порядок социальной жизни и постепенно формирует систему более или менее жёстких мер, предотвращающих разрастание всего иррационального и асоциального, что есть в человеке. Наиболее распространённая социальная практика обуздания психического заболевания воплотилась в «институте изоляции», которым является больница для психически больных. «Изобретение и внедрение в практику механизма изоляции, который относится к XVII в., стало поворотным моментом становления западноевропейского подхода к безумию и душевной болезни в целом. Это момент, когда безумие начинает восприниматься в социальном аспекте – относительно бедности и неспособности работать, невозможности интегрироваться в коллектив; момент, когда оно впервые вписывается в проблематику гражданского общежития... Зарождается новый тип социальной чувственности, и вот уже определён её порог, обозначена граница, отобраны те, кто подлежит изгнанию. В конкретном пространстве классического социума остается некий нейтральный островок, определённая белая страница, на которой изображена реальная гражданская жизнь. Общественный порядок уже не сталкивается с беспорядком лоб в лоб, и разум не хочет больше своими силами прокладывать себе путь, воюя со всем, что может существовать помимо него или хочет его отрицать. Теперь он царит в чистом виде, заранее обреченный торжествовать над буйной «стихией неразумности» [50, с. 93].

Отгораживаясь таким образом от «безумного мира» психопатологии, общество защищает рациональные основы своего существования и одновременно более чётко очерчивает сферу приемлемого, допустимого, нормального. Подвергнуть су-

масштабного изоляции – означает, с одной стороны, предельно минимизировать его возможное деструктивное воздействие на общественную жизнь, а с другой – противопоставить его остальному обществу как отрицательный пример. Это есть и нейтрализация, и предостережение.

Клиническая проблема душевной патологии непосредственно соотносится с основной социологической проблемой управления, нормирования и контроля. При таком подходе душевные аномалии не могут оставаться личностной проблемой индивидуального своеобразия, которая достойна сожаления «донкихотства», и становятся объектом социальной заботы, приобретающей формы тотального нормирования.

Любая разновидность душевной патологии определяется путём её соотнесения с доминирующей в данный исторический момент системой социокультурных норм, стереотипов и эталонов, душевная болезнь неотделима от её социальной оценки – медицинской интерпретации, диагноз становится её неотъемлемой частью. То, что не удаётся удержать в границах нормы, фиксируется одним словом – диагноз. Неслучайно в обыденном языке медицинские термины становятся бранными, а заключение врача звучит иногда как приговор. Болезнь духа перестает быть непредсказуемой и внушает мистический ужас, она находится под контролем в виде общественного надзора благодаря тому, что обрастает тяжелым панцирем медицинской терминологии.

Бред теряет свою трансценденцию, в нем уже не слышатся пронизательно ледяные голоса богов, не угадываются грозные пророчества, не зияет бездна. В свою очередь сумасшедший перестает быть юродивым, божьим избранником, охранником некоторой страшной, необъятной для других тайны и выразителем бесконечной мировой скорби. Всё, что с ним происходит, поддается описанию и классификации, имеет конкретный социокультурный тип, в соответствии с которым он занимает особое положение в обществе. Постоянно находятся способы социально приемлемой интеграции душевнобольных; социум

стремится сделать их общественно полезными, использует их труд (это работы, которые могут выполняться такими людьми, или трудотерапия).

Высшим проявлением гуманности в отношении душевнобольных является признание результатов их деятельности творчеством или даже искусством. Выставка работ шизофреника – это не столько дань уважения его таланта, сколько попытка социума ассимилировать в приемлемой форме индивидуальный опыт безумия, превратить его в безобидный и трогательный факт социальной жизни. Таким образом, общество стремится уйти от противопоставления патологического и нормального, предоставить душевной болезни более «цивилизованный вид».

Проблема болезни духа и те болезни, которые она порождает, всё более становится объектом внимания не только медиков и психологов, но и философов, о чём свидетельствуют, в частности, работы М. Фуко, Э. Фромма, К. Ясперса, Е. Сиорана, И. Смирнова и др. Исследователи психопатологии не раз обнаруживали в психических отклонениях искаженное или гротескное отражение социальных и культурных процессов. В самой манифестации душевной болезни проявляется её взаимосвязь с общим культурным контекстом, и становится очевидна её социокультурная детерминация. Социально-политические веяния, явления массовой культуры, изменяющиеся коллективные представления и данные науки, верования и суеверия – всё это удивительным образом вплетается в единую картину того или иного психического расстройства, которое постепенно ведёт к деструктивности персонального соматического бытия человека в целом. Трудно отрицать формирующее влияние культуры на процессы становления психической болезни, ведь и содержание, и структуру, и характер течения последней можно понять, только вникнув в реалии и перипетии культурной жизни. И если болезни тела уподобляются явлениям природы, благодаря чему исследуются и классифицируются подобно биологическим видам, то душевные заболевания рассматриваются в экстрасоматическом контексте и соотносятся с социальными и социокультурными процессами.

Карл Ясперс, анализируя феномен «психической эпидемии», указывал на соответствие форм проявления психопатологии и устойчивых тенденций общественной жизни: «Феномены этого рода, получив широкое распространение в средние века, уже давно служат предметом заинтересованного внимания. Судя по всему, в более поздние времена в нашем культурном пространстве идентичных явлений не было. Средневековые психические эпидемии можно сравнить только с феноменами, которые встречаются во всем мире среди первобытнообщинных народов, подвергающихся психическим эпидемиям благодаря своей высокой убедительности. Все эти эпидемии, исходя из описанных симптомов, удаётся отождествить с истерическими проявлениями (содержание последних каждый раз определяется соответствующей средой и преобладающими установками). Но почему такие эпидемии происходили именно тогда? Почему они не свойственны другим историческим эпохам, в том числе и нашей? Можно предположить, что присущие определённым историческим эпохам типы переживаний и религиозные взгляды, вызывая специфику отдельных позывов и целей, приводят в движение механизмы, которые иначе так и остались бы в латентном состоянии» [60, с. 879-880].

Видимо, массовые психозы отражают наиболее характерные культурные веяния своей эпохи. Источником материалов для психопатологии служат коллективные представления. Если происходят изменения в системе этих представлений, то одновременно изменяется и вид болезни. Наглядным примером является истерия. Характер манифестации этого заболевания претерпел определённые изменения после того, как его психоаналитическое толкование вытеснило древние представления об одержимости и научные предрассудки XIX века. «Известно, что истерия изменила свое лицо, – писал Леон Шертук. – В настоящее время мы редко встречаемся с истерическими припадками» [53, с. 106].

Подобные изменения характерны и для других душевных расстройств. Означает ли это, что психопатология постепенно

включилась в навязанную ей социальную игру, или это свидетельствует в пользу версии о первичности социокультурной природы душевной болезни?

Несомненно, культурная среда в значительной мере формирует «внешний вид» душевного заболевания и определяет удельный вес тех или иных психических расстройств в жизни конкретного сообщества. Благодаря этому любой феномен психопатологии может рассматриваться как социокультурное явление, которое имеет свою историю. Культурная среда, преобладающие взгляды и ценности, как отмечает К. Ясперс, важны потому, что они способствуют развитию одних разновидностей психических аномалий и предотвращают развитие других [60, с. 877].

Таким образом, болезнь возникает как объективное, наблюдаемое и распознаваемое по внешним признакам, естественно или социально детерминированное явление. Она предполагает не только внутреннюю рассогласованность и обусловленные ею страдания, но также диагноз – имя, которое превращает заболевание в конкретный, фиксированный социальный факт. Социокультурный аспект болезни, связанный с её медицинской интерпретацией, постоянно присутствует в современной западной культуре наряду с психофизическими и субъективно-личностными аспектами. Поэтому болезнь, согласно Ф. Лершу, может быть определена с трёх различных позиций: как определённое состояние организма или изменение физического состояния тела; как точка зрения пациента или полнота осознания им болезни – от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции; как интерпретация врача или клинический диагноз [36, с. 18].

Диагноз – это специфическое социальное отношение, оценка личности её социокультурным окружением, персонифицированным в фигуре медика. Постановка диагноза приводит к отчуждению болезни. В расчет берутся, главным образом, факторы и причины, непосредственно не зависящие от личности, внешние по отношению к ней. Так, болезнь признается результатом

генетической ошибки, деформирующего воздействия внешней среды или постороннего вредного вторжения. Личность превращается в пассивную жертву объективных процессов, которая ожидает медицинской помощи – вмешательства извне.

Отчуждённое отношение к болезни отражает стабильную тенденцию в развитии западного общества – болезнь становится искривлённым зеркалом души, с которым потеряли живую связь и сам больной, и его врач. Как отмечает Э. Фромм, «современная психология, психиатрия и психоанализ вовлечены в общий процесс отчуждения. Пациент воспринимается аналитиком как вещь, как нечто, что состоит из частиц. Отдельные части сломались и требуют замены, подобно деталям автомобиля. Существуют такие-то и такие-то поломки: их называют симптомами. Терапевт считает своей функцией заменить или отремонтировать эти поломанные «детали». Он не рассматривает своего пациента как целостное уникальное единство, которое можно понять полностью только в акте абсолютной связи с ним, в акте сопереживания и любви» [48, с. 166].

Так, объективация болезни сопровождается отвержением активно переживающего субъекта и опредмечиванием его страдающей души. Одновременно обращает на себя внимание и эволюция представлений о болезни: от идеи одержимости злыми духами до включения в единую систему организма и психики как закономерного явления. Заложенный в фундамент медицины естественнонаучный подход предполагает обуздание болезни с помощью её рационализации. Болезнь так же закономерна, то есть, подчинена законам природы, как и здоровое функционирование, и соответственно знание её законов позволяет отработать социальную практику обращения с ней. Болезнь локализуется, и если она ещё не объяснена, то всё же подлежит чёткому описанию, инвентаризации, входит в тот или иной класс, включается в систему. Обществу понятно, что в каждом отдельном случае необходимо принимать меры: изолировать, лечить принудительно, подавлять. Индивиду понятно, чего следует избегать, чтобы не идти на конфронтацию с соци-

альным окружением. Вследствие этого забота о себе заменяется беспокойственностью по поводу своей нормальности и включённости в социум. Рациональное знание о заболевании открывает обществу путь к власти над ним.

Следует отметить одно существенное преимущество, которое имеет медицинская модель: именно она превращает смутные болезненные переживания в распознаваемые и выраженные симптомы, способствует преодолению ужасающей неопределённости, которая делает человека беззащитным перед болезнью. Болезнь перестает быть необъяснимым кошмаром и суровой карой. Она становится объектом интенсивного познания и преобразования. При таком подходе болезнь рассматривается как своеобразный антипод или негатив основных человеческих ценностей, которые утвердились в западной культуре и отображают состояние человеческого бытия: здоровья, благополучия, свободы, красоты и счастья. В болезни же с необходимостью усматривается нарушение естественного порядка существования, отрицание основ полноценной жизнедеятельности человека. Обретая самостоятельность биологического феномена или конкретность социального факта, она в первом случае игнорирует, если не уничтожает, личность подчинённого ей субъекта, который оказывается в пассивно-страдальческой, зависимой позиции, а во втором – искажает, гипертрофирует или доводит до гротеска основные нормы общественной жизни, бросая вызов социуму.

Однако, следует признать, что далеко не всегда болезнь предстаёт в виде явления, наделенного негативной ценностью. Было бы значительным упрощением рассматривать феномен болезни исключительно как отклонение от определённой устоявшейся нормы, нарушение полноценного взаимодействия с окружающей средой или как выражение слабости человеческой природы и несовершенства человека в его соматическом бытии.

В мировой культуре широко распространены представления о болезни как о необходимом испытании, которое посылается высшими силами или судьбой сильному и духовно развитому

человеку ради его самосовершенствования. Поэтому болезнь не только ограничивает свободу и блокирует жизнедеятельность человека; она способна также открывать другие измерения духовного опыта и новые горизонты развития.

Так, с помощью болезни человек может приобщиться к сакральному и мистическому опыту, недоступному в обычных, нормальных состояниях. Сам факт заболевания может означать переход на новый уровень духовного бытия и приобретения новых духовных качеств. Необходимость страдания как пути к искуплению – один из центральных постулатов христианского учения. Болезненные переживания и душевные недуги, как показывает история культуры, нередко становятся спутниками творческой одаренности и гениальности, что позволяет рассматривать их как своеобразные источники вдохновения.

Характерно, что рассмотрение личности с точки зрения её творческих возможностей предполагает совершенно особое толкование патологических феноменов. В данном случае отсутствует жёсткое разграничение и однозначное противопоставление «здорового» и «больного», поскольку изначально признается, что настоящее творчество может быть как «здоровым», так и «больным». Болезнь и патология могут оказаться удивительно продуктивными и нередко выступают как стимулы, движущие силы и факторы духовного роста, благодаря чему приобретают определённое значение для творческого процесса и становления личности. В них порой видится духовная глубина, ужасная и одновременно манящая бездна, из которой появляются на свет странные и таинственные творения. Углубление в этот «мрак» может способствовать возникновению принципиально новых, оригинальных форм видения, переживания и самовыражения. Поэтому некоторые гении, которые обогатили культуру и духовный опыт человечества, как свидетельствует их творчество и жизнь, по ряду признаков были близки к безумию и довольно часто предстают на страницах биографий как «великие безумцы».

Проблему соотношения творческого и болезненного в

гениальном человеке рассматривает Ч. Ломброзо. С помощью тщательного анализа биографий великих людей автор наглядно показывает, насколько тесно переплетены эти два феномена.

Примеры, которые приводит Ч. Ломброзо, позволяют предположить, что болезненно обострённая чувственность гениев и пророков человечества не только омрачает им жизнь, но и в значительной степени способствует их творческому росту, сопровождая великие свершения и прозрения. Поэтому болезнь далеко не всегда означает дисфункцию, разрушение. Данный аспект проблемы отмечал и К. Ясперс. Понятие «душевная болезнь», которое, конечно же, указывает на определённую недостаточность, возвращается неожиданной стороной, когда под него подпадают явления, заслуживающие положительной оценки.

Аналитические патографии выдающихся людей свидетельствуют о том, что болезнь не обязательно разрушает духовную жизнь; некоторые творческие проявления возможны вопреки болезни, а для других болезнь выступает в качестве необходимого условия творчества. Болезненное состояние неповторимым в своем роде образом может указывать на наибольшее глубины и бездны «человеческого». Неслучайно поэты использовали образы безумия как символы, означающие суть «человеческого», его высших и ужасных проявлений, его величия и упадка. Достаточно вспомнить М. Сервантеса с его «Дон Кихотом», ибсеновского «Пера Гюнта», «Идиота» Ф. М. Достоевского или шекспировские трагедии «Гамлет» и «Король Лир». Следует отметить, что все эти авторы дают достаточно реалистичное описание шизофрении, истерии, слабоумия и психопатии. Неслучайно и то, что за безумцами часто признают какую-то особую мудрость [60, с. 937-938].

К. Ясперс приводит характерное высказывание Новалиса: «Наши болезни – это феномены обострённого восприятия, они стремятся превратиться в высшие силы» [60, с. 939]. Согласно К. Ясперсу, различные формы психопатологии, эти болезненные проявления беспокойного и ищущего духа, в

прошлые исторические эпохи были неоднократно отнесены к сфере величественного и священного, к высшему измерению человеческого бытия.

Замечено, что безумие вызывает у окружающих не только ужас, но и благоговение. Платон говорил: «Сейчас величественным благом для нас возникает безумие, которое было даровано нам богами... По свидетельству предков наших, безумие, ниспосланное богами, бесконечно прекраснее простой человеческой рассудительности» [60, с.938].

Душевную болезнь, в которой современный психиатр различал бы явные признаки патологии, Платон назвал «священным бредом», подчеркивая её божественную, сакральную природу. Такая разновидность «брета», по убеждениям Платона, имеет безусловную ценность для общества, является «благом»: «... под влиянием бреда дельфийские и додонские пророчицы сделали тысячи услуг гражданам Греции, тогда как в обычном состоянии они приносили мало пользы или же совсем оказывались ненужными.

Много раз случалось, что когда боги посылали народам эпидемии, кто-нибудь из смертных впадал в священный бред и становился под влиянием его пророком, указывал лекарство против этих болезней. Особый вид бреда, пробужденного Музами, вызывает в простой и непорочной душе человека способ высказываться в прекрасной поэтической форме о подвигах героев, способствует просвещению будущих поколений».

Подобная интерпретация болезни не может быть признана анахронизмом, поскольку она характерна не только для верований и убеждений глубокой древности, но и для западного мышления нового времени. Так, К. Ясперс ссылается на Ф. Ницше, открыто презиравшего людей, считавших вакхические танцы и дионисийские оргии греков лишь «болезнями народных масс», которые заслуживают высокомерной пренебрежительной оценки с позиций так называемого душевного здоровья: «Эти ничтожества и не представляют себе, насколько мертвенно-бледным и прозрачным казалось бы на этом фоне их жалкое

«здоровье». Существует одно роковое обстоятельство, – замечает он, – дух особенно благоволит именно к нездоровому и ничтожному, тогда как филистер, как бы здорово он не философствовал, чаще всего бывает бездуховным... Как Платон, так и Ф. Ницше говорят о болезни не как о чём-то разрушительном и низком по сравнению со здоровьем, а как о более полной, высокой, творческой форме бытия» [60, с. 938].

О соотношении творчества и безумия рассуждает и Мишель Фуко. Согласно его концепции, «глупость в современном мире, после Сада и Гойи, принадлежит к решающим моментам любого творчества, – иначе говоря, к тем смертоносным, властным стихиям, которые заложены в творчестве как таковом [50, с. 522]. «Безумие Т. Тассо, меланхолия Дж. Свифта, бред Ж.-Ж. Руссо, – пишет М. Фуко, – принадлежали им самим. Одно и то же исступление, одна и та же тоска говорили и в текстах, и в жизни людей, те же видения переходили из творчества в жизнь и наоборот, язык и бред сплелись воедино» [50, с. 522].

Творчество и безумие, по мнению М. Фуко, всегда были не только глубинно взаимосвязаны, но и всегда парадоксальным образом ограничивали друг друга. «Поскольку существовала определённая сфера, в которой безумие отрицало творчество, уничтожало его своей иронией, превращало его воображаемые ландшафты в патологический мир фантазмов, речь в бреде могла быть творческой. И наоборот, если бред считался творчеством, оно тем самым отделялось от жалкой истины собственного безумия ... Безумие писателя было для всех остальных возможностью увидеть, как рождается, как возрождается снова и снова в отчаянии самоповторения и болезни истина произведения и творчества в целом» [50, с. 522]. Только благодаря соприкосновению с безумием, считал М. Фуко, творчество приобретает подлинность: тот непреодолимый разрыв и пустота, которую проявляет безумие, «заставляют мир задать вопрос о самом себе» [50, с. 524].

Аналогичный подход к проблеме душевных недугов, которые охватывают персональное соматическое бытие человека в

целом, нашёл отражение во многих неортодоксальных системах психотерапии XX века. Представители глубинной и трансперсональной психологии неоднократно подчеркивали, что невроз и другие психологические нарушения могут положить начало духовному преобразению личности, а также способствуют преодолению ригидных установок и тенденций к одностороннему развитию.

Карл Густав Юнг выделял в неврозе потенциально позитивный элемент, который не может быть сведен к «слепому страданию» и представляет собой мучительный поиск нового, ещё не понятого умом смысла существования. К. Г. Юнг утверждал, что «невроз есть не что иное, как индивидуальная, пусть даже неудачная, попытка решить универсальную проблему» [58]. Такое понимание невроза называют «телеологическим»: невроз – не какая-то ерунда, он имеет свой определённый смысл, цель и положительное значение, в нём следует видеть не только отражение прошлых психотравм, но и залог будущих преобразований. К. Г. Юнг отмечал, что «невроз ни в коем случае не является чем-то негативным, он одновременно имеет положительный аспект ... В действительности, невроз удерживает душу пациента или хотя бы значительную её часть» [39, с. 282].

Таким образом, любой болезненный симптом в юнговском смысле представляет собой не только выражение душевного неблагополучия индивида, но и «попытку психической саморегуляции» [39, с. 373], и особый знак, указывающий направление дальнейшего развития личности.

Отношение к болезненным проявлениям человеческой психики, которые деструктурируют персональное соматическое бытие человека, значительно изменилось в результате исследования кризисных состояний и предельных, «пиковых» переживаний. Исследователи У. Джемс, С. Гроф и другие отмечали поразительное внешнее сходство патологических проявлений личности и духовных кризисов, подчеркивая при этом их качественные различия.

Так, У. Джемс приводит примеры религиозных и мисти-

ческих учений, которым предшествовали труднопереносимые болезненные переживания, состояние глубокой подавленности, тоски и ужаса [19]. Духовной трансформации человека может предшествовать глубинное переживание душевного неблагополучия, которое часто считается проявлением психопатологии. По мнению С. Грофа, следует отличать психическую болезнь от болезненных процессов духовной трансформации личности [16, с.322-323].

Главная идея трансперсональной концепции С. Грофа заключается в трактовке человеческого бытия независимо от эмпирически данного тела, которое предстаёт как посредник в укоренении человека в космических процессах. В определённом смысле С. Гроф продолжает неоплатоновскую традицию понимания телесности. Как и в неоплатонизме, сверхсущее Единственное постигается только в экстатическом опыте: «при определённых обстоятельствах человек может функционировать как безграничное поле сознания, которое преодолевает все границы физического тела...» [62, с.73]. Согласно С. Грофу, сознание физически реализовано не в мозге и вообще за пределами тела, которое, тем не менее, способно играть роль медиатора в экспериментальном постижении этого сверхчеловеческого сознания.

Существует особая группа психических нарушений, которые следует рассматривать скорее как «причуды пути духовного развития», чем как патологические феномены. Эти нарушения характеризуют глубинные личностные кризисы, сопровождающие духовное пробуждение. «Духовное развитие человека – долгое и нелегкое путешествие через неизведанные земли, полные неожиданных трудностей и даже опасности, – писал Роберто Ассаджиоли, – оно предполагает радикальное преобразование «нормальных» черт личности, пробуждение скрытых ранее возможностей, «подъём» сознания в новые для него сферы, а также новую внутреннюю направленность деятельности. Неудивительно, что такая огромная перемена, такая фундаментальная трансформация проходит несколько критических

стадий, которые часто сопровождаются различными нервными и психическими расстройствами» [4, с.46].

Рассматривая конкретные эпизоды из жизни великого проповедника Мартина Лютера, в психоаналитической биографии Эрик Эриксон показывает, как болезненно, сопровождаясь ярко выраженными патологическими проявлениями, переживается духовный кризис, приводя личность к формированию оригинального мировоззрения и способствуя раскрытию её духовного потенциала. Согласно Э. Эриксону, именно болезнь и кризис позволяют осознать всю сложность человеческого организма, его персональную соматическую целостность. Повышение чувствительности, обострение внимания и страдание выступают как основные предпосылки более глубокого самопознания и неутомимого поиска себя, который может успешно завершиться проявлением настоящей идентичности. По мнению Э. Эриксона, переживание глубинного кризиса и внутреннего конфликта составляет необходимый компонент становления молодого человека, способствуя решению его жизненно важной задачи – приобретения собственного неповторимого Я. Но разные индивиды проходят это испытание различными способами. «Одни молодые люди капитулируют перед кризисом с помощью невротического, психотического или преступного поведения, другие разрешают кризис, самоотверженно участвуя в идеологических движениях, связанных с религией или политикой, природной средой или искусством. Но есть и такие, кто терпит страдания и опасно отклоняется от нормы, что воспринимается как запоздалая юность; они оказываются способными внести оригинальный вклад в стиль жизни, который только рождается: сама ощущаемая ими опасность заставляет их мобилизовать свою способность петь и говорить, мечтать и рассчитывать, проектировать и создавать по-новому» [55, с. 35].

В психоаналитическом исследовании Э. Эриксона М. Лютер предстаёт как неординарная личность, которая преодолела тернистый духовный путь от пугающих болезненных проявлений в юношеском возрасте к безусловному авторитету и власти

над умами в зрелом возрасте.

Способность достойно переживать жизненный кризис в значительной мере определяет творческий размах и глубину духовного влияния самореализующейся личности. Э. Эриксон вводит понятие «пациентства» как особого жизненного стиля, который включает испытания, страдания, крайнюю нужду и потребность в лечении, способность к самовыражению в страдании [55, с. 33]. Такой подход к «страдающему» пациенту имеет в виду не пассивную жертвенность и немощность, а скорее непреодолимое стремление к осмыслению существования, тоску по идеалу, поиск новых форм самовыражения, утверждение новых ценностных ориентиров.

Психолог гуманистического направления Ролло Мэй исследует глубинный психологический опыт болезни как необходимого условия профессионального становления психотерапевта. Опираясь на ряд биографических данных, он доказывает, что настоящий целитель души – страдающий и даже в социальном плане нередко глубоко неблагополучный человек, «раненый целитель». Поэтому необходимым качеством психотерапевта является не социальная успешность, а способность во всей полноте переживать и осмысливать как физическое, так и духовное страдание, раскрывать тот творческий потенциал, который скрыт в психологическом опыте любой болезни. «Понимание, которое приходит к нам через наши личные страдания и личные проблемы, – отмечает Р. Мэй, – приводит нас к развитию эмпатии и творческих способностей в отношении людей – и к страданию» [28, с. 92]. Он расширяет поле своего анализа, используя факты из жизни знаменитых людей, у которых сочетался опыт болезни и страдания. Введенное им понятие «творческая болезнь» постулирует, что «есть положительные стороны во всех без исключения заболеваниях, как психологических, так и физических». «Можно сказать, что страдания необходимы для того, чтобы показать нам путь в глубины, из которых рождается творчество» [28, с. 96].

Ролло Мэй стремится подвергнуть сомнению «само понятие

здоровья в нашей культуре». Очевидно, что в его трактовке здоровье предстаёт, прежде всего, как духовный феномен, а потому некорректно отождествлять здоровье и социальное благополучие, поскольку такое отождествление часто означает остановку духовного роста или даже личностный регресс. И в то же время, согласно его подходу, «болезнь и страдания означают совсем не то, что большинство людей нашей фаустовской цивилизации привыкли приписывать им». «Из отчуждения болезнь может стать объединяющим звеном между нами и другими людьми на новом и более глубоком уровне» [28, с. 96]. Только пережив болезнь, человек осознает в себе психотерапевтическое призвание, приобретает настоящий «дар сострадания».

Следует отметить также особый смысл, который приобретает болезнь в свете духовных практик шаманизма. Она выступает не только как бедствие, от которого шаман вынужден постоянно избавлять своих подопечных, но и как необходимое испытание, преодоление которого гарантирует ему приобретение магического дара исцеления.

Мирча Элиаде описывает интересный и необычный феномен – болезнь-посвящение. Будущий шаман переживает болезнь в чрезвычайном страдании, которое сопровождается страшными видениями и, в конце концов, открывает перед ним мир новых духовных и целительских возможностей. Инициализирующая болезнь включает глубокое душевное страдание с ужасными грезами, которое настигает каждого, кто проходит инициацию. Болезнь-посвящение представляет собой важный кульминационный момент в духовной жизни шамана – момент перехода в новое духовное состояние, когда страдания и символическая смерть предполагают воскресение в новом качестве, а период трансформации, бессилия и психической изоляции заканчивается овладением внутренней силой. В данном случае болезнь помещается в традиционную схему церемонии посвящения: перетерпеть болезнь и проходить инициацию – суть одна [54, с. 39-63].

Если клиническая психопатология в большинстве случаев обращивается для человека социальной неполноценностью, то болезненные переживания и экстатическое состояние шамана открывают ему доступ к сакральному, определяя его религиозно-мистический статус. Кроме того, опыт страдания необходим шаману, как, кстати, и психотерапевту, для раскрытия в себе способности к настоящему состраданию, ведь и слово «шаман» означает на санскрите «сочувствующий».

Очевидно, что болезнь не всегда только отнимает силы человека, воплощая беспомощность и упадок. Если на физическом состоянии это сказывается именно так, то на ментальном возможно духовное совершенствование, трансформация и преобразование. Это находит подтверждение как у современных западных ученых и в системах психотерапии, так и в архаических представлениях о болезни и целительстве.

Таким образом, рассматривая здоровье и болезнь в соматическом и социокультурном контексте, следует выделить три типа философской интерпретации болезни. Каждый из них отражает специфику системы знаний и социальных практик и предусматривает фокусировку на каком-то определённом аспекте персонального соматического бытия человека. Когда болезнь рассматривается во внутриличностном, интрапсихическом плане, т. е. в пределах внутренней зоны жизненного пространства личности, имеет место один из вариантов субъективной интерпретации. Это или античная модель, которая связывает болезнь с неумеренностью и неустроенностью индивидуального образа жизни, или демонологическое толкование болезни как одержимости, или принятая в христианстве метафизическая интерпретация, где любое заболевание может рассматриваться как результат индивидуального греха, когда тело наказывается и подавляется с целью лечения души, или отражение общечеловеческой греховности и необходимости её искупления.

Философская интерпретация имеет место тогда, когда внимание фокусируется на системе отношений субъекта с окружающим миром, а главными становятся проблемы адаптации,

где, во-первых, возможна естественнонаучная модель, под влиянием которой в медицине происходит «опредмечивание» болезни, её отделение от своего носителя и субъективного мира переживаний и преобразование в естественнонаучный факт, объект исследования. Во-вторых, философская интерпретация, согласно которой болезнь – это прямая противоположность, обратная сторона социальной нормы, представляет собой социально детерминированное и социально значимое явление.

Наконец, философская интерпретация болезни рассматривается во временной перспективе как этап духовного становления личности и личностного роста. При этом она приобретает положительное значение, а иногда играет решающую роль в процессе трансформации личности. В ней появляются собственный скрытый смысл и определённая направленность: она ведет человека тернистым путем страданий к определённой, ещё неизвестной цели его индивидуального развития через трансформацию персонального соматического бытия.

Когда человек в течение долгого времени переживает ситуацию конфликта, который невозможно решить на уровне сознания, как правило, появляются разнообразные соматические симптомы. Они представляют собой своеобразный «язык тела». Это могут быть симптомы истерической конверсии, истерическая слепота в момент ужаса или истерический паралич отдельных мышц.

Не только медико-психологическая литература, экзистенциально-мировоззренческая аналитика, но и повседневная жизнь убеждает, что различные люди склонны к различным вариантам интерпретации для объяснения или осмысления своих болезней. Одни связывают свои болезни с неупорядоченным образом жизни, бессмысленными поступками или негативными установками, которые следует преодолеть с помощью усиленной работы над собой, поста, молитвы, особого распорядка и т. п. Другие склонны видеть в болезни объективные и закономерные явления и указывают на возраст, трудности жизни и врожденную неполноценность, смиренно принимая бо-

лезнь или уповая на чудеса медицины. В то же время третьи благодарны недугу за предоставленную им возможность глубже осознать себя и открыть в себе новые духовные и творческие способности. Очевидно, что характер переживания болезни всегда детерминирован выбором отношения к ней и способа её философской интерпретации, поскольку, по выражению Эпиктета, нас волнуют не вещи как таковые, а то, что мы о них думаем.

Фактически философская версия болезни возникает как один из способов разрешения конфликта. Когда у человека появляется болезнь, его мир сужается, уменьшается количество забот и сфера ответственности, и успешно уладить ситуацию конфликта становится легче. Здоровое психосоматическое состояние, наоборот, освобождает человека для реализации его способностей. Здоровье и болезнь можно рассматривать как особые фазы жизни. Человека привлекает тот факт, что болезнь можно анализировать как нечто, отдельное от его Я. Здоровье и болезнь – это часть непрерывного процесса человеческой жизни, в течение которого человек стремится соответствовать окружающему миру и создавать вокруг себя мир, соответствующий ему самому.

Страдания и боль порождают экзистенциальные аномалии и соматическую деструктивность. Негативные чувства и переживания очень редко были объектом внимания представителей классической философской мысли, видимо, потому, что это требует личного персонального опыта и вызывает смущение, грусть, тоску. Классическая антропология рассматривает «человека вообще», лишённого каких-либо индивидуальных качеств. Абстрактным объектом изучения был среднестатистический индивидуум, все конкретные свойства игнорировались как второстепенные, только мешающие чистоте исследования проблемы.

«Посредственный человек – это нечто без возраста и пола (хотя само по себе молчаливо предполагалось, что это мужчина в полном расцвете сил), скорее здоровый, чем больной, неопределённой нации (но европейского типа), среднего достатка

(обычно буржуа) и свободной профессии (желательно – философ). Все остальные варианты оставались за рамками серьёзных размышлений и рассматривалась лишь в качестве экзотики для контраста и противопоставления собственно Человеку. В центре внимания оказалась некая Норма, а все отклонения от неё признавались патологией и выходили за пределы рационального сознания и упорядоченной социальной реальности» [17, с. 7]. Но в действительности ни один живой человек не соответствует этому представлению о Норме. Никто не соответствует Норме по всем параметрам. Никто не застрахован от страха, стыда, боли, голода, гнева, недовольства, болезни, комплекса неполноценности или мании величия и т. п.

И действительно, нет и не может быть абсолютно здоровых и нормальных людей, благополучных во всех отношениях, отвечающих абстрактным представлениям о человеке в классической философии и способных к бескорыстному философствованию и критическому мышлению. Поэтому актуальным становится вопрос о персональности соматического бытия и тех экзистенциалов, которые переживает человек. Такие экзистенциалы, как Эрос, Страх, Вера, Ненависть, Тоска, не раз становились объектом внимания многих мыслителей. Мы не ставим себе цель их анализировать, а конкретизируем эту тему и рассматриваем экзистенциалы соматического бытия как амбивалентные в своих проявлениях и существующие как неявные и явные, бессознательные и осознанные, имеющие положительное и негативное влияние и переживаемые в рамках здравого смысла и повседневной практики. Нас интересует, каким является соматическое бытие человека в экзистенциале и как переживаются экзистенциалы в соматическом бытии, какие потенциальные бытийные силы стоят за переживаниями страха, стыда, гнева и радости.

Философская антропология приобретает сегодня принципиально иное значение. Это не только сфера философского знания, не только определённое философское направление, но и особый метод мышления, который принципиально не подпа-

дает под определение ни формальной, ни диалектической логики. Человек в конкретной ситуации: исторической, социальной, психологической, экзистенциальной – таков исходный пункт нового антропологического философствования.

Бытие индивида всегда было объектом внимания в истории философской мысли, но только в конце XIX в. вместе с критикой основ европейской цивилизации (Ф. Ницше, О. Шпенглер) начал появляться интерес к другим способам бытия человека (экзотическая мифология, философия и искусство стран Востока и примитивных народов, медитация, наркотики, восточный секс и боевые искусства).

Неклассическая европейская философия с её новыми подходами к старым проблемам и специфическим выбором феноменов человеческого бытия для своего анализа (язык, текст, понимание, сексуальность, телесность, искажения, безумие, преступление) требует соответствующей методологии (лингвистический анализ, герменевтика, психоанализ, феноменология, экзистенциализм, структурализм, постмодернизм). Таким образом, произошёл определённый сдвиг от попыток классической антропологии свести сущность человека к одному основному принципу или субстанции (как правило, разуму) в сторону неклассических представлений о сложности и разнообразии феноменов человеческого бытия и безликости (неуловимости, парадоксальности) природы человека в его персональном соматическом бытии. Показателен особый интерес к изменённым состояниям сознания, экстремальным и предельным ситуациям, телесным практикам, радикальному опыту, всему тому, что может обнаружить предел возможностей, показать масштаб человеческого в человеке, указать на Иное, быть местом встречи с принципиально Иным.

Опишем некоторые подходы, которые могут быть положены в основу методологии изучения специфических феноменов человеческого бытия. Исследования в философской антропологии и, в частности, в том аспекте, который касается персонального соматического бытия, могут осуществляться в двух направле-

ниях: во-первых, это внимательное рассмотрение феноменов повседневного бытия (сон, питание, любовь, опьянение, драка, игра), в глубине которых оказывается непостижимый рациональным мышлением, нетривиальный смысл, проявляются древние архетипы и символы, просвечивается фундаментальная основа бытия, отражаются сакральное начало и персональные проявления соматического бытия; во-вторых, в центре внимания оказывается специфический и даже уникальный опыт, который переживается только в экспериментальных и предельных ситуациях (таких, как рождение и смерть, болезнь и катастрофа, смех, крик и плач, радость, восторг и страх, ужас, гнев и стыд, наслаждение и боль, удовольствие и страдание, гениальность и безумие, самоубийство и преступление и т. п.), где его главными чертами являются неповторимость, необратимость и персональность проявлений в соматическом бытии.

Таким образом, одним из принципов философско-антропологического подхода к персональному соматическому бытию можно считать последовательный поиск фундаментальных основ каждого человеческого поступка, выявление в любом феномене человеческого бытия архаических элементов и структур, глубинных архетипов, магических и мистических систем, первичных телесных практик и экстатических трансов, переживаемых человеческой персоной, то есть ролей, которые играет индивид в обществе и которые подобно коже предохраняют внутреннее, уязвимое от публичных взглядов и прикосновений. Не только в сновидениях или действиях сумасшедших, но и в самых необычных и обычных ситуациях можно обнаружить универсальные мифологические сюжеты, следы нечеловеческих сил и стихий, присутствие Божества и близость небытия.

В процессе секуляризации человек не только посягнул на бытие Божественное, но и избавился от основ собственного персонального бытия. Состоялась деонтологизация человека, и для восстановления собственного онтологического статуса, для возвращения ценности индивидуальному и коллективному существованию необходима ресакрализация всех сфер человеческой

жизни как последняя возможность вернуться в собственный дом соматического бытия, окрашенный экзистенциалами.

Все феномены человеческого бытия можно условно разделить на две группы: в первую войдут те формы и способы жизнедеятельности, которые поддаются нашему контролю, учёту и управлению (или человек полагает, что поддаются). Сюда можно отнести труд, деньги и карьеру, то есть экономическую сферу человеческого бытия, суд и наказание (правовая сфера), власть, славу и почести (политическая сфера), воспитание и образование (наука), здоровье и долголетие (медицина).

Предполагается, что в каждой такой сфере деятельности есть свои имманентные законы, познав которые, можно эффективно решать стоящие перед человеком задачи и достигать поставленных целей. Даже если это так, то сфера действия этих законов весьма ограничена, и решение фундаментальных проблем жизни и смерти остаётся за границами власти человека.

Ко второй группе уместно отнести феномены, которые не поддаются контролю, учёту и управлению, которые всегда единичны и неповторимы: это страх и стыд, боль и наслаждение, сновидение и опьянение, смех и плач, гениальность и безумие, болезнь и смерть, игра и праздники, детство и любовь. Это то, что нельзя купить или передать по наследству, нельзя гарантировать и от чего невозможно застраховаться. Это то, что в равной степени доступно (или недоступно) всем людям, независимо от их богатства и социального положения, нации и способностей. Именно эти феномены на грани греха и святости, катастрофы и чуда дают истинное наслаждение или страдание, переживаются на уровне персонального соматического бытия, и за ними следует счастье или несчастье, спасение или гибель.

Хотя все люди равны в возможности пережить экстремальный опыт, лишь немногие добровольно осмеливаются на такой шаг и стремятся избежать своей судьбы. Жутко расставаться с успокаивающими иллюзиями, ужасно бросать удобный мир собственного бытия. Однако всё действительное и по-настоящему ценное, способное навсегда насытить чело-

веческую жажду Истины и Совершенства, может состояться только на пределе человеческих возможностей, по ту сторону норм и правил, за пределами контролируемой реальности. Эти События разрывают поток персонального соматического бытия в повседневной жизни, провоцируют экзистенциальную ситуацию, подрывают всю постоянную иерархию ценностей и отношений и забрасывают человека в другое пространство и время (сакральное), в иное бытие (сверхбытие или в ничто). Здесь уже не действует закон причин и следствий, недействительной становится привычная логика, не помогает жизненный опыт и здравый смысл. Остаются только опасность и надежда, риск выбора и жестокость расплаты, судьба и промысел Божий, стояние перед лицом Неизвестного и невозможность удержаться на краю бездны. К этому невозможно подготовиться, нельзя научиться, можно только рискнуть сделать шаг навстречу, безусловно и непредусмотрительно принять трансцендентное, нечто такое, что заранее травмирует психику и трансформирует личность. Только так можно услышать призыв и бросить вызов, принести жертву и принять дар, почувствовать падение или вознесение. Эта ситуация неповторима и необратима как смерть, но тем большую ценность для личности, её персонального соматического бытия может иметь жёсткий опыт переживаний подобных состояний, обещающий освобождение или спасение. Такие феномены и составляют особый интерес для философско-антропологического видения персонального соматического бытия, хотя вряд ли поддаются собственно научному анализу и требуют особого подхода и специфических методов, которые можно обнаружить в различных школах восточной философии и современной неклассической философии, а также в духовной традиции христианской церкви.

Еще один принцип философской антропологии относительно персонального соматического бытия – это внимание ко всему уникальному, специфическому, единичному. Нет случайных и лишённых смысла событий; если определённый, пусть даже единичный факт (например, необычная красота или безоб-

разие, гениальность или преступность) имел место хотя бы один раз, значит, в Человеке, в его бытии есть нечто такое, что позволяет этому произойти, допускает такую возможность, а также гарантирует её воплощение. Человек выражает себя полностью даже в самом незначительном действии, жесте, слове, а переживает всё это через экзистенциальные феномены в персональном соматическом бытии.

Наиболее интересными, по нашему мнению, являются противоположные феномены, как-то рождение и смерть, милосердие и жертвенность, любовь и ненависть, верность и предательство, самопожертвование и терроризм и другие; все они охватывают персональное соматическое бытие человека и находят свои истоки и результаты в страхе и стыде, наслаждении и боли, удовольствии и страдании. Чем дальше они стоят друг от друга, тем больший потенциал возникает в зазоре между ними; чем больше между ними различия, тем более широкое поле человеческих возможностей открывается; чем больший масштаб они задают, тем больше говорят о загадке человека. Такие парадоксальные явления, как самоубийство, самопожертвование, мазохизм, имеют противоречия и особые паттерны в персональном соматическом бытии. В них встречаются жизнь и смерть, победа и поражение, удовольствие и страдание, в их основе удостоверяется экзистенциальная тайна, которая может показать себя в событиях совершенно невозможной, представляя как чудо за гранью реальности.

Явной становится двойственность обыденного сознания и общественного мнения относительно феноменов антропологии персонального соматического бытия. В отличие от традиционных обществ, где подобный опыт находится в центре внимания соответствующей религиозной системы и мистической практики, на Западе эти феномены вытесняются на край не только общественной жизни, но и личностного сознания. Они вызывают подсознательный страх и сознательное осуждение, официальный запрет или косвенные репрессии.

Зазор между официальным отношением (т. е. самосозна-

нием) и неявной тягой (подсознанием) к таким феноменам только углубляет разрыв внутреннего мира современного европейского человека. Заметны традиционное равнодушие или замалчивание определённых явлений сторонниками «научного мышления» и одновременно придирчивый интерес со стороны всех религиозных систем, мистических и маргинальных практик и молодежных групп. Это касается обнаженного тела, секса, сна, гипноза, наркотиков, поста, аскетизма, самоистязания, молитвы, жертвоприношения, безумия, драки, самоубийства, то есть всех переходных процессов или пограничных и критических ситуаций, методов трансформации личности, в отличие от обычных стабильных состояний человека в повседневной жизни.

Элементарнейшим, неизбежным и верным симптомом жизни является боль, особенно в критических ситуациях, когда она определяет меру человека и его убеждений. Боль является тем инвариантом, который сопровождает человека от рождения до смерти; начальная и конечная точки боли определяют персональное соматическое бытие. В философии европейского рационализма и объективизма не учитывается ближайшее для человека – его тело, его страдания и его конечность, то есть тело редуцируется. Если мысль полностью отделяется от тела, её горизонт становится урезанным. Высота духа – это не столько высота взлета чистой абстракции, сколько мера определения тела человека и подавления его непосредственных импульсов. Мыслящий человек отличается способностью смотреть на место вещей не только с позиций своей экзистенциальной ситуации, он обладает способностью к переживанию экзистенциалов на уровне персонального соматического бытия. Отсутствие страха перед болью, избегание боли закрепляют человека в его данности, будь то слепое абстрагирование от тела или попадание в исключительно комфортные и безопасные условия. В обоих случаях тело становится окаменевшим, неподвижным, невосприимчивым к боли, чувствам и мыслям. «Боль как универсально усвоенный урок, рана есть знак, который обостряет присутствие духа и заверяет надёжнее любой подписи. Опыт

собственно перенесенной боли образует другое отношение к своему творчеству: строгое, ответственное и суверенное» [38, с. 137]. Можно ли вообще писать о боли, насилии, ужасе, безумии как модусах человеческого бытия, не испытав и не пережив их в собственном соматическом бытии?

Есть несколько важных и инвариантных состояний, которые выдают значение человека, среди которых боль. Она является, наверное, самым трудным экзаменом в этой цепи. Анализ боли как состояния касается непосредственно персонального соматического бытия, непопулярен, хотя он чрезвычайно показателен сам по себе и освещает целый ряд вопросов. Боль является именно тем ключом, которым открывается не только внутренний соматический мир, но одновременно и мир внешний. Когда человек приближается к точкам, в которых он проявляет себя и не уступает боли, побеждает её, появляется возможность подступить к источникам её власти и к тайне, скрывающейся за её господством. Отношение к боли характеризует человека.

Принимая во внимание важность опыта художественного освоения рассматриваемой проблемы боли и страдания, обратимся к искусству. Искусство и психоаналитическая практика в определённой степени способствовали утверждению того культурного статуса страстей, где есть крайние их проявления: страхи и страдания, неврозы и фобии, что является неотъемлемой характеристикой бытия неординарных личностей, таких как художники и актеры, писатели и кинорежиссеры, а также другие представители так называемой богемы. Достаточно вспомнить феномен В. Ван Гога, Л. Бетховена, М. Пруста и других.

В искусстве мы видим разнообразие воспроизведения и изображения, передачи зла, боли, отчаяния, страданий. Символична тема страдающего Христа в христианской культуре как самовыражения Духа. Эпохально пророческими для техногенной цивилизации нового времени стали две картины христианской тематики. Это знаменитое «Распятие» (1512-1515) Изенгеймского алтаря Матиса Нитхардта (Грюневальда) в г. Колмаре (Франция) и «Смерть Христа» (1521) Ганса

Гольбейна Младшего из Христианского музея Базеля. На первой с нечеловеческой экспрессией изображено в натуралистической очевидности начинающее разлагаться огромное истерзанное тело умершего на кресте Иисуса с судорожно скрюченными пальцами, неестественно вывернутыми от мученической боли руками и ногами, с порванными в лохмотья, кровоточащими ранами, ушибами и ссадинами, которое заполнило собой почти все пространство картины и будто рвётся за ее пределы, чтобы заполнить весь мир [6, с. 79]. На картине Г. Гольбейна изображение представлено на узком (в ширину человеческого тела) полотне, что визуально подчёркивает натуралистичность изображения мертвого тела Христа, лежащего на спине. Иисус изображен с похудевшим телом, кости и ребра видны, руки и ноги – с открытыми ранами, распухшие и посиневшие, как у мертвеца. Лицо тоже измученное, с полуоткрытыми глазами, которые уже ничего не видят и ничего не выражают. Нос, рот и подбородок Христа на картине синюшно-мертвенного оттенка.

Традиционное для христианского мировоззрения Голгофское принесение Богом самого себя в жертву за искупление грехов человеческих в этих картинах превращается в ледяную кровь как символ страданий и смерти. «Боль как мера – инвариантна; наоборот, тип и способ, которым человек подпадает под эту меру, переменны. С каждым значительным изменением основного настроения меняется и отношение человека к боли. Это отношение никак не фиксировано; оно скорее уклоняется от осознания, и всё же оно лучший пробный камень для идентификации ... Этот факт в современных условиях можно легко проследить, поскольку мы уже обладаем новым и своеобразным отношением к боли, несмотря на обязательные нормы нашей жизни, которые появились сравнительно недавно в социуме» [59, с. 23].

Боль ассоциируется с ужасом, который полностью охватывает человека. Человек стремится отбросить боль в сферу случайного, в зону, которой можно избежать, уклониться от неё или в которую нет необходимости попадать.

Боль одолевает тело человека, она чёткая и предопределяет или завершает ситуацию переживания в самых тонких и глубинных движениях души. Неизбежность болевой схватки особенно отчётливо проступает при рассмотрении маленьких и сжатых в короткий жизненный интервал отрезков времени. Усиливает ощущение боли и то обстоятельство, что она игнорирует традиционную систему ценностей. Боль порождает потребность надеяться, и если в жизни отсутствует умиротворяющий финал, то хотя бы в своих фантазиях человек успокаивает себя тем, что где-то есть место, лишённое боли. По мере того, как нарастает опасность, растут и сомнения в справедливости и подлинности наших ценностей. «Коварство» боли заключается в том, что она достигает своей цели любым путем, даже мгновения удовольствия и наслаждение безопасностью, не освобождает полностью от боли. Растворение боли во времени порождает скуку и тоску как душевную боль, касающуюся персонального бытия человека в полном объёме. Боль выталкивается на периферию в пользу определённого удовольствия, т. е. происходит пространственная и временная локализация боли.

Оценивание боли для различных сторон неодинаково. Очевидно, есть поведение, на которое способны люди, сумевшие вырваться из пространства, где боль царит как неограниченный повелитель. Снятие боли проявляется в том, что человек способен вести себя с телом, посредством которого он участвует в боли и ощущает её, как с предметом. Тело предстаёт как форпост, который удаётся с достаточно значительной дистанции ввести в борьбу и пожертвовать им. В таком пространстве все мероприятия сводятся не к тому, чтобы избежать боли, а к тому, чтобы её выдержать, пережить и почувствовать в персональном соматическом бытии. Поэтому в социокультурном контексте переживание человеком боли предстаёт как акт героизма. Если социокультурная среда стремится вытеснить боль и исключить её из жизни, то в мире чувственных переживаний необходимо таким образом устроить жизнь, чтобы в любой момент быть

готовым к встрече с болью. Жизнь непрерывно стремится находиться с нею в контакте, поскольку боль является симптомом жизни.

Тайна современной чувственности и персональных соматических переживаний базируется на том, что чувственность соответствует тому миру, в котором тело идентично ценности. С этой позиции нетрудно объяснить отношение этого мира к боли как к определённой власти, как к силе, от которой необходимо уклониться, так как боль встречает тело, выступая не как форпост, а как главная сила и сущностное ядро самой жизни. С ростом опредмеченности растёт и степень переносимости боли, изменяется персональный порог чувствительности к боли. Кажется, что человек стремится создать такое пространство, в котором боль можно рассматривать как обман чувств или иллюзию. Специфическим процессом, где тело находится в подчинённом положении, является спорт. Плоть дисциплинируется, одевается в униформу с таким упорным и мученическим усердием, что почти перестает реагировать на боль. И даже внешне то, что человек способен спокойно и холодно вынести страдания и вид смерти, в значительной степени объясняется тем, что собственное тело перестает быть для человека, как когда-то, домом, его персональное соматическое бытие претерпевает деструкции со стороны страха, боли, страданий.

Спорт – это лишь одна из сфер, в которой происходит закалка и гальванизация контуров человека. Не менее значительным в экзистенциальных переживаниях соматического бытия является и стремление увидеть телесную красоту в других проявлениях: фото- и киносъёмки, танцы, реклама и т. д. приучают глаза к внешнему созерцанию вида и движений обнаженного тела, способствуя осуществлению прорыва в зону эротических образов, которая является едва ли не самой важной в переживаниях экзистенциалов соматического бытия, в частности переживания наслаждения и удовольствия. В медицине тело в значительной степени стало предметом, в

котором есть двойственность; так наркоз, с одной стороны, освобождает от боли, а с другой, превращает тело в предмет, доступный механическому воздействию, что влечёт за собой глубинные внутренние переживания.

Таким образом, боль и переживания на уровне персонального соматического бытия телесно локализованы в пространстве жизни экзистенциалами, которые имеют свойство повторяться: в психоанализе – симптомы, в социальном измерении – это раны. Действенным механизмом становится автоматизм: моторный, психический, рефлексивный. Экзистенциалы существуют как мир чистых интенсивностей и силовых взаимодействий. Между телесным и бесплотным существует прозрачная, преодолимая граница, так как именно на ней и конституируется как телесное, так и бестелесное. Телесное и бестелесное есть два модуса одной субстанции, или же, по Ж. Делёзу, – имманентного. Бестелесное – это чистое бытие, а телесное задаётся как единственная возможность сберечь целостность самосознания Я в переживаниях экзистенциалов соматического бытия. Необходимо признать иллюзорность и фиктивность такой конструкции Я. Так, в психоанализе на место оппозиции «сознание – тело» приходит понятие психосоматического единства.

Чтобы понять «соматическое», необходимо отказаться от оппозиции «тело – организм» и перейти к энергетическому единству, представляющему собой отношение телесного и бестелесного. Именно в этом смысле тело занимает в нашем воображении определённое место с заданными культурно-социально-половоролевыми координатами. Тело в обыденном понимании, оставаясь феноменальным конструктом, обеспечивает взаимодействие человека с окружающим миром (феноменальным в том смысле, что является полем, конституирующим деятельность сознания, создавая предметность как форму этого взаимодействия). Тело сегодня становится именно тем пространством, которое или ограничивает, или бесконечно расширяет границы возможных проявлений соматического бытия.

Дискурсивно практики воздействия на телесное бытие в действительности вторичны. Первичными становятся постоянные и неустранимые взаимодействия телесного и бестелесного. На различных исторических этапах на поверхность репрезентации выталкиваются и актуализируются различные смыслы, которые выносятся энергетическими потоками, либидонально насыщаются и поддерживаются.

Тем самым всё творимое и творящее, производимое и производящее включается в это взаимодействие, которое не менее телесно, чем человеческая плоть. Человек не может окончательно антропологизировать и гуманизировать мир. Тело – это именно то место, где экзистенция происходит и переживается в персональном соматическом бытии. Тело открывает своеобразный каталог деструктивных репрезентаций и идентификаций, утилизирует и актуализирует их как снова и снова прожитые, в персональном соматическом бытии они получают экзистенциальную основу.

Таким образом, целесообразно рассматривать не оппозицию «тело – организм», а, снимая её, актуализировать отношение между телесным и бесплотным, где бестелесное – это произведение телесного, подобно тому, как хаос является производным от порядка. Каким же образом это происходит?

Если оппозиция «тело – организм» борется с объективацией телесного в виде организующих и структурирующих телесность культурных практик, то бестелесное подразумевает выход за пределы самих форм репрезентации телесного в формах предметного мышления, которые останавливают поток тела, образуя соматическое бытие, в котором персонально переживается вызванное болью страдание.

Важность исследований соматического в человеке настолько очевидна, что они стали центральной проблемой цикла биологических и медицинских наук. Обычно в повседневной жизни человек не обращает внимания на реальность своего соматического бытия, но у сомы как Я-телесного существа есть много способов манифестировать себя. Одним из них являются

деструктивные нарушения, вызванные различными причинами и имеющие соответствующую форму своего выражения.

Несмотря на то, что в психологии декларируется психосоматическое единство человека, психологами осуществляется «бестелесный» подход, в котором телу отведена роль натурального, от природы пригодного к жизни феномена преимущественно высшей психической деятельности. Человек овладевает своими психическими состояниями, опосредующими их «психологическими средствами» – знаковыми системами. Натуральные и косвенные функции похожи только внешне, но реализуются и управляются по-разному. Косвенные функции создаются «путем надстройки новых образований над старыми с сохранением старых образований в виде подчиненных слоёв внутри нового целого» [10, с. 488].

Хотя это выглядит довольно парадоксально, но из исследований процесса становления человека выпала такая фундаментальная сторона, как его естественная жизнедеятельность, соматическое бытие, которое касается не только освоения социализированных форм осуществления функций, но и культурно-антропологических способов экзистенциальных переживаний и персонально-родовых проявлений соматической деструктивности в результате болезненных телесных расстройств, вызванных естественными причинами. Следует заметить, что в данном исследовании анализируются только природные соматические факторы деструктивности. Деструктивные расстройства, опосредованные социальными факторами, как-то насилие, агрессия и другие, остались за пределами нашего внимания. Хотя деструктивность может быть порождена и соматическими трансформациями, перестройкой организма, потерей или заменой органов, изменением пола и другими кардинальными изменениями и качественными преобразованиями, которые претерпевает человек в процессе жизнедеятельности.

Общество «вырезает» свой приговор на теле своей жертвы. В результате этой операции возникает новая реальность «социокультурного», которая включает в себя новые возможности и

пространство «социокультурной патологии». Несмотря на то, что человеческое бытие достаточно скоординировано и сочетает три аспекта: логический (где господствуют мысли), психологический (душевные проявления) и космический (человек властвует в мире, как микрочастица в макромире), его соматическая составляющая постоянно подвергается разнообразным деструктивным расстройствам.

Актуальность философского осмысления проблемы деструктивности соматического бытия обусловлена тем, что при подходе к интрацепции как к «низшей», архаической, физиологической форме перцепции, на которую не распространяются общепсихологические закономерности человеческого восприятия, современная медицина и психология наталкиваются на серьёзные теоретические трудности в осмыслении ряда клинических факторов.

Физиологическое понимание интрацепции, связывающее качество и интенсивность стимула, не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека. Спектр таких различий простирается от отсутствия каких-либо ощущений при значительных телесных повреждениях до наличия ипохондрических ощущений, которые обладают всеми свойствами психологической реальности, но не имеют под собой реальных оснований. Подобные диссоциации очень часто встречаются в клинической практике: так, наиболее распространённым является ипохондрический синдром, но при этом он и наименее исследован как феномен, вызывающий деструктивные изменения.

Понятно, что интрацептивные ощущения не могут быть однозначно определены свойствами раздражителя, но зависят от оценки ситуации, значения и смысла данного ощущения для человека, от его мотивации, принадлежности к определённой культуре, индивидуального опыта и других факторов, влияние которых на соматическое бытие невозможно отрицать, но довольно сложно понять, оставаясь в рамках «естественной» схемы.

В общем, «бестелесная» психология и педагогика теряют целые пласты важной реальности человеческого существования, подвигая её только на искаженное развитие, патологию, а традиционная медицина переживает «кризис доверия», поскольку демонстрирует растущую дегуманизацию и беспомощность в теоретическом понимании и лечении расстройств, патогенез которых выходит за пределы физиологических изменений и требует общетеоретического мировоззренческого осмысления.

Актуальность исследования этой проблемы возрастает с увеличением количества психосоматических заболеваний и неврозов, сложностью проведения эффективной реабилитации и в связи с расширением альтернативной парамедицинской практики, где обращается внимание на соматическую деструктивность. В определённой степени способ объективизации соматического и проявления его деструктивности связаны со спецификой человеческого бытия. Человек включен не только в мир природы, которая с безличной необходимостью навязывает ему свои законы, но и в человеческую среду, выдвигающую свои социокультурные запреты, совокупность которых порождает конфигурацию окультуренного персонального соматического бытия, где особый контур Я не совпадает с границами Я. Социокультурная функция не только не равноценна естественной, на основе которой она формируется, но и способна значительно её видоизменить.

Важно отметить, что разногласия натурального и социокультурного тела человека образуют пространство, в котором развивается специфическая деструктивность соматического с конверсионными или диссоциативными симптомами. Конверсионные симптомы разворачиваются в пространстве отдельных телесных функций, а диссоциативные касаются целостных психических функций (память, сознание, мышление), но их сопоставление в данном контексте достаточно оправдано, поскольку и те, и другие разворачиваются в сфере произвольной регуляции на соматической основе. Соматическая деструктивность сочетает в себе объективные патологии и особый символический

смысл данного нарушения. Возможность конверсионных функциональных расстройств является платой за превращение анатомического организма в социокультурное тело и приобретение семиотических свойств. Различные конфигурации персонально-родового разрыва и достоверно различные типы скрытых конструкций определяют деструктивность соматического бытия.

Феноменология соматической деструктивности представляет собой достаточно сложный вопрос, который требует внимательного изучения и подробного анализа. Унаследованная склонность к тем или иным отклонениям от нормы была подмечена ещё в древние времена. Гиппократ в книге «О священной болезни» указывал, что если от флегматика рождается флегматик, от желчного – желчный, от чахоточного – чахоточный, от человека с больной селезенкой – человек с больной селезенкой, то где основания, что психическая болезнь, поражая отца или мать, не переходит на кого-нибудь из детей? Задолго до Гиппократа один из учеников Пифагора, Тимон Локрийский, вложил в уста своего учителя слова: «мы подвержены добродетелям и недостаткам так же, как и здоровью, и болезням, и это зависит во многом от наших родителей и от составных частей нашего тела, чем от нас...» [63, с. 6].

Как считает В. Эфроимсон, «комплекс этических эмоций оказывается наследственно закреплённым» [56, с. 195], и они не являются следствием воспитания. Но если могут наследоваться высшие проявления духа, почему этот же механизм не может использоваться негативным образом, приводя к соматической деструктивности человека? В одной из работ по психиатрии отмечается, что «почти у всех душевнобольных умственные способности и преобладающие влечения уже до заболевания, а иногда с самого детства обнаруживали некоторые дефекты. Одни были слишком горды, другие очень раздражительны, иные печальны, иные чрезмерно веселы» [24, с. 163].

Роль наследственности в формировании личности преступника неоднократно подчеркивалась различными исследователями. П. Морель считает: «В первом поколении замечается только

незначительное преимущество нервного темперамента, склонность к приливам, со всеми их природными последствиями: раздражительностью, резкостью, неугомонностью характера. Во втором поколении можно уже заметить обострение всех этих болезненных особенностей нервной системы, появляются кровоизлияния в мозг, идиопатические мозговые болезни или, по крайней мере, какой-либо из основных неврозов, находящихся в значительно большей степени, чем думают, в связи с различными наследственными моментами: эпилепсией, истерией, ипохондрией. В третьем поколении склонность к душевным болезням будет уже врожденной, она проявится в поступках эксцентричных, непорядочных и опасных. И, наконец, в четвёртом поколении исследователи в состоянии проследить сами разветвления этой наследственной передачи, которая может выразиться как в интеллектуальной и моральной, так и в соматической сфере: это будет глухота, врожденная слабость психики, раннее слабоумие (*dementia praecox*) или же жизнь, ограниченная узким кругом: бесплодие, снижение жизненных способностей, отсталость, идиотизм и, наконец, кретинозное вырождение» [63, с. 515-516].

Сегодня научно доказано, что «у лиц, имеющих психопатические черты характера, не подлежащие коррекции, генетиками обнаружена дополнительная хромосома Y». При обследовании больных, помещенных в психиатрические больницы, куда помещались лица с агрессивным и криминальным поведением, обнаружено наибольшее количество лиц с кариотипом 47, XYY. Достаточно предположить, что генетический дефект метаболизма (например, сверхсинтез норадреналина – гормона агрессии) в состоянии через структуры мозга изменить как характер мышления, синтез, так и поведенческую реакцию и анализ поступков» [9, с. 49-51].

Исследования в области психиатрии доказывают, что количество психических расстройств среди преступников очень высоко, и главная подготовка врача в тюрьме должна быть психиатрической. Следует обратить внимание на существенные

аномалии душевного склада всех преступников вообще. Хотя наследственность не может быть ответственна за какую-то специфическую, особую склонность к преступлениям, она определяет черты характера, от которых зависит преступное поведение человека. Такими чертами могут быть и большая агрессивность, и храбрость, и многое другое. Если один из двух однойцевых близнецов – преступник, то, в среднем, в 68% случаев преступником становится и второй. Существенно, что и тип преступления (хулиганство, преступность, мошенничество, убийство), как правило, оказывается одинаковым. Для двуйцевых близнецов вероятность стать преступником значительно ниже – 28%, но всё же достаточно высока.

Современные научные данные подтверждают генетическую передачу антисоциального поведения, которое показывает 60% конкордантности у монозиготных близнецов и около 30% – у дизиготных. Исследования, проведенные на приемных детях, показывают, что у биологических родственников приемных детей, которые характеризуются антисоциальным поведением, уровень антисоциального поведения выше. Отмечается также более высокая распространённость антисоциального поведения у потомков лиц с антисоциальным поведением, хотя они и воспитывались отдельно от своих биологических родителей. В целом, согласно мнению специалистов, изучающих социопатов, их антисоциальное поведение вызывает значительный пессимизм относительно лечения и коррекции, т. е. врачу очень трудно надеяться на изменение паттерна поведения, который имеет место в течение почти всей жизни больного. Рецидивизм преступности, которая достигает 90%, несколько снижается только в среднем возрасте, хотя причины этого явления малопонятны [9, с. 52].

Таким образом, передаваемая посредством генов «дефектная информация» о тех или иных ферментных системах ведёт к агрессивному или антисоциальному поведению и деградации. Дух самоубийства, дух вандализма, дух агрессии и насилия, дух доминирования, властолюбия, дух жадности, безумия,

похоти живет в человеке всю жизнь, поскольку инициируется сферой бессознательного – полученной в наследство системой психоэмоционального реагирования.

Интересно отметить, что «свойства нервной системы в пределах нормы, как таковые, непосредственно не влияют на содержание психики человека и на результативность её деятельности. Они касаются только динамической стороны поведения» [21, с. 25], но именно динамика поведения (скорость, сила реагирования, темп, ритм жизнедеятельности, устойчивость стереотипов) во многих аспектах определяет обертоны содержания человеческого духа, которым наполнено персональное соматическое бытие. Дух созерцания, насыщения, интенсифицируясь, обращивается духом апатии; дух домовитости – духом жадности; дух самоутверждения – духом доминирования; дух свободы – духом произвола, агрессии, насилия и т. д. Мнение, что мозг является генератором поведения человека, его духовных потребностей, высказывалось очень давно. Соответственно, состояние этого органа должно влиять на интенции духа.

Еще Аристотель как врач и философ заметил, что многие под влиянием прилива крови к голове «делались поэтами, пророками, прорицателями». Марк Сиракузский писал гениальные стихи в маниакальном состоянии, но, оправившись, совсем потерял эту способность. Демокрит непосредственно утверждал, что не считает истинным поэта, который находится в здравом уме (кстати, одно из значений слова «мания» на древнегреческом означает «безумие»). Б. Паскаль также был убежден, что гениальность граничит с безумием, что и доказал на собственном примере. Дж. Свифт, М. Лютер и Э. Гофман страдали безумием и галлюцинациями. Наполеон, Юлий Цезарь и Пётр I страдали эпилепсией. И. Гёте сам признавался, что для поэта необходимо определённое мозговое раздражение и что он сам сочинял свои стихи якобы в припадке сомнамбулизма. В. А. Моцарт говорил, что музыкальные идеи возникали у него спонтанно, подобно сновидениям. Поэт Т. Тассо в период творчества казался полностью сумасшедшим. По свидетельствам

его врача, «пульс у пациента слабый и нестабильный, кожа бледная, холодная, голова горячая, воспалительный процесс, глаза блестят, налитые кровью, беспокойные, бегают по сторонам».

Таким образом, дух творчества с такой симптоматикой деструктурирует соматическое бытие, и человек на некоторое время становится больным со всеми физическими недугами. Болезненный дух творчества разрушает здоровье создателя и на персональном уровне выступает как дух саморазрушения.

Чезаре Ломброзо описывает патологические изменения мозга гениальных людей и обращает внимание на то, что многие из них имели очень большой череп, в большинстве случаев – неправильной формы. Кроме того, у них, как и у сумасшедших, вскрытие показывало серьёзные повреждения нервных центров.

У Б. Паскаля мозговое вещество оказалось твёрже нормального его состояния. При вскрытии черепа Ж.-Ж. Руссо была констатирована водянка желудочков. Череп А.-Ф. Вильмена представлял собой аномальное строение (слишком удлинённый, сплюснутый спереди, с сильным развитием лобных пазух). У Дж. Г. Байрона, Н. У. Фосколо и у многих гениальных людей, за которыми отмечались странности, замечено преждевременное окостенение черепных швов. Р. Шуман умер от менингита, имея уже атрофию мозга. В 46 лет он полностью потерял рассудок: то его преследовали говорящие столы, то он видел звуки, а Л. В. Бетховен и Ф. Мендельсон диктовали ему мелодии из своих могил. При вскрытии мозга у Р. Шумана обнаружили гиперостозы костей черепа [25, с. 48].

Мысль о том, что психическое расстройство – это болезнь мозга, в настоящее время получила много подтверждений. Так, Ева Джонсон и её коллеги из Центра исследований в Мидлксе (Великобритания), впервые используя компьютерную томографию для изучения мозга шизофреника, обнаружили, что у больных шизофренией боковые желудочки значительно больше, чем у здоровых людей. Мозговая ткань у них более развита, больше пространства заполнено жидкостью. Д. Ингвар из

больницы Лундского университета констатирует уменьшение кровотока в лобных отделах больных шизофренией и указывает на снижение уровня нейрональной активности в этой области.

Травматическое повреждение или опухолевые процессы мозга в ходе своего развития могут вызвать специфические симптомы, непосредственно связанные с локализацией процесса. Медицинская наука выделяет четыре синдрома:

1. Левосторонний конвекситальный, при котором наблюдаются речевые нарушения, ухудшение словесной памяти, снижение уровня обобщения, замедление психических процессов, депрессивные переживания и который является соматической предпосылкой духа апатии и отсутствия силы воли.

2. Правосторонний конвекситальный – рождает ощущение эйфории.

3. Двусторонние повреждения медиальных отделов (пассивность, неспособность к целенаправленной деятельности, случайность ассоциаций, отклонение внимания) – порождает дух разбросанности, распылённости и пустословие.

4. Двустороннее повреждение базальных отделов – соматика духа благодушия, шаловливости, похоти [5, с. 22].

Таким образом, вектор духовной активности человека может быть следствием морфологических изменений ткани мозга. Дух апатии, распылённости, безразличия, дух самолюбования, хвастовства, дух примитивизма, пошлости, похоти ярко проявляются на фоне психического расстройств и деструктивности соматического бытия.

Человек с повреждением левого полушария – это субъект с богатым набором потребностей и дефицитом средств их удовлетворения. Больной, у которого повреждено правое полушарие, имеет избыток средств для удовлетворения резко обедневшей, суженной, упрощенной сферы мотивов. Отсюда повторно возникают склонность к преобладанию негативных или положительных эмоций, озорство и легкомыслие при альтерации правого полушария алкоголем и т. д. [41, с. 23].

Но даже при нормальной работе мозга имеют место

особенности функционирования полушарий, которые могут определять не только специфические способности, но и тип личности, её духовные интенции.

Роль функциональной асимметрии больших полушарий мозга человека имеет огромное влияние на формирование личности и особенности восприятия окружающего мира. Правое полушарие ответственно за целостное восприятие, за быстрое «схватывание» всех аспектов ситуации для принятия экстренного решения ещё до детального анализа, тогда как левое – позволяет логически мыслить и познавать мир линейно и однозначно.

«Левополушарный» взгляд на мир подчинен принципу альтернатив: какое-либо действие или отношение автоматически исключает другое, противоположное ему. В этом заключается слабое место такого восприятия – противоречия часто воспринимаются как непреодолимые. Дух здравого смысла здесь может обернуться духом бюрократизма, мелочности и даже фанатичной ярости. Частичное изъятие «правополушарного» вклада в восприятие приводит к снижению способности формировать нестандартные решения как в состоянии бодрствования, так и во время сна, что приводит к развитию невроза или психосоматического расстройства.

Сдвиг асимметрии в сторону относительного преимущества левого полушария становится выраженным в конце подросткового периода. Это связано с тем, что школа видит одной из главных своих задач развитие и тренировку логического мышления, и усилия педагогов часто бывают направлены на стимуляцию «левополушарных» возможностей. По наблюдениям П. Пульвисте и В. Аршавского, у взрослых представителей восточных культур, которые по тем или иным причинам не получили школьного образования, «левополушарный» стиль мышления, способность к анализу и выявлению однозначных связей развиты значительно меньше, чем у тех, кто учился в школе. В тех сообществах, где культурные традиции и тесно связанный с ними стиль мышления не способствуют, а скорее противодей-

ствуют процессу «левополушарного» обучения, сдвиг межполушарной асимметрии влево менее выражен и происходит более болезненно, требуя от субъекта дополнительных усилий [37, с. 174-175].

Вектор духовной активности людей с экстрасенсорными способностями нередко приобретает болезненные формы, проявляясь в духе прожектерства, фобиях, высокомерии, склонности к афёрам, бессердечии, безумии, агрессии.

Электроэнцефалографические исследования людей, которые имеют такие способности, позволили выявить ряд особенностей протекания физиологических процессов их мозга. Обращает на себя внимание явление межполушарной асимметрии в теменно-центральных областях с преобладанием медленных форм активности в правом полушарии. Можно считать, что при экстрасенсорной деятельности происходит направленная кортикофугальная активация неспецифических церебральных систем, которая по механизму обратной связи увеличивает синхронизацию биопотенциалов лобных областей и изменяет тонус коры [20, с. 210]. Полученные результаты позволяют считать, что одним из нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе экстрасенсорной деятельности, может быть направленное создание функционального раздражения в регуляторных системах мозга с ведущей ролью лобных областей коры [7, с. 116].

Особенности функционирования головного мозга могут, как видно из исследований, давать очень пёструю картину проявлений духа, начиная от гениальности и экстрасенсорных способностей и заканчивая безумием. Но высшие психические функции в значительной степени «нужно сопоставлять не с морфологическим субстратом, а с физиологическими процессами, которые осуществляются в тех или иных мозговых структурах при реализации функции» [51, с. 21]. Речь идёт о том, что физиологические процессы непосредственно связаны со структурой нервной клетки.

В начале XX ст. немецкий психиатр Алоиз Альцгеймер описал своеобразный клеточный случай и тем самым дал имя бо-

лезни, которая приобрела едва не эпидемический характер. У пациента – до недавнего времени здорового человека лет пятидесяти – возник глубокий разлад памяти на недавние события. Он перестал ориентироваться в том, когда произошло то или иное событие, где он в тот момент был и что делал. Изменения при таком заболевании бывают настолько незначительны, что их сначала вообще не замечают. Даже зафиксированные симптомы депрессии не способствуют ранней диагностике возможностей деменции, поскольку у лиц среднего возраста жалобы на подавленное состояние не являются чем-то необычным. Серьёзные проблемы возникают только тогда, когда начинается трансформация личности – больной ожесточается по малейшему поводу, становится совершенно равнодушным к нуждам близких людей.

Исследования показывают, что болезни Альцгеймера, Пика, синильные психозы непосредственно связаны с атрофией мозговой ткани. Главные потери несут холинергические нейроны, от которых идут дивергентные связи в коре. Кроме того, зафиксированы значительные потери нейронов, посылающие в коре головного мозга норадреналин и соматостатин. Не ясно только, являются ли данные изменения причиной или следствием болезни [8, с. 231-234]. Если начальный патологический процесс приводит к гибели корковых нейронов, иннервирующих холинергическими или адренорецепторами волокнами, то соответствующие дивергентные сетки с одним выходом не смогут выполнять нормальные интегративные функции. Важно отметить, что содержащие соматостатин нейроны коры головного мозга образуют иерархические цепи, связывающие одну сферу коры с другой. Всё сказанное выше позволяет предположить, что при тонких расстройствах интегративных функций, прежде всего, нарушаются высшие эмоции и побуждения, происходит деструкция личности и резко снижается креативная деятельность. Это приводит к тому, что дух апатии, отсутствие силы воли, дух мелочности, инертности, бессмысленности начинают доминировать в мотивационной

сфере личности.

Известны исследования в области клеточной патологии и при шизофрении. К. Шатц высказал предположение о дефекте роста нейронов и их связей в период от 3 до 15 лет. В последнее время ряд исследователей доказали, что при шизофрении происходит нарушение равновесия между дофаминовыми нейронами и локализованными в мозговой коре нервными клетками, которые содержали глутамат. Нарушение этого равновесия может привести к образованию избытка дофамина, дефицита глутамата или к тому и другому дефекту одновременно. Уменьшение числа нейронов с глутаматом согласуется с наблюдением атрофии коры у больных шизофренией. Исследователь Института психического здоровья Дж. Шилкраут пришел к выводу, что депрессия связана с понижением синаптической доступности катехоламинов, а маниакальный синдром – с её увеличением. Накапливаясь таким образом при блокаде синапсов, норадреналин вызывает продолжающуюся активацию системы стрессов в головном мозге, что в конечном итоге ведёт к угнетению образования кортиколиберина, и, как следствие, появляются подавленность, тревожность, сосредоточенность и неспособность принимать решения [9, с. 305-310]. Дух самокопания, критиканства, изолированности доминирует на фоне шизофрении.

Прежде всего, соматические предпосылки формирования негативного духа проявляются и при исследовании клеточного уровня доминантного участка возбуждения в коре головного мозга. Возникновение доминантного участка сопровождается как повышением эффективности синаптических связей, так и усилением возбуждения нейронов, при этом возбуждение мембраны нервных клеток отражает участие мотивационно-эмоциональных компонентов доминантного состояния. В результате этих нейрофизиологических нарушений к доминанте «прирастает всё нужное и ненужное, из чего потом делается подбор того, чем обогащается опыт» [46, с. 283].

Определение того, что нужно, а что не нужно в нейрофизиологическом плане, происходит в зависимости от состояния

клеточных структур. Если у них обнаружен дефект строения, то вероятность правильного выбора уменьшается при неуклонном росте вероятности выбора неправильного. Известно, что дефект клеточных структур ведёт к нарушению высших интегративных функций и, как следствие, к потере высших ощущений, которые ведут к депрессии, дисфории и постепенной деградации соматического бытия человека вообще.

В целом, состояние опьянения, наркомании, токсикомании инициируется многими причинами, среди них следует особое внимание обратить на особенности протекания биохимических процессов в человеческом организме. Фермент, который расщепляет алкоголь и «работает против» опьянения, – алкоголь-дегидрогеназа – производится в количестве, присущем определённой культурной популяции. Например, у народов севера, которые имеют низкое содержание этого фермента, алкоголизм развивается быстрее, чем у жителей юга, поэтому о северных национальностях можно говорить как о группах риска в развитии алкоголизма.

Как правило, тип деградации личности коррелирует с личностными и нейродинамическими особенностями человека до болезни. Алкоголь имеет свойство обострять индивидуальные черты характера, а затем в определённой степени нивелировать их. Так, под действием алкоголя одни становятся раскованными, распушенными, склонными к открытому цинизму, со сниженными проявлениями нравственного чувства, стыда, отвращения, другие – тугоподвижными, вязкими, многословными, болтливými, подверженными резонерству, третьи – беззаботными, безвольными, с пробуждёнными эмоциями, повышенной аффективной возбудимостью.

Иногда алкоголь инвертирует характер: люди, которые были настойчивыми, энергичными, деятельными, волевыми становятся безвольными, пассивными, застенчивыми, робкими, неуверенными в себе, а застенчивые, робкие, неуверенные в себе, медленные под воздействием алкоголя, наоборот, становятся решительными, требовательными, напористыми,

более откровенными, но, как правило, утрачивают при этом свою прежнюю интеллектуальную утонченность, рафинированность и глубину [43, с. 121-127]. В подавляющем большинстве случаев эти изменения необратимы – они фиксируются биохимическими процессами, дегенеративным перерождением нервных клеток.

Однако, по нашему мнению, соматическая деструктивность как результат негативного состояния духа на уровне отдельных органов не может рассматриваться только в пределах церебральной патологии. Говоря об особенностях построения тела, нельзя не вспомнить, что карликов, калек, уродов во многих странах считали посланниками сатаны, способными приносить несчастье. В сказках колдунов и ведьм изображают сгорбленными, искаженными, с костлявыми руками и большими бородавками на носу. Но стоит чудовищу влюбиться в красавицу – и внешность его перевоплощается. Учитывая этот огромный культурный пласт информации, нельзя не обратить внимание на маркеры негативного духа на уровне деградации органов тела, которые ведут к деструктивности соматического бытия в целом. Причем давно замечено, что при чрезвычайной выраженности, гипертрофии той или иной части тела негативный дух получает свою особую форму проявления. «Незнакомые лица, – пишет Е. Гартман, – которые мы видим впервые, мы способны определить сразу с помощью чувства человеческого своеобразия; однажды схваченный тип упреждает анализ. Мы ожидаем от этого типа определённой манеры разговора, жестикуюляции, мимики и даже образа действий, одним словом, характера определённого склада. И всё это часто бывает справедливо. Духовный тип обычно как-то соответствует внешней форме типа» [14, с. 203].

В средние века и в начале Нового времени (XIV-XVI вв.), когда популярными среди психологов и моралистов стали занятия хиромантией, астрологией и физиогномикой, появились попытки обнаружить у человека признаки (стигмы) дегенеративной наследственности, знаков вырождения (дегенерации). Деструкцию соматического бытия стали связывать не только с

отдельными, случайными, персональными причинами, а начали видеть родовые признаки и причины различного рода аномалий. У истоков этого направления стоял Аристотель. Развитие его идей связано с именами Ф. Мореля, К. Бернара, В. Гризингера, Т. А. Рибо, Ч. Ломброзо, О. Ж. Френеля.

И. Сикорский в 1904 г. в книге «Всеобщая психология с физиогномикой» среди маркеров негативного духа выделяет недоразвитость отдельных частей тела (волчья пасть, заячья губа, сросшиеся мочки уха, сросшиеся пальцы, шестипалость, количество родимых пятен и т. д.). Что касается лица, то к стигмам дегенерации, по И. Сикорскому, можно отнести: асимметрию лица, маленький и большой рот, ненормальные размеры носа, ноздрей, оттопыренные уши, наличие Уха Сатира, неравномерную окраску радужек глаз, сросшиеся брови, широкий промежуток между глазами, врожденный дефект глаз, глухоту. Аномальные отклонения характерны и для других жизненно важных органов и систем, что сказывается на соматическом бытии человека.

Негативному духу дегенератов присущи демонические черты: «патологически неуправляемые взрывы ..., гневливость и озлобленность дегенератов подобна раздражению эпилептиков и носит тот же стихийный, органически неисправимый характер. Жизнь и душевная энергия идут у них не на эволюцию и совершенствование, а, по выражению Г. Спенсера, на расстройство и разрушения» [9, с. 13].

С диагностической точки зрения огромное значение имеет каталогизация репертуара «выразительных движений». Дело в том, что позы, мимику очень трудно контролировать. «Анализ репертуара различных форм неконтролируемого субъектом поведения может служить важным вспомогательным средством при диагностике психических заболеваний. В частности, в репертуаре «выразительных движений» шизофреников полностью отсутствует пожимание плечами» [32, с. 51].

Важной соматической предпосылкой формирования негативного духа является организм, который рассматривается

как система органов. Когда нарушается организация этой системы, начинается деструкция соматического бытия, которая внешне проявляется через негативный дух. Всё нормальное функционирование организма зависит от состояния желез внутренней секреции, которые осуществляют функцию организации систем и подсистем организма через кровь.

Интересно, что с философской точки зрения «тело – проблема не частичных объектов, а дифференциальных скоростей» [35, с. 331]. Скорость течения обменных процессов, реагирования нервной системы определяет не только особенности функционирования тела, но и существенно влияет на состояние духа. Огромное количество изменений личностных характеристик наблюдается при эндокринных нарушениях. Замечено, что дух робости, тревоги, тоски нередко сочетается с явлениями подвижного возбуждения. Так, при базедовой болезни часто появляются боязливость, тревожное настроение, значительная аффективность или, наоборот, маниакальное состояние с эйфорией, при микседеме – сонливость до уровня спячки, стремление к покою, равнодушие, безразличное отношение к окружающим. В частности, особенности женского реагирования, поведения, «женской логики» неоднократно подчеркивались как литературным, так и научным дискурсом. Общеизвестно, что эндокринная система, баланс внутренней среды организма являются для женского пола механизмом регулирования поведения, устремлений и направленности.

Одним из способов организации органов является болезнь. Что происходит в организме, если сила стресса перешла границы гомеостатических возможностей этого организма, если стресс продолжался очень долго, если страдание становится невыносимым, если стресс вызывает неизлечимая болезнь?

Наступает момент, когда организм не в состоянии справиться с постоянно растущими требованиями, и тогда возникает последняя стадия стресса – стадия истощения. «При переходе к хроническому лечению у больных наступают изменения эмоционального состояния, что особенно выражено у больных

с неадекватной (завышенной) моделью ожидания результатов» [30, с. 127]. Меняется настроение, поведение больного, сужается сфера его интересов, он становится раздражительным и конфликтным. Всё окружающее начинает оцениваться только с одной точки зрения – помогает это процессу лечения или нет. Негативный дух выступает здесь как гипертрофия духа самосохранения, эгоцентрическая фиксация на себе порождает равнодушие к близким людям, сужает круг явлений, способных заинтересовать, привлечь внимание [23, с. 176-177].

К интересным выводам относительно опосредованного влияния болезни на состояние духа пришел З. Фрейд: «Больше чем у подвергнутых мной психотерапевтическому лечению тяжелых случаев истерии, невроза, навязчивых состояний и т.п. мне несомненно удалось доказать сифилис у родителей до брака – будь то *tabes* или прогрессивный паралич, будь то другое сколько-нибудь анамнестически установленное сифилитическое заболевание. Особенно отметим, что невротические дети не имеют никаких телесных признаков сифилиса, так что ненормальную сексуальную конституцию нужно рассматривать как последнее следствие сифилитической наследственности. Как я ни далёк от того, чтобы считать происхождение от сифилитических родителей постоянным или необходимым этиологическим условием невротической конституции, я всё же считаю замеченное мной совпадение неслучайным и не лишённым значения» [47, с. 194-195].

Прежде всего, организм как целое можно представить как некую «организацию органов» и как «тело без органов» (Ж. Делез). Для развития соображений по данному вопросу важно мнение Э. Гуссерля о том, что наше тело конституирует себя двойным значением: оно одновременно воспринимается как тело-объект и как тело-субъект. Э. Гуссерль прав в том, что иметь тело – это значит его воспринимать; это означает в самом его восприятии владеть им и отличать от других тел, всё время повторять «волшебное слово» – «моё» (на мой взгляд, моя рука, мое переживание, мое прикосновение и т.д.).

«Тело без органов» базируется на объективных телесных

свойствах (пол, возраст, рост, вес, графика, биохимический баланс, в определённом смысле характер) и субъективных телесных ощущениях (скудость, раскованность, сила, выносливость, ловкость и т. д.). Изучение собственного тела даёт представление о своей внешности (как выглядит Я для других и Я для меня), порождает индивидуальные смыслы, вытекающие из осознания вкусов, фантазий, болезней тела. «Если хочешь понять тело, необходимо жить в теле», – пишет один из последователей Ауробиндо Гхосна Сатпрем [40, с. 52].

Жизнь тела происходит на разных уровнях. Но, в целом, главные смыслы, рождаемые телом, помещаются в достаточно жёсткую формулу: «Ты можешь это выполнить» или «Ты не можешь этого выполнить». Самоактуализация в теле – классический сюжет становления положительного духа, выбора того, что конституционно подходит его обладателю. Важно подчеркнуть, что проблема выбора не может быть сведена к выбору духовному. Тело само собой субъективно, его притягивает или отталкивает другое тело, в состоянии духовного помрачения или бессилия духа. В результате субъективность тела иногда порождает негативный дух, а в целом субъективность – это свобода, способная вызвать опасные интенции.

Представляя идеи шизоанализа, Ж. Делез и Ф. Гваттари считают, что «наступает момент, когда тело, перенасытившись органами, хочет их сбросить – или теряет их. Длинный ряд тел.

Тело ипохондрическое: его органы разрушены, невозможный ущерб уже нанесен, больше ничего не происходит: «Мадемуазель Х утверждает, что ни мозга, ни нервов, ни груди, ни живота, ни внутренностей у неё больше нет, остались только кожа и кости полностью дезориентированного тела – это её собственные слова».

Тело параноидное: органы подвергаются непрерывным атакам извне, но восстанавливаются благодаря притоку внешней энергии: «Долгое время он жил без желудка, внутренностей, почти без легких, с разорванным пищеводом, без мочевого пузыря, раздробленными рёбрами, иногда вместе с блюдом глотал

кусочек собственной глотки и так далее. Но божественные чудеса («лучи») всегда восстанавливают разрушенное.

Тело шизоидное: приступает к активной внутренней борьбе, которую оно самостоятельно ведет против органов – ценой кататонии.

Далее, тело наркотическое, экспериментальный шизоид: «Человеческое тело чрезвычайно неэффективно. Почему бы вместо рта и анального отверстия, которые часто выходят из строя, просверлить одну дырку на все случаи жизни – чтобы и есть, и опорожняться? Мы могли бы закупорить рот и нос, заткнуть желудок и провести вентиляционное отверстие прямо в легкие, где ему, кстати, и место».

Действительно, это так грустно и опасно, когда до смерти надоело видеть своими глазами, дышать своими легкими, глотать своим ртом, говорить своим языком, думать своим мозгом, иметь анус, глотку, голову и ноги? Почему бы не ходить на голове, не петь брюхом, не видеть кожей, не дышать животом: простое Дело, Сущность, наполненное Тело, Путешествие на месте, Анорексия, каждое Видение Его, Кришна, Любовь, Экспериментирование – а почему бы и нет? Там, где психоанализ призывает: «Стойте, найдите снова своё Я», нам следовало бы сказать: «Идём дальше, мы ещё не нашли свое тело без органов, не до конца разобрали своё Я». Замените анамнез забыванием, интерпретацию – экспериментированием. Найдите свое тело без органов, узнайте способ сделать это, это вопрос жизни и смерти, юности и старости, печали и радости» [61, с. 186-187].

Реминисценции такого рода мнений можно найти и в русской философии, например, у Е. Трубецкого: «С одной стороны, человек чувствует в себе животное, чувствует непрерывную и ужасную возможность впасть в животный мир, завывать волком, захрюкать свиньей или гадом ползти по земле. С этой точки зрения зверолодство выражает большую жизненную правду. Зверолодство является реальным фактом нашей жизни: в мире получеловеческого действительно есть и темная бездна, которая нас в себя втягивает. Кроме оборотней, существует и другое

напоминание об этой опасности – образы получеловеческого, полужвериного, которые встречаются в огромном количестве в мифологии и сказках всех народов» [45, с. 109].

Вероятно, что дух изобретательства, дух искажения, дух самопознания, дух безумия, мании, нарциссизма, дух похоти, дух абсурда, авантюры способны провоцировать очень опасные для здоровья перверсии и ведут к деструкции соматического бытия человека. Речь идёт о том, что самобытность человека и персональное соматическое бытие поглощаются хаотическим образом жизни, представляющим собой бесконечный ряд экспериментов и новаций, каждая из которых может быть легко устранена ради новых психологических поисков. Знаменательный в этом смысле факт связан с суперсовременными поисками шизоанализа, в которых легко узнается образ Протея – древнегреческого бога, который постоянно менял внешний вид, становясь то медведем, то львом, то драконом, то огнем, то водой, а свой естественный вид сонного старца мог хранить, только будучи схваченным и закованным.

Безусловно, создание своего телесного образа играет очень важную роль в психической адаптации человека к миру, позволяет достичь равновесия внутренних и внешних сил, то есть стремиться к гармонии с окружающим – внешней и внутренней средой.

«Тело-субъект», прежде всего, выступает соматической предпосылкой формирования как положительного духа творчества и роста, так и негативного духа разрушения и гибели. Рассуждая дальше, вслед за В. Подорогой воспроизведём постулаты, которые позволяют реализовать философскую максиму «В здоровом теле – здоровый дух», а затем методом от противного сформулируем постулаты функционирования тела, порождающие негативный дух, являющийся причиной деструктивности соматического бытия. Итак:

– иметь тело означает быть способным устанавливать двойную дистанцию, психофизическое расстояние между «Я-чувством» и собственным телом, а также между собственным

телом и телами других. Дистанция от Меня к Себе и от Меня к Другому определяется понятиями «около-дальше-далеко»;

– «Моё тело» выступает в виде третьего члена между так называемой «реальностью мира» и «Я-чувством». Следует отметить, что пораженный негативом дух хронически больного человека основывается именно на схеме «моё тело – третий член». В. Николаева отмечает, что для страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями подростков «всё, что отвлекает от больничной реальности, помогает «развлечься» и «отвлечься» хотя бы на время, принимается с благодарностью (в частности, походы в кино, чтение книг о войне, забавные истории о школе, фантастика, детективы, разглядывание журналов мод, комиксов)» [30, с. 149];

– «Моё тело», по определению, обладает «Я-чувством» и не может быть объектом для Другого, а является моей собственностью и моим средством познания и страсти;

– «Моё тело» субъектно, оно – активный агент, который занимает господствующую позицию в экзистенциально-феноменологическом переживании мира (Ж. Сартр);

– «Моё тело» определяется с помощью двух модусов: «иметь» и «быть» [35, с. 146].

Негативный дух формируется «Я-чувством», которое не способно установить дистанцию с собственным телом и с телами других. Дух ипохондрии, инфантильности – результат неспособности дистанцироваться.

Дух, который разрушает основы существования человека, формируется как следствие отождествления «Моего тела» с «реальностью мира» (дух безысходности: Я - песчинка в океане времени) или отождествления «Моего тела» с «Я-чувством», когда тело становится шизосферой экспериментов. Негативный, пораженный дух моментально возникает и в случае, если «Моё тело» становится объектом манипуляций для других; дух бессилия, дух раздражительности, агрессии становится иногда доминирующим фактом существования.

Максимы «Иметь!» и «Быть!» существуют и в другой

модальности: «Быть или не быть?», «Иметь или не иметь?». Дух самоуничтожения, самоуничтожения и самоистязания не является здоровым позитивным и творческим по своей природе и в течение тысячелетий не выделяется в человеческой жизни.

Таким образом, феноменология соматической деструктивности человека позволяет зафиксировать такие формы ее проявления:

– на клеточном уровне это может быть дефект ферментных систем, возникший в результате передачи генетической информации, гибели корковых нейронов, дефектов роста нейронов, мембран нервных клеток, перерождения нервных клеток;

– поражение головного мозга с различной локализацией порождает специфические формы существования негативного духа. Гипертрофированная функциональная асимметрия больших полушарий головного мозга человека в значительной степени определяет вектор духовной активности человека. Частичное блокирование «левополушарного» взгляда на мир может превратить дух принципиальности, здравого смысла в дух мелочности, бюрократизма, фанатичной ярости. Частичное блокирование «правополушарного» взгляда приводит к снижению способности находить нестандартные решения, провоцирует дух беспомощности, бездарности, скуки и тоски;

– стигмы являются наиболее известными маркерами негативного, разрушительного духа;

– организм в целом можно представить как некую «систему органов» и как «тело без органов». Тогда в первом случае соматической предпосылкой негативного духа выступает тело как носитель совокупности физиологических ритмов, а во втором – соматика негативного духа предстаёт как «тело-субъект» с патологическим «Я-чувством».

Понятия нормы и патологии, диагноза и лечения связаны как с медицинской наукой, так и с философскими аспектами здоровья и болезни. Современное развитие науки и техники, социальные, экологические и демографические изменения, рост роли здоровья человека в системе социальных ценностей

общества порождают ряд новых общетеоретических, методологических, социально-гигиенических и гуманитарных проблем. Решение этих проблем возможно только при творческом сотрудничестве философов, ученых-медиков и врачей на основе комплексных теоретических и практических исследований.

В развитии современной медицины наряду с углублённой дифференциацией и узкой специализацией динамично происходит процесс синтеза, интеграции научных знаний в единую теоретическую концепцию о нормальной и патологической жизнедеятельности организма человека. Если в процессе дифференциации определённую роль играет момент «стихийности» как быстрая реакция в ответ на повседневные нужды науки и практики в сфере здравоохранения, то в процессе синтеза медицинских знаний возрастает роль осознаваемых мировоззренческих, общеметодологических и теоретических принципов. Комплексные социально-гигиенические исследования позволяют углублённо изучать механизм социальной детерминации здоровья людей, выявлять роль, место и удельный вес социальных и биологических факторов в поддержании здорового состояния людей и в возникновении заболеваний. Подобные исследования позволяют выработать необходимые меры для совершенствования социальной политики, её стратегии и тактики в сфере здравоохранения.

Среди философско-методологических проблем медицины первостепенную роль играет социально-биологическая проблема. На здоровье людей влияют как биологические (иммунологические, возрастные, генетические и т. д.), так и социальные факторы. Социальная обусловленность здоровья человека – это выражение и проявление объективной закономерности в развитии общества и здравоохранения. Следует отметить, что такая закономерность проявляется не однозначно детерминированным порядком, а как закон-тенденция, которая проявляется в целом, конечном результате.

Биологическое в человеке – это законы обмена веществ и энергии, обусловленные морфофизиологическими особенно-

стями организма, которые проявляются в соответствии с его специфической программой и обеспечивают его существование в социально-экономической среде. Биологическое составляет морфофункциональную основу, которая обеспечивает индивидуальное приспособление организма к окружающей среде. У человека оно выступает в роли «рабочих механизмов» для осуществления социальных функций. Под социальным (о соотношении социального и биологического в медицине) следует понимать систему материальных и духовных факторов общественного происхождения и совокупность межличностных коммуникативных и психоэмоциональных отношений, которые влияют на жизнедеятельность человека, на формирование его здоровья, а также на возникновение заболеваний.

Следует избегать одностороннего анализа социального как совокупности внешних факторов: «искусственной» среды, социального образа жизни и т. д. При этом нужно помнить, что весь морфофизиологический «рабочий механизм» включения, функционирования человеческого организма в определённых условиях социального реформирования опосредованно и социально детерминирован. Так, важнейшие терморегуляционные процессы в человеческом организме социально «настроены» на определённый, искусственно созданный и поддерживаемый микроклимат (жилье, сезонный характер одежды, виды трудовой деятельности, формы отдыха и т. д.). Питание человека, будучи по своей природной основе биологическим процессом, также «реформатировано» в социально преобразованный способ приготовления и употребления пищи.

Научно-технический прогресс и социальное развитие привели к качественным изменениям содержания самого процесса биологической адаптации человека к окружающей среде. Если в прошлом характер патологии был предопределён, прежде всего, патогенными природными воздействиями, то в настоящее время он обусловлен главным образом воздействием, которое оказывает преобразованная самим человеком природа («искусственная среда» существования).

На протяжении многовековой эволюции человек ощущал влияние таких факторов, как гипердинамиа, т. е. максимальная мышечная активность; общее (калорийная недостаточность) и специфическое (недостаточность микроэлементов, витаминов) недоедание. Главную роль в детерминации многих заболеваний в настоящее время играет гиподинамия, то есть недостаточная физическая активность, информационная перегрузка и психоэмоциональный стресс с малоподвижным образом жизни, которые наряду с избыточным питанием ведут к суммированию этих воздействий, способствуют росту ряда заболеваний, особенно сердечно-сосудистых.

Трансформацию претерпевает также аппарат психоэмоциональной адаптации. Здесь особое значение приобретают моторизация современного производства и быта, насыщение жизни техникой, шум, ускорение ритмов жизни, резкий рост количества межличностных контактов, нередко с негативным, болезненным психоэмоциональным зарядом. Все эти факторы в той или иной степени непосредственно определяют эволюцию болезней, изменение их протекания, симптоматики, характера осложнений; ведут к исчезновению одних болезней и возникновению других; резко меняют характер заболеваний. В настоящее время широкое распространение получили болезни, в возникновении которых значительную роль играют психоэмоциональные факторы. Осложнения социализации жизни современного человека сказываются на его соматической патологии. Такие факторы, как профессия, отношение человека к труду, атмосфера производственного коллектива, оказывают существенное влияние на состояние его соматического и психического здоровья.

На разных ступенях социально-экономического развития общества не одинаковы требования, предъявляемые к уровню нервно-психических, мышечных и физических затрат. В условиях глобализации и развития высоких технологий всё более возрастают требования к нервно-психическим механизмам человека. С переходом от одной ступени общественного развития

к другой все более усложняются психоэмоциональные отношения человека, исчезает их прежняя психологическая разобщенность. Все каналы эмоциональной взаимосвязи ныне до предела заполнены, а иногда и перегружены. Нервная система человека подвергается постоянной, все возрастающей эмоционально-психологической нагрузке, начиная от здоровых, тонизирующих и заканчивая негативными, даже болезненными эмоциями. Растут темпы жизни, сокращаются сроки морального износа техники, происходит старение, а то и полное умирание некоторых профессий, ускоряется развитие науки, техники, культуры и т. д. Всё это обуславливает новые, повышенные требования к внутренним ресурсам человека, важным компонентом которых являются психическое здоровье и эмоциональное равновесие.

В эпоху глобализации, научно-технического прогресса, значительных социально-экономических изменений, освоения космоса чрезвычайно увеличилась роль психического фактора во всех сферах жизни. Если раньше источники психоэмоциональных травм находились, в основном, в сфере быта и личных взаимоотношений людей, то в настоящее время положение изменилось. Происходит интеллектуализация труда: он всё более включает элементы умственной деятельности при большей ответственности за выполняемую работу и повышенных требованиях к органам и системам человеческого организма. Возрастание роли умственного труда в общем балансе трудовых затрат на современном производстве требует от врачей и исследователей серьёзного внимания к изучению воздействия интеллектуализации труда на деятельность всех систем организма.

Если современный этап общественного развития характеризуется ускоренным темпом жизни во всех сферах, то скорость психофизиологических и соматических реакций организма нередко оказывается слишком медленной, отстаёт от ритмов социальной и производственной жизни, что приводит к возникновению социально-биологической аритмии как общественной предпосылки возникновения многих заболеваний.

В условиях значительных экологических трансформаций и

их растущего влияния на здоровье людей особое значение приобретает изучение социально-гигиенических аспектов проблемы биосферы и здоровья человека. Насущной становится проблема раскрытия сложных взаимосвязей социального и экологического в развитии человека в состояниях нормы и патологии. В медицинской науке широкое распространение получила новая форма биологизаторства, которая выражается в стремлении экологизировать этиологию многих заболеваний, изолировать её от социальной этиологии, которая непосредственно связана, прежде всего, с особенностями современного высокотехнологического способа производства и образа жизни, характеризуется растущей отчуждённостью, определяемой виртуальной реальностью, интенсификацией труда, порой превышающей психические возможности человека, социальной нестабильностью в обществе и т. д.

Развитие науки и технико-технологический прогресс, освоение новых стихий выдвигают новые требования к человеку, его «внутренним ресурсам», в частности к адаптационным возможностям организма. Изучение этой проблемы с методологических, общебиологических, социально-гигиенических и клинических позиций – одна из актуальных задач, стоящих сейчас перед исследователями в этих областях знаний. До недавнего времени взаимодействие человека с окружающей средой не выводило его организм и адаптационно-приспособительные механизмы за пределы эволюционно сложившейся нормы. В настоящее время в ряде локальных районов создаётся новая физико-химическая и экологическая среда. Благодаря этому возникает новая задача изучения механизмов социальной и биологической адаптации к новой среде. Следует также учитывать, что к возникновению некоторых новых факторов среды человек не готов эволюционно. В частности, это касается новых химических веществ и видов энергии, поскольку в ходе эволюции он с ними не сталкивался.

Научно-технический прогресс способен в определённой степени унифицировать влияние на производственную деятель-

ность, среду и бытовую сферу. Это, в свою очередь, порождает определённое сходство структуры, распространения заболеваний, их нозологических характеристик в разных странах. Этот фактор выступает в качестве основы для объединения усилий ученых разных стран в изучении наиболее опасных и широко распространённых заболеваний.

Таким образом, формирование правильных методологических ориентиров в развитии медицинской науки в условиях бурного развития науки и технико-технологического прогресса становится насущной необходимостью. От выполнения этой задачи в значительной степени зависят теоретическое развитие нынешней медицины и практика здравоохранения, нацеленная на осуществление широкой программы по охране здоровья и профилактике заболеваний.

Классическая наука рассматривает норму как выражение объективного состояния организма. Норма – это гармоничная совокупность и соотношение структурно-функциональных данных организма, адекватных его окружающей среде и обеспечивающих организму оптимальную жизнедеятельность. Такое определение отражает то общее, что свойственно нормальной жизнедеятельности животного и человека. Применительно к человеку под нормой следует понимать ещё и то, что обеспечивает ему полнокровную персонально-соматическую и общественно-трудовую жизнедеятельность.

Норма – это особая форма приспособления организма к условиям окружающей среды. Поэтому особенности и проявления нормы у различных видов широкого филогенетического ряда живых существ в конечном результате обусловлены спецификой их взаимодействия с условиями окружающей среды.

В филогенетическом развитии у определённых групп организмов имеются типовые формы жизненных процессов, происходящих в ходе взаимодействия со средой. Типовые формы реакции, которые сформировались в процессе филогенетического развития организмов в ответ на раздражители и стимулы экзогенного и эндогенного характера, и получили название нормы.

Особая функция живого организма – это выражение отношения между постоянно меняющимися условиями среды и постоянной потребностью организма сохранять одни и те же необходимые условия для обеспечения функционирования тканей, органов и всего организма в целом.

Норма представляет собой проявление закономерности в жизнедеятельности организма и является, таким образом, статистической величиной, что позволяет использовать для её описания такие понятия, как математическое ожидание и дисперсия.

Биологическое понятие нормы тесно связано с философской категорией меры. В норме отражается такое качественное состояние жизнедеятельности организма, на которое происходящие в определённых границах количественные функционально-морфологические сдвиги не оказывают существенного влияния. В данном случае речь идёт о динамической, а не статической норме. Для динамической нормы недостаточно определения средних результирующих величин, характеризующих состояние организма в равновесном покое. Важно определить и «нормальные» отклонения от среднего уровня, обусловленные теми или иными воздействиями окружающей среды и состояния организма и не выводящие организм из состояния динамического равновесия.

Если норма является физиологической мерой здоровья, характеризующая организм и его компоненты с количественной стороны, то здоровье – это комплексная, интегративная и качественная характеристика организма и личности человека. В определённом смысле здоровье – это состояние максимальной биологической и социальной адаптированности человека к окружающей среде. Исходя из определения здоровья, которое написано в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения, здоровье является таким состоянием человека, которое согласуется с характерными для данного общества идеалами здоровья, развития и совершенствования человека.

Альтернативой норме и здоровью является болезнь. Болезнь – это качественно новое состояние организма и личности чело-

века, которое возникает в результате воздействия внутренних и внешних патологических факторов, нарушающих структурно-функциональное состояние организма, и проявляется в нарушении видовой специфической деятельности человека. Болезнь ограничивает привычную свободу жизни человека.

Если здоровье представляет собой проявление нормальной жизнедеятельности человеческого организма, которое даёт ему реальную возможность полноценно выполнять целый спектр общественных функций, то болезнь, в свою очередь, является нарушением нормальной жизнедеятельности человеческого организма, которое ведёт к понижению, а нередко и к потере приспособленности организма к естественной и социальной среде.

Проблему здоровья и болезни в общем медицинском плане следует рассматривать в органическом единстве с проблемой сущности жизни и обмена веществ. Здоровье и болезнь являются специфическими формами проявления жизнедеятельности организма, основное содержание которого – обмен веществ. Если здоровье представляет собой специфические формы протекания обменных процессов, то болезнь – это нарушение согласованности протекания обменных процессов в целом или некоторых их видов (белкового, водного, углеводного и т. д.). Болезнь обычно является следствием нарушения многих обменных процессов. Нарушения обменных процессов при заболевании могут быть как количественными, так и качественными. В свою очередь, повышение и понижение интенсивности обменных процессов (количественные изменения), выходя за рамки нормы, ведут к качественным сдвигам и изменениям в организме и возникновению того или иного заболевания.

Таким образом, философское понимание сущности нормы, здоровья и болезни позволяет выявить не только их генетическую связь, взаимовлияние и относительное сходство, но и направлять исследовательскую мысль на познание качественных, специфических особенностей этих понятий.

В условиях динамичного развития современной науки, совершенствования её понятийного аппарата, усиления синтеза

научных знаний, взаимодействия понятий, методов и методик, которые применяются в различных науках, многие понятия из частнонаучных всё более превращаются в общенаучные. В настоящее время такую эволюцию претерпели такие понятия, как, например, информация, код, обратная связь, и многие другие. Став общенаучными, они содержательно обогатились, стали играть значительную эвристическую, познавательную роль. Аналогичную метаморфозу претерпело и понятие экологии. В настоящее время под экологией следует понимать не только взаимоотношения растительных и животных организмов со средой их обитания, но и взаимодействие человека, его организма с различными факторами окружающей среды.

При философско-методологическом анализе здоровья и болезни следует учитывать как биологизаторские теории, так и взаимодействие человека со средой с позиций учёта важной роли социальных факторов в жизнедеятельности человека. Будучи социальным существом, человек не может избежать влияния общеприродных закономерностей и среды, экологических факторов. Даже поддержание внутреннего относительного постоянства среды человеческого организма (гомеостаза) было бы невозможно, если бы в его основе не лежали общие законы биохимических, физико-химических взаимодействий и взаимопревращений.

Предметом социально-гигиенического и экологического изучения жизнедеятельности человека являются взаимоотношения организма и окружающей среды. Но если в первом случае внимание в основном обращается на социальную обусловленность здоровья и болезни, то во втором – на сам процесс, внутренний биологический механизм этого взаимодействия. Конечно, и здесь нельзя не учитывать социальной сущности человека, социально обусловленных изменений его организма, а также социальных условий его жизни. Голодание как массовое общественное явление обусловлено социально-экономическими факторами. Но внутренняя сущность голодания, независимо от его этиологии, является биологическим процессом, при изу-

чении которого правомерным и необходимым является использование общих экологических принципов и методов обучения. Некоторые условия жизни человека, в частности, производственная среда, являются социальными по своему возникновению и характеру и в то же время экологическими по внутренним механизмам взаимодействия с организмом человека.

Таким образом, наличие определённых общебиологических закономерностей в развитии человека и других живых существ является объективной предпосылкой для использования экологических методов в изучении здоровья и болезней человека.

Экологический подход к вопросам охраны здоровья человека приобретает особенно важное значение в современных условиях, которые характеризуются динамичным научно-техническим прогрессом, глобальными изменениями в окружающей среде, ростом темпов и психоэмоциональной насыщенностью всех граней жизни, увеличением количества, а нередко и изменением качества физико-химических и психологических факторов, влияющих на психосоматические и нейрофизиологические механизмы человеческого организма.

В свою очередь, современная медицина достигла такого уровня, когда уже ставится вопрос о разработке теории управления соматогенезом и психогенезом. В этой связи необходима разработка критериев и прогнозов физического и психического развития человека с учётом влияния на него научно-технического прогресса и изменений социальной и природной среды. Научно-технические достижения усиливают возможности направленного воздействия медицины на развитие человека, способствуя продлению его творческого долголетия, а увеличение продолжительности жизни должно сопровождаться увеличением продолжительности творческого, репродуктивного периода деятельности человека.

До последнего времени окружающая среда оказалась способной восстанавливать равновесие, нарушаемое ведением хозяйственной деятельности, за счёт адаптации к этой деятельности. Сейчас адаптационные механизмы биосферы работают на

пределе и за пределами своих возможностей. На этой основе могут возникать необратимые негативные сдвиги и изменения, способные пагубно влиять на жизнедеятельность растительного и животного мира и человека. Абсолютизируя момент противоречия между быстро преобразуемой человеком природной средой и относительно медленно меняющимся и способным приспособливаться к этим преобразованиям человеческим организмом, исследователи учитывают только биологическую адаптацию человека и приходят к довольно пессимистическим выводам о неизбежности деградации человечества, его физического и психического здоровья. Однако, социально активная адаптация предполагает приспособление окружающей среды к потребностям человеческого организма посредством социально-экономических, научно-технических, санитарно-гигиенических и социально-профилактических мероприятий. Социальная адаптация предполагает, что в социальной сфере современного общества существует объективная возможность для сознательного изменения среды через развитие различных оздоровительных факторов и тенденций, а также нейтрализацию и искоренение болезнетворных факторов.

Суть гуманистической концепции взаимоотношений человека и природы заключается в требовании преобразования окружающей среды в соответствии с потребностями человеческого организма и научно обоснованными гигиеническими характеристиками, которые обеспечивают психосоматическое здоровье человека. Необходимо создать такое влияние среды и экологического окружения человека, которое по своим важнейшим характеристиками отвечало бы не только биологическим, но и психическим, эстетическим и другим потребностям современного человека.

В связи с интенсивными преобразованиями окружающей среды вопрос о взаимодействии и согласовании экономического и гигиенического подходов к преобразованиям природы приобретает особое значение. Гигиеническое нормирование должно носить предупредительный характер, т. е. необходимо

научиться, опираясь на прогнозы экономического и научно-технического развития, предвидеть возможность возникновения как положительных, так и негативных последствий этого развития для здоровья населения.

Согласование экономической рациональности и гуманизма, подчинение экономической рациональности, в конечном счете, интересам благополучия и здоровья человека – суть современной концепции научно-технического развития. Эта концепция исходит из того, что технико-технологический, производственный прогресс должен быть не только средством создания материальных продуктов, но и важным условием развития и совершенствования человека, укоренения его здоровья. Сегодня уже недостаточно одного лишь изучения форм и методов приспособления человека к миру создаваемой техники – необходимо создавать такую технику и внедрять новые технологии, соответствующие биологическим и психофизиологическим характеристикам человека.

Лечение из процесса эмпирического, основанного, прежде всего, на опыте и интуиции врача, превращается сейчас в сложный мыслительный процесс, который формируется на основе философской методологии. Медицинская наука всегда стремилась к философско-методологическому подходу в постановке диагноза, выработке стратегии и тактики лечения. В современной медицине врач вынужден иметь дело с анализом и оценкой все большего количества факторов и отдельных проблем, связанных с происхождением и развитием заболеваний. Это, в свою очередь, увеличивает значение единого методологического подхода в решении этиологических, диагностических и лечебных проблем.

Конкретным выражением единого методологического подхода в данном случае выступает принцип целостности организма, взаимодействие организма и личности больного, единства и взаимообусловленности социального и биологического в норме и патологии. С точки зрения такого подхода разные уровни организации живого в норме и патологии представляют собой не

те или иные разрозненные субстраты для применения большого количества методов изучения, а сложные иерархически подчинённые блоки, имеющие относительную автономность и качественную определённость. Современная медицина изучает все структурные уровни организации жизни, но её основным клиническим ориентиром был и остается индивидуально-специфический уровень организма, то есть человеческая индивидуальность.

В последние десятилетия медицина стала широкой комплексной дисциплиной, в развитии которой наряду с клиницистами активно участвуют представители сугубо теоретических специальностей: химики и биохимики, физики и биофизики, математики и инженеры, исследователи в сфере био- и нанотехнологий. Объединение в единый научный коллектив представителей разных специальностей – сложный процесс не только в организационно-техническом, но и в психологическом и методологическом отношении. Опыт показывает, что там, где удаётся создать не формальное, искусственное, а творческое единство и сотрудничество, разработка проблем диагностики и лечения значительно ускоряется.

Процесс специализации в медицине нередко выступает в виде специфической формы интеграции, поскольку новые узкоспециализированные отрасли знания и практической деятельности в сфере диагностики и лечения возникают в точках роста, соприкосновения и пересечения различных областей науки и практики. Особенно ярко эти закономерности проявились в развитии диагностики как специфической формы познания. Специфичность и своеобразие процесса познания врача определяются, прежде всего, тем, что объектом его познания является наиболее сложное существо – человек, его нормальная и патологическая жизнедеятельность. Больной человек предстаёт перед врачом в роли не только объекта, но и субъекта познания. Следует отметить, что в нормальной и патологической жизнедеятельности людей проявляются и субординируются все известные нам формы движения материи,

что позволяет осознать сложность и своеобразие познавательной деятельности врача.

Диагностический процесс не имеет ни хронологических, ни пространственных демаркационных линий, отделяющих чувственное и логическое познание. Уже в самом начале диагностического процесса, т. е. на стадии живого созерцания, необходим не только сбор фактов, но и их критический анализ, предварительная рациональная переработка, отделение основного, существенного от второстепенного и случайного.

Сбор анамнеза, лабораторное и инструментальное обследование более всего тяготеют к чувственному уровню познания. Но уже при выяснении анамнеза врач руководствуется теми или иными теоретическими положениями и клиническими принципами. Его живое созерцание постоянно дополняется прошлым опытом, клинической эрудицией, известными клиническими взглядами и т. д. Уже при сборе анамнеза и изучении симптомов болезни врач в той или иной степени вынужден заниматься предварительным анализом, классификацией и группированием чувственного материала. Специфичность диагностики как формы познания усиливает значимость чувственного созерцания. Это объясняется индивидуальностью каждого больного и его болезни. Чувственное познание при выявлении индивидуальной природы болезни играет важную роль.

В свою очередь, так называемый рациональный этап диагностического процесса выражается, в частности, в подведении того или иного конкретного заболевания под определённую нозологическую форму, неизбежно «отягощается» и дополняется постоянно накапливаемыми конкретными «чувственными» свидетельствами и данными о состоянии больного. Как на стадии непосредственного чувственного познания больного, так и при рациональной постановке диагноза врач проверяет, корректирует свои представления и понятия в соответствии с результатами лабораторных исследований и в процессе непосредственного наблюдения за развитием болезни. На основе этого можно сделать вывод, что практика (в широком смысле слова) органиче-

ски пронизывает весь диагностический процесс с начала и до конца, а не сводится лишь к окончательной проверке предварительного диагноза.

С точки зрения основных принципов классической теории познания следует рассматривать и прогностику заболеваний. На основе учения о законе как совокупности объективных, сущностных, повторяющихся в определённых условиях и стабильных связей и отношений между явлениями и процессами стало возможным разрабатывать научные принципы прогностики заболеваний как одной из специфических форм научного прогнозирования в медицине. Законы патологии, как и любые другие законы науки, отражают развитие явлений и процессов не только в прошлом и настоящем – они отражают тенденцию их развития и в будущем. Диагноз будущего есть прогностика, формирующаяся на основе учёта этой тенденции. Не абстрактный, нормально-логический диагноз, который выявляет лишь нозологическую принадлежность болезни, а персонализированный патогенетический диагноз позволяет сделать более правильный прогноз заболевания, опираясь на общую познавательную закономерность восхождения от абстрактно-логического к конкретно-мыслительному его воспроизведению. Диагноз настоящего заболевания и прогноз его развития в будущем представляют собой диалектическое единство констатирующей прошлое и настоящее и прогностической о будущем истин.

В диагностической деятельности врача постоянно приходится иметь дело с объективными и субъективными данными и показателями. От того или иного понимания соотношения объективного и субъективного, их роли, удельного веса в развитии и протекания патологических процессов зависят точность и адекватность диагноза. Если объективное состояние больного влияет на его субъективные показатели, то, в свою очередь, субъективное состояние не является нейтральным относительно развивающегося патологического процесса. В данном случае вопрос о субъективном моменте в болезни, в частности, в ощущении боли, нас интересует только в познавательном, отобра-

жаемом плане. В этой связи нужно указать на неправомерность сведения боли до уровня элементарной, примитивной эмоции, примитивного переживания страдания. При отождествлении боли с примитивным переживанием страдания первая остается специфической, сигнальной, отражающей функции и содержания. Боль – это не только грубое, примитивное, эмоциональное страдание, но и чувства. Будучи субъективным, психологическим явлением, болевые ощущения в определённой степени и в специфической форме отражают и качество патогенного влияния, раздражителя. Конечно, изоморфность раздражителя присуща и болевому ощущению. В этом смысле болевое ощущение выполняет информационно-сигнальную функцию. В силу этого расшифровка содержания болевого ощущения позволяет дополнить сформулированный врачом диагноз новыми, дополнительными чертами и особенностями. Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о том, что большинство болезненных ощущений способны в специфической для них форме отражать не только интенсивность, но и качественные особенности патогенных и непатогенных раздражителей и воздействий.

В нынешнее время разработка логико-методологических основ диагностики приобретает всё большее значение. Сейчас в диагностике невозможно ограничиться только выводом по аналогии, как это часто было в прошлом. Постановка диагноза превращается в сложный акт интегративной деятельности мышления, основанный на творческом использовании объективно-научных и субъективно-анамнестических данных при оптимальном использовании анализа и синтеза.

Аналогия, как справедливо подчеркивает академик Е. Чазов, сегодня, как и в прошлом, играет важную роль в диагностике. Ведь именно способность ассоциировать субъективные и объективные данные и сравнивать комплекс этих данных с хранящимися в памяти признаками различных заболеваний определяет уровень диагностики. В процессе установления диагноза врач выдвигает несколько гипотетических предполо-

жений, достоверность каждого из которых тем выше, чем больше подобных признаков той или иной болезни, хранящейся в памяти. Разумное сочетание индукции и дедукции при обосновании диагноза имеет важное методологическое значение. Индуктивный метод, по сути, представляет собой ту часть лечебного мышления, которая основана на заключении об общем – о характере патологического процесса, о нозологической форме – по совокупности отдельных факторов: симптомов заболевания, результатов лабораторного и инструментального исследования больного. Дедукция в мышлении врача предполагает поиск отдельных доказательств для обоснования одной или нескольких гипотез, то есть одного или нескольких вероятных диагнозов.

Поиск новой широкой диагностической информации, появление большого количества новых методов диагностики заставляют задумываться о месте врача в диагностическом процессе, об определённых изменениях характера его мышления, о взаимоотношениях «врач – аппаратура – больной».

Внедрение в клиническую практику достижений науки и техники, специализация и дифференциация медицины стали повседневными и необходимыми явлениями. Однако такая тенденция несёт в себе потенциальную угрозу дегуманизации медицины, фетишизации технических средств, данных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Нередко задается вопрос: не обедняет ли мышление врача активное проникновение в клинику новой мощной техники? По нашему мнению, сотрудничество наук при реалистичной оценке их эвристических возможностей в обосновании диагноза, при наличии правильной методологии, стратегии и тактики лечения будет способствовать совершенствованию мышления врача. Напротив, фетишизация технических средств диагностики может стать причиной диагностических ошибок. Они связаны с переоценкой возможностей технических методов диагностики, со слепым следованием лечащего врача выводам рентгенолога, цитолога, результатам биохимического анализа или данным электрокардиограмм, энцефалограмм и других лабораторных

исследований.

В подобных случаях медицинская техника якобы затеняет больного, его личность. Живое общение врача с больным в определённой степени заменяется изучением клинических анализов, рентгеновских пленок, электрокардиограмм и т. д. В таких случаях у больного может возникнуть фетишистское отношение к медицинской технике: если он узнаёт о незначительных изменениях в ЭКГ, о повышении индекса Протромбина на несколько процентов, то он иногда оказывается в состоянии повышенного возбуждения.

Фетишизации медицинской техники иногда способствуют и средства массовой информации, которые формируют гипертрофированные, завышенные представления о её возможностях. Данные даже таких, казалось бы, достаточно объективных методов исследования, как электрокардиография и эхокардиография, необходимо обязательно связывать с существующими представлениями о патологическом процессе, с конкретными клиническими проявлениями болезни конкретного человека.

Хотя диагностика сегодня всё более превращается в точный научный метод познания больного, важнейшую роль по-прежнему играет профессиональное искусство врача, его аналитические способности, скорость и адекватность реакции, умение установить психоэмоциональный контакт с больными, качественная методологическая подготовленность. Если рентгеновский луч способен проникнуть в тонкие морфологические структуры больных органов, то глаза и ум опытного врача могут и должны проникать в душевный мир больного человека. Техника и врач выступают как необходимые дополнения друг друга, а не как конкурирующие и исключаящие начала.

Таким образом, в современных условиях прогресс медицины во всё большей степени зависит не только от технических, но и логических, методологических и мировоззренческих факторов. Глубокое и творческое изучение и применение философской методологии превратилось в необходимую предпосылку

прогресса теоретических знаний и практического опыта в современной медицине.

Современная медицина связана с научной деятельностью и ответственностью за здоровье и жизнь человека. Ориентация на истину является главным содержательным элементом научности, которая существенным образом поддерживается и обеспечивается в медицине ценностно-гуманистическими ориентациями общества. Деятельность врача-исследователя ориентируется не на построение систем абстрактных объектов, а представляет собой ряд целесообразных попыток решения научных вопросов, вплетенных в контекст клинических и профилактических задач, затрагивающих проблемы социальной ответственности в медицинской науке и здравоохранении.

Повышение социальной активности в сфере здравоохранения сегодня связано с расширением и углублением поля теоретических исследований в области биомедицинской этики, установлением международных контактов с зарубежными научными центрами по данной проблематике, использованием теоретических доработок в конструктивных решениях относительно проблем трансплантации органов и реанимации. Таким образом, социальную свободу и ответственность врачей следует рассматривать в неразрывной связи с необходимостью повышения роли личности человека в условиях высокотехнологичного общества.

На современном этапе развития медицины возрастает значение техники и высокотехнологичного оборудования при диагностике заболевания для получения и обработки информации, то есть объективных данных о болезни, с целью установления правильного диагноза. В содержательном плане критерием научности в деятельности врача в настоящее время является эффективная реализация на практике достижений всего комплекса современных наук, включая последние достижения в сфере биомедицинских технологий. Однако сегодня ещё достаточно сложно говорить о полноте разработки критериев научности практической деятельности в сфере здравоохранения,

а потому целесообразно обратить внимание на возможность построения своеобразных моделей научности в медицине.

Научные открытия и разработки в медицинской сфере можно рассматривать как процесс достижения всё более полного, адекватного и истинного отображения механизмов и закономерностей, которые лежат в основе нормы и патологии, здоровья и болезни, диагностики, лечения и профилактики. Ориентация на истину является главным содержательным элементом научности, которая существенным образом поддерживается и обеспечивается в медицине ценностно-гуманистическими стратегиями общества.

С философской точки зрения «драматическая» медицина базируется на желании познать истину и гуманистическом намерении пожертвовать собой ради совершения научных открытий и спасения жизни других людей [3].

Медик-исследователь стремится открыть объективные законы, а врач поэтапно решает задачи, связанные с диагностикой, лечением или профилактическими мерами, ориентированными на индивида, группу и общество в целом. Если в первом случае познается объективная реальность, открывается новое, не известное ранее, то во втором распознаются и соотносятся имеющиеся симптомы (признаки) и синдромы (комплексы признаков) у пациента с теми симптомами и синдромами, которые принято считать обязательными при той или иной форме болезни. В обоих случаях стоит задача познания нового, установления форм заболеваний и методов их лечения. Проблемность выступает необходимой предпосылкой, импульсом медицинского познания. Надо отметить, что данный критерий, будучи необходимым, не может быть признан достаточным, поскольку сама проблема является предпосылкой, а не строго регламентированным путём познания, исключающим ложные выводы.

В настоящее время разработки проблем ответственности в «философии здоровья», на наш взгляд, не соответствуют качественно новым задачам, стоящим перед здравоохранением. В период традиционного развития медицины ответственность

понималась в основном как индивидуальная ответственность врача в соответствии с положениями моральных кодексов; в современных же условиях диагностика, терапия и хирургия переходят от принципов деятельности (врач-пациент) к групповой, связанной с согласованной деятельностью групп врачей, целителей, биологов, инженеров, программистов, использующих новейшие технологии для медицинских целей: сохранения и продления активной жизни человека.

Совокупность действий врача, которые ведут к негативным последствиям, по мнению специалистов в сфере деонтологии и судебной медицины, может быть распределена по трем группам: врачебные ошибки, несчастные случаи и профессиональные нарушения, предусматривающие уголовную ответственность.

Даже при наличии новейших медицинских технологий существует неизбежность врачебных ошибок, связанных как с эволюцией форм патологии, изменениями в протекании традиционных болезней, так и с поисками принципиально новых средств и методов лечения. Современный врач опирается на мощный потенциал новой техники, технологий, достижений науки. Профессиональная ответственность врача в полной мере может быть реализована при условии надлежащего финансирования и наличия чётких моральных установок. Таким образом, необходимо обеспечить людям право на выбор врача, который отвечает за здоровье своих пациентов. Положительную роль в современных условиях играет связь диагностических центров с лечебными учреждениями.

Сегодня существует настоятельная необходимость в реформе здравоохранения в целом, обусловленная изменениями как научного, так и социально-гуманитарного характера. Научность деятельности врача – это, прежде всего, эффективная реализация на практике новейших достижений и открытий.

Врачебная ответственность имеет объективное содержание, детерминированное спецификой врачебной деятельности.

Профессиональная ответственность врача – это ответственность за правонарушения в профессиональной или профессио-

нально-должностной деятельности. В зависимости от правонарушения, которое может заключаться в сознательном действии или бездействии, врач может быть привлечен к дисциплинарной, административной, гражданской или уголовной ответственности. В медицинской сфере акцент делается преимущественно на индивидуальном характере деятельности и ответственности врача.

Выдающийся украинский хирург М. Пирогов указывал на то, что все врачебные ошибки должны стать достоянием медицинского сообщества. Врач должен найти в себе мужество признать их, чтобы на анализе причин и условий, которые их породили, мог учиться не только он сам, но и его коллеги, особенно молодые врачи. В этом заключается ответственное отношение врача к своим профессиональным обязанностям [33].

К врачебным ошибкам относят добросовестные заблуждения врача, происходящие либо из-за несовершенства знаний медицинской науки и её методов исследования, либо из-за особого протекания заболеваний у конкретного больного, либо из-за недостатка знаний и опыта врача. Важны как обоснование неизбежности врачебных ошибок, связанных с эволюцией форм патологии, изменением характера протекания традиционных и появлением новых болезней, так и поиск медиками принципиально новых средств и методов лечения.

Врачебные ошибки – это достаточно важная и всегда актуальная проблема в деятельности врача. Следует признать, что как бы хорошо ни было поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача с прекрасной клинической школой, имеющего большой научно-практический опыт, очень внимательного и серьёзного, который в своей деятельности мог бы безошибочно диагностировать любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, всегда идеально проводить оперативные вмешательства. Таким образом, при анализе врачебных ошибок следует учитывать, что их неизбежность обусловлена спецификой медицинской науки и практики.

Какой бы развитой ни была материально-техническая база

медицинской деятельности, именно врач, а не медицинский коллектив, в том числе парамедики, при традиционной системе организации лечебно-диагностической и профилактической деятельности возлагает на себя всю полноту ответственности за здоровье больного, используя при этом весь потенциал новой техники, технологии, достижений науки.

В медицине больной человек рассматривается одновременно как объект и предмет научного исследования и лечебно-диагностической деятельности. Объектом медицины является человек, а предметом выступает круг проблем, связанных с его соматическим и психоэмоциональным здоровьем или его нарушениями. Общая и частичная медицина занимаются их распознаванием и лечением, а также предупреждением болезней.

Современная медицина – это наука о причинах возникновения (этиология), закономерностях развития (патогенез) болезней человека, методах их распознавания (диагностика) и лечения (клиническая медицина), формах оптимальной организации медицинской помощи населению (теория организации здравоохранения) [33, с. 26].

Полиморфизм научного медицинского знания обладает специфическим характером, обусловленным многогранностью объекта этой сферы человековедения и спектром средств воздействия на человека с целью сохранения, укрепления и повышения здоровья. Суть этой специфики заключается в принадлежности медицинских знаний к определённой предметной области и их содержательном значении, и онтологический статус определяется именно соответствием или несоответствием этому предмету. Разноплановость и неоднозначность характера знаний, объединённых понятием «медицина», свидетельствуют об отсутствии хорошо проработанных методологических принципов организации этих знаний с тем, чтобы они составляли единое целое.

Важными критериями научности в медицине являются объективность и сформированная на этой основе возможность доказательства и проверки, без которых ни теоретики, ни вра-

чи-практики не должны принимать выдвинутых положений научного и лечебно-диагностического плана. Врач-исследователь и врач-клиницист опираются на объективные аргументы, которые могут быть проверены любым специалистом-медиком, получившим соответствующую подготовку. Медицина апеллирует не к тому или иному субъекту – врачу с его опытом, его чувствами, эмоциями, переживаниями, а к объективной необходимости, которая лежит в основе его уверенности в том, что нечто будет происходить каждый раз, когда обеспечены необходимые условия, т. е. в соответствии с законами нормальной и патологической жизнедеятельности человека. Вопросы относительно соблюдения этого требования возникают при изучении социально-биологических отношений, закономерностей высшей нервной деятельности и диагностики психических форм патологий, поскольку совпадение многих факторов приводит к нестыковке диагнозов, прогнозов и схем лечения.

Медицинской науке присуща системность, проявляющаяся в органическом единстве науки и практики – лечебно-диагностической и профилактической деятельности. Медицина имплицитно содержит требование системности в предметно-практиологическом и гносеологическом плане. «Медицинскую науку можно представить как: а) систему развивающегося знания (результат научного поиска) и б) как процесс получения знания (эксперимент и клиническая практика) ... Медицинская наука как теоретическая система включает в себя оба аспекта – деятельность как процесс и знание как результат научного процесса» [33, с. 240].

Системность предстаёт как естественный объединяющий признак научности в медицине. Отсутствие системности в медицинских знаниях не может служить основой для эффективной клинической работы, а сама деятельность в этом случае не может претендовать на научность. На понимание природы научности в медицине существенно влияет тот факт, что она всегда развивается, тесно примыкая и переплетаясь с комплексом биологических наук. Совокупность таких признаков, как проблем-

ность, предметность, обоснованность, возможность проверки, системность, позволяет охарактеризовать научность в медицине, ядром которой являются истинность отображения и соответствие теории практике.

В настоящее время особенно важно формирование более чётких, методологически обоснованных критериев научности, совокупность которых составила бы своеобразный образец. Этот образец мог бы быть взят за основу программ исследовательской деятельности в медицине.

Анализ медицинской науки и практики как важного элемента системы культуры позволяет понять многообразие связей последней с обществом и конкретизировать понимание специфики медицинского знания. Такой подход поднимает вопрос о правомерности использования в качестве своеобразных методологических ориентиров в этой сфере физико-математического, технического, биологического и гуманитарного образцов научности. Эвристическая ценность этих идеалов научности заключается в том, что они могут выступать методологическим ориентиром решения проблемы синтеза природного, социогуманитарного и технического знания в медицине. Актуализация данной проблемы связана с углублением связей общества и медицины, усложнением взаимоотношений биологического и социального, расширением процессов интеграции и дифференциации наук, а также оснащением медицины и здравоохранения принципиально новой техникой, их «технологизацией».

Медицинское знание построено преимущественно на основе описаний, более или менее чётких эмпирических представлений о научности. Однако вопрос о научности как о реальной форме медицинского знания и его образцов, как совокупности гносеологических и нормативных критериев с учётом нынешнего уровня развития медицины требует более глубокого изучения. Если употребление термина «наука» по отношению к медицине рассматривать в плане возможностей использования аксиоматического, гипотетико-дедуктивного и генетического методов, то сразу возникает необходимость строгой научной

разработки норм, методологических регулятивов, ориентируясь на которые, должно развиваться современное научное знание. Таким образом, выявление роли гносеологических и нормативных критериев научности в медицине по-новому ставит вопрос о содержании понятий «медицинская наука» и «медицинская деятельность».

История науки показывает закономерную смену одного стандарта научности другим, и в результате оказывается, что ни один из них логически не соответствует требованиям универсальности, поскольку относится только к определённой предметной области. «Исследовательская деятельность в рамках математического стандарта научности является преимущественно познанием логично возможного; естественнонаучный стандарт научности ориентирован, главным образом, на получение результатов, эффективных для практической, предметной деятельности; социально-гуманитарный стандарт, кроме этого, ориентирован на получение социально-значимых результатов, которые согласуются с целями, основными ценностными установками социально-исторического субъекта» [44, с. 83-84]. Следует отметить, что в медицинской сфере знания в той или иной степени можно применять все эталоны научности, поскольку именно в ней имеют место различные формы и виды ответственности, разнообразие интерпретации врачебных ошибок и критериев научности, которые глубоко взаимосвязаны.

Таким образом, математические, естественнонаучные и гуманитарные стандарты влияют на решение диагностических, клинических и профилактических проблем здоровья человека и непосредственно определяют понимание вопросов гуманизма, ошибок, вины и ответственности в медицинской науке и практике в условиях нынешних научно-технических достижений, связанных с развитием высоких технологий и, в частности, биотехнологий.

Современный уровень научности медицины, активное использование новейших технологий, с одной стороны, «размывают» субъект ответственности (поскольку возникает возможность

переноса ответственности на целый коллектив специалистов разных профессий и «систему» в целом), а с другой – требуют уточнения сферы применения отношений ответственности, поскольку проявляется возможность сужения доли врачебных ошибок, обусловленных уровнем развития научного знания. Для того, чтобы обеспечить перенос научных медицинских знаний в практическую лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность, имеет смысл реализовать принцип «организованности», суть которого заключается в организации врачебной деятельности таким образом, чтобы предотвращать возможность безответственного поведения субъекта профессиональной деятельности.

Для более глубокого понимания спектра этих проблем следует обратиться к анализу социально-гуманистического понимания свободы и ответственности, в медицине и здравоохранении проявляющихся в профессиональной деятельности, социально-профессиональной направленности, взглядах относительно направлений исследований и практического применения их результатов.

Социальная ответственность медицинских работников на современном этапе непосредственно вытекает из расширения их деятельности, повышения социальной активности в сфере здравоохранения и предоставляемых им в этой сфере прав. Большое значение имеют также расширение и углубление поля теоретического исследования в области биомедицинской этики, установление международных контактов с зарубежными научно-исследовательскими центрами, конвертация теоретических разработок в практические методы и методики лечения, внедрение новых методов лечения сложных болезней, применение фармакологических препаратов на основе новейших технологий.

Таким образом, социальную ответственность медиков следует рассматривать и в непосредственной связи с необходимостью повышения роли личности человека в условиях глобализации информационного общества. В сфере медицины и здравоохранения формы социальной и профессиональной от-

ответственности могут быть ранжированы на разных уровнях, в бинарных системах «медик – пациент» (индивидуальная), «медицинская бригада – пациент» (групповая), «медицинское сообщество – пациент» (коллективная), «медик – коллектив», «медик – общество».

Медик, медицинская бригада, медицинское сообщество выступают субъектами деятельности и несут ответственность перед пациентом, который доверил им своё здоровье и жизнь. Кроме того, врач выступает субъектом деятельности с точки зрения медицины, медицинского сообщества и общества в целом. Современное состояние медицины разнообразит виды ответственности, формирующиеся в сфере здравоохранения в процессе усложнения форм взаимоотношений между лицами, которые обращаются за медицинской помощью, и лицами, которые её предоставляют. В настоящее время эти отношения имеют различные виды, формы и уровни. В общем виде каждый субъект имеет систему «вертикальных» и «горизонтальных» отношений ответственности, которые формируются на основе его практического участия в решении задач, стоящих перед ним. Вся система ответственности с её вертикальными и горизонтальными связями призвана обеспечить приведение различных видов деятельности данного субъекта в соответствие с общечеловеческими интересами, интересами социального прогресса и гуманизма, т. е. определяется конкретно-историческими потребностями. Чем полнее деятельность субъекта соответствует требованиям этих потребностей, тем разнообразнее будет содержание ответственности, тем с большей ответственностью и знанием дела он может принимать решения.

Современная этика, аксиология, право не дают ответа на многие назревшие вопросы, но осмыслению этих вопросов посвящены многочисленные споры и обсуждения как среди ученых, философов, так и в СМИ. Сформировалась относительно новая сфера междисциплинарного знания – биоэтика. Возникновение биоэтики и проникновение морального дискурса в сферу биомедицины нашли отражение в экзистенци-

альных настроениях. Практика проведения научных исследований вышла за пределы деятельности профессиональной медицины, человеческое тело начало осознаваться не только как объект научного исследования или терапевтического действия, но также как соматическое бытие конкретного человека. С появлением высоких технологий начала размываться граница между человеком и машиной, между телом и технологиями.

Биотехнология, в отличие от других сфер биологии и медицины, опирается не на внешние технологии (протезирование, инструментальную диагностику, хирургию), а на идею о том, что процессы тела могут быть перепрограммированы на достижение нужных результатов. Человек в данном контексте теряет свой первоначальный статус хозяина самого себя и начинает выступать как объект управления. Нанороботы, вживленные в организм человека, способны стать не только машинами, служащими для лечения или продления жизни. Медицинские устройства со временем смогут позволить относительно легко изменять структуру мозга или осуществлять стимуляцию определенных его отделов для получения эффектов, имитирующих любые формы психической активности, которые влияют на поведение и эмоции человека.

П. Тищенко отмечает, что любое действие в данном обществе имеет нередуцированное моральное измерение, которое нельзя наблюдать с научной точки зрения. Такие внутренние проблемы биомедицины (как, например, проблемы абортот, права пациентов, инвалидов, клонирование, генная инженерия и многие другие проблемы) стали мощными стимулами для различных общественных движений, исповедующих различные точки зрения и ценности, в которых столкнулись различные моральные позиции, религиозные взгляды и философские теории [44, с. 62]. Потребность в моральной оценке новейших научных исследований в области медицины уже нашла своё отражение в соответствующих общественных организациях (этических комитетах), которые дают оценку связанным со здоровьем и жизнью человека новейшим исследованиям и технологиям и

формируют нормы и правила морального обоснования научных исследований и практики их применения с учётом различных точек зрения и моральных позиций.

В настоящее время связанные с применением биотехнологий биоэтические проблемы создают множество споров. Так, биотехнология клонирования поставила вопрос о статусе эмбриона человека и активизировала дискуссию относительно нравственности и запрета аборт, а также дискуссию о выращивании клонированных организмов как источников органов для трансплантации. Эти вопросы порождают ряд проблем не только медико-биологического, но и религиозного, морального, юридического, социального характера и в контексте развития высоких технологий требуют нового философского переосмысления. Трансгенные технологии определяют границы, где заканчивается животное и начинается человек.

Современные биомедицинские технологии должны сочетать в себе фундаментальные научные исследования с разработкой положений по морально-правовой защите, обеспечивающих защиту прав, свобод, достоинства и здоровья каждого человека от сопряжённых с этими исследованиями опасностей. Также возможность получения важных научных результатов не даёт оснований для проведения экспериментов и исследований над людьми без их согласия и вопреки морально-этическим нормам.

Реальный мир современной биомедицины сейчас находит своё отражение и в сфере искусства, и в средствах массовой информации и коммуникации. Так, в телесериале «Клон» с помощью художественных средств рассматриваются связанные с клонированием бытовые, мировоззренческие, юридические и философские проблемы. Научное знание подаётся понятными рядовому человеку средствами, тем самым привлекается внимание широкой общественности к насущным проблемам современности в области биомедицинских технологий и связанным с ними вопросам о полноценности искусственно созданного человека, его самоидентификации, социальном статусе, пределах вмешательства учёного в деятельность природы и Бога.

Таким образом, современные научные разработки в области биотехнологий настолько приблизились к человеку, что способны непосредственно влиять на его биосоциальную сущность и духовные основы, существенно изменяя их; сам человек выступает как естественно-техническая (в генной инженерии) или социотехническая система, а его тело и сознание – как технологические объекты.

Сегодня человечество уже не может быть равнодушным и безответственным к тем последствиям, которыми биотехнологии грозят как нынешним, так и будущим поколениям. Конечно, речь идёт не о запрете разработок и внедрения биомедицинских технологий, а о необходимости объективного научного оценивания и предвидении возможных негативных эффектов, их профилактики или минимизации.

Современные биомедицинские технологии создали беспрецедентные возможности вмешательства в природу человека и оказания как позитивного, так и негативного влияния на его здоровье. Появились впечатляющие по своим масштабам и глубине эффективные рычаги влияния, которые позволяют не только корректировать, но и кардинальным образом перепроектировать человеческую природу. Расширение спектра возможностей направлять развитие общества проблематизирует непредсказуемые последствия такого вмешательства. Имеют место потеря прежнего «естественного» представления о человеке, «размывание» его образа и рассмотрение его организма как объекта биомедицинских манипуляций. Всё это стало предметом пристального внимания биоэтики, которая сформировалась в последней трети XX века с целью защиты прав пациентов и людей, которые добровольно согласились на участие в медицинском эксперименте.

Как новая сфера междисциплинарного знания биоэтика все шире вовлекается в сферу философской рефлексии. Эта новая отрасль современной гуманитарной науки проблематизирует отставание нравственного сознания от приобретенной человеком технологической и индустриальной мощи, на что неоднократно

но указывали многие мыслители, фокусируя внимание на том, что нынешнему обществу недостает гуманизма как в научном знании, так и в медицинской практике. Биоэтика в определённой степени внесла коррективы в современную медицинскую практику. В идеале врач должен следовать аристотелевскому правилу доброжелательного и внимательного обращения с пациентом. Во многих случаях он стремится убедить пациента в правильности того или иного метода лечения с помощью рациональных доказательств. Принцип уважения свободы пациента должен дополняться правилом уважения к частной жизни и праву на её конфиденциальность.

Следуя традиции Гиппократу, подавляющее большинство врачей стремится установить доверительные отношения между пациентами и их близкими родственниками. В определённых ситуациях подобное доверие вряд ли может быть вытеснено рутинной процедурой получения информированного согласия пациента, учитывая и то обстоятельство, что пациенты зачастую не понимают сути подписываемого ими документа.

В современной биоэтике существует целый ряд различных моральных дилемм, которые подвергают сомнению традиционные представления о благе пациента и о границах медицинского вмешательства, непосредственно связанного с началом и концом человеческой жизни. Под влиянием биоэтики актуализировались медицинские нарративные практики. Значительное внимание уделяется роли нарратива в реализации индивидуального подхода к пациенту в деятельности врача. Решение биотических проблем во многом зависит от социокультурного контекста биомедицины.

В настоящее время медицинская практика встречается с довольно сложными проблемами морально-этического плана. Критерий научности в медицине имеет специфические особенности. Подобно исторической науке, объектами медицины являются индивидуальные случаи заболеваний, ситуации и документы. При этом анализ индивидуальных случаев заболеваний поддается реконструкции только через анализ следов и

симптомов как доказательств, регистрируя которые, можно разработать точные «истории» отдельных болезней. Следует подчеркнуть, что в медицине традиционных культур присутствует укоренившееся целостное отношение к пациенту.

О научном статусе современной медицины свидетельствует биомедицинская модель, на которую, начиная с XIX века, начинает ориентироваться медицинская теория и практика. С развитием медицинских технологий имело место изменение подхода к пациенту: врач всё реже воспринимает пациента целостно, не учитывает особенностей личности больного, а лишь «ремонтирует» отдельные работающие части биологической системы.

Сверхспециализация, технологизация современной медицины, существенный разрыв между непрофессиональным и медицинским дискурсом углубили различия между исключительно индивидуальным опытом болезни и общей медицинской теорией. Несмотря на комплексный подход к медицинскому знанию, отдельные индивидуальные элементы, которые вносят в это знание ценный вклад, в целом, не сбалансированы и остаются отделенными друг от друга. В результате пациент в биомедицине чаще всего рассматривается как биомеханическое подобие очень сложных технических систем с «человеческим компонентом».

Во взаимоотношениях врача и пациента произошли кардинальные изменения, характеризующиеся переориентацией деятельности врача с гиппократовского индивидуального подхода на социально-ориентированный подход, который в своей предельной форме превращает отношения «врач – пациент» в обезличенные клиентские отношения, а понятие «медицинские услуги» постепенно вытесняет понятие «медицинская помощь». Таким образом, в биомедицине происходит уход от рассмотрения пациента как целостности и личности.

Как и в прошлом, медицину нельзя рассматривать только как науку. Далеко не все медицинские знания являются рациональными, и далеко не вся деятельность врача может быть технологизированной. Это демонстрирует, в первую очередь,

специфика медицинского знания, черты которого выделены на основе концепции Д. Гривса. Во-первых, медицинское знание специфично из-за значительного уровня неопределённости (диагностические гипотезы и прогноз носят вероятностный характер); во-вторых, оно не является достоянием закрытого узкого круга профессионалов: к нему имеют доступ и пациенты, и специалисты немедицинских профессий, и общество в целом; в-третьих, это знание представляет собой комбинацию научно-технического (или объективного) и гуманитарного (или субъективного) компонентов, соединённых человеческим измерением. Если техническое знание традиционно понимается как знание, которое объясняет причины происходящего в неодушевлённом мире, и относится преимущественно к генерализующим (номотетическим) наукам, то гуманитарное знание в противоположность ему имеет дело с индивидуальными факторами, и для него огромное значение имеют личностные и социальные моменты, относящиеся преимущественно к идеографическим наукам.

В настоящее время биоэтика проблематизирует дуалистическую интерпретацию того, что Д. Гривс назвал универсальным и экзистенциальным знанием в медицине, а также ставит задачу пересмотреть допустимые медицинские методы исследования и необходимость преодоления разрыва «двух культур» (медицины как искусства и медицины как науки), что позволит развернуть медицину к пациенту как личности и индивидуальности.

Пути преодоления разрыва «двух культур» в медицине следует искать в создании новых образов медицины. Для этого Д. Гривс предлагает вообще отказаться от термина «медицинская парадигма» из-за его ограниченности, поскольку он отражает представление лишь о научной медицине, и заменить его термином «медицинская космология».

Можно согласиться с точкой зрения Д. Гривса о том, что космология позволяет включить в сферу медицины мораль и культурные вопросы наряду с научно-техническими, восполнив недостаточность учёта индивидуального в современной меди-

цинской теории и практике.

Таким образом, эпистемологические особенности медицины, обусловленные разрывом «двух культур» в медицине, с одной стороны, и двойственным характером медицинского знания (как номотетических и идеографических наук), с другой, актуализируют в биоэтике индивидуальность пациента в различных её проявлениях как объект познания клинической медицины.

В то же время на изменение взаимоотношений врача и пациента в последней трети XX в. серьёзно повлияли новые биомедицинские технологии, развитие которых потребовало решения проблемы защиты прав и достоинства человека. Проявление биоэтики традиционно связывается с влиянием именно этих технологий.

Биоэтика проблематизирует начало и конец жизни, что, в свою очередь, заставляет каждый раз обращаться к вопросу о сущности человека, о границах существования его индивидуальности. Сторонники и противники абортов, искусственного оплодотворения, генной инженерии, эвтаназии новорожденных, использования органов трупов для трансплантации, аргументируя свои позиции, вынуждены отвечать на вопрос о том, что представляет собой индивидуальность человека и где её границы.

Появление новых биомедицинских технологий привело к «размыванию» границ индивидуальности, что прослеживается на примерах суррогатного материнства, пренатальной (дородовой) диагностики, клонирования и трансплантации. Биоэтика проявила динамику изменения отношения к пациенту в медицинской науке и практике, поставив по-новому проблему сущности индивидуальности. На основе анализа проблем биоэтики выделяют следующие несколько подходов к индивидуальности:

1. Индивидуальность как физическая обособленность (М. Бреттон и С. Четвинд). Понятие индивидуальности связано с телом, являющимся физическим носителем личности, что согласуется с акцентированием на личном суверенитете в запад-

ной этической и юридической традиции.

2. Генетическая индивидуальность. Она является биологической основой личностной идентичности, но поставлена под угрозу в связи с прогрессом генетики и других технологий (Ю. Габермас). Это понятие является центральным при решении проблемы установления границ генетических манипуляций.

3. Моральная ответственность трактуется неоднозначно. Наиболее распространённым является подход, когда под ней подразумевается член человеческого сообщества, обладающий качествами сложившейся личности, но в таком случае не только зародыш, но и ребенок не являются индивидуальностями, а соответственно не имеют защищённого права на жизнь. В дискуссии об аборте некоторые исследователи предлагают считать ещё не родившегося человека моральной индивидуальностью уже с момента начала активной мозговой деятельности.

4. Социальная индивидуальность присуща людям, которые имеют конкретные права и обязанности.

Как видим, каждый из подходов рождает свою проекцию индивидуальности. Избежать редукционистских издержек при рассмотрении индивидуальности позволяет целостный подход к индивидуальности, поскольку он позволяет охватить различные её грани. С точки зрения целостного подхода, индивидуальность принципиально несводима к какой-либо одной из названных характеристик, сколь бы очевидной и удобной она не была.

Медицина пронизана историями, которые имеют огромную ценность в работе врача. История болезни пациента вплетается в историю его жизни. Индивидуальность пациентов, живущих в конкретной культуре, воплощается в вариативности их биографий. Можно утверждать, что медицине особо (как и в исторической науке) присущ историзм. Историческая индивидуальность не делится на отдельные части; неповторимая, наделенная темпоральностью, развитием, она является элементом социальной организации, иначе говоря, развивается в социокультурных условиях. Сведение индивидуальности человека к

одному какому-то аспекту противоречит понятию исторической индивидуальности. В большинстве случаев ценность представляет свойства зрелого человека. Основные его качества развиваются, совершенствуются в рамках целостной индивидуальности. Человек на каждой стадии своего развития – это человек, который имеет потенциал для дальнейшего развития, даже если этот потенциал не может реализоваться из-за преждевременной смерти или по каким-то другим причинам.

По нашему мнению, понимание индивидуальности как исторической индивидуальности может стать культурно-антропологическим инструментом разрешения противоречий, существующих в различных стратегиях биоэтики. Принцип уважения автономии пациента является формой признания в медицине моральной уникальности человека и формой реализации его индивидуальности, имеет социокультурную обусловленность. В биоэтике принято выделять в качестве основных четыре принципа: «не навреди», благодеяния, уважения к автономии пациента, справедливости. Принцип уважения автономии пациента является основным и нацелен на создание условий для добровольного информированного согласия пациента с целью защиты его прав и разъяснения необходимости уважения к его свободному выбору. Обладая автономией, человек самоопределяется не в культурном и концептуальном вакууме, а осознаёт себя как индивидуальность через межличностные связи в социуме (коммуникативные связи по Ю. Габермасу), через понимание своего места в обществе и культуре.

По нашему мнению, важно установить взаимосвязь представлений об индивидуальности и реализации автономии в различных типах культур. Представление об индивидуальности в западных и незападных культурах существенно отличается и определяет отношение к автономии и её пониманию. В западных культурах независимость индивида от социума рассматривается как ценность, а в незападных ценится включённость человека в определённую социальную группу, большую роль играют семейные ценности и влияние «семейной идентичности» прояв-

ляется на индивидуальности пациента. Для западной культуры характерно понимание автономии как индивидуальной самодетерминации, для которой характерны крайний индивидуализм и ограниченные возможности применения.

Многие исследователи отмечают, что в культурах, где ведущей ценностью остается семья, как, например, в китайской, должны применяться другие подходы к пониманию автономии. Конфуцианской концепции человека соответствует концепция автономии как способности к критической саморефлексии, являющейся основанием для создания «общей модели решений» как варианта взаимоотношений врача и пациента, который позволяет преодолеть чрезмерный индивидуализм и необоснованный патернализм.

В коллективистских культурах осуществление автономии может выглядеть, по сравнению с индивидуалистскими, достаточно проблематично. Под видом автономии в некоторых ситуациях вполне может осуществляться патернализм. В других случаях доминирование интересов семьи может привести к исчезновению автономии как таковой. С другой стороны, автономия как проявление, в первую очередь, западной культуры может стать даже чужеродным элементом в условиях игнорирования исторически сложившихся социокультурных и экономических особенностей стран других регионов.

Сегодня существует проблема противоречия международных правил медицинской этики культурным, религиозным обычаям и менталитету местного населения. Так, во многих африканских странах достаточно специфически понимается правило конфиденциальности: у человека не может быть никаких тайн, иначе его могут заподозрить в колдовстве. Любая автономия в таком контексте – это, прежде всего, проявление уважения и выражение доверия врачу.

Заметим, что в настоящее время в европейских странах проживает этнически неоднородное население, и это сказывается на отношении к автономии пациента. Наличие большого количества эмигрантов в странах Европы ставит перед врачом

проблему учёта различия культурных и религиозных ценностей пациентов. Появление принципа уважения автономии пациента является фактом признания за человеком права на самоопределение и формой признания его нравственной уникальности. Следует подчеркнуть, что это фактически является признанием его права на реализацию того, как человек понимает и осознает свои индивидуальные цели, потребности и предпочтения, а также того, какие пределы вмешательства в своё «Я» он допускает.

По сути, автономия в биоэтике выступает как форма реализации индивидуальности пациента. Человек может быть неавтономным, но вследствие этого он не перестанет быть индивидуальностью. Как форма реализации индивидуальности автономия не всегда может защищать того, кто нуждается в защите (например, когда потребность в лечении и реальная возможность получить это лечение не совпадают). Сужение индивидуальности до автономии лишает права на жизнь того, кто в силу своего возраста и состояния не может её осуществить. Автономия одного человека может даже вступать в противоречие с правом другого на жизнь, как это происходит в ситуации искусственного прерывания беременности – право женщины на автономию обращается лишением права на жизнь незащитного человеческого существа.

Нарратив в биоэтике выступает способом самообоснования индивидуальности пациента. Специфика и особенности медицинских нарративов во взаимоотношениях врача и пациента проявляются в том, что: во-первых, нарратив имеет временную продолжительность, в нём есть начало, есть ряд событий, которые начинаются и заканчиваются; во-вторых, нарратив предполагает наличие и рассказчика, и слушателя (обе роли могут выполнять пациент и врач); в-третьих, нарратив проявляет интерес, прежде всего, к индивидууму, к тому, как человек чувствует себя (требует внимания врача к личности пациента); в-четвертых, побуждает слушателя к интерпретации, которая является сердцевиной медицинской практики, поскольку всегда индивидуальна; в-пятых, предоставляет информацию, не от-

носящуюся непосредственно к разворачивающимся событиям. В силу этого нарратив специфически конструирует реальность (в медицинской практике конструирующие свойства нарратива выполняют терапевтическую функцию).

Игнорирование последнего свойства нарратива ведёт к ошибке, названной Й. Брокмейером и Р. Харре «ошибкой репрезентации». Под ней следует понимать ошибочное предположение, что в нарративе содержится информация, которая однозначно соответствует представленной в нарративе реальности. В современной медицине «ошибка репрезентации» присутствует в инженерной модели взаимоотношений врача и пациента, где осуществляется обезличенный подход к пациенту. Противоположный подход предлагает нарративная медицина, которая является моделью гуманитарной практики, ориентированной на идеалы заботы о пациенте с учётом его уникальной исторической индивидуальности как целостности.

Нарратив поощряет целостный подход к больному, который почти исчез в процессе превращения медицины в научную дисциплину. Нарратив в медицине как форма самообоснования индивидуальности необходим для формирования и реализации нарративной идентичности (П. Рикер) не только пациента, но и врача.

С помощью нарратива пациент может обосновать свои желания, предпочтения, требования к предполагаемому лечению. Главная цель нарративной медицины заключается в создании общего нарратива, который способствует исцелению пациента. На практике существует более или менее выраженный разрыв и противоречия между биомедицинской парадигмой и нарративной медициной. Личные нарративы пациента, как устные, так и записанные в течение болезни, нелинейны и непоследовательны, а врачи обязаны выразить проблему пациента в структурированной и стандартизированной форме.

Стремление к большей объективности (научообразность) приводит к обезличиванию пациента (что отражается в «инженерной» модели взаимоотношений врача и пациента), врачи

перестают чутко слышать пациента, что, в конечном итоге, является одной из причин диагностических ошибок. Значение и важность нарратива не просто не осознаются, а часто сознательно игнорируются. В связи с этим создание нарративной этики является естественным следствием осознания необходимости защиты индивидуальности человека в повседневной практической медицинской деятельности, и сегодня при подготовке медицинских работников необходимо специально обращать внимание на формирование нарративной компетентности.

Одной из основных причин появления биоэтики является изменение отношения человека к самому себе в противовес традиционной точке зрения, предполагающей, что генезис биоэтики в последней трети XX в. обусловлен новыми биотехнологиями. По нашему мнению, влияние биотехнологий было лишь одним из условий возникновения биоэтики наряду с имевшими место в культуре XX века процессами.

Основными предпосылками возникновения биоэтики стали: во-первых, децентрация ценностного мира (П. Тищенко) в связи с подрывом авторитета науки в решении мировоззренческих проблем: к середине XX в. она потеряла авторское право различения истинного и ложного. Укрепляются антисциентистские тенденции, которые сопровождаются потерей веры в торжество человеческого разума и в безграничные возможности науки и технологий в решении любых возникающих у человека проблем.

Во-вторых, стремительно нарастают глобализационные процессы, охватившие весь мир и все стороны жизни общества (политическую, экономическую, социальную).

Как объективный процесс глобализация представляет собой интеграцию этносов, обществ, государств, культур и цивилизаций. В идеале процессы интеграции предусматривают равноправный диалог между культурами, но в действительности наблюдается перекося от диалога к монологу: навязывание западных ценностей традиционным культурам (вестернизация культуры) и навязывание ценностей одной культуры всему миру

(американизация культуры), что ведёт к конфликту ценностей и проблематизирует формирование культурной идентичности.

В-третьих, идёт процесс формирования усредненной массовой культуры благодаря широкому распространению информационных технологий и современных средств коммуникации и обработки данных, которые способствуют стиранию информационных границ между государствами, народами и их культурами, а также меняют форму подачи материала, позволяя повышать скорость и объёмы передачи информации.

Современные средства коммуникации стали основой для формирования новых средств массовой информации, а также развития новых видов искусства. В массовой культуре происходит разрушение традиционных норм и ценностей, которые гарантировали человеку стабильность существования; происходит навязывание стандартизированных, искусственно сконструированных ценностей, что сделало проблематичной свободу самовыражения человека.

В-четвертых, после Второй мировой войны появились такие социальные движения, как антивоенное, движение негритянского населения США за свои права, студенческое движение в Европе конца 1960-х годов, движение новых левых, хиппи, экологическое и антивоенное движение и укрепление ранее возникшего феминистического движения. Социальные движения не обошли и медицину (антипсихиатрическое движение), которая к тому времени прошла свою социализацию (М. Фуко).

Эти движения вызвали общественные дискуссии по моральным проблемам равенства, справедливости, свободы волеизъявления, ненасилия, безопасности человеческого существования и ряду других проблем.

В-пятых, кризис, сложившийся в этике в связи с наличием многих несовместимых теоретических этических концепций, с одной стороны, а с другой – в связи с оторванностью теоретической этики от потребностей практики, привёл к появлению прикладной этики и, в частности, биоэтики.

В-шестых, новые медицинские технологии, предоставляя

новые возможности по поддержанию и продлению жизни, поставили сложные нравственные проблемы, проблематизировали пределы человеческой жизни. Следует подчеркнуть принципиально важный факт: биотехнологии вызывают необходимость их этической оценки ещё на стадии научной разработки, до внедрения в медицинскую практику.

Проведенный анализ показал, что данные предпосылки, в совокупности, проблематизовали неопределённость сущности человека и нестабильность его природы. Вопрос, в чем заключается сущность человека, в наше время перестал быть предметом интереса исключительно философской антропологии. В современном обществе сложилась парадоксальная ситуация: медицина, возникнув для лечения и спасения человека, стала всё чаще выполнять репрессивные функции. Как отмечает М. Фуко, она приобрела возможности социального насилия над человеком – как больным, так и здоровым. Биотехнологии ещё более усилили эту возможность. Таким образом, биоэтика возникла как одна из форм обращения человека, в первую очередь, к самому себе, как форма защиты его индивидуальности в современной культуре.

Анализ тенденций развития культуры и общества в начале XXI века позволяет сделать вывод о кардинальном изменении представлений об индивидуальности человека. Новые биотехнологии позволили не только улучшать, подправлять человеческую природу, но и создавать то, что не заложено природой изначально, например, в случае вмешательства в геном человека или при смене пола. По сути, появилась возможность и даже необходимость не только проектирования идентичности по индивидуальному выбору, но и её перепроектирования (Б. Юдин).

Динамичность социальной структуры современного общества привела к фрагментации индивидуальной идентичности, изменению её в течение жизни от одного социального окружения к другому (З. Бауман). В таких условиях человек теряет самостоятельность, он фрагментируется, «размывается» в системе.

Как указывает Э. Тоффлер, в условиях клип-культуры происходит индивидуализация и демассификация не только культуры, но и личности. Это давит на человека тяжелым бременем, поскольку он обречен на выбор, но не свободен в выборе. Всё это свидетельствует о том, что проблематизируются пределы индивидуальности и её стабильность. Этот вывод подтверждается и значительным интересом к актуальной сегодня концепции идентичности.

Перед биоэтикой как формой защиты индивидуальности встают принципиально новые нравственные проблемы. В первую очередь, появляется вопрос о том, что считать нормой, а что – патологией? Где граница между лечением и улучшением (например, внешности человека)? Что такое здоровье вообще? Что меняется в индивидуальности с изменением идентичности? На эти вопросы биоэтика пока что не может дать однозначные ответы, и поиск этих ответов требует специальной философской рефлексии. Сегодня биоэтика не только теоретически осмысливает и концептуально разрабатывает существующие проблемы, но и способствует соответствующему социальному оформлению публичных дискуссий, впоследствии закрепляющих моральные нормы в международных и национальных культурно-этических документах и законодательных актах.

Тема здоровья человека всегда была актуальна и рассматривалась с медико-биологической, социально-психологической, морально-правовой, культурно-гуманитарной и других точек зрения. Модус здоровья представляется как ценность социальной и биомедицинской деятельности человека.

Для современной медицинской культуры чрезвычайно важной стала проблема совместимости различных врачебных практик. Труд врача во все времена пользовался уважением, именно в лице врача больной находил спасение или хотя бы надежду. Вообще деятельность по оказанию помощи больному, страдающему человеку представляет собой один из модусов человеческого бытия и лежит в основе возникновения медицинской культуры человечества.

Человек врачующий (*homo medicus*) – это человек, который осуществляет деятельность, направленную на исцеление болезней и облегчение страданий больных людей, восстановление здоровья и предупреждение возникновения болезней в будущем. Типы медицинских работников различают по многим критериям, среди которых главными являются теоретические основания их деятельности, виды используемой ими медицинской техники и степень власти, которую они имеют над человеком в процессе его лечения.

С развитием и ростом медицинских и биологических технологий приобретает значение противоположный процесс – индивидуальное противодействие человека их власти над ним. Утверждение в обществе прав пациента, которые включают право выбора врача, медицинского учреждения, право на отказ от медицинской помощи, проявляется в том, что человек способен и имеет право распоряжаться собственной жизнью. Эти права устанавливают, что не общество, а человек решает, кто выступит в роли врача и в какой степени допускать врача или целителя к вмешательству в его индивидуальную жизнь.

Многообразие видов лечения, существующих в современной медицинской культуре, демонстрирует, с одной стороны, постоянное стремление человека к сохранению здоровья, а с другой – несовершенство теоретической основы имеющихся видов лечения. Действующий в современной научной медицине принцип целостности распространяется не только на физическое состояние организма, но и на психическую и духовную сферы жизнедеятельности человека, в соответствии с которой медицинская деятельность направляется на восстановление целостности здоровья человека.

Необходимость модификации медицинской сферы обусловлена проблемой сохранения природного здоровья человека и разработкой новых стратегий лечения. С древних времен врачи мечтали о создании надлежащих условий и моральных факторов, в которых человек естественным образом был бы физически и психически здоровым, творчески жизнеспособным и

гуманистически ориентированным на сохранение жизни всех людей. У здорового человека имеет место не только правильный обмен веществ, но и постоянно развивается интеллектуально-творческое начало.

В философском плане личность только тогда может считаться достаточно здоровой с точки зрения интеллектуального и нравственного бытия, когда она представляет собой творческое существо. Но, к сожалению, немалое количество людей не считают свое здоровье важной жизненной ценностью. На первое место они ставят профессиональный успех, достижение намеченных результатов любой ценой, несмотря на риск получения хронического заболевания и нанесения вреда здоровью окружающих людей. Довольно часто показателем жизненного успеха являются высокий уровень материального благополучия, успешная карьера, причастность к власти, но не физическое и морально-психическое здоровье.

Уровень риска для здоровья и жизни современного человека в значительной степени имеет техногенную природу. Одним из следствий человеческой деятельности может быть вредное воздействие, результатом которого могут быть заболевания и смерть. Деятельность способна обуславливать увеличение неблагоприятных последствий для человека, а также для окружающей среды. В идеальном случае уровень приемлемого риска должен соответствовать условию равновесия между риском и пользой для здоровья человека от этого вида деятельности. Чем более опасным для здоровья человека считается вероятное событие, тем больших издержек требуют меры, направленные на предотвращение этого события и своевременное устранение его последствий в случае, если оно всё же произошло.

Проблема определения уровня приемлемого для здоровья человека риска имеет социальный, экономический, психологический и другие аспекты. Социальные аспекты проблемы проявляются в различиях в характере распределения различными социальными группами общества полезного эффекта от того или иного вида техногенной деятельности и причинения вреда

от её результатов. Полезный эффект такой деятельности может сосредотачиваться у одних членов общества, а негативные издержки при этом могут ложиться на других лиц или на общество в целом.

Экономические аспекты проблемы приемлемого риска можно оценивать как при анализе затрат, связанных с понижением риска до заданного уровня, так и при анализе потерь из-за недостаточно низкого уровня риска. Выражая полезный эффект и потери в сопоставимых единицах (что само по себе представляет сложную задачу), можно оценивать экономическую целесообразность защитных мер, позволяющих сохранить здоровье человека.

Психологические проблемы приемлемого риска для здоровья человека являются сложными и недостаточно изученными. Каждый человек имеет свою собственную, основанную на индивидуальном жизненном опыте систему оценок риска неблагоприятных последствий, связанных с его участием в различных сферах деятельности. Несмотря на то, что абсолютную безопасность принято считать недостижимой, психологическое восприятие концепции приемлемого риска иногда оказывается осложнённым. Психологические трудности возникают также в отношении риска, связанного с совершенно новыми видами деятельности. Обычно общество принимает концепцию допустимого риска, хотя и выражает в определённых случаях обеспокоенность относительно риска, связанного с деятельностью, являющейся традиционной, но часто не готово принимать риск, связанный с новыми сферами деятельности человека. Приемлемый уровень риска можно найти, анализируя масштабы риска в жизни современного человека. Это мнение основывается на признании стихийно реализуемых в обществе тенденций установления приемлемого компромисса между пользой и затратами для различных видов деятельности. Общество достигает такого компромисса эмпирическим путем, путем проб и ошибок и их последующего исправления.

Индивидуальный риск в современном обществе может быть

обусловлен как отдельными стохастическими событиями, так и наличием постоянных источников риска. При рассмотрении и сравнительном анализе различных источников риска следует, прежде всего, принимать во внимание вероятность смерти человека, обусловленную генетическими и соматическими заболеваниями, а также естественным старением организма. Состояние организма является источником риска заболевания и смерти, и это, конечно, необходимо учитывать при анализе уровня риска неблагоприятных последствий для человека. Важно также учитывать, что естественная среда обитания подвергается различного рода воздействиям, которые негативно сказываются на здоровье человека, а также могут приводить к массовой гибели людей (землетрясения, ураганы, наводнения).

Развитие человечества привело к возникновению особых условий существования, совокупность которых можно назвать искусственной средой обитания, обеспечившей практическую независимость человека от неблагоприятных для здоровья воздействий многих явлений и создавшей предпосылки для развития современной цивилизации. Однако с искусственной средой обитания связано и появление новых источников опасности для человека, и, соответственно, увеличение индивидуального риска. Основными причинами ухудшения здоровья и преждевременной смерти вследствие воздействия искусственной среды обитания можно считать заболевания от загрязнения окружающей среды промышленными и транспортными выбросами, аварийные выбросы в воздух вредных веществ, взрывы бытового газа, смог от выбросов тепловых электростанций, применение модифицированных продуктов, радиоактивное излучение и электромагнитное излучение технических устройств и предметов быта, несчастные случаи в быту и на транспорте, эмоционально-психологические стрессы и прочее.

Различные источники неблагоприятных воздействий на здоровье человека связаны также с профессиональными видами деятельности, которые традиционно считаются опасными и могут приводить к сокращению продолжительности жизни и

преждевременной смерти в результате профессиональных заболеваний, аварий и катастроф. Кроме профессиональной деятельности, человек занимается и различными непрофессиональными видами деятельности, с которыми связаны дополнительные социальные источники опасности для здоровья, приводящие к заболеваниям и несчастным случаям.

Типичным примером непрофессиональной деятельности современного человека может быть любительский спорт, в частности, такие виды, как велоспорт, лыжный слалом, бобслей, санный спорт, любительской бокс, альпинизм, высотные восхождения.

Потенциальным источником риска для здоровья и преждевременной смерти человека выступает и социальная среда. Влияние этой среды может привести к появлению таких сугубо социальных причин, как преступления, наркомания, самоубийства, алкоголизм. Для обобщения и анализа масштабов риска неблагоприятных последствий для здоровья человека используется классификация источников риска для здоровья и смерти, которая может служить основой для сравнения количественных оценок риска неблагоприятных последствий в различных сферах деятельности современного человека в промышленно развитых странах.

Следует отметить, что указанные источники только на первый взгляд влияют на человека независимо друг от друга. В реальной жизни источники риска часто образуют сложные сочетания, так что трудно выявить истинные причины смерти человека. При более детальном анализе необходимо, например, учитывать взаимное влияние внутреннего состояния организма и других источников риска. Очевидны более тяжелые последствия катастроф, которые происходят в среде жизнедеятельности, для хронически больных людей и стариков. Аналогичным образом можно оценить последствия несчастных случаев в быту, на транспорте для этой же категории населения. Конечно, диапазон индекса риска заболеваний и преждевременной смерти вследствие различных социотехногенных причин достаточно

широк, а иногда он вообще находится за пределами возможностей сравнения с любыми уровнями заболеваемости и смертности по естественным причинам. Болезненное состояние как самого человека, так и окружающей его окружающей среды – печальная изнанка научно-технической революции.

В современном мире вещи, наделенные огромной разрушительной силой, иногда выполняют функцию гаранта стабильности и прогресса. Линейные аппроксимации современных тенденций упираются в глобальные кризисы, преодоление которых предполагает поиск новых возможностей на пути нелинейности. В связи с этим особое значение приобретает искусство управлять сложными системами различного ранга, включая те, которые прямо или косвенно влияют на здоровье человека. Искусство управлять в данном случае предусматривает создание таких условий, которые, с одной стороны, предупреждали бы реализацию неблагоприятных разрушительных сценариев изменения мира и контролировали бы, с другой стороны, возможность развития нежелательных последствий для здоровья человека от использования передовых научных технологий. «Медицина в борьбе с инфекционными заболеваниями использует ... радикальные профилактические меры, стремится оградить нас от воздействия любых патогенных микробов, разрабатывает эффективные препараты для очищения организма от разного рода отходов. Но, несмотря на это, болезни не только не отступают, но место проказы, чумы и сифилиса занимают новые заболевания. Теперь уже понятно, что они вызваны ослаблением иммунной системы, которое, в свою очередь, произошло главным образом потому, что организм оказался в искусственной профилактической среде и потерял способность самостоятельно справляться с вирусами» [27, с. 34].

Так, в последние десятилетия в биомедицинской практике широко используются технологии генной терапии, которая включает комплекс методов, позволяющих вводить «лечебные» гены в клетки живого организма для лечения (купирования) имеющих место и профилактики возможных патогенных про-

цессов. В настоящее время проводятся широкие клинические испытания генного инструментария для лечения таких заболеваний, как рак, сахарный диабет, иммунодефицит и другие. Это положительная сторона внедрения научных технологий в общественную практику, которую следует всесторонне распространять и поддерживать в случаях, когда человек имеет дефектные гены от рождения.

Современная генная терапия может иметь негативные эффекты в случае, например, когда для доставки «лечебных» генов используются модифицированные вирусы, которые в естественных условиях после инфицирования используют клетки организма для саморепликации, что в результате приводит к разрушению зараженных клеток и продуцированию миллионов копий начального вируса. В естественных условиях борьбу с вирусами осуществляет иммунная система, которая распознаёт зараженные клетки и уничтожает их. В генной терапии вирусы модифицируются таким образом, что они теряют способность к размножению в клетках организма. В их геноме выполняется делеция фрагмента, отвечающего за репликацию вируса. Вместо него устанавливается «лечебный ген». Такой вирус способен проникнуть в клетки и обеспечить экспрессию гена, ответственного за терапевтический эффект, при этом не происходит размножение вируса, а значит, и разрушение клетки.

Иммунная система воспринимает такие клетки как чужеродные и уничтожает их. С этим механизмом связана одна из основных проблем современной гемотерапии, так как для стабильного терапевтического действия введенного гена необходима его долгосрочная экспрессия. В настоящее время усилия многих научных лабораторий направлены на преодоление этого иммунного барьера. С этой целью в геном вируса вводят дополнительные гены, продукты которых обладают иммуносупрессорным действием. Наделение вирусов в процессе модификации иммуносупрессорными свойствами из-за введения вирусного вектора (вставки, встраиваемой в ДНК вируса) также важно в генной терапии аутоиммунных заболеваний.

Существует вероятность, что при попадании таких модифицированных вирусов в среду назначения может состояться обмен генетической информации с вирусом немодифицированного типа, что приведёт к образованию нового вируса, способного разрушить клетки организма, – вируса, который остается «невидимым» для иммунной системы.

В конце концов, это может привести к разрушению не только здоровья одного человека, но и к прекращению существования человечества. В современной биомедицине более продуктивным выглядит подход, основанный на строгом контроле использования генноинженерных технологий, которые производят вирусные векторы с иммуносупрессорными элементами, и на введении в технологический процесс дополнительных стадий с целью предотвращения негативных последствий вирусной терапии.

Введение гена самоликвидации в состав создаваемого вирусного вектора позволило бы в случае необходимости включать программу самоликвидации зараженной клетки ещё до развития необратимых патологических процессов. Все эти меры должны стать результатом работы специалистов по биомедицине, цель деятельности которых заключается в научных открытиях для улучшения здоровья и продления жизни человека.

Современные исследования в области био- и нанотехнологий заставляют переосмысливать как само понятие «жизнь», так и понятия «человек», «машина», «технология», «лечение» и «здоровье». Проблематизируется вопрос о границах, отделяющих собственно лечение в привычном для медицины смысле от биотехнологической «модернизации». В биотехнологии тело человека рассматривается как некий «агрегат», который с помощью генетического модифицирования может быть «отремонтирован», полностью обновлен или усовершенствован [57], а человек понимается как динамическая, гибкая и способная к перепрограммированию биологическая система.

В методологии биомедицинских наук существует два типа

подходов к объекту исследования: познавательно-описательный и познавательно-реконструктивный. В первом случае субъект исследования действует в режиме рефлексии по отношению к объекту, а во втором – он входит в структуру объекта, внося тем самым определённые изменения в предмет изучения и создавая новое структурно-функциональное качество уже в начале исследования. С переходом биомедицины на уровень исследований микросистем (клетка, геном) познавательная деятельность субъекта начинает более соответствовать второй методологической модели. При этом реконструктивные задачи в методиках молекулярной биологии иногда становятся более приоритетными, чем сугубо познавательные.

Тезис «изучить, чтобы изменить» в некоторых случаях заменяется тезисом «изменить, чтобы изучить». Практическое применение результатов исследования при таком подходе подняло ряд нравственных проблем. Поскольку предметом изучения биомедицинской науки являются живые структуры, моральный акцент постепенно перемещается на стадию подготовки эксперимента. Остроту дискуссии об этических аспектах биомедицинских исследований придаёт то обстоятельство, что человек здесь может выступать и в роли субъекта, и – прямо или опосредованно (геном отдельно взятой клетки и т. д.) – в качестве объекта. В этом случае биомедицинский эксперимент характеризуется более тесным переплетением внутринаучных и социально-этических проблем, нежели эксперимент в любой другой области знания.

В данной ситуации моральные мотивы важны ещё на стадии разработки или выбора методик, определения объекта исследования и границ вмешательства в его структуру. Современные молекулярно-генетические технологии позволяют получать результаты, которые общественное сознание не всегда готово и способно воспринять. Данное утверждение относится к нежелательному или бесконтрольному применению результатов генетических исследований, к устойчивому, неосознанному неприятию некоторых генных технологий (например, клонирования

человека), а также к попыткам запретить такие исследования вообще. Роль этических факторов видится в гуманистическом регулировании и контроле всей цепочки познавательно-прикладного процесса в биомедицине. Если учесть, что научный поиск в общем случае может происходить вне контроля общества, то основную задачу в сфере нравственного на данном этапе развития биомедицины следует понимать как согласование внутринаучных ценностей с целями данного общества и наоборот, т. е. гармонизацию естественнонаучных и социально-нравственных отношений.

Иными словами, влияние моральных императивов должно быть настолько существенным, чтобы заставить научное сообщество считаться с уровнем психологической готовности общества к проведению тех или иных экспериментов, особенно если объектом исследования становится сам человек. Только тогда есть надежда, что научные открытия в области биомедицины, имеющие глобальный характер для сохранения и улучшения здоровья человека, будут адекватно восприняты различными слоями населения.

В последнее десятилетие актуализировались этические вопросы, связанные с нанотехнологиями. Использование в теле человека нейрочипов, имплантатов и в перспективе нанороботов не только позволяет лечить разного рода болезни, но и может применяться для программирования поведения и деятельности человека. Поэтому необходим этический контроль применения нанотехнологий на основе принципов светского нравственного кодекса, предложенных Далай-ламой в его знаменитой книге «Этика в новом тысячелетии».

Контроль над продолжительностью жизни и новая ситуация, когда человек сможет отодвигать наступление смерти и принимать решение о её принятии, возможность замедлить процессы старения и избавиться от страдания при неизлечимых болезнях увеличивают уверенность человека в своих силах.

Следствием феномена практического бессмертия может стать изменение представлений о пространстве и времени на

уровне самосознания культуры. Как отмечает В. Лукьянец, «овладевая всё более могущественными наноинженерными, молекулярно-биологическими, наномедицинскими технологиями, технологиями компьютерных нейрочипов и искусственного интеллекта, преобразуя с их помощью свой собственный геном, свою телесность, свою нейросистему, свой интеллект, человек радикально изменяет своё этико-онтологическое отношение к бытию антропности. Под нарастающим прессингом практики использования таких технологий бытие антропности перестает эволюционировать «самотёком» и превращается в предмет заботы, в предмет культивирования» [26].

Футурологические экстраполяции на базе имеющегося знания в современном исследовательском дискурсе ориентируют на то, что в недалёком будущем изменение биологических и физиологических свойств организма приведёт к созданию искусственного тела и переосмыслению природы человека, что вызовет изменения ценностных приоритетов человеческого способа существования, которые определяются естественной формой человеческого существования. Появление новой формы существования человека поставит проблему социальной дискриминации «человека естественного» «человеком искусственным», превосходящим первого по своим свойствам и способностям.

Создание искусственного тела приведёт к изменению границ между человеком и окружающей средой, поскольку такие искусственные тела сами могут быть приспособлены к любой среде. Это даст возможность человеку не сталкиваться с болезнями и оставаться здоровым бесконечно долго, что означает приобретение практического индивидуального бессмертия и осознание определённых природных процессов и их нежелательности для человека.

Практическое бессмертие выступает как разрыв биологического времени, уход от цикличности и отказ от смерти. Сама смерть начинает пониматься не как закономерный итог жизни, а как обратимый процесс повреждения клеток, который может быть остановлен путём осуществляемого нанороботами моле-

кулярного ремонта, подтверждением чего могут служить существующие в природе ремонтные системы ДНК. Нанороботы, которые смогут ремонтировать ДНК, в определённом смысле будут останавливать биологическое время. Это обстоятельство способно изменить образ жизни человека и поставит его в зависимость от технологических процедур ремонта и восстановления тела.

Следует отметить, что такое бессмертие может быть использовано как инструмент власти. Отлучение от бессмертия и отказ в доступе к бессмертию станут новым инструментом манипулирования человеком, а страх потери бессмертия в высокотехнологичной культуре заменит собой страх смерти. Общим культурным следствием практического применения наномедицины станет «секуляризация вечности» в общественном сознании, связанная с радикальным увеличением продолжительности жизни.

Высокие технологии всё более влияют на образ жизни, ценности и телесность современного человека, существенно изменяя способ его существования. В рамках материалистического мировосприятия движущей силой и побудительным мотивом деятельности человека остаётся жажда удовлетворения эгоистических потребностей, избыточных материальных благ, подчинения людей и природы, власти над себе подобными. В жертву этим желаниям приносится даже собственное физическое тело человека.

Сегодня благодаря прозрачности искусственно сформированной цивилизации господствует фактичность симулякра. «Для современной медицины тело стало картиной, доступной для прочтения, а, следовательно, и перевода, глаза обеспечивают взаимообмен увиденного и познанного. Тело – это своеобразный шифр в ожидании расшифровки, иному разные пометки, среди которых и кровавые раны, дают информацию о персоне» [11, с. 140].

Человек в настоящее время находится под влиянием моды на модификацию телесности, подкрепляемой возможностями

биомедицинских технологий. «Эстетическая хирургия: в случае с лицом – его красота или уродство, его определённый вид и даже черты – всё это препарируется, превращается в прекрасное; идеальное лицо – это хирургическое лицо. Все данное человеку от природы меняется: лицо, пол, дата рождения, точнее, система её отсчета» [27, с. 33].

Ценность модуса здоровья заменяется хирургией прекрасного, которая проникает в природу человека, на генный уровень, трансформирует его личностную биографию-историю. В новом стиле жизни модус здоровья практически игнорируется в угоду моде, происходит подгонка лица, языка, пола, тела, воли, общественного мнения под доминирующие представления о моде и стандартах внешности, поведения и общения.

Таким образом, практика использования в социальной и биомедицинской деятельности индустрии гуманитарных технологий преобразования человека во всех его измерениях открывает новую экзистенциально-антропологическую ситуацию, которая существенно влияет на определение ценности модуса здоровья.

Библиография:

1. Авдеев Д. А. Духовная сущность психических расстройств. Размышления православного врача / Д. А. Авдеев. – М. : Тетра, 1998. – 116 с.
2. Александр Ф. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней / Ф. Александр, Ш. Селесник. – М. : Прогресс, 1995. – 608 с.
3. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Николай Михайлович Амосов. – 3-е изд., доп., перераб. - М. : ФиС, 1987. – 64 с.
4. Ассанджиоли Р. Психосинтез / Р. Ассанджиоли. – М. : Рефе-бук, Виклер, 1997. – С.41-49.
5. Белый Б. И. Психические нарушения при опухолях любых долей мозга / Б. И. Белый. – М. : Медицина, 1987. – 144 с.
6. Бенеш О. Искусство Северного Возрождения. Его связь с современными духовными и интеллектуальными движениями / Отто Бенеш– М., 1973. – 280 с.
7. Биопотенциалы мозга человека. Математический анализ / Под ред В.С. Русинова. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
8. Блум Ф. Мозг, разум и поведение / Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.; пер. с англ. Е. З. Годиной. – М.: Мир, 1988. – 248 с.
9. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стредис. – Томск : Класс, 2000. – 328 с.
10. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования / Лев Семенович Выготский. – Т. 1. - М., 1956. – 680 с.
11. Газнюк Л. М. Філософські етюди екзистенціально-соматичного буття : Монографія / Лідія Михайлівна Газнюк. – Київ: Паран, 2008. – 367с.

12. Ганеман С. Органон врачебного искусства / С. Ганеман. – М. : Атлас, 1992. – С.54-60.
13. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М. : Медицина, 1964. – С.97-108.
14. Гартман Э. Эстетика / Николай Гартман; перевод с нем. Т. С. Батищевой, А. В. Дерюгиной, Е. В. Касьяновой, М. К. Мамардашвили. – К. : Ника-Центр, 2004. – 640 с.
15. Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления / Гиппократ. – Минск: Современный литератор, 1998. – 832 с.
16. Гроф С. Неистовый поиск себя. Руководство по личностному росту через кризис трансформации / С. Гроф, К. Гроф. – М., 1997. – 89 с.
17. Гурин С. П. Маргинальная антропология / Станислав Петрович Гурин. – Саратов, 2000. – 69 с.
18. Давыдовский И. В. Общая патология человека / И. В. Давыдовский. – М. : Медицина, 1962. – 387 с.
19. Джемс У. Многообразие религиозного опыта / У. Джемс. – СПб. : Андреев и братья, 1992. – 420 с.
20. Доброхотова Т. А. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга / Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина. – М. : Медицина, 1977. – 360 с.
21. Дубинин Н.П. Генетика, поведение, ответственность / Дубинин Н. П., Карпец И. И., Кудрявцев В.Н. – М. Политиздат, 1989 – 351 с.
22. Жохов В. Христианское отношение к болезни и врачеванию / В. Жохов. – М. : Тетра, 1996. – С.7-11.
23. Калашникова Е. М. Личность и общность (проблема идентификации) : автореф. дис. на соискание ученой степени д. философ. наук : спец. 09.00.11 «Социальная философия» / Калашникова Елена Михайловна. – Пермь, 1997. – 40 с.
24. Каннабих Ю. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – М. : АСТ; Минск : Харвест, 2002. – 560 с.
25. Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство / Чезаре Ломброзо. – М. : Рипол Классик, 2006. – 400 с.
26. Лукьянец В. Нанотехнологии и их роль в судьбе цивилизации : [Электронный ресурс] / Валентин Лукьянец. - Режим доступа:<http://valeo-future.narod.ru/content/nanotech.html>.
27. Марков Б. В. Современность: философский ремейк / Б. В. Марков // Вестник Санкт-Петербургского университета. –2000. - Вып. 1, № 6. – С. 213-215.
28. Мэй Р. Раненый целитель / Р. Мэй // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. – №2. – С.90-96.
29. Мэнли П. Холл. Энциклопедическое изложение эзотерической герменевтической каббалистической и розенкрейцеровской символической философии / Мэнли П. Холл; перевод В. В. Целищева. – Москва-СПб. : АСТ, Эксмо, Мидгард, 2005. – 479 с.
30. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : МГУ, 1987. – 168 с.
31. Орлов М. М. История отношений человека с дьяволом / М. М. Орлов. – М. : Республика, 1992. – С.23-30.
32. Панов Е. Н. Этология человека: история и перспективы / Е. Н. Панов // Поведение животных и человека: сходство и различия. – Пушкино, 1989. – С. 28-62.
33. Пирогов Н. И. Вопросы жизни / Н. И. Пирогов // Избранные педагогические сочинения. – М. : Педагогика, 1985. — С. 29-51.
34. Платон. Собрание сочинений: [в 4 т.] / Платон; [Пер. с древне-греч.; Общ. ред. А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи; Авт. ст. в примеч. А. Ф. Лосев; Примеч. А. А. Тахо-Годи]. – М. : Мысль, 1994. – 2872 с.
35. Подорога В. А. Феноменология тела / В. А. Подорога. – М. : Ad Marginem, 1995. – 340 с.
36. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии / [Н. И. Мельченко, Р. Ф. Ихсанов, О. С. Исаева и др.]; Рос. психол. о-во, Самар. регион. отд-ние и др. - Самара : Изд-во СамГПУ, 1999. - 188 с.
37. Ротенберг В. С. Мозг. Обучение. Здоровье / В. С. Ротенберг, С. М. Бондаренко. – М. : Просвещение, 1989. – 240 с.
38. Савчук В. В. Кровь и культура / В. В. Савчук. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 1995.

- 180 с.
39. Самуэлс С. Юнг и постъюнгианцы. Курс юнгианского психоанализа / С. Самуэлс. – М., 1997. – С.276-326.
 40. Сапрем. Разум клеток / Сапрем. – М. : МИРРА, 2006. – 252 с.
 41. Симонов П. В. Мозг и творчество / П. В. Симонов // Вопросы философии. – 1992. – № 11. – С.13-24.
 42. Сиоран Э. М. Искушение существованием / Эмиль Мишель Сиоран; перевод с франц., предисл. В. А. Никитина. – М. : Республика, 2003. – 391 с.
 43. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / Иван Васильевич Стрельчук. – М. : Медицина, 1966. – 331 с.
 44. Тищенко П. Д. Геномика: новый тип науки в новой культурной ситуации / П. Д. Тищенко // *Biomediale: Современное общество и геномная культура / сост. и общ. ред. Д. Булатова.* – Калининград: КФ ГЦСИ, ФГУИПП "Янтарный сказ", 2004. –С. 60-72.
 45. Трубецкой Е.Н. "Иное царство" и его искатели в русской народной сказке / Е. Н. Трубецкой // *Литературная учеба.* – 1990. – № 2. – С. 100-118.
 46. Ухтомский А. А. Доминанта / Алексей Алексеевич Ухтомский. – СПб. : Питер, 2002. – 448 с.
 47. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. произведений / Зигмунд Фрейд; сост., науч. ред., авт. вступ. ст. М. Г. Ярошевский. — М. : Просвещение 1990.— 448 с.
 48. Фромм Э. Догмат о Христе / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 1998. – 416 с.
 49. Фуко М. Забота о себе / Мишель Фуко. – М. : Рефл.-бук, 1998. – С.45-79.
 50. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / Мишель Фуко. – СПб. : Университетская книга, 1997. – С.25-175.
 51. Фуко М. Забота о себе. История сексуальности-III/ Мишель Фуко; перевод с фр. Т. Н. Титовой, О. И. Хомы. – К. : Дух и литера. Грунд.; М. : Рефл.-бук, 1998. – 170 с.
 52. Фуко М. Рождение клиники / Мишель Фуко. – М. : Смысл, 1998. – 310 с.
 53. Шерток Л. Гипноз / Леон Шерток; перевод с фр. – М. : Медицина, 1992. – 224 с.
 54. Элиаде М. Шаманизм. Архаические техники экстаза / М. Элиаде. – К. : София, 1998. – 384 с.
 55. Эриксон Э. Молодой Лютер. Психоаналитическое историческое исследование / Эрих Эриксон. – М. : Медиум, 1996. – 506 с.
 56. Эфроимсон В. П. Родословная альтруизма / В. П. Эфроимсон // *Новый мир.* – 1971. – №10. – С.190-201.
 57. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма, ценность / Б. Г. Юдин // *Мир психологии.* – 2000. –№1. – С.54-68.
 58. Юнг К. Г. Либи́до, его метаморфозы и символы : [в 2 т.] / Карл Густав Юнг. – Т. 2. - СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994. – 415 с.
 59. Юнгер Э. О боли (эссе, перевод А. Михайловского) / Эрнст Юнгер. – Кн. «Рабочий. Господство и гештальт». – М. : Наука, 2002. – С. 471-527.
 60. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.
 61. Deleuze G. Guattar F. Mille plateaux / G. Deleuze, F. Guattar. - Paris, 1980. – 284 p.
 62. Grof St. Beyond the Brain: Birth, Death and the Transcendence in Philosophy / St. Grof. – N.Y., 1985. – 287 p.
 63. Morel B.-A. Traite des maladies / B.-A. Morel. – Paris : Masson, 1860. – 315 p.

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ, ФИЛОСОФСКИЕ, ФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДУХОВНОГО И ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Сущность феноменов «духовное здоровье», «душевное здоровье» до сих пор является одной из противоречивых научных проблем. Это можно объяснить рядом факторов:

- в годы советской власти и до сих пор в классической науке господствует мнение, что материальное – первично, а идеальное – вторично, менее значимо;

- средства массовой информации (радио, телевидение и др.) мало обсуждают эти проблемы, а в учебном процессе различных уровней, в обыденной жизни отсутствует целенаправленное формирование знаний о данных феноменах. Интернет-ресурсы содержат колоссальное количество информации, в которой сложно разобраться, к тому же, они часто направляют молодежь на погружение в мир компьютерных игр, а не познание мало известного, но такого важного для жизни;

- уже давно психотерапевты, религиозные деятели, врачи помогают людям, руководствуясь постулатом: исцеление тела зависит от исцеления души.

Поэтому **целью статьи** является осмысление феноменов «духовное здоровье», «душевное здоровье» с позиций *новой энергоинформационной парадигмы*.

Современные проблемы человечества (мировые процессы, ситуация в стране) определяются незнанием или непониманием физических основ взаимосвязанности процессов в мире, которые реализуются согласно законам развития Вселенной. Поэтому возникла насущная необходимость в коренном переосмыслении целого ряда мировоззренческих теоретических постулатов, которые помогут человеку, обществу преодолеть кризисные явления. Для этого есть много возможностей, в частности достижения естественных и гуманитарных наук (квантовая

и теоретическая физика, валеология, биология, медицина, психология, этиология, философия, социология, лингвистика, синергетика), теологии, знания древних славян, которые пришли к нам вместе с «Велесовой книгой», «Ведами» [12; 13; 27; 35; 36], позволяют по-новому осмыслить данные феномены и стать на путь развития человека. Понимание феноменов «духовное здоровье», «душевное здоровье» требует осмысления связей между понятиями «дух», «сознание», «душа», «разум», «духовность», «любовь», «совесть», «творчество» и др. Поскольку эти понятия касаются энергоинформационных компонентов систем «Вселенная», «Земля», «человечество», «жизнь», то понимание их очень разное как у ученых, так и у людей разного уровня сознания. Но для прогрессивного, а не регрессивного развития общества необходимо единство в основных стратегических постулатах, обуславливающих взаимодействие больших масс людей на уровне стратегии и тактики жизни, взаимодействия людей с окружающей Природой, Вселенной.

Косвенно аспекты проблемы «духовного здоровья», «душевного здоровья» исследовали ученые разных отраслей знаний. Философы, культурологи, теологи анализируют проблему духовности [1; 6; 7; 19; 28]. Психологи, валеологи, врачи, биологи изучают компоненты «душевного», «психического», «психологического здоровья» [1; 8; 19; 20]. Специалисты в области естественных наук (физики, математики) представляют научные данные по энергоинформационной составляющей Вселенной [2; 3; 11; 14-18; 22-24; 33; 41]. На их основе можно по-новому осмыслить такие явления, как «дух», «душа», «сознание». Художественная литература, исторические исследования тоже содержат богатый прозаический, поэтический материал для понимания глубинной сущности актуальных для нас феноменов [26].

Психологи, валеологи хорошо знают, что «психическое», «физическое», «социальное» здоровье являются производными от духовного, душевного здоровья каждого человека, а также человеческих сообществ. Поэтому кардинальный прогрессивный поворот в развитии страны, оздоровлении населения

возможен благодаря пониманию значимости понятий «духовное здоровье», «душевное здоровье». Важным является осмысление понятий «дух», «душа», «сознание», «духовность», «любовь», «совесть», «творчество» в контексте новой энергоинформационной парадигмы, которое формируется сегодня благодаря достижениям эниологии, психофизики, теории физического вакуума [2; 3; 41]. Основными положениями новой энергоинформационной парадигмы являются:

1. Жизнь – это единство триады: информации, энергии и материи.

2. Объективный мир не исчерпывается миром материальным, который воспринимается органами чувств.

3. Существует другая реальность с другой формой бытия.

4. Мир, в котором мы живем, является производным, вторичным от Абсолютного Ничего, Божественной Монады.

5. Раскрыто семь уровней организации Вселенной, или энергоинформационного взаимодействия, которое существует в природе, включая человека.

6. Все уровни взаимодействия пронизывают сознание, которое является первичным, вечным, создает все живое и неживое в природе.

7. Теория Единого Поля Г. Шипова доказала физическую природу вакуума, роль торсионных полей, возможность возникновения новой материи из «пустоты» и другие феномены, не имевшие ранее физического обоснования.

Дух. Исследование природы Вселенной позволило обнаружить различные уровни ее организации. Так, Г. И. Шипов [41], анализируя мегауровень, доказывает, что структура мира имеет не четыре уровня реальности (твердые тела, жидкости, газы, поля и элементарные частицы), а семь. Четыре из них, названные выше, образуют грубый материальный мир, а три других представляют собой полевые уровни – уровни Тонкого мира: пятый – уровень физического вакуума, шестой – уровень первичных торсионных полей, седьмой – уровень Абсолютного Ничего [41]. Уровни структуры Вселенной есть не что иное,

как «слои различной плотности энергии». Каждый выше размещенный слой пронизывает всё, что «ниже» слоя. Энергетические слои различной плотности порождают волны разной частоты вибраций. При этом верхние слои, слои Тонких Энергий, Тонких Миров, как утверждают ученые, являются уже не энергетической, а информационной структурой, – торсионными полями, обладающими уникальными свойствами.

Из всех уровней реальности наиболее стабильным и устойчивым является уровень Абсолютного Ничего, который еще называют Сверхразумом, Духом Вселенной, Светом Высшей Реальности, Абсолютным Духом, Единым планетарным Разумом, Единым коллективным Сознанием, Космическим мозгом, Живым веществом космоса, Духом. Он является Первоосновой всего.

С него все начинается и им все заканчивается. Эту управляющую силу Вселенной религиозные деятели называют Богом, И. Ньютон, а позже и А. Эйнштейн – эфиром. Абсолютное Ничто является организующим началом, источником всего того, что лежит на низших уровнях. О нем пока мы ничего не можем сказать конкретно, используя нашу двоичную логику. Для нас оно выступает как некое сверхсознание, организующее начало, которое обладает бесконечными возможностями созидания. К сожалению, у нас нет аналитического аппарата, чтобы на его базе ответить на вопрос о некоторых конкретных свойствах Абсолютного Ничего. Но оно лежит в основе всего мира и именно оно организует все те уровни, которые лежат ниже его, и само по себе порождает весь мир. Как это происходит, мы пока не можем ответить, но вся логика и вся наша интуиция, все, что мы знаем сегодня, говорит о том, что Абсолютное Ничто есть начало всех начал. Из него появляется все, что мы видим вокруг себя [6]. Абсолютный Дух постоянно творит себя и свою предметность. Поэтому он не является объектом, а есть процессом надэмпирической истории: отчуждаясь от себя (как от «Идеи», «Полевой структуры»), он творит отчужденный мир (как «Природу») и, познавая при этом отрешенный мир, возвращается к

себе (через историю человечества как «Абсолютный Дух»). В результате Абсолют приобретает конкретность и самосознание [6].

Исследование торсионных информационных связей между ритмикой фундаментального субстрата Вакуума и ритмикой Вселенной позволяет ученым в области геоинформатики говорить о постепенном становлении торсионной космологии, торсионной геологии, торсионной биологии [29].

В научных работах, ведической литературе человека характеризуют как единство материального и энергетических тел. Последних выделяют от 6 до 13 [2; 3; 28; 38]. Исходя из работ А. Акимова, Г. Шипова [2; 3; 41] по расшифровке торсионного механизма осуществления информационно-энергетического обмена организма человека с окружающим миром, понимание голографического функционирования сознания, Дух, Атма – это седьмое тело человека, которое является внешней энергетической оболочкой, содержащей информацию о назначении человека. Оно является частью Абсолютного Духа, Бога – регуляторной энергоинформационной силы Вселенной, источником энергии, жизненной силы, которую человек получает напрямую из Вселенной в момент зачатия или, возможно, даже раньше, опосредованно через родителей, через их половые клетки, эмоциональное состояние, присущие им предпочтения, взгляды на мир в момент зачатия и рождения. Особенности полученной человеком энергии Абсолютного Духа зависят также от положения планет, звезд, Солнца. Энергию Духа человека мы идентифицируем с *духовным здоровьем*. Сила духа человека, а соответственно и его здоровье растут на природе – в поле, в лесу, на реке, при осуществлении деятельности, которая гармонизирует человека и мир вокруг него (труд, приносящий удовольствие). Истощается сила духа человека под влиянием дистрессов, конфликтов, под воздействием средств массовой информации, если они являются носителями сведений об убийствах, насилии, войне, при труде, который не приносит удовлетворения, т. е. в состояниях, когда нарушается гармония жизни. Поскольку

дух – это часть энергии Вселенной, то он является носителем информации о Вселенной, о человеке, с ним можно общаться через подсознание.

В Велесовой Книге есть понятия «Творческий Дух Вселенной», «Божественный Свет», «Высшая Святость», «Святой Дух, витающий в воздухе». Им является Свитовит – одна из трех ипостасей Великого Триглава (доски 11-А, 11-Б) [42]. Наши предки с большим уважением относились к окружающей природе. Важным компонентом жизни были обращение к Духам леса, воды, воздуха – в современной терминологии информационно-энергетическим субстанциям, которые образованы животными и растительными группами экосистем леса, водоема (реки, озера и т. п.), благодарность им за все, что они давали для жизни человека [9; 30].

Профессор, доктор биологических наук М. С. Гончаренко компонентами духа видит гармонию, страх Божий, совесть, стремление к Богу, эволюционность, стабильность, мудрость [18, с. 15]. Каждый из компонентов характеризует определенное качество духа.

Дух – это внутренний и одновременно внешний компонент человека, который выражает его состояние, нравственную силу. Дух проявляется в бодрости, решительности, смелости, несокрушимости в достижении цели. Эти качества нужно вырабатывать в себе, чтобы, отстаивая добро и правду, всегда достигать успехов в жизни. У Марии Кармазин читаем следующее о Лесе Украинке: «Лесея була великою: силою духу, силою таланту та силою любові до України» [26, с.14]. «Життя її обірвалося у 42 роки... Обірвалося у час могутнього злету духу...» [26, с.15]. «Дух, що здатний творити, у сто крат прискорює рух мислі у просторі. Для духу, що творить, немає перепон. Він вільно почувується й у минулому, а – що ще більш незбагненно – й у застрашньому дні» [26, с.115].

Дух присущ не только человеку, Вселенной, но и народу. «Дух, що тіло рве до бою, рве за поступ, щастя й волю», – так писал о несокрушимости народного духа, его возможности

выдающийся поэт Иван Франко.

Здоровье можно идентифицировать с большой силой Духа человека – энергоинформационным качеством, полученным от Абсолюта в момент его зачатия, рождения, которое проявляется в таких душевных качествах, как жажда жизни, несокрушимость в различных жизненных ситуациях.

Сознание. Разум. Душа. Уровень Абсолютного Ничего, Абсолютного Духа создает матрицу, Сознание Вселенной, Мир Идей, Космический Разум (шестой уровень мироздания), Вещий Лес у древних славян – первоначальные планы: замыслы, законы, т. е. отношения, по которым строится материя. Сам процесс мироздания является чрезвычайно сложным, малопонятным. Поэтому сегодня он объясняется различными гипотезами, теориями, поскольку по отношению к человеку Вселенная является надсистемой. Сознание Вселенной идентифицируют с шестым мегауровнем мироздания – уровнем первичных торсионных полей.

А. Вейник [11], характеризуя Тонкий Мир, предположил, что на Земле, кроме воздушной, есть еще хрональная атмосфера, которая «обеспечивает информационную связь всего со всем». Согласно измерениям, «...все чувства, желания, мысли, слова, действия, поступки, также как любая буква, печатное слово, линия, рисунок, картина, нота, музыкальное произведение, тоже сопровождаются излучением хронального поля, содержащего обо всем этом полную информацию. Это поле навеки сохраняется и накапливается в окружающей среде и оказывает влияние на подсознание, а через него – на сознание всех людей» [11, с.9]. Таким образом, открытие квантового вакуума как субстанциальной основы Вселенной позволяет преодолеть материалистический монизм в восприятии реальности и признать, что Вселенная является органическим единством и взаимопроникновением материального начала (физической реальности) и духовного начала (Тонкого Мира информационной природы).

Торсионные поля, которые являются физическим носителем Сознания Вселенной в теории физического вакуума, подчиня-

ются нелинейным уравнениям. Нелинейные уравнения позволяют описывать как самодействующие, так и взаимодействующие системы. Самодействующие системы могут образовывать устойчивые полевые образования – солитоны, способные существовать достаточно долгий период времени самостоятельно. Поэтому Сознание в тонкоматериальном мире представляется нам в виде торсионных солитонов, несущих большой объем информации. Первичные торсионные поля, переносящие информацию без переноса энергии и подчиняющиеся нелинейным уравнениям, образуют безэнергетические солитоны, обладающие бесконечной витальностью.

Согласно концепции биосолитонов существуют различные виды солитонов: бризеры, вобблеры, пульсоны и прочее. Уже есть предположения относительно солитонного характера биополимерного живого вещества. Это относится к базовым физиологическим движениям живого биополимерного вещества, например, сердечным биениям и т.п. Так, у человеческого эмбриона длиной в четыре миллиметра в возрасте трех недель первым приходит в движение сердце. Начало сердечной деятельности обусловлено какими-то внутренними энергетическими механизмами, так как в это время в сердце еще нет никаких нервных связей для управления. Этими сокращениями и оно начинает свои движения, когда еще нет крови, которую надо перекачивать. В этот момент сам эмбрион представляет собой по существу кусочек полимерной слизи, в которой внутренняя энергия самоорганизуется в энергоэкономичные пульсации. Аналогично возникают сердечные биения в яйцах и икринках животных, куда подвод энергии извне минимизирован существованием скорлупы и других изолирующих покровов. Подобные формы энергетической самоорганизации и самолокализации известны в полимерных средах, в том числе небиологического типа, и по современным представлениям имеют солитонную природу.

В монографии Г. Хагена [38] указывается, что «в рамках синергетики изучается такое совместное действие отдельных

частей какой-либо неупорядоченной системы, в результате которого происходит самоорганизация – возникают макроскопические пространственные, временные или пространственно-временные структуры». В последние годы начал издаваться международный журнал «Хаос, солитоны и фракталы» («Chaos, Solitons & Fractals»). В настоящее время во всем мире имеется множество публикаций по применению таких «молекулярных солитонов» в молекулярной биологии, в частности, для осмысления процессов в белках и ДНК.

То есть уровень торсионных полей (шестой мегауровень мироздания) можно считать носителем «смыслов», «кирпичиков» [31, с. 222-223], в целом, «матрицы», которая через торсионные поля, солитоны пятого мегауровня мироздания – уровня физического вакуума – детерминирует организацию материального мира. Анализируя вышесказанное, можно прийти к выводу, что существуют такие свойства торсионного поля: оно не ослабляется расстоянием и средой; мгновенно распространяется в пространстве; одноименные элементы (под ними мы рассматриваем смыслы, а точнее идеи, имеющие одинаковую суть) в торсионном поле притягиваются, разноименные – отталкиваются. Но главное – торсионное поле может влиять на материальные объекты без обмена энергией.

По мнению профессора Е. Бороздина, «... информация содержится во всех частях физического тела, в тонкоматериальных и духовных телах человека и других живых существ, а мозг является устройством, обеспечивающим выбор нужной информации и ее обработку до состояния, которое может быть осознано или воспринято на уровне подсознания или сознания» [37, с. 154]. Человек с этих позиций состоит из привычного, видимого и осязаемого физического тела и связанных с ним невидимых и неосязаемых электромагнитного и информационного полей, дифференцированных на различные компоненты (квантовые оболочки). Фокусами торсионных полей в человеческом теле являются чакры (у древних славян – чары). Чем выше расположена чакра, тем выше частота поля.

По функциональному значению пятый мегауровень – уровень физического вакуума – подразделяется, по Г. Шипову [41], на еще два подуровня: первичный вакуум и просто вакуум. Первичный вакуум – это план создания торсионных полей, вакуумный уровень – уровень, отвечающий за построение грубой материи под воздействием торсионных полей. Возбуждение первичного вакуума порождает первичные торсионные поля, которые являются элементарными пространственно-временными вихрями правого и левого вращения, не переносящими энергию, но переносящими информацию обо всех возможных событиях и явлениях в прошлом, настоящем и будущем. Благодаря этим свойствам торсионные поля (информация) мгновенно охватывают Вселенную, образуя единое информационное поле мира. Свойством этих полей является то, что они есть везде и всегда. Для них нет понятия распространения волн или полей. Если они есть, то они есть во всех точках пространства-времени. То есть торсионные поля обладают голографической структурой. В соответствии с таким пониманием, за пределами веществ, твердых, жидких, газообразных, элементарных частиц (нейтронов, позитронов и других) во Вселенной есть волновая составляющая, образующая духовную субстанцию волновой природы.

Как утверждают ученые, волновую природу имеет не только элементарная частица, но и атом, молекула, каждый орган человеческого организма, все тело человека. Исследования показали, что есть такие волны, которые могут мгновенно распространяться в любую точку Вселенной, благодаря чему любое произнесенное слово или произошедшее событие моментально отражаются в каждой точке Вселенной навсегда. Согласно такому видению именно волновая функция – дух – управляет материальным миром, который без нее остался бы мертвым [41].

Воспринимает энергию человек из Космоса мозгом и акупунктурными (специфическими чувствительными) точками, из которых она передается по телу меридианами и аккумулируется, а также трансформируется в чакрах.

Сознание или Душа человека по концепции Волченко-Дульнева - Акимова-Шипова [2-3; 14-1; 22-43] – это шестое и пятое энергетические тела человека. Шестое энергоинформационное тело человека является аналогом его Сознания, а пятое – идентифицируется с Разумом, Интеллектом. Они представляют полевую форму жизни, физическим носителем которой являются торсионные поля. Познает человек Законы бытия, в которых отражаются связи между различными природными процессами, через умственную интеллектуальную деятельность (пятое энергетическое тело, нервная система). О Законах бытия Вселенная дает человеку информацию через многократно повторяющиеся природные явления, изменения на Земле, в жизни человека, процессах, происходящих в социальных сообществах. Человек фиксирует их в сознании (шестое энергетическое тело, нервная система) и ведает, глаголет, переносит их понимание в явный мир через речь (четвертое энергетическое тело, нервная система). На энергоинформационном уровне это можно представить как улавливание и понимание человеком информации определенных солитонов. Поскольку Сознание Вселенной безгранично, то и Душа Человека – Сознание и Разум – тоже безгранична относительно познания Сознания Вселенной и потенциально бесконечна, но ее бесконечность одновременно такая, что в глубинных уровнях вне самой себя она встречается с Духом собственным и Духом Вселенной. Сознание человека включает знания об общих законах, действующих во Вселенной, стихию желаний, стремление к сохранению равновесия, гармонию, иерархию целей, потребностей и идеалов относительно человеческого существования. Взаимодействие Души с телом проявляется через осмысление жизненных явлений, законов, действующих в природе, организацию жизни согласно познанным законам.

С позиций философии Сознание человека взаимодействует с энергоинформационными потоками «не распакованных смыслов» Сознания Вселенной, которые, согласно учению Платона, существуют в исходном состоянии по отношению к существо-

ванию человека. Таким образом, и общество – это такая социальная реальность, которая находится в плоскости не только физического мира, но является семантическим континуумом, энергоинформационным полем, которое возникает и устойчиво функционирует между взаимодействующими субъектами благодаря познанным «распакованным» смыслам, порожденным в процессе общения или вовлеченным в него с помощью памяти общающихся индивидов [5]. Кроме того, Сознание как отдельного человека, так и социальных общностей (мир их мыслей) своей энергоинформационной составляющей становятся компонентами Сознания Вселенной. Их гармонизирующие или разрушительные смыслы вновь действуют на людей, обуславливая определенные способы их взаимодействия друг с другом и с Природой.

Эта модель показывает, что Материальный мир представляется своеобразной школой духовности, в которой человек совершенствует свои духовные качества через любовь, красоту, совесть, добро, истину, искусство, науку. Никому не удастся пройти в верхние «светлые» сферы тонкого мира, минуя духовное развитие в мире материальном. Примерно этому же учат все религии [33].

Душа человека – это его Сознание и Разум, Интеллект. Душевно здоровый человек – тот, кто, узнав определенную долю законов Вселенной, живет в согласии с ними.

Духовность. Более конкретизированы валеологические и философские проявления душевного здоровья человека целесообразно охарактеризовать через понятие «духовность» личности, которая в философии космизма обосновывает глубинные связи человека и Космоса. Этот аспект духовности изучали Г. Сковорода, Б. Паскаль, П. Юркевич (философия сердца), об энергии мозга писали Тейяр де Шарден, М. К. Эрих, аномальные способности интересовали В. Соловьева, П. Флоренского, В. Н. Бехтерева, Н. П. Бехтереву. Духовность – очень многогранный и сложный феномен. Согласно словарному толкованию, духовность – это духовная, интеллектуальная природа,

внутренняя нравственная сущность человека [25]. Современная гуманитарная наука говорит о духовности как о видовом качестве человека, о том, что именно духовность делает человека человеком. Если индивид отказывается от своей человеческой сущности, от гуманности, то в таком случае он становится бесчеловечным, антигуманным, бездуховным.

Ю. В. Бех указывает, что духовность может быть постигнута как сверхиндивидуальная ценностно-смысловая форма бытия социального мира [6].

П. Л. Кулиш дает следующее определение духовности: «Духовность, как социальный феномен, является сложным, комплексным образованием, включающим в себя совокупность бытийных воплощений сознания, от высших ее форм – идей, ценностей и идеалов – до ментальных особенностей и психоэмоциональных состояний того или иного народа. Адсорбируясь в конкретные формы культуры, искусства, науку, философию, религию, политику и т. д., она выступает способом самосозидания социума, конституируется в виде призвания ее носителя и связана с выбором народом своего собственного образа, своей судьбы и исторической роли» [28].

Ю. Билодид рассматривает духовность как часть человеческой сущности, которая обуславливает понимание и отношение человека к бытию, отношение, основанное на нравственных началах и определяющее родовые, специфически человеческие признаки и ценности выше интересов, влечений и средств индивида [7, с.11].

Под духовностью, в украинской семейной педагогике, понимают совокупность психических явлений, характеризующих внутренний субъективный мир человека, основные черты культурной направленности личности: ее жизненные интересы, убеждения, взгляды, идеалы, мировоззрение, отношение к жизни, к другим людям, к своим обязанностям и к самому себе, ее мышление, желания, волю, эстетические и нравственные чувства. Корни духовности (великодушие, добропорядочность, любовь к себе, к миру, забота о близких, родных, природе)

закладываются в семье, в малых и больших сообществах людей, обществе, в целом, в атмосфере, в которой человек растет. Ян Коменский в своей знаменитой «Материнской школе», призывая больше ухаживать за душой как главной частью человека, писал о том, что, прежде всего, необходимо приучать детей к благочестию, затем к «доброте, морали или добродетелям», наконец – «к наиболее полезным наукам».

Духовность – это духовная ценность, святыня человека, которая включает знания о Вселенной, о месте человека в ней, законы бытия и развития человека в макром мире, Природе, одной из составляющих которой является человек. Духовность тесно связана с исторической памятью народа, с прошлым, которое помнят многочисленные поколения людей, что зафиксировано в генетической памяти. Историческая память является основой для сохранения таких духовных сокровищ, как народные традиции, обычаи, обряды, произведения устного народного творчества, моральные ценности. Манифестация духовных сокровищ, передача их из поколения в поколение возможны только с помощью речи. Поэтому и родилось выражение: речь – сокровищница духовности народа.

Итак, *духовность – духовная составляющая* – это сверхиндивидуальная ценностно-смысловая форма бытия социального мира, к которой человек должен относиться как к святыне. Она включает в себя совокупность различных форм сознания: от высших форм (мировоззрения, идей, ценностей, идеалов, убеждений) до бытийных воплощений (жизненных интересов), ментальных особенностей и психоэмоциональных состояний отдельного человека или народа, обуславливает понимание и отношение человека или многих людей к бытию. Бытийные воплощения детерминированы высшими формами сознания (Сознанием Вселенной), в которых отражены законы и закономерности взаимодействия человека с природой и с другими людьми. Адсорбируясь в конкретные формы культуры (искусства, науки, философии, религии, политики и т.д.) отдельного человека или нации, народа, духовность побуждает

Здоровье человека в разных измерениях _____
определенные способы жизнеутверждения человека или общества, конституируется в виде призвания ее носителя и связана с выбором народом или человеком своего собственного образа, своей судьбы и миссии. Основными компонентами духовности являются знания о Вселенной, Земле, законы бытия и развития человека в макром мире, которыми человек должен пользоваться в каждый момент своего бытия, что было присуще древним славянам.

Духовно здоровый человек приобретает знания о Вселенной, Земле, законы бытия и развития человека в макром мире, а душевно здоровый человек руководствуется ими в каждый момент своего бытия.

Культура. Духовность тесно связана с культурой. Культура является транслятором духовных достижений предыдущих поколений и средством ее воспроизведения. Не вдаваясь в анализ различных аспектов понятия «культура», укажем, что после работы «Тускуланские беседы» римского оратора и философа Марка Туллия Цицерона термин «культура» начали употреблять как синоним воспитанности, образованности, а еще позже – человечности.

У древних славян культуру понимали как культ бога Солнца Ра. Близок к такому пониманию Ш. А. Амонашвили. Выдающийся ученый, педагог, гуманист понимает культуру как путь к Богу, к Свету, как Солнце, как Красоту во всем своем величии, как любовь к человеку, как сердце, как благодатную духовность сочетания Жизни и Красоты. Ш. А. Амонашвили противопоставляет культуру цивилизованному одичанию, которое проявляется в терроризме, насилии, наркомании, попустительстве бездуховности, разврате, изготовлении оружия, войнах и т.д. [4]. Ведь культура – это святыня народа, венец человечества. Вне культуры будущее и настоящее народов теряют смысл. Культура выражает духовную уникальность, творческую силу народа. Культуре сегодня плохо, потому что превозносится цивилизация, которая, как ученик, что-то изобретает, но не осмысливает негативных последствий от этих изобретений, она агитирует

брать от жизни все, в то время как Культура советует отдавать все жизни.

Ш. А. Амонашвили считает, что нам нужно воспитывать детей в культуре, создавая им в процессе обучения и воспитания атмосферу культуры [4], укоренять детей в культуру [6], а не только знакомить их с ее средствами. Ведь укоренение человека в культуру является важнейшей, но наименее признанной потребностью Души [40]. Избавление от корней, от истоков является опасной болезнью сообществ, потому что оно распространяется само собой [10]. Ю. В. Бех констатирует: когда личность не включается в культуру, не укореняется в бытии, то у нее происходит отторжение, отчуждение общественных ценностей, что приводит к становлению маргинальной личности [6].

Учитель должен быть светоносцем, т. е. носителем культуры во всем: в профессиональной деятельности, в жизни [4]. Ведь духовное развитие индивида является основой духовного прогресса нации, человечества в целом. Оно немыслимо без множества духовных миров. Путь духовного прогресса – это путь к безграничному расцвету культуры. Для каждого украинца, россиянина, белоруса, как потомков древних славян, познание истоков собственной культуры является чрезвычайно важной задачей. Ведь незнание истоков собственной национальной культуры можно сравнить с искоренением дерева не только в саду, но и с искоренением Древа Рода [6], а незнание законов Природы ведет к удалению корней, уничтожению самой Матушки Природы Земли и Природы Человека.

Духовность и культура – понятия не идентичные. Источником духовности является культура народа, общечеловеческие достижения культуры. Духовно здоровый человек имеет высокую духовность и культуру, умножает и развивает их, живет как культурное существо.

Тема **совести** имеет прямое отношение не только к терапии души, но и к духовности, духовному и душевному здоровью человека. Совесть есть «чрезвычайно тонкое, интимное чувство

духа человеческого» [1, с. 50]. В философии древних славян совесть – это весть Вселенной (со-у-весть) о соответствии естественным законам поступков человека. Православные деятели называли ее «домашним судилищем», «природным законом». «Острые совести» очень нежное, его следует беречь [1, с. 51]. Совесть является показателем того, насколько человек находится в гармоничных отношениях с окружающим миром, с собой.

Совесть не является признаком слабости души, напротив, это очень верный барометр духовного здоровья человека. «Отсутствие совести – признак серьезной болезни души» [1, с. 52]. Совесть можно сравнить с одеждой, которую следует иногда просматривать, потому что она может поражаться молью или другими факторами.

Не только верующим, религиозным деятелям, которые во время вечерних молитв совершают отчет относительно прошедшего дня, откровенно признавая вину и ошибки, каются и молятся о прощении, но и каждому современному человеку, который действительно озабочен проблемами земли, общества, человечества, города, края, своей семьи, вместо осуждения общественных проблем следовало бы каждый вечер давать себе отчет о проделанной положительной деятельности за день для общества, земли, края, города, семьи, для самого себя. Этот большой духовный и психотерапевтический процесс создает предпосылки для глубокого, заслуженного, мирного ночного сна с чистой совестью и легкостью на душе [1, с. 56-57], он оказывает оздоравливающее влияние на жизнь, сознание, отношения и другие аспекты жизни человека, поскольку способствует ее гармонизации с окружающим миром – природой и социумом.

Совесть – это внутренний показатель состояния духа человека, то есть связей ее (гармонических либо негармонических) с природой Вселенной. Духовно здоровый человек всегда слушает «голос совести», стремится жить и действовать по совести.

Гармония как состояние, как чувство является одной из характеристик здоровья человека вообще и духовного, душевного

здоровья в частности. Пребывание в гармонии, которое является естественным, истинным устремлением всего во Вселенной, означает цельность и соразмерность содержания и формы, согласованность внешнего и внутреннего. В эстетике гармония – одна из форм прекрасного, понятие, означающее упорядоченность многообразия, целостность, обладающую согласованностью частей и уравновешенностью их напряженности. Изучение энергоинформационных процессов позволило выявить, что все объекты Вселенной имеют собственную вибрацию – собственный частотный спектр, «собственный волновой пакет» [21, 180], являющийся совокупностью волновой информации о предмете. Каждый объект Земли, Вселенной не только вибрирует – излучает волны, но и имеет собственную зону волнового комфорта (гармоничного частотного диапазона). У человека эта зона формируется в пренатальном онтогенезе, а также сразу после рождения (в первые минуты, часы). Она зависит от людей, предметов, положения планет, от информации Высшего Порядка, которая идет из Космоса для конкретного человека, о его назначении, возможностях. По мере развития человека под влиянием Божественного Я (сверхсознания человека) зона комфорта развивается через пристрастие человека к определенной музыке, предметам, определенному виду профессиональной деятельности, месту жительства в Высший Потенциал человека – гармоничную, комфортную для человека форму взаимодействия с миром с точки зрения волновых процессов. Человек узнает о вхождении в собственную зону гармонического частотного диапазона через различные «ключи» – ощущения в теле (расслабление, спокойствие, наполненность и т. д.), чувства (умиротворение, благодать, радость), слова, звуки (молитва, музыка и т. п.), визуальные образы Высшего потенциала, людей и т. д. Эти «ключи» помогают человеку осмыслить себя истинного, сущность любви, божественное в себе.

Если человек достигает мастерства пребывания в таком состоянии постоянно, то на волнах этих вибраций он воспринимает мир без противоречий, без боли, как гармоничный, благо-

датный мир, мир в любви. Такое состояние имеет чрезвычайно сильный творческий потенциал, благодаря которому могут меняться тонкие и плотные оболочки планеты. Д. В. Кандыба видит проявление гармонии в познании самого себя, всех законов Вселенной, в использовании полученного для создания в себе и вокруг себя (в семье, стране, планете, Вселенной) Гармонии и Красоты [21].

Процесс гармонизации можно рассматривать как напоминание одного объекта другому о собственной сильной истинной природе. Гармонизация с точки зрения волновых процессов – это такое воздействие одних объектов на другие, при котором происходит раскрытие природных сущностных характеристик обоих объектов, есть такое сочетание волновых полей, при котором возникает их резонансная частота («подобное притягивает подобное»). Гармонизация, как указывает О. Б. Дудченко, – это не принуждение одного другим, а побуждение одного объекта усилить Правду, Истинную Природу, Высокое Назначение другого объекта, то есть устремление совпасть, слиться, соединиться со вторым объектом в Высший потенциал обеих [21]. В этом процессе объект, на который влияют, присоединяется к более сильному и более гармоничному объекту через собственную настроенность. Его добрая воля имеет тот же вектор действия, активности, что и у воздействующего объекта: из незрелости в зрелость, в полную реализацию.

Гармония – это согласованное взаимодействие (в зоне волнового комфорта) частей целого, компонентов системы, человека с другими людьми, окружающим миром. Гармоничное взаимодействие способствует продуктивному развитию жизни, раскрытию более высокого, божественного, неэгоистичного в людях.

Духовно и душевно здоровому человеку присуща способность гармонизировать себя и мир вокруг себя.

Любовь – это специфическое энергоинформационное естественное состояние живого существа, состояние человеческой души, это та сила, на которую откликается все живое. Любовь

может вылечить каждого, ведь источник всех болезней – отсутствие любви, ибо любовь поддерживает в материи порядок, создавая его из хаоса. С ней мы рождаемся, ее только нужно найти в своей душе, сердце. Любовь к себе является причиной любви к другим людям. Физическое тело без любви – это все равно, что непропорощенное семя. Научившись делиться любовью с другими людьми, миром, человек умножает любовь. Чем больше мы отдаем любви, тем больше мы ее получаем. Любовь для души – что пища для физического тела. Без любви душа ослабевает. Любовь делает душу сильной, дает человеку прозрение. Источником любви, гармонии, творчества является сердце, через него каждый связан со Вселенной. Всякий человек может создать Поле Любви, в котором сердце улыбается, раскрывается. Человек может излучать любовь, как солнышко. Когда Человек находится в поле Любви, то любовь разливается по всему организму, выходит за пределы тела, льется на окружающий мир, заполняет пространство вокруг. Любовь можно направлять всем родным, близким, любимым, человечеству, городу, стране, Земле, Вселенной.

Проявляя любовь, люди «проливают свет» Вселенной, который возвращает любовь людям. Человек, который излучает любовь, побуждает тем самым процессы эволюции Вселенной. Ведь любовь похожа на цветы. Когда любовь расцветает в душе, как цветы, человек учится отдавать ее как можно больше [32].

Духовно и душевно здоровый человек умеет любить себя, всякую деятельность выполнять с любовью, излучать любовь в окружающий мир, побуждая процессы эволюции Вселенной.

Творчество как создание нового в жизни, профессиональной деятельности, культуре, искусстве является важным компонентом духовности. Хотя не всегда в состоянии духовного и душевного здоровья человек творит новое, это он может делать иногда в состоянии отчаяния, горя. При этом энергия таких состояний трансформируется в энергию созидания, является средством восстановления духовного и душевного здоровья.

Создание нового в жизни, профессиональной деятельно-

Здоровье человека в разных измерениях _____
сти, культуре, искусстве является важным компонентом духовного и душевного здоровья.

Следовательно, духовное и душевное здоровье согласно энергоинформационной парадигме – это такое динамическое состояние человека, которое характеризуется знанием законов развития Вселенной, жизнью согласно им, большой силой духа, жаждой жизни и творчества, умением гармонизировать свой внутренний мир, а также взаимодействием с внешним миром, высоким уровнем культуры, духовности, совести, любви к себе и окружающему миру.

Если каждый человек, человеческие сообщества будут стремиться к духовному и душевному здоровью, то общественное развитие приобретет прогрессивный характер благодаря гармонизации всех сфер жизни.

Библиография:

1. Авдеев Д. А. Наука о душевном здоровье. Основы православной психотерапии / Д. А. Авдеев, В. К. Невярович. – М. : Русский Хронограф, 2005. – 511 с.
2. Акимов А. Е. Тorsiонные поля и их экспериментальные проявления / А. Е. Акимов, Г. И. Шипов // Сознание и физическая реальность. – 1996. – Т. 1, № 3. – С. 28-43.
3. Акимов А. Е. Сознание, физика торсионных полей и торсионные технологии / А. Е. Акимов, Г. И. Шипов // Сознание и физическая реальность. – 1996. – Т. 1, № 1-2. – С.66-72.
4. Амонашвілі Ш. О. У Чаші Дитини сяє зародок зерна культури / Шалва Олександрович Амонашвілі. – Артемівськ, 2008. – 72 с.
5. Аршинов В. И. От смыслопротечения к смыслопорождению / В. И. Аршинов, Я. И. Свицкий // Вопросы философии. – 1992. – № 2. – С. 145-152.
6. Бех Ю. В. Алгоритм саморозгортання соціального світу. Монографія / Ю. В. Бех. - К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. – 225 с.
7. Білодід Ю. Духовність людини: історико-філософський аналіз феномену : матер. міжнар. науково-практ. конф. [«Духовність молоді людини»] / Ю. Білодід. – Житомир, 1997. – С. 12-15.
8. Бобрицька В. І. Валеологія: навч. пос. / [В. І. Бобрицька [та ін.]; за ред. В. І. Бобрицької. – Полтава, 1999. – 306 с.
9. Босий О. Священне ремесло Мокоші. Традиційні символи і мангічні ритуали українців (Типологія. Семантика. Мікроструктура) / О. Босий. – Вінниця, 2004. – 220 с.
10. Вейль С. Укорінення. Лист до клірика / С. Вейль; пер. з фр. – К. : ДЛ, 1998. – 298 с.
11. Вейник А. И. Термодинамика реальных процессов / А. И. Вейник. – Мн. : Наука и техника, 1991. – 576 с.
12. Велесова книга. Веды об укладе жизни и истоке веры славян / [Авторский перевод Славера (Георгия Максименко)]. – М. : НОУ «Академия управления», 2010. – 484 с.
13. Влескнига II: Влескнига. Исходные тексты : Буквальный перевод / [Перевод с древнерусского, подготовка древнего текста, примечания: Н. В. Слатин]. – Омск, 2006. – 496 с.
14. Волченко В. Н. Неизбежность, реальность и постижимость тонкого мира / В. Н. Волченко // Сознание и физическая реальность. – 1996. – Т. 1, № 1-2. – С. 2-14.
15. Волченко В. Н. Экоэтика мира сознания, Интернета и компьютерного виртуального пространства / В. Н. Волченко // Сознание и физическая реальность. – 1997. – Т. 2, № 4. – С.

3-14.

16. Волченко В. Н. Экоэтика электронной информации. Проблемный доклад : [Электронный ресурс] / В. Н. Волченко. – Режим доступа: <http://www.gpntb.ru/win/inter-events/crimea99/doc2/Doc124.html>.
17. Волченко В. Н. Информационная модель сознания в номогенезе: философский, естественно-научный и социально-психологический аспекты / В. Н. Волченко // Сознание и физическая реальность. – 1999. – № 4. – С. 5-12.
18. Волченко В. Н. Современное миропонимание и экоэтика XXI века / В. Н. Волченко. – М. : Из-во МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2000. – 262 с.
19. Гончаренко М. С. Валеологічні аспекти духовності : навч. пос. / М. С. Гончаренко. – Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2008. – 332 с.
20. Дубровина И. В. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы (руководство практического психолога) / И. В. Дубровина; под ред. И. В. Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.
21. Дудченко О. Б. Гармонизация с точки зрения волновых процессов / О. Б. Дудченко. – Ноосферное образование в Украине. – Х. : Харьковская национальная академия городского хозяйства; ОО «Дом В. И. Вернадского». – 2008. – С. 180-182.
22. Дульнев Г. Н. Введение в синергетику / Г.Н. Дульнев. – СПб.: Проспект, 1998.-256 с.
23. Дульнев Г. Н. Энергоинформационный обмен в природе / Г. Н. Дульнев. - СПб.: ИТМО. – 2000. – 135 с.
24. Дульнев Г. Н. В поисках нового мира. Психокенез, телепатия: факты и научные эксперименты / Г. Н. Дульнев. – СПб. : Весь, 2004. – 288 с.
25. Духовность / [Словарь русского языка]. - Т. 1.- М. : Русский язык, 1981. – С. 455.
26. Кармазина М. Леся Українка / М. Кармазина. – К. : Альтернатива, 2003. – 406 с.
27. Комнацький П. Влес-Книга. Скрижалі буття оріїв-русів-українців од ХХ тис. до н. д. до 878 року / П. Комнацький. – К. : Бібліотека українця, 2002. – 198 с.
28. Крымский С. Б. Контуры духовности и новые контексты идентификации / С. Б. Крымский // Вопросы философии. – 1992. – №12. – С. 131-136.
29. Кулікович А. Є. Геоінформатика: історія становлення, предмет, методи, задачі (сучасна точка зору). Стаття XXVI / А. Є. Кулікович, Е. А. Якимчук // Геоінформатика. – 2008. – № 2. – С. 5-15.
30. Лозко Г. Українське народознавство / Галина Лозко. – К. : АртЕк, 2004. – 474 с.
31. Милд Дж. От жеста к символу / Дж. Милд. – В кн. «Американская социологическая мысль: тексты» / [под ред. В. И. Добренкова]. – М. : Изд-во МГУ, 1994. – С. 215 – 224.
32. Мороз Л. В. Любовь и мысль самые мощные созидательные силы / Л. В. Мороз // Ноосферное образование в Украине. – Харьков, 2007. – С. 111-116.
33. Петухов С. В. Биосолиитоны тайна живого вещества. Основы солитонной биологии / С. В. Петухов. – М. : Кимрская типография, 1999. – 288 с.
34. Савченко А. А. Нова наукова парадигма: енергоінформаційний аспект / А. А. Савченко // Вісник Харківської державної академії культури. – 2010. – Вип. 30. – С. 179-186.
35. Свято-Русские веды. Книга Велеса / [перевод, пояснения А. Асова]. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ФАИР, 2007. – 576 с.
36. Славяно-Арийские Веды. Кн.1. – Омск: Асгардъ, 2001. – 256 с.
37. Тихоплав В. Ю. Жизнь напрокат / В. Ю. Тихоплав, Т. С. Тихоплав. – СПб. : Весь, 2004. – 256 с.
38. Хакен Г. Синергетика / Г. Хакен. – М. : Мир, 1980. – 405 с.
39. Хиневич А. Ю. Славяно-Арийские веды : (Источник жизни; Белый Путь; Сказы) / Хиневич А. Ю., Шалаева С. М., Лютова М. О. - Омск : АРКОР, 2000. – 254 с. (В 5 кн. / Хиневич А. Ю., Шалаева С. М., Лютова М. О. ; кн. 4).
40. Цимбал Т. В. Буттєвісне укорінення людини / Т. В. Цимбал. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2005. – 219 с.
41. Шипов Г. И. Теория физического вакуума. Теория, эксперименты и технологии / Г. И. Шипов. – М. : Наука, 1997. – 450 с.

К ВОПРОСУ ОБ УНИВЕРСАЛЬНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОНЯТИЙНОГО АППАРАТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИН ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Формирование научных понятий является необходимым компонентом существования и условием развития любой науки и валеологии как науки о здоровье, в частности. Высокая интегративность дисциплин и школьных предметов валеологической направленности, необходимость установления тесных межпредметных и междисциплинарных связей предусматривают универсализацию понятийного аппарата во избежание ошибочного понимания сущности и логики их содержания.

Поэтому целью данной работы является определение содержания, структуры и некоторых путей формирования основных валеологических понятий, таких как «здоровье», «болезнь», «третье состояние», «образ жизни», «культура здоровья».

Здоровье. Существует множество различных подходов к определению понятия «здоровье». Однозначной трактовки его не существует, поскольку это понятие касается не только человека и отдельных групп людей, но и общества, экономики, природных и социальных систем и даже динамических систем [15, с. 159].

По определению Г. Апанасенко и Л. Поповой, «здоровье – это гармония, внутрисистемный порядок, который обеспечивает такой уровень энергетического потенциала, который позволяет человеку хорошо себя чувствовать и оптимально выполнять биологические и социальные функции» [16].

В. Горащук о здоровье рассматривается как динамическая трехкомпонентная система взаимно уравновешенных с внешней и внутренней средой составляющих: физической, психической и духовной. «Человека и его здоровье следует рассматривать как систему с пирамидальным принципом построения, в

которой выделяются три уровня: верхний – духовное, средний – психическое, нижний – физическое. В этой системе ведущее место занимает вершина – духовный аспект здоровья» [6, с. 47]. Автор убежден, что «понимание здоровья как многоаспектной системы позволяет правильно осознавать значение здоровья в жизни человека» [6, с. 47], а также эффективно противодействовать заболеваниям [4, с. 4]. Социальная же составляющая рассматривается им не как аспект здоровья, а как «социальный фактор», который влияет на него [4, с. 5].

А. Царенко и Г. Яцук также определяют здоровье как «динамическое состояние организма человека, которое характеризуется высоким энергетическим потенциалом, оптимальными адаптационными реакциями на изменения условий окружающей среды, обеспечивает гармоничное физическое, духовное и социальное развитие личности, ее хорошее самочувствие, эффективное противодействие заболеваниям, полноценную жизнь и активное долголетие» [17, с. 12-13]. Как видим, авторы данного определения выделяют социальный аспект здоровья как отдельную составляющую, нивелируя психическую. Хотя в дальнейшем раскрытии учебного материала показывают, что «психическое здоровье является составной и необходимым условием здоровья человека» [17, с. 95]. Кстати, визуально «пирамиду здоровья человека» в упомянутом источнике авторы изображают так же, как и В. Горащук, трехуровневой: верхний уровень – духовное здоровье, средний – психическое, нижний – физическое [17, с. 96].

Другое мнение в представлении составляющих здоровья выражают коллективы педагогов: Т. Воронцова, В. Пономаренко, И. Репик [3] и В. Язловецкий и Е. Язловецкая [19]. Как и упомянутые выше авторы, они рассматривают это понятие с позиций принципов целостности и системности. «Здоровье должно пониматься как целостность, составные части которой взаимосвязаны. Все, что случится с одной из них, немедленно скажется на всех остальных. Каждая часть должна восприниматься в общем контексте понятия «здоровье», – пишут

В. Язловецкий и Е. Язловецкая [19, с. 20]. Так же, как и некоторые другие авторы [3, с. 8], они используют символ цветка, «чтобы проиллюстрировать понятие целостности. Каждое кольцо – лепесток цветка – символизирует один из аспектов здоровья» [19, с. 20]. Но в обеих интерпретациях наблюдаются и существенные различия. Так, Т. Воронцова, В. Пономаренко и И. Репик выделяют аспекты здоровья: физический, социальный, интеллектуальный, эмоциональный и духовный – как равнозначные лепестки «цветка здоровья» [3, с. 8]. В. Язловецкий и Е. Язловецкая отмечают, что «духовное здоровье является стеблем и сердцевинной цветка...» [19, с. 21], а в качестве «лепестков» рассматривают физическое, эмоциональное, умственное, социальное и личное здоровье.

Представляя здоровье как систему, О. Шевчук выделяет такие ее элементы: физическое, соматическое, психическое (умственное, эмоциональное), социальное здоровье. Здоровье интерпретируется как отдельный обобщающий фактор, а именно: «это осознание взаимосвязи между человеком, природой и обществом, обеспечение формирования нравственных качеств личности, развитие врожденных дарований ребенка» [18, с. 17].

Глобальность этого понятия воспроизведена в работах И. Брехмана: здоровье понимается как способность сохранять соответствующую возрасту человека устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации.

С биологической точки зрения, в проблеме здоровья весомым следует считать понятие адаптации. Их взаимозависимость можно сформулировать следующим образом: здоровье является состоянием равновесия между адаптационными возможностями организма (потенциалом человека) и условиями среды, постоянно изменяющимися [16]. По мнению академика П. Анохина, каждый организм представляет собой динамическое сочетание устойчивости и изменчивости, в котором приспособительные реакции защищают его наследственно закреп-

ленные жизненно важные константы [16].

Имея в виду интегративность и межпредметность здоровья, К. Бернал считает его состоянием равновесия, баланса между адаптационными возможностями (потенциалом здоровья) организма и условиями среды. В этом определении освещается экологическая сущность здоровья [15, с. 160].

Как видно из рассмотренных выше исследований, среди ученых существуют неоднозначные позиции в интерпретации понятия «здоровье» и, особенно, в определении его составляющих и их графическом изображении. Хотя, ни один из авторов не исключает общепринятого определения понятия, данного Всемирной организацией здравоохранения, но и не настаивает на заучивании его формулировки. Вполне вероятно, что такие разногласия существенно сказываются на осознании этого понятия учениками и студентами. Хотя, мы предполагаем, что разные трактовки могут обеспечивать и формирование равноценных представлений, ведь, как пишет Н. Василенко, «большинство соглашается с тем, что здоровье – это больше, чем отсутствие болезни, это – качество жизни, включающее в себя социальные, психические, моральные, эмоциональные и физические параметры. Это – динамическое приобретение, которое надо защищать и постоянно восстанавливать на протяжении всей жизни» [2, с. 37].

Кроме традиционных бытовых представлений о здоровье как отсутствию болезней или физических недостатков, необходимо обратить внимание на некоторые важнейшие биологические, социальные и энергетические функции человека, как на уровне отдельного организма, так и на уровне человечества в целом. В процессе обучения желательным является рассмотрение сущности взаимного влияния человека на природу и общество и наоборот. С этой точки зрения нам представляется интересным подход, основанный на теории универсальных закономерностей, предложенной В. Поляковым [11] и его последователями [12]. Эти авторы рассматривают здоровье как системное многоуровневое понятие, имеющее структурную (анатомия и функции ор-

ганов, структура личности, её психические и социальные функции) и динамическую составляющие (позапанное формирование связей с окружающей средой на 7 уровнях системных отношений: психофизическом, эмоционально-чувственном, ментально-деятельностном, социально-адаптивном, коллективно-креативном, иерархически-ценностном и мировоззренческом) [11, с. 8-9, 30-56; 12, с. 12-15].

Но все же нам кажется целесообразным свести в единую систему все рациональные мысли вышеперечисленных авторов о сущности и содержательном наполнении понятия «здоровье». На рис. 1 представлена обобщенная интерпретация содержания этого понятия (пер. с укр. [8]).

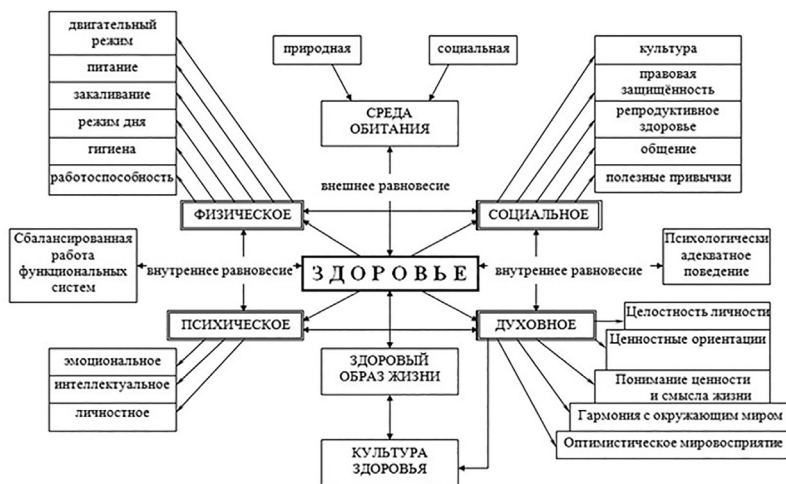


Рис. 1. Содержание понятия “здоровье” (Жарая А.И., 2006)

Важным для осознания является то, что понятие «здоровье» неразрывно связано с понятиями «здоровый образ жизни» (как с аспектом жизнедеятельности, направленной на сохранение и воспроизведение здоровья) и "культура здоровья" (как с важной составляющей общей культуры человека). Поэтому, объединяя понятия, образующие связи с понятием «здоровье», в целост-

ную систему, их следует обобщить на двух уровнях:

а) теоретическом (уровень духовного здоровья как осознание ценности жизни);

б) практическом (уровень сложившейся мотивации и навыков здорового образа жизни как средство поддержания достаточной социальной дееспособности (на работе и в быту) и активного долголетия).

На основании проведённого анализа, сделанных обобщений и с учётом универсальных закономерностей мы определяем **здоровье** как *гармоничное сбалансированное взаимодействие четырех составляющих: физической, психической, социальной, духовной, которые находятся во внутреннем (психофизиологическом) и внешнем (средовом) равновесии и позволяют человеку полноценно проявляться во всех сферах жизни.*

Болезнь. Как и понятие «здоровье», понятие болезни до сих пор не является детерминированным, несмотря на большое количество работ по этой проблеме. Тем более, что некоторые исследователи не находят качественных особенностей болезни по сравнению со здоровьем. Так, по А. Богомольцу, болезнь не создает в организме ничего существенно нового. И. Давыдовский настаивает на том, что не существует принципиальных разногласий между физиологией и патологией, поскольку патологические процессы, по его мнению, – это лишь особенности процессов приспособления, связанных с субъективным страданием. А согласно концепции Г. Селье об общем адаптационном синдроме, болезнь – это напряжение («стресс»), которое возникает в организме под воздействием на него чрезвычайных раздражителей [15, с. 64].

В энциклопедическом словаре болезнь трактуется как «нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями». Там же отмечается, что «возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д.» [13, с. 153].

По убеждению С. Тюмасевой, «причины болезни разнообразны, но все они могут быть сведены в группы механических, физических, химических, биологических, а для человека – еще и психогенных факторов, любой из которых вызывает состояние заболевания, если он неадекватен (т.е. чрезвычайен, необычен) для организма» [15, с. 64]. Неадекватность, по мнению того же автора, зависит от индивидуальных свойств данного организма и может быть количественной (когда количество раздражителя является чрезмерным для организма), качественной (когда на организм влияет фактор, по отношению к качеству которого в организме не выработаны защитные или приспособительные механизмы) и временной (когда количественно и качественно адекватный раздражитель действует длительно или в такие промежутки времени и в таком ритме, которые необычны для организма).

Специалисты по здоровому образу жизни указывают на большее количество факторов риска возникновения болезней. «Под факторами риска понимают условия, обстоятельства, конкретные причины, которые больше, чем другие, ответственны за возникновение и развитие болезни» [113, с. 75]. Всего выделяют четыре группы факторов риска: факторы риска образа жизни; наследственные факторы; факторы, связанные с состоянием окружающей среды и социальными условиями жизни; факторы, возникающие вследствие недостаточной эффективности профилактических мероприятий, низкого качества и несвоевременной медицинской помощи, слабой материально-технической базы учреждений здравоохранения и т. д. [113, с. 76]. При раскрытии взаимосвязи понятий «здоровье» и «болезнь», по нашему мнению, необходимо уделить особое внимание этим факторам с целью установления и сохранения преемственности в дальнейшем углублении понятий «безопасность», «опасность», «образ жизни» и др.

В современном понимании понятие болезни неразрывно связано с биосоциальной сущностью человека. Для человека определяющую роль в развитии болезней играет внешняя среда

(рис. 2). Изменения внутренних свойств организма, вызванные факторами среды и устойчиво закреплённые (в том числе и с помощью наследственных механизмов), в дальнейшем могут способствовать возникновению болезней. Кроме непосредственных причин заболеваний и внешних условий, большое значение в ходе болезни имеют приспособительные защитные механизмы организма, их совершенство и скорость включения в патологический процесс. У человека как социального существа на развитие и протекание заболеваний во многом влияет психогенный фактор. Таким образом, при любом заболевании происходит нарушение динамического равновесия между внутренней и внешней средой человека, и в этот процесс в большей или меньшей степени вовлекается весь организм [15].



Рис. 2. Взаимодействие человека и среды обитания

Основным признаком заболевания является боль – сигнал опасности для организма и одновременно защитное приспособление, «неприятное, гнетущее, иногда нестерпимое ощущение, возникающее преимущественно при слишком сильных или разрушительных воздействиях на организм человека и животных» [15, с. 65]. Однако, не всегда больной человек чувствует ее, поскольку восприятие боли человеком зависит от его индивидуальных особенностей: высшей нервной деятельности, самочувствия, настроения, физического и психического состояния. Поэтому очень многие болезни протекают без остро выраженной боли, что обуславливает их многолетнюю хроническую невыявленность и, к сожалению, отсутствие своевременной коррекции и лечения. Следствием заболевания, как правило, является уменьшение приспособленности организма с одновременной мобилизацией всех его защитных сил [6, с. 48]. Ощущения болезни известны всем, поэтому при межпредметном обобщении и углублении этого понятия важнее сформировать у учащихся навыки распознавания переходного состояния от здоровья к заболеванию и наоборот.

«Третье состояние». Это понятие не всегда понятно ученикам, поскольку в бытовом использовании подобный термин вообще не встречается. В украинском языке для его обозначения чаще используют понятие «нездужання», в русском – «не здоровится», в английском – «illness», в немецком – «unwohlsein». Все они так или иначе соответствуют промежуточному состоянию «некоторого расстройства, которое, однако, не составляет еще видимой болезни и в котором субъект представляет еще много признаков здоровья» [10, с. 6]. В медицине «третье состояние» называется преморбидным состоянием (от лат. *prae* – перед и *morbus* – болезнь), или предболезнью, и определяется как «состояние организма, предшествующее и способствующее развитию болезни» [13, с. 1051].

Физиологи для определения этого понятия используют синоним греческого происхождения – донозологическое со-

стояние (от *posos* – болезнь и *logos* – учение) – для объяснения состояний, «при которых оптимальные адаптационные возможности организма обеспечиваются более высоким, чем в норме, напряжением регуляторных систем, что приводит к повышенному использованию функциональных резервов организма, росту энергоинформационного обеспечения взаимодействия его физиологических систем и поддержания гомеостаза» [15, с. 137].

По мнению В. М. Дильмана, говорить о здоровье организма и его норме вообще невозможно, поскольку все индивидуальное развитие является отклонением от нормы. Норма возникает только в 20 лет и продолжается около 5 лет, поскольку в этот период частота основных заболеваний человека минимальна [16]. И. Тихомирова отмечает, что при количественной оценке здоровья само понятие «нормы» теряет смысл. Если она показывает среднестатистическую величину, то не может быть принята как исходная позиция, а должна рассматриваться как средняя и довольно условная величина. При таком подходе не учитываются индивидуальные гено- и фенотипические особенности человека. То есть при рассмотрении проблемы «третьего состояния» следует говорить об уровне здоровья индивида, который не должен сравниваться с уровнем здоровья других людей, а рассматриваться в динамике относительно исходных для данного этапа исследования результатов конкретного человека [16].

«Третье состояние» – это состояние, когда резервы нормального функционирования систем организма смещены в сторону истощения. Оно характерно для «критических» возрастных периодов (полового созревания, пред- и послеродового, климактерического, старческого периодов), для лиц, испытывающих десинхронозы (работают в ночные или различные смены, пересекают часовые пояса и т. д.), употребляющих алкоголь и никотин, имеющих нарушения в питании, с низкой двигательной активностью, лишним весом и т. д. Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями есть ряд переходных состояний, которые не вызывают у человека снижения социально-трудовой активности и субъективной потреб-

ности в медицинской помощи. Переходные состояния могут быть обусловлены различными факторами, которые преимущественно связаны с современным ритмом жизни, длительным воздействием гипокинезии, психоэмоциональными нагрузками, неудовлетворительными производственными, экологическими, социально-бытовыми условиями и т. д., предъявляют повышенные требования к регуляторным механизмам организма. Наряду с качественными показателями, которые определяют состояние так называемого статического здоровья – нормы покоя, все большее значение приобретает понятие «динамического здоровья» – нормы напряжения, которая определяется количественной характеристикой адаптационных возможностей организма [16].

Специалисты указывают на то, что при донозологических состояниях изменения физиологических показателей испытуемых, как правило, не выходят за пределы так называемой клинической нормы и поэтому обычно оказываются вне поля зрения врачей при проведении диспансерных и профилактических осмотров населения. Поэтому, как отмечает В. Горащук, «одна из задач, стоящая ... при изучении валеологии (в школьной практике – основ здоровья – А. Ж.) – научиться распознавать это состояние, предотвращать и вовремя устранять его. Этому способствуют конкретные знания и широкий спектр умений и навыков различных оздоровительных технологий, которыми (человек) владеет, разрабатывая индивидуальную оздоровительную систему» [6, с. 48]. С этим мнением следует согласиться, поскольку, действительно, понятие «третьего состояния» должно формироваться на уровне четко отработанного навыка распознавания, предупреждения и своевременного его устранения. По нашему мнению, понятия здоровья, «третьего состояния» и болезни необходимо рассматривать в их причинно-следственной логической связи. Поэтому в общем виде на рис. 3 нами представлена динамическая взаимозависимость этих понятий (пер. с укр. [8]).

Поскольку все три состояния человека могут переходить

одно в другое под воздействием объективных или субъективных факторов, то следует сформировать у учащихся понимание системы действий по коррекции собственного здоровья при попадании в определенное состояние.



Рис. 3. Взаимосвязь понятий «здоровье», «третье состояние» и «болезнь» (Жарая А.И., 2006)

Образ жизни – это биосоциальная категория, являющаяся отражением индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей. Согласно энциклопедическому словарю, образ жизни интерпретируется как «понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей... Охватывает труд, быт, формы использования свободного времени, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в политической и общественной жизни, нормы и правила поведения людей» [13, с. 907].

С. Тюмасева, Е. Богданов и М. Щербак считают образ жизни глобальной философско-социологической категорией, которая дает возможность комплексно рассматривать основные сферы жизнедеятельности, выявлять ценностные ориентации людей и причины их поведения (образа жизни), обусловленные укладом

(социально-экономическим строем) и уровнем жизни (материальным благополучием). Как справедливо отмечают авторы, образ жизни человека может быть отнесен к факторам, которые непосредственно влияют на общественное и индивидуальное здоровье. «Социально-экономические, культурные и природные условия формируют и обуславливают образ жизни, но он не сводится к их совокупности тех или иных обстоятельств... Существующий в единстве объективного (способ совместной деятельности, общественная связь людей, определяющие характер их общения и поведения) и субъективного (цель общения, интересы и мотивы деятельности, ценностные ориентации) аспектов, образ жизни является целостной структурой, состоящей из элементов материальной и духовной жизни общества» [15, с. 253]. Проявления образа жизни рассматриваются на протяжении изучения всех курсов валеологической направленности, поскольку от него, как минимум на 50 %, зависит здоровье человека. Исходя из целей валеологического образования, усилия педагогов направляются на формирование мотивации студентов или учащихся к ведению здорового образа жизни. То есть именно это понятие является очень весомым.

В. Горашуком здоровый образ жизни определяется как «деятельность, направленная на формирование, сохранение, укрепление здоровья людей как условия и предпосылки осуществления развития других сторон и аспектов образа жизни» [6, с. 48]. В другом источнике того же автора: «...как необходимого условия для прогрессивного развития общества во всех его направлениях» [4, с. 7]. Е. Торохова считает, что здоровый образ жизни должен быть направлен на «преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний, на оптимальное использование социальных и природных условий в интересах сохранения и укрепления здоровья» [16, с. 150].

Существует и несколько иная мировоззренческая позиция: определяя здоровый образ жизни как междисциплинарную категорию, ученые показывают, что он имеет целью не просто сохранение и укрепление здоровья, но и такой осознанный его

расход, который сам стимулирует становление потенциала здоровья и его расширенное (в пределах возможностей конкретного возраста и условий жизни) воспроизведение [15, с. 159]. Однако более существенным и содержательным, с педагогической точки зрения, нам кажется определение, которое дают Л. Покроева с соавторами: «Здоровый образ жизни – это совокупность таких условий обучения и воспитания, общения, труда и отдыха, в которых проявляются привычки, режим и темп жизни, способствующие сохранению, укреплению, формированию, воспроизводству и передаче здоровья» [113, с. 105].

Различные интерпретации понятия, по нашему мнению, говорят о неотъемлемости образа жизни отдельного человека от образа жизни общества, от мотивации культуры здоровья в иерархии общественных ценностей. Так, Е. Торохова отмечает, что важным элементом здорового образа жизни является культура здоровья. «Отношение отдельного человека, социальной группы или всего населения к собственному здоровью в значительной степени зависит от ценности здоровья как такового, – пишет она. – Ценность здоровья определяется установками человека на сохранение, формирование и укрепление здоровья» [16, с. 150]. Поэтому социальные факторы необходимо обязательно учитывать при рассмотрении причин и последствий формирования проявлений нездорового образа жизни: гиподинамии, неправильного питания, вредных привычек, девиантного поведения и т. д.

Также определенным образом расходятся мнения специалистов по поводу определения составляющих здорового образа жизни. Например, А. Царенко и Г. Яцук выделяют общие составляющие: здоровый образ жизни общества, личности, валеологическое мировоззрение, обратные связи, психологическая установка на здоровый образ жизни, валеологическое воспитание и отсутствие вредных привычек [17, с. 37]. В. Горашук приводит более конкретные составляющие практического направления: знание и умение соблюдать режим учебы, работы и отдыха, правил личной гигиены; определение и обязательное

выполнение оптимального двигательного режима; соблюдение сбалансированного питания; осознание вредности употребления наркотиков, алкоголя, табака; гуманистическое отношение к окружающим; определение и выполнение оздоровительных технологий индивидуальной оздоровительной системы, которые влияют на духовный, психический и физический аспекты здоровья [6, с. 48]. В. Язловецкий добавляет к перечисленным факторам волевое управление эмоциональным состоянием с помощью релаксации мышц и аутогенной тренировки [19, с. 104].

Анализ вышеперечисленных литературных источников способствовал созданию обобщенной интерпретации понятия «образ жизни».



Рис. 4. Содержание понятия "образ жизни" (© Жарая А.И., 2006)

На рисунке 4 нами представлены составляющие образа жизни человека; принципы формирования и содержание здорового образа жизни; виды и уровни профилактики и стадии изменения имеющегося рискованного поведения, которые направляют систему ценностей человека на мотивацию к ведению здорового образа жизни. При разработке данной схемы (пер. с

укр. [8]) нами были использованы работы Т. Воронцовой, В. Пономаренко и И. Репика (формула здорового образа жизни) [3, с. 9], Л. Покроевой с соавторами (принципы здорового образа жизни) [13, с. 105], С. Страшко с соавторами (уровни и виды профилактики) [13, с. 93-94], А. Царенко и Г. Яцук (составляющие образа жизни общества) [17, с. 38], Дж. Прочаски и Карло Ди Клементе (закономерности успешного изменения поведения) [113, с. 96-97].

Культура здоровья. Многочисленные исследователи считают культуру здоровья частью общей культуры. Ведь больными, как справедливо отмечает В. Горашук, могут быть люди разного уровня общей культуры [7]. В словаре Е. Тороховой культура здоровья определяется как «сознательная система действий и отношений, что в значительной мере определяет качество индивидуального и общественного здоровья, которая складывается из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, ведения здорового образа жизни» [1, с. 150].

Автор выделяет следующие важнейшие факторы культуры здоровья личности: самосознание, самопознание, саморазвитие, самореализация, умение преодолевать стрессовые ситуации, оптимальное питание, сон и физическая активность, умение правильно отдыхать, планирование семьи, здоровая сексуальность, отсутствие вредных привычек (курение, алкоголь), отказ от психотропных средств (наркотических веществ). С. Тюмасева считает культуру здоровья важным элементом здорового образа жизни, направленным на преодоление «факторов риска» возникновения и развития заболеваний, оптимальное использование социальных и природных условий в интересах сохранения и укрепления здоровья [15, с. 207].

Разработчиками Концепции формирования позитивной мотивации на здоровый образ жизни у детей и молодежи понятие «культура здоровья» рассматривается в составе трехкомпонентной системы (триады): «здоровье – здоровый образ жизни – культура здоровья». Понятие «культура здоровья» считается интегративным качеством личности и показателем

воспитанности, «что обеспечивает определенный уровень знаний, умений и навыков формирования, воспроизводства и укрепления здоровья и характеризуется высоким уровнем культуры поведения в отношении собственного здоровья и здоровья окружающих» [9, с. 25]. Уровень культуры здоровья (по В. Горашуку) определяется знанием резервных возможностей организма человека во всех его аспектах и умением их привлекать в процессе жизни для достижения активного долголетия [7]. В целом, мнения ученых сходятся на том, что показателями культуры здоровья следует считать: наличие системы валеологических знаний; сформированность валеологического мышления и мировоззрения; владение технологиями сохранения и укрепления здоровья; высокий уровень духовности. Цель преподавания курсов валеологической направленности предусматривает работу преподавателя во всех направлениях, соответствующих указанным составляющим, и способствует созданию устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни.

Однако, вследствие высокого теоретического уровня понятия «культура здоровья» осознание его учениками 1-9-х классов может быть затруднено. По нашему мнению, его желательно вводить в старших классах параллельно с рассмотрением вопросов общей культуры человека в курсе «Человек и общество». На этом этапе учащиеся уже будут иметь более глубокую биологическую и гуманитарную подготовку, а также у них будут сформированы основные теоретические знания и практические навыки здорового образа жизни. Тогда и понимание данного понятия будет более полным [8].

Таким образом, вопрос об универсальности понятийного аппарата курсов валеологической направленности является актуальным в системе современного валеологического образования. Различная трактовка основных валеологических понятий разными авторами лишает системности и целостности процесс формирования знаний о здоровье и его составляющих.

Все рассмотренные понятия определенным образом связаны с центральным понятием «здоровье», их взаимосвязан-

ність складає цілісну систему, яка визначає відношення людини з оточуючим світом і їх проявлення на всіх рівнях буття.

Проаналізовані системи понять визначають структуру навчального матеріалу валеологічних курсів, оскільки є його елементами. Знаходження навчальних елементів дає можливість систематизувати отримані знання в цілісну картину світу, оскільки кожне поняття важливо розкривати на конкретному матеріалі в взаємозв'язку і взаєморозвитку з іншими. Послідовність введення навчальних елементів залежить від ступеня значимості кожного з них для вивчення решти.

Бібліографія:

1. Валеологія: Словарь-справочник / [авт.-сост. Торохова Е. И.]. – М. : Флинта: Наука, 2002. – 344 с.
2. Василенко Н. Оздоровча освіта в Європейській загальноосвітній школі / Н. Василенко // Біологія і хімія в школі. – 2002. – № 4. – С. 37–40.
3. Воронцова Т. В. Основи здоров'я: [підруч. для 5-го класу загальноосв. навч. закладів] / Воронцова Т. В., Пономаренко В. С., Репік І. А. – К. : Алатон, 2005. – 176 с.
4. Горашук В. П. Валеологія: [підруч. для 10 – 11-х кл. серед. загальноосв. школи] / В. П. Горашук. – К. : Генеза, 1998. – 144 с.
5. Горашук В. П. Культура здоров'я – новий сучасний напрям формування здорового покоління / В. П. Горашук // Проблеми освіти: [наук.-метод. зб.]. – К. : Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, 2006. – Вип. 48. – 223 с. – С. 184–189.
6. Горашук В. П. Основні поняття шкільного курсу “Валеологія” / В. П. Горашук // Фіз. виховання в шк. – 2000. – № 4. – С. 47–49.
7. Горашук В. П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика) / В. П. Горашук – Луганск : Альма-матер, 2003. – 376 с.
8. Жара Г. І. Підготовка майбутніх учителів до формування в учнів валеологічних понять на засадах міжпредметних зв'язків шкільних природничих курсів: дис. ... кандидата педагогічних наук : 13.00.04 / Жара Ганна Іванівна – Київ, 2009. – 283 с.
9. Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді (Затверджена наказом МОН України від 21 липня 2004 року № 605) // Директор школи. – 2004. – № 40 (328), – жовтень. – С. 23–29.
10. Лидерман Р. Р. За гранью психического здоровья / Р. Р. Лидерман. – М. : Знание, 1992. – 192 с.
11. Поляков В. А. Философия жизни : путь творения / В. А. Поляков. – М. : МНШУ, 2011. – 112 с.
12. Сборник схем с краткими комментариями (для слушателей колледжа системологии и кардинальной психодиагностики) / [сост. Кожаринова О., Лисогор Т., Колесник М.] – Международная научная школа универсологии. – Чернигов : ВіТ-сервіс, 2009. – 62 с.
13. Советский энциклопедический словарь / [гол. ред. А. М. Прохоров]. – 3-е изд. – М. : Сов. энциклопедия, 1984. – 1600 с.
14. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу : навч.-метод. посіб. для викладачів валеології, основ мед. знань та безпеки життєдіяльності, вчителів основ здоров'я, студентів вищих педагогічних навчальних закладів / [С. В. Страшко [та ін.]; ред. С. В. Страшко. – 2-е вид., переробл. і допов. – К. : Освіта України, 2006. – 260 с.

15. Тюмасева З. И. Словарь-справочник современного общего образования: акмеологические, валеологические и экологические тайны / Тюмасева З. И., Богданов Е. Н., Щербак Н. П. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.

16. Физиологические основы здоровья: краткий курс лекций по валеологии [Электронный ресурс] / [сост. И. А. Тихомирова]. – Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского, 2007. – Режим доступа :<http://cito-web.yspu.yar.ru/link1/metod/met73/node1.html>.

17. Царенко А. В. Валеология: підр. для 8–9 кл. серед. загальноосв. шк. / А. В. Царенко, Г. Ф. Яцук. – К. : Генеза, 1998. – 136 с.

18. Шевчук О. Формування системності валеологічних знань у школярів : метод. поради для вчителів / О. Шевчук // Здоров'я та фізична культура. – 2005. – № 3. – С. 15–17.

19. Язловецький В. С. Учня про здоров'я / В. С. Язловецький, О. В. Язловецька. – Кіровоград : РВЦ КДПУ імені Володимира Винниченка, 2000. – 212 с.

Николай Григорьевич Самойлов

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВ'Я ЧЕЛОВЕКА

Высокая степень неопределенности, неуверенности, отсутствие надежности в социальных институтах, хроническое напряжение в ожидании очередных стрессогенных ситуаций и неминуемых сложностей – вот только несколько штрихов нынешней ситуации в обществе. Безусловно, в таких условиях сохранить на высоком уровне своё здоровье чрезвычайно сложно. В то же время ответить на вопрос, почему проблема здоровья человека в веках остается значимой, но до конца нерешенной как для каждого в отдельности, так и для общества, непросто. Очевидно, важность ее заключается в том, что, только имея крепкое здоровье, можно максимально реализовать свои потребности, достичь поставленных целей и наиболее полно самоактуализироваться.

Итак, какой смысл вкладывали в понятие здоровья в разные времена? Античные представления о здоровье сводились к целостности души и тела, к «соразмерному соотношению душевного и телесного» [10]. Еще во времена Акмеона, Платона, Гиппократы, Цицерона здоровье человека виделось в наличии красоты, гармонии, уравновешенности, самообладания. Основным условием наличия крепкого здоровья считалась необ-

ходимость следовать собственной природе (быть в согласии с самим собой) и не противодействовать природе вещей.

Представление о здоровье весьма существенно изменялось в связи с религиозными течениями, философскими воззрениями, устройством общества и прочим.

В задачи данной статьи не входит анализ представлений о здоровье в историческом аспекте. Однако обращение к античным философам и мыслителям позволяет еще раз убедиться в надежности и непреходящей актуальности понимания природы человека и ее главного проявления – здоровья.

Важнейшим принципом, касающимся здоровья человека, дошедшим до нас из глубины веков, является принцип внутренней согласованности с окружающим миром. Вместе с тем, следует отметить, что с появлением медицины, как отрасли знаний, здоровье и болезнь стали ставить на разные полюса, а отсюда и здоровье понималось как состояние, когда отсутствует болезнь.

Более развернутые определения здоровья с медицинских (легче всего воспринимаемых в обществе) позиций:

- состояние организма, при котором наблюдаются соответствие структуры и функции органов и систем человека и их способность поддерживать гомеостаз;

- не только отсутствие заболевания или функциональных отклонений, но и наличие высокого уровня функционирования систем организма и гармоничность развития;

- когда человек в определенных жизненных условиях максимально выполняет определенную работу, дает жизнеспособное потомство и может приспособиться к новым условиям.

При этом следует подчеркнуть, что рассмотрение понятия здоровья в системе «здоровье-болезнь» давно стало считаться не охватывающим всей сложности этого феномена. Это связано с тем, что здоровье человека в современном обществе зависит от целого ряда внешних факторов: устройства и уровня жизни в конкретном государстве, экологических, производственных условий, семейного окружения и др.

Кроме того, рассмотрение здоровья в системе «здоровье-бо-

лезнь», во-первых, очень слабо связывает его состояние с индивидуально-психологическими, личностными качествами человека, а, во-вторых, духовная составляющая здоровья также упускается из вида и не подлежит анализу. Следовательно, здоровье нужно рассматривать как сложный, многокомпонентный феномен, состоящий, как минимум, из биологической, психологической, социальной и духовной составляющих. В Большой медицинской энциклопедии здоровье человека определено по трем признакам: соматическому, социальному и личностному. Первый предполагает гармонию физиологических процессов, адаптацию к среде и отсутствие болезненных изменений. Второй – это наличие социальной активности, высокой трудоспособности и деятельного отношения к окружающему миру. Личностный признак подразумевает уровень проявления личностных качеств, обуславливающих господство человека над обстоятельствами жизни.

Интересный подход к описанию ценности здоровья у А. Иванюшкина. У него также описано 3 его уровня: биологический, социальный и личностный. Но на последнем (психологическом) он трактует здоровье не как отсутствие болезни, а как отрицание ее, в смысле преодоления. При этом здоровье выступает не только как состояние организма, а как «стратегия жизни человека». И. Брехман [3] также акцентирует внимание на том, что здоровье – это не отсутствие болезней, а физическая, социальная и психологическая гармония человека, доброжелательное отношение к другим людям и к самому себе. Наряду с авторами, выделяющими три или четыре компонента здоровья, другие авторы представляют его многокомпонентность. Так, например, А. Лотоненко и соавторы [5, с. 212] считают, что здоровье состоит из 6 компонентов: 1) физического (соматическое); 2) психического; 3) сексуального; 4) нравственного; 5) профессионального; 6) социального.

Соглашаясь с тем, что здоровье многокомпонентно и можно выделить разное количество компонентов, следует подчеркнуть, что нельзя забывать мудрости мыслителей древности, ка-

сающейся основополагающего, системообразующего стержня, от которого зависит здоровье человека – это сам человек.

Да, условия существования человека в семье, на производстве, в обществе, безусловно, влияют на уровень его здоровья. Последние десятилетия характеризуются ростом степени экстремальности в профессиональной деятельности, спорте, политике, экономике, на производстве и пр. И стрессогенность их воздействия на здоровье показана во многих исследованиях. Но если снова вернуться к великим урокам древних, размышляющих о здоровье, и максимально интегрировать их представления о том, кто главный в ответе за здоровье человека, можно сказать так: каждый сам в ответе за свое здоровье. То, как он воспринимает действие на него окружающего мира, в какой степени он уравнивает его со своим внутренним миром, будет главным рычагом в сохранении здоровья. Следовательно, сохранение здоровья во многом зависит от оценки субъектом влияющих на него событий, их биологической, социальной, личностной значимости для него. Причем, последующее его поведение, действия и деятельность будут зависеть от этой оценки.

Этим соображениям можно возразить, дескать, при ухудшении здоровья и диагностированном заболевании врач осуществляет лечебные мероприятия, возвращая больного в состояние выздоровления. Какое значение здесь имеет оценка больным происходящего и как это влияет на здоровье? Оказывается, самым прямым образом. Профессиональная деятельность психотерапевтов подтверждает мысль о важном значении самого больного в процессе выздоровления.

Как известно, в процессе лечения участвуют врач, больной и болезнь. Если больной прислушается к советам врача, мобилизует свою силу воли и саморегуляцию, т. е. объединится в отражении болезни с врачом, то они непременно вместе победят болезнь. Пассивное следование воздействию лекарств означает снижение защитных сил организма больного. Вот почему непреодолимое желание выздороветь и следующее за ним самообладание больного приносят положительные результаты. Именно

поэтому одни и те же ситуации или обстоятельства по-разному влияют на здоровье и выздоровление людей.

Таким образом, мы снова приходим к мысли о том, что каждый самостоятельно создает свое здоровье. А значит, его состояние во многом определяется личностью, т. е. психологический компонент в феномене здоровья играет главенствующую роль. Опять можно сказать, что порой производственные обстоятельства, пронизанная конфликтами профессиональная деятельность или тяжелая политическая обстановка оказывают негативное влияние на психику человека, вызывают чрезмерное напряжение, ухудшая тем самым здоровье. Однако общеизвестно, что глубина этого влияния и даже восприятие его как негативного будут зависеть от индивидуально-психологических характеристик человека.

Следовательно, психическое здоровье, будучи частью более крупной системы «здоровье человека», является определяющим в его укреплении и сохранении.

Психическое здоровье в психологическом словаре трактуется следующим образом: «это интегральная характеристика полноценности психологического функционирования индивида» [9, с. 283] Ключевым словом в этом определении является термин «полноценность». Семантика этого слова означает явление, «отвечающее определенным требованиям, при которых в полной мере проявляется необходимое качество или свойство». Следовательно, высокий уровень психического здоровья детерминирует качественное осуществление психических функций.

Хотя, нужно отметить, что мы не можем четко указать, что значит «высокий уровень психического здоровья». Это всего лишь качественные характеристики, которые не позволяют осуществить полноценное сравнение и тем более объективный количественный анализ. Существует значительное количество исследований, в которых авторы приводят перечень качеств и свойств личности, которые, по их мнению, определяют понимание психического здоровья и тех условий, от которых зависит его состояние. Тем не менее, измерить психическое здоровье

человека, пользуясь учетом наличия или отсутствия каких-то из выявленных качеств, до настоящего времени сложно. Известны также особо значимые критерии психического здоровья, среди которых: интегрированность личности, гармоничность, уравновешенность, духовность и ориентация на саморазвитие.

В то же время каждый из этих критериев нуждается в интерпретации своего количественного проявления. Например, чтобы судить об ухудшении психического здоровья конкретного человека, пользуясь предложенными критериями, необходимо ответить на вопрос, насколько уменьшилась или ухудшилась его гармоничность или уравновешенность. Следовательно, разработка и создание методики определения уровня психического здоровья личности – это одна из актуальных задач психологии.

Следующим аспектом в анализе значимости психической составляющей в состоянии здоровья человека должно быть представление о ее взаимоотношениях с другими компонентами здоровья. То есть, чтобы решить этот вопрос, необходимо выйти за пределы системы «психическое здоровье», т. к., как отмечал В. Ананьев, «... описать систему только средствами самой системы невозможно» [2, с. 17]. Именно поэтому следует обратиться к более сложной системе «здоровье человека», в которую психическое здоровье входит как составляющая часть.

Взаимоотношение социального и психического здоровья является наиболее понятным по влиянию на конечный результат – здоровье человека как более крупную систему. Так, считается, что социальное здоровье обуславливает способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям, повышать уровень культуры, социального интеллекта и коммуникативной компетентности. Осуществление этих функций зависит и от уровня психического здоровья индивида. Причем понимать последнее нужно как проявление цельности и согласованности всех психических явлений у человека, детерминирующих чувство субъективной психической комфортности, способность к осознанной и осмысленной деятельности и соответствующему социальной среде поведению.

Проявление социально приемлемого поведения, социальной адаптации неразрывно связано с полноценным развитием и функционированием психологического аппарата индивида. Ухудшение психических процессов, негативные изменения в психике и, тем более, психические заболевания соответственно отражаются в восприятии человеком окружающей среды, профессиональной деятельности, взаимоотношениях с другими людьми, социальном поведении.

Таким образом, можно говорить о том, что общественная среда, устои, правила, нормы поведения и общество в целом влияют на психику индивида и состояние его психического здоровья. Одновременно последнее определяет выполнение им социальных требований, норм, правил и законов данного общества, а также достижение социального статуса. Именно в связи с этим взаимоотношения психического и социального здоровья не приобретают противоречивой формы взаимосвязи. Являясь составляющими частями здоровья человека, они функционируют в одном направлении: либо улучшая, либо ухудшая здоровье человека как более крупную систему.

В рамках проблемы взаимоотношения психического и социального здоровья не возникает вопросов, требующих доказательства их нераздельности в обеспечении адекватного отражения действительности.

Взаимоотношение психического и духовного компонентов здоровья человека исследовалось гораздо реже. Духовная составляющая здоровья представляет собой часть человеческой сущности. Эта сущность определяет осознание и отношение человека к бытию, базирующееся на моральной основе и обуславливающее родовые, собственно человеческие признаки и ценности, которые выше интересов и стремлений индивида. Духовная деятельность направлена на осознание смысла жизни и своего места в ней, на оценку явлений и действий людей с позиций добра и зла.

Духовная деградация отдельных лиц ведет к психическому и физическому неблагополучию. Так, в исследовании И. Гунда-

рова показано, что падение духовности сопровождается увеличением самоубийств, правонарушений, смертности. Более того, рост заболеваний и снижение рождаемости также связываются с влиянием духовного компонента на состояние психического здоровья.

Таким образом, духовное здоровье, являясь частью человеческой сущности, одновременно на уровне общества представляет собой и социальный феномен. Но и в том, и в другом проявлении оно взаимодействует с психическим здоровьем, и наличие связи между духовным и психическим здоровьем сомнения не вызывает. Именно поэтому мы можем утверждать, что высокий уровень психического здоровья может быть только у духовно здорового человека. Психическое здоровье зависит от духовности человека, а закладывается и развивается оно в детские и юношеские годы. Вот почему начальный период онтогенеза следует рассматривать как более важный для полноценного формирования психического и духовного здоровья. Но, к сожалению, одновременно и более уязвимым, потому что сформированные стереотипы, взгляды, принципы, отношения становятся устойчивыми проявлениями индивида, а чтобы выстроить на их основе иные, требуется много времени и энергии.

Наиболее дискуссионным остается понимание взаимоотношений между физическим (соматическим) и психическим здоровьем. Причиной этого являются убеждения ряда психологов о том, что психические явления нельзя уподоблять функциям, происходящим в организме человека. Безусловно, психические явления отличаются от сугубо биологических (например, фагоцитоза или пищеварения), однако речь идет о невозможности их совместного осуществления в теле человека. То есть часто утверждается, что телесное – это биологическое, а функции психики – это психологическое и существующее отдельно от тела.

И, несмотря на существование психосоматики, где рассматриваются многочисленные взаимодействия между телом (сомой) и психикой, на данные, полученные в медицинской психологии, психогенетике, многие исследователи отказываются

видеть их сосуществование в организме человека, признать единство и взаимозависимость при достижении полезного в социальном и биологическом смысле результата. При этом не надо думать, что характеристики психических процессов нужно выводить только из закономерностей работы мозга как материального субстрата, реализующего эти процессы. Разногласия ученых о материальности биологического и психологического, порождаемые представлением одних о том, что биологическое имеет материальную природу, а психологическое – идеальную, формировали убеждение о независимости психических и физиологических процессов. Такой подход проявился в теории психофизиологического параллелизма, гласящей, что психические и физиологические явления как две параллельные линии никогда не пересекаются и не влияют друг на друга. По этим представлениям психические явления существуют в теле человека, но осуществляются по своим законам.

Стоя на этих позициях, трудно объяснить наличие взаимосвязей между биологическим и психическим при поражениях или нарушениях функций нервных центров в головном мозге и одновременных нарушениях в психике. Признание отсутствия связей между биологическими и психическими явлениями ставит под сомнение влияние процессов, происходящих в организме человека, на состояние его психического здоровья. Например, на психическое состояние больного при объявлении о наличии у него злокачественной опухоли.

Равносильно, как и то, что представители теории механического тождества утверждают, что качественных различий между биологическими и психическими процессами нет.

Очевидно, наиболее близки к пониманию неразрывности биологического и психического взгляды исследователей, поддерживающих теорию единства, основным постулатом которой является утверждение о том, что психические и физиологические процессы возникают одновременно, но они качественно различны. Как пишут В. и Т. Тихоплавы: «Мозг лишь биокomпьютер, выполняющий некую «высшую» программу» [11, с.

66].

Хотя, современные представления, существующие в квантовой механике, о психических явлениях (в частности о сознании), имеющих двойственную природу, свидетельствуют, что они одновременно являются и частицей, и волной, и позволяют хотя бы частично ответить на вопрос об их природе. В биологических процессах современная молекулярная биология усматривает материальные взаимодействия, составляющие основу жизни.

В то же время, в большей части психологических исследований психические явления представляются как не имеющие материального носителя. Считается, что эмоции, мысли, восприятие, психические состояния не имеют ни массы, ни размеров, ни конкретного места в теле человека. Аналогично, как и частицы, исследуемые в квантовой механике, также неуловимы, невидимы и непредсказуемы. Однако, они реально существуют.

Не только о взаимодействии, но и о единстве биологического и психологического, весьма удачно в своей статье «Здоровье и квантовая механика» высказался Д. Чопр. Он пишет: «Наши собственные тела не существовали бы, если бы не «квантово-механическое тело», составляющее их основу» [13, с. 41].

Также весьма удачно описаны с позиций квантовой механики представления о сознании как психическом явлении П. Мудгалом. Он предложил гипотезу, в которой «сознание рассматривается как фундаментальная составляющая самой основы субатомной частицы, а первичным свойством является его проявление – волны». О соотношении физики и сознания в своей книге «Тени ума» пишет Р. Пентроуз. Он демонстрирует связь ментальности (мысли) с определенными формами биофизического (состоянием мозга). Подчеркивая единство мозга и мысли, он отмечает: «Если ментальность – это нечто отдельное от физического, то почему наши ментальные самости вообще нуждаются в физических мозгах?» [81, с. 202].

В современной психологии взаимодействие биологического и психического в человеке рассматривается на уровне

центральной нервной системы. Но если даже не учитывать периферическую и вегетативную нервную системы, то нельзя не согласиться с давно установленными фактами, свидетельствующими, что основные составляющие нервной системы, нервные клетки, возбуждаются в результате действия на них вполне материальных стимулов, обозначаемых раздражителями. И трудно представить, что они возбуждаются вследствие действия на них нематериальных по природе своей психологических структур. Хотя, может быть, психологические явления, не имея энергетической составляющей, а только информационную, при воздействии на нервные клетки являются первичным (ментальным) стимулом, а вслед за этим возникает вторичный, порождающий различие концентраций ионов на мембране и формирование возбуждения. При этом, возможно, правы специалисты по теоретической физике, считающие, что психические явления имеют специфический материальный субстрат и, очевидно, это микролептоны. В таком случае, становится понятным единство взаимодействий мозга и психики в получении адекватных реакций на влияние среды существования.

Однако, рассматривать мозг как единственный орган человека, взаимодействующий с психическими явлениями, очевидно, не совсем верно. Во-первых, он – всего лишь часть (хотя и важная) тела человека как целостной системы. Во-вторых, очевидно, этот взгляд на единство биологического и психического сформировался вследствие того, что остальные части тела подчиняются мозгу (но работа мозга от них также полностью зависит). И, в-третьих (и это главное), на сегодня мы очень мало знаем о механизмах не только взаимодействия, а взаимодействия (по П. Анохину) телесных и психологических процессов для получения полезного для личности результата (биосоциального по природе).

Существующая в психологии проблема телесности окончательно также не решена. Ключевое понятие психологии – «личность» – нужно не отрывать от человека как целостной системы, которая отражает действительность адекватно, тем самым

сохраняя жизнь как явление.

Академик С. Максименко в своей статье «Биопсихическая подструктура личности» пишет: «Мы говорим о личности, имея в виду обязательно целостного человека, а человек без тела не существует вообще: без лица, без телесной оболочки» [6, с. 4]. И далее: «Телесность является структурным компонентом личности и как таковая, обязательно должна входить в психологию личности» [6, с. 5].

Отрицание связи и взаимодействия между биологическим и психическим, очевидно, обусловлено и наличием не всегда признаваемого официальной наукой взгляда на существование у человека не одного тела, а пяти [7, с. 5-13]. Имеется в виду: 1) физическое тело (построенное из клеток, органов и их систем); 2) плазменное тело (состоящее из плазмы, его обозначают еще «праническим», что значит энергетическое); 3) голографическое или хрональное тело (оно формируется в процессе высокоэнергетических реакций и состоит из частиц, движущихся в 150-170 раз быстрее скорости света); 4) тело сознания (представляет собой совокупность микровихрей (квантовых вихрей), входящих в состав первичных торсионных полей); 5) тело души – это часть Сверхсознания, или идеального мира, который не является материальным, но он – первооснова всего [14, с. 13].

Размышляя об условиях поддержания крепкого здоровья, Г. Малахов считает, что на здоровье человека положительно или отрицательно влияют психические явления, опосредованно действуя на эти тела. Поэтому, следуя этим представлениям, можно думать, что психические процессы, находясь в неразрывной связи с названными телами, влияют на них, проявляя, тем самым, глубинную связь между биологическим и психическим.

Подтверждением этому является существование, кроме материальных тел (плазменного и голографического), порожденных атомарно-молекулярной структурой физического тела, остальных двух (тела сознания, или каузального, и тела души), которые образованы под влиянием первичных торсионных по-

лей, не обладающих энергией, а способных только переносить информацию. В своей работе «Психофизические феномены и физический вакуум» Г. Шипов установил, что в теории вакуума существует два вида торсионных полей, которые качественно отличаются друг от друга: первичные торсионные поля (поля, которые не обладают энергией, но способны переносить информацию) и вторичные торсионные поля, порождаемые материальными объектами [15, с. 33].

Как утверждает Г. Шипов, носителем сознания человека как психического явления является совокупность тонких тел, в связи с чем сознание не локализовано в мозге. Физическая модель сознания (создана Е. Акимовым и Г. Шиповым) содержит две структуры: сознание на уровне первичного торсионного поля и сознание на уровне вещества собственного мозга.

Возможно, именно поэтому с представлениями о «гармонии» и «равновесии» тела и души связывали здоровье древние мыслители. Они утверждали, что тело и душа образуют упорядоченное внутреннее единство телесно-душевной природы человека. В настоящее время, анализируя взаимосвязь физического и психического путем сведения к взаимодействию мозга и сознания, Г. Шипов пишет: «В реальности нервная система реализует только вспомогательные функции, стереотипные поведенческие акты. Психика человека, его личность локализована за пределами мозга и за пределами человеческого тела» [14, с. 44].

Это высказывание очень важно для ответа на вопрос, в чем же все-таки природа биологического, а в чем – психического. И влияют ли они друг на друга? Кратко можно ответить так.

Природа биологического основана на информационно-энергетических взаимодействиях, первично осуществляющихся на атомарно-молекулярном уровне, т. е. она в своей основе материальна. Природу психического на сегодня определить гораздо сложнее. Однако, опираясь на данные, полученные физиками в области квантовой механики, можно отметить, что первоисточником психических явлений является совокупность

квантовых микровихрей, входящих в состав первичных торсионных полей. Считается, что микровихри не имеют заряда, у них нет массы покоя, они передают не энергию, а информацию, осуществляя это за счет взаимодействия вихрей, обладающих кручением с единственной характеристикой – спин [1, с. 13].

В связи с этим, ответить на вопрос о природе первичных торсионных полей, порождающих психические явления, относительно их материальности или идеальности – сложно. Г. Шипов, рассуждая о материальности физического вакуума и первичных торсионных полей, отмечает: «Как тут рассматривать: материя они или не материя? На мой взгляд, если и материя, то весьма сверхтонкая» [4, с. 3].

Говоря о первичности идеального, он приводит такой пример: «Вот есть закон Ньютона о движении двух масс. Но эти самые две массы могут исчезнуть, однако закон Ньютона останется. Является ли он материей? Нет. Его закон – некие отношения, нечто идеальное. Тем не менее, этот план (т.е. закон) существовал и существует до появления масс. Но когда из вакуума родились массы, они подчинились этому закону».

Однако представления Г. Шипова о том, что психика локализована за пределами тела человека, не совсем совпадают с информацией о существовании у человека пяти тел. Причем последние два: тело сознания и тело души – ментальные и являются частью идеального мира.

Относительно взаимовлияния биологического и психического можно отметить, что информационные воздействия, носителями которых являются первичные торсионные поля, влияют на, прежде всего, ментальные тела человека, а через них – на материальные, в т. ч. на изучаемое классической наукой физическое тело, и реализуются (информация) через функции мозга.

Вот почему функциональные или морфологические изменения в мозге влияют на психику, и это воспринимается в проявлении психических состояний или процессов разной степени активности. Маловероятно, чтобы мозг воздействовал на первоисточник психического – торсионные поля, т. е. он действи-

тельно является всего лишь сложно устроенным исполнителем. Хотя обратная связь как закономерное явление, очевидно, есть и проявляется она, по всей видимости, во влиянии физического тела и мозга, в частности, на ментальные тела: тело сознания и тело души. Причем механизм этого процесса непонятен.

Следовательно, если психика – это субъективный образ объективного мира, очевидно, что этот образ отражается мозгом вторично, поскольку первично объективный мир (в форме квантовых микровихрей как слагаемых первичных торсионных полей) влияет на ментальные тела человека, а они уже воздействуют на остальные вполне материальные тела, включая физическое и мозг как главный его орган, осуществляющий отражение.

Читая данные рассуждения, вполне правомерно задать вопрос, а какая связь их со здоровьем человека? Ответ на подобные вопросы искали мыслители многих столетий. Так, еще в начале V века до н. э. здоровье человека представлялось как гармония или равновесие противоположно направленных сил. Это формулировка Акмеона. Под последними он понимал первоэлементы, являющиеся составляющими частями природы человека и детерминирующие его психофизиологическое состояние. К ним он относил теплое и холодное, влажное и сухое, активное и пассивное и т. д. Доминирование какого-либо из элементов над другими отражается негативно на всех остальных – это и есть источник болезни.

Его представление о здоровье определялось посредством понятий о гармонии и равновесии, т. е. сводилось к упорядоченности внутреннего мира человека. Причем базовым представлением античных мыслителей о здоровье человека было убеждение об оптимальном соотношении всех компонентов телесной и душевной природы человека, описанное в трактатах разных времен как единство человека и природы. А последнее возможно только при осознании его сущности и глубокой вере в его влияние на благополучие человека.

Заботясь только о физическом теле путем сбалансированно-

го питания, физической активности, грамотного лечения и прочее, мы забываем о существовании остальных четырех тел человека, разъединяем телесное и душевное, а значит, достижение гармонии в их соотношении невозможно. Именно поэтому, помня о том, что здоровье человека – это сложный конструкт и что на сегодня наименее познанными, изучаемыми и понимаемыми его составляющими являются психическое, нравственное и духовное здоровье, нужно исследовать, прежде всего, их. И только осмыслив все компоненты здоровья и их взаимодействие, мы можем достаточно аргументированно ответить на вопрос, а что же все-таки представляет собой здоровье человека.

Библиография:

1. Акимов А. Е. Облик физики и технологий в начале XXI века : научная конференция [«Идеи живой этики и тайной доктрины в современной науке и практической педагогике»], 8 августа 1997 года / А. Е. Акимов. – Екатеринбург, 1997. – М. : Шарк, 1999. – С. 13.
2. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : (Концептуальные основы психологии здоровья) / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с. (В 2 кн. / В. А. Ананьев ; кн. 1).
3. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье / И. И. Брехман. – М. : ФиС, 1990. – 208 с.
4. Каленикин С. Мы – как часть внешней реальности. Беседа с академиком РАЕН Г. И. Шиповым / С. Каленикин // Наука и религия. – 1999. – № 8. – С. 2-6.
5. Лотоненко А. В. Культура физическая и здоровье / Лотоненко А. В., Гостев Г. Р., Гостева С. Р. – М. : Евршкола, 2008. – 450 с.
6. Максименко С.Д. Психологія особистості : Підручник / Максименко С.Д., Максименко К.С., Папуча М.В. – К. : КММ, 2007. – 296 с.
7. Малахов Г. П. Целительные силы. Биосинтез и биоэнергетика / Г. П. Малахов. – Т. 2. – СПб. : Комплект, 1996. – 307 с.
8. Пентроуз Р. Тени ума. В поисках потерянной науки о сознании / Р. Пентроуз. – Оксфорд, 1994. – 457 с.
9. Петровский А. В. Краткий психологический словарь / [А. В. Петровский, М. П. Ярошевский (ред.)]. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – С. 283-284.
10. Платон. Тимей : Собрание сочинений : в 4-х томах. – М., 1994. – С. 421-501.
11. Тихоплав В. Ю. На пороге тонкого мира: начало начал / В. Ю. Тихоплав, Т. С. Тихоплав. – СПб. : Весь, 2004. – 288 с.
12. Тихоплав В. Ю. Время Бога: сознание и жизнь / В. Ю. Тихоплав, Т. С. Тихоплав. – М. : Астрель, 2005. – 334 с.
13. Чопр Д. Здоровье и квантовая механика / Д. Чопр // Наука и религия. – 1990. – № 1. – С. 40-42.
14. Шипов Г. И. Явления психофизики и теория физического вакуума / Г. И. Шипов // Сознание и физический мир. – Вып. 1. – М., 1995. – С. 86-103.
15. Шипов Г. И. Психофизические феномены и теория физического вакуума : сборник материалов Российской научно-практической конференции [«Учитель – создатель культуры и здоровья общества»] (ноябрь 1996 года) / Г. И. Шипов. – М., 1997. – С. 42-45.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ: ПОИСК ГАРМОНИИ

Психология здоровья как новая область знаний о человеке непосредственно связана с появлением профилактической медицины. Путь ее становления, как отмечают специалисты (В. А. Ананьев, Г. С. Никифоров и др.), условно можно разделить на три этапа. На любом из них формировалась своя концептуальная стратегия. Первый этап сводился к запугиванию населения теми или иными недугами, что неминуемо подстерегают того, кто злоупотребляет, например, алкоголем, курением, жирной пищей и т. п.

Квинтэссенцией второго этапа было обращение к уму человека: здоровое тело есть продукт здорового ума.

Современный третий этап развития профилактических концепций ориентирован на исходные причины и, таким образом, может быть назван каузальным. Такой подход нацелен на устранение причин, а не на борьбу со следствием. Опыт и научные исследования свидетельствуют, что первопричина, дающая толчок к развитию разных заболеваний и девиантных форм поведения, наиболее часто обнаруживается в психологии человека.

Психология здоровья – это область науки, посвященная пониманию того, как люди остаются здоровыми; того, почему они заболевают и что делают, если заболевают (Taylor, 1986, 1990). Под здоровьем понимается общее состояние тела и ума с точки зрения их прочности и бодрости. Это не простое отсутствие болезни или повреждения, а скорее то, насколько слаженно работают все составные части организма [5, с. 86].

Современная зарубежная психология здоровья, основанная на биопсихосоциальной модели, связывает физическое здоровье, состояние ума и окружающий мир. Психологи, занимающиеся вопросами здоровья, рассматривают здоровье как

динамическую, многомерную характеристику. Крепкое, оптимальное здоровье объединяет в себе физический, интеллектуальный, эмоциональный, духовный, социальный аспекты жизни, а также окружение, в котором человек живет. Общей целью психологии здоровья является использование психологических знаний для укрепления здоровья и прививания положительных гигиенических привычек.

Главной целью психологии здоровья становится всестороннее совершенствование человека – это процесс, принципиально не имеющий окончательной завершенности.

«Развитие» – это постоянное, более или менее непрерывное движение вперед или вверх. Чем больше индивид получает, тем большего ему хочется, поэтому такого рода желание бесконечно и никогда не может быть удовлетворено [8].

Итак, психология здоровья призвана формировать человеческий способ бытия, определять русло, вектор движения, пространство бесконечного процесса становления человека, создавать «реальный идеал» человека и оказывать содействие его достижению.

Объектом психологии здоровья есть, с известной частицей условности, «здоровая», а не «большая» личность, из чего вытекает, что ее задача – как делать не больных людей здоровыми.

Цель психологии здоровья не может быть определена принципиально (определить – это каким-то образом ограничить), так как процессом совершенствования можно только управлять, устанавливая границы самого «русла» постоянного восстановления человека, который познает и создает себя. Дополнительной задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. Цель психологии здоровья выходит за пределы только сохранения здоровья, что представляет собой некоторую «ограниченность». В таком случае само здоровье, по мнению исследователей, можно рассматривать как оптимальную предпосылку для достижения человеком намеченных жизненных целей и задач, которые служат основой

понимания, поиска смысла жизни и, наконец, самореализации человека на Земле [2].

Психология здоровья опирается на холистический подход к науке о человеке, чем подчеркивается гармоничное развитие всех составляющих человека. Реализация такого подхода может идти через развитие потенциалов человека.

Раскрыть «цветок потенциалов» личности – вот сущностное назначение новой области человековедения – психологии здоровья. Это такие потенциалы как:

потенциал ума (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться;

потенциал воли (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цель и достигать ее, выбирая адекватные средства;

потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и без оценивания принимать чувства других;

потенциал тела (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, осознавать собственную телесность как свойство личности;

общественный потенциал (социальный аспект здоровья) – способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям, стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности, вырабатывать чувство принадлежности ко всему человечеству;

креативный потенциал (творческий аспект здоровья) – способность человека к творческой активности и творческому самовыражению с выходом за рамки ограничивающих знаний;

духовный потенциал (духовный аспект здоровья) – способность развивать духовную природу человека [4].

Духовное, душевное (психическое, ментальное) и телесное бытие человека неразрывны. Слияние этих трех миров в человеческом существе создает его уникальность как космического явления. Этот значимый процесс индивидуального бытия имеет

свои проявления в любой из трех сфер. Какую из них поставить в центр внимания, а какую рассматривать как дополнительную, зависит от выбора предмета и целей исследования. Ошибочно оценивать какую-то из них как более значимую или более достоверную, чем другие.

С точки зрения психологии здоровья, первостепенное значение имеет осознание своего состояния, субъективная картина здоровья.

Античные философы одними из первых в истории психологии смогли осмыслить здоровье в его аксиологическом аспекте как настоящую ценность бытия и открыли общие принципы здорового, гармонического существования. Недаром Геродот утверждал: «Если нет здоровья, молчит мудрость, не может расцветать искусство, не играют силы, не приносит пользы богатство и несостоятельный ум» [7, с. 145].

Античную концепцию гармонии психического здоровья можно свести к нескольким основным положениям:

1. Здоровье связывается, прежде всего, с внутренним порядком человека и намного меньшей мерой касается системы его отношений с окружающим миром. Греческие и римские философы рассматривали преимущественно внутренний личный аспект здоровья, а именно: внутреннюю согласованность телесных и душевных проявлений человека.

2. Здоровье трактуется как гармония и соразмерность, а здоровое состояние человека базируется на оптимальном соотношении телесных и душевных составляющих человеческого естества и предполагает равновесие противодействующих сил, которые определяют жизнедеятельность и активность субъекта.

3. Быть здоровым означает неуклонно следовать собственной природе и общей природе вещей.

4. Здоровая жизнь базируется на господстве ума. Внутренняя согласованность достигается тогда, когда человек, руководствуясь умом, живет в полном согласии с собственной природой, не искажая ее и не противодействуя ей.

5. Основными душевными качествами здорового человека

являются благоразумие и самообладание. Благодаря им человек властвует над собственными страстями, не разрешая им ввергать себя в смятение, стойко переносит жизненные несогласия и несчастья, не зависит от внешних положительных или отрицательных влияний.

6. Обращение к самому себе – необходимое условие здорового и полноценного существования. Стремясь к здоровью и уравновешенности, «точку опоры» следует искать не вне, а в себе самом, так как внешние блага преходящи, не принадлежат человеку и могут принести лишь временное удовлетворение или наслаждение, но не обеспечивают постоянного стойкого положения в мире.

7. Внутренний порядок здорового человека отвечает мирозданию и представляет собой воплощение «Общего Высшего Порядка».

Рядом с античной концепцией здоровья как внутриличностной согласованностью распространение и признание приобрела модель, которая возникла на стыке социологического подхода и биологических наук и составила концептуальный базис современной психиатрии. В данном случае говорится о стойком социокультурном эталоне здоровья, выражающемся как в научных теориях, так и на уровне массового сознания, который оперирует такими характеристиками, как «хорошо адаптированный», «адекватно или неадекватно реагирующий», «не приспособленный к жизни» и т. п.

Такая адаптационная модель здоровой личности сформировалась в границах тех научных теорий и подходов, которые фокусируются на характере взаимодействия индивида с его окружением как на главном аспекте человеческого существования. В основе любого соображения относительно здоровья лежит представление о биосоциальной природе человека, формирующейся в процессе адаптации к окружающей среде. Главный критерий оценки оптимального функционирования – характер и степень включенности индивида во внешние биологические (или экологические) и социальные системы. С одной стороны,

имеется в виду такой уровень развития естественных задатков индивида, при котором обеспечивается выживание и приспособление к окружающей естественной среде. С другой стороны, речь идет о степени сформированности его социальных отношений и меры соответствия его поведения основным нормам и требованиям, которые предъявляются социумом. В данном контексте оздоровление понимается как успешная адаптация и всесторонняя гармонизация отношений субъекта с окружающей средой.

В последнее время в отечественной науке появились попытки применить теорию социального конструирования реальности к изучению феноменологии здоровья. Так, В. М. Розин пришел к заключению, что здоровье не является естественным феноменом, это социальный артефакт, неразрывно связанный с социальными (медицинскими) технологиями. Но осознается этот артефакт в превращенной форме (как естественный феномен); последнее поясняется необходимостью оправдать медицинские технологии природой человека [9, с. 21].

Так формируется социально-ориентированный, или дискурсивный подход к проблематике здоровья, а сама категория здоровья, выходя за границы своего природно-научного статуса, попадает в разряд приоритетных интересов социальных наук.

Наиболее целостная и завершенная психологическая концепция адаптации, которая учитывает личностный аспект, предложена Э. Эриксоном. Это модель жизненного цикла человека, основанная на эпигенетическом принципе, разрешающем рассматривать становление личности как поэтапное самоопределение в конкретном социальном аспекте. По Э. Эриксону, личность развивается, проходя восемь последовательных стадий, на любой из которых возникают специфические трудности адаптации и дилеммы здорового или патологического развития. Причем любая из возрастных стадий предоставляет возможность усиления адаптационных возможностей, хотя главные достижения даются ценой кризисов. Человек на любой из этих стадий, переживая кризис, делает выбор между двумя альтерна-

тивными способами решения возрастных и ситуативных задач развития («инициатива – чувство вины», «интимность – изоляция» и прочие). Характер выбора сказывается на успешности и производительности всей последующей жизни, а также на здоровье: здоровая личность активно строит свое окружение, характеризуется определенным единством и возможностью адекватно воспринимать мир и саму себя [13, с. 101].

Источник личностного здоровья Э. Эриксон видел в базовых предпосылках когнитивного и социального развития ребенка. Он отмечал, что в последовательности обретения наиболее значимого личностного опыта здоровый ребенок, получивший определенное воспитание, будет подчиняться внутренним законам развития, задающим порядок развертывания потенциалов для взаимодействия с теми людьми, которые проявляют заботу о нем, несут за него ответственность, и теми социальными институтами, которые его ждут.. Личность развивается в соответствии с этапами, детерминированными готовностью человеческого организма побуждаться широким кругом значимых индивидов и социальных институтов, осознавать их и взаимодействовать с ними [13, с.102].

Также представляют интерес соображения Э. Фромма относительно влияния адаптационных процессов на формирование или трансформацию человеческого характера, на закрепление в структуре характера патологических черт. В связи с этим, Э. Фромм выделяет две разновидности адаптации: «статическую» и «динамическую». Статической называется адаптация, при которой характер человека остается неизменным и лишь появляются какие-то новые привычки. При динамической адаптации, как и при статической, индивид приспосабливается к внешним условиям, но такое приспособление изменяет его: у него возникают новые стремления и новые тревоги [11].

Таким образом, взглядыываясь в наиболее выраженные черты характера конкретного индивида, можно увидеть за ними реальные проблемы и трудность адаптации к условиям жизни.

На этнические аспекты психогигиены в контексте обще-

ственных и культурных трансформаций в 1971 году обратил внимание член экспертного совета ВОЗ по охране психического здоровья, ректор Ибаданского университета Нигерии, профессор Ламбо в лекции для фонда Жана Паризо. Он отметил, что цель правительств и руководящих работников здравоохранения – обеспечить каждому человеку возможность получить воспитание и сделать карьеру, которые наиболее отвечают его физическим и психическим потребностям [4, с. 57].

Таким образом, стремление человека к познанию мира и самого себя на протяжении всей жизни поддерживается инстинктом самосохранения, который в психическом измерении является сохранением собственной душевной целостности. Древние культуры Средиземноморья, Индии, Китая, опредмечивая содержание психического естества человеческих сообществ, систематизировали наиболее существенные закономерности сохранения, укрепления и восстановления душевной гармонии человека. Украинская культура человековедения отличается наследственностью языческих и христианских традиций сохранения и передачи следующим поколениям духовных сокровищ. Научная разработка теории познания, теории счастья украинскими учеными XVII-XVIII столетий оказывала содействие определению психолого-педагогических основ сохранения душевного здоровья человека, начиная с детского возраста.

Итак, в свете адаптационной модели понятие «здоровье человека» синонимично понятию «полноценность» (а не «благо» или «благополучие», как в античной концепции). Поскольку человеческая адаптация включает два аспекта, то и полноценность как результат или показатель успешности адаптации понимается двойко: как полноценность организма и как социальная полноценность личности. Если в античном понимании здоровье – это интегральная согласованность души и тела, то адаптационная модель рассматривает эти две составляющие отдельно, выделяя физическое и психическое здоровье в две самостоятельные, хотя и взаимозависимые категории. Здоровье определяется характером соотношения биологического и соци-

ального компонентов, полная согласованность которых кажется скорее идеалом или абстракцией, чем непосредственно пережитой внутренней гармонией.

По мнению О. С. Васильевой и Ф. Р. Филатова, можно условно выделить три основных аспекта адаптационной проблематики здоровья:

1) экологический – здоровье как гармоничное сосуществование с естественным окружением, в ладу с биологической природой человека; естественная целесообразность человеческого бытия, нарушение которой приведет к болезням и экологическим несчастьям;

2) нормативный – здоровье как соответствие состояний и поведения индивидуума социальным и культурным нормам, принятым в данном обществе; способность адекватно усваивать эти нормы;

3) коммуникативно-интерактивный – здоровье как полноценное общение и адекватное взаимодействие с человеческим окружением; адекватность и производительность социальных отношений личности [3, с. 101-102].

Можно выделить одну важную характеристику большинства представлений о здоровье, которые сформировались в адаптационной проблематике здоровья. Ее можно обозначить как «дефицитарность». Специфика адаптационных подходов состоит в том, что здоровье представлено в них дефицитарно: индивиду, включенному в социальные отношения, для сохранения и поддержания здоровья недостаточно имеющихся у него внутренних ресурсов и компетентности в вопросах здоровья, то есть он испытывает дефицит знаний и возможностей. Его здоровье в значительной мере зависит от ряда внешних условий и факторов, таких как состояние окружающей среды (экологический фактор), уровень жизни общества (экономический фактор), качество медицинского обслуживания, семейное окружение (социальный фактор) и т. п. Кроме того, основные критерии оценки его здоровья задаются извне – вышестоящей инстанцией в данном случае является система социальных норм.

Дефицитарность адаптационных подходов – полная противоположность античной концепции здоровья, согласно которой человек изначально наделен всем необходимым для здоровой и счастливой жизни.

Говоря о картине мира и образе человека в мировоззрении Нового времени, следует отметить, что в центре различных концепций здоровья лежит представление о высшем духовном назначении человека. В зависимости от того, как понимается это назначение, строятся разные модели здоровой личности, которые могут рассматриваться как своеобразные вариации или модификации антропоцентрического подхода. Как мировоззренческая парадигма, антропоцентризм возникает в известных произведениях западного духа последних веков – от гуманистических трактатов мыслителей Ренессанса до глобально философских концепций XX ст. (философская антропология М. Шеллера, теория ноосферы В. И. Вернадского, персонализм и т. п.). Эта парадигма нашла свое отражение и в определенном типе представлений о здоровье человека.

В соответствии с К. Ясперсом, в христианскую эру, в особенности в Новое время, ситуация человеческого существования становится «исторически определенной» [14, с. 288]. Возникает «эпохальное сознание»: эпоха осознается как «время решения» [14, с. 290]. Это сознание проявляет отличие данного времени от любого другого. Находясь в этом состоянии, человек вдохновляется патетической верой в то, что незаметно или с помощью сознательного действия, он на что-то решится. Мир уже не ощущается как пожизненный: нет больше ничего постоянного, все вызывает вопрос и может быть преобразовано. Принципы жизни западного человека исключают простое повторение по кругу: постигнутое сразу же рационально ведет к новым возможностям [14, с. 298].

В таком обновленном пространстве-времени изменяется и состояние человека. Он наделяется безусловным и неопровержимым правом жить в субъективном мире, самостоятельно создавать собственную Вселенную; по выражению А. Камю, это

может быть Вселенная отчаяния или веры, страха или надежды, ума или абсурда. Условия существования не заданы изначально и не определены общим мировым порядком, но в значительной мере зависят от субъективного отношения и выбора, от общей настроенности человека и его индивидуального сознания.

Итак, в Новое время человечество ввело новую ценностную иерархию, на вершине которой утвердились такие ценности бытия, как субъективность, воля, творчество, развитие, сознание или правда существования. Любая из этих ценностей оккупировала некоторую область психологических знаний о человеке, определив общую направленность и спекулятивных, и эмпирически обоснованных построений. Например, субъективность, воля и смысл существования выступили как ценностные ориентиры в экзистенциальной психотерапии; самореализация, развитие и творчество – основные идеалы гуманистической психологии; целостность и интеграция трансперсонального опыта – высшие цели индивидуального развития, по К. Юнгу и С. Грофу. Эти психологические школы создали самостоятельные модификации антропоцентрических подходов к здоровью, выделяя и помещая в центр рассмотрения те или иные его ценностные компоненты.

В отличие от адаптационных теорий личности, многие из которых фокусируются на ошибках и провалах адаптации, гуманистическая психология – это психология, «в первую очередь, сконцентрированная на изучении здоровых и творческих людей» [12, с. 524], на постижении конструктивных, творческих проявлений человеческой природы, в чем и состоит ее научная специфика. В ее основе лежит отношение к личности как к абсолютной, бесспорной и неминуемой ценности. Много положений, которые составляют базис гуманистической парадигмы, были сформулированы такими мыслителями прошлого, как Данте, Петрарка, Д. Бруно, Дж. Вико, Т. Мор, М. де Рафаэль. Исходя из этой традиции, «гуманистическая психология подчеркивает уникальность человеческой личности, поиск ценностей и смысла существования, а также волю, которая выражается в

самоуправлении и самосовершенствовании» [12, с. 524].

Основными принципами гуманистической психологии стали:

1. Человек целостный и должен изучаться в его целостности.
2. Каждый человек уникален, поэтому анализ частных случаев не менее оправдан, чем статистические обобщения.
3. Человек открыт миру, переживание человеком мира и себя в мире есть главная психологическая реальность.
4. Человеческая жизнь может рассматриваться как единый процесс становления и бытия человека.
5. Человек имеет потенциал к непрерывному развитию и самореализации, которая является частью его природы.
6. Человек имеет определенную степень свободы от внешней детерминации благодаря сущности и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе.
7. Человек – активное, интенциональное, творческое существо.

Много идей психологов-гуманистов западной и отечественной психологии минувших столетий приобрели развитие и осмысление в современной отечественной психологии: в работах Б. С. Братуся, В. Я. Дорфмана, Д. О. Леонтьева, А. Б. Орлова и др.

Сравнительный анализ разных концепций и моделей здоровой личности позволяет понять, что выявленная поливариантность философских и научных интерпретаций здоровья требует учета качественно разных аспектов проблемы и применения комплексного, интегративного подхода при построении новой модели здоровой личности. Такой подход целиком отвечает принципу единства и целостности психики, которого придерживались советские психологи, начиная с Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна. Во второй половине XX ст. принципы комплексного изучения, обоснованные в свете междисциплинарной теории систем, были введены в разные области знаний о человеке и создали новую научно-исследовательскую парадигму. В сфере отечественной

биологической науки системный подход был предложен П. К. Анохиным, тогда как в гуманитарных дисциплинах необходимость его применения обосновал Б. Г. Ананьев, говоря о необходимости исследования целостной личности как многоуровневой системы [1]. Целостность психики нельзя адекватно постичь с помощью ее аналитического дробления на отдельные составляющие, а системные свойства личности не следует сводить к простой сумме диагностических типологических черт и нормативных характеристик.

Здоровье характеризует личность во всей полноте ее проявлений; в этом феномене раскрывается сущность и цель основных биологических, социокультурных и интрапсихических процессов, интегрирующих личность. Здоровье следует рассматривать не только как социокультурную переменную или интегральный семантический конструкт, но и как интегративную характеристику личности, охватывающую разные изменения индивидуального бытия.

Для того, чтобы перейти к построению модели психически здоровой личности, следует сказать об основных принципах построения такой модели, таких как холистичность, структурность и динамизм. Как отмечает Е. Р. Катлиевская, «человек многомерный, и разные модели психического здоровья обращены к разным уровням, регулирующим активность субъекта» [6, с. 233].

Рассмотрение личности как целостной самоорганизующейся системы, по мнению Е. С. Васильевой и Р. Ф. Филатова [3], предполагает учет следующих семи уровней:

- 1) уровень телесных ощущений и реакций;
- 2) уровень образов и представлений;
- 3) уровень самосознания и рефлексии;
- 4) уровень межличностных отношений и социальных ролей;
- 5) уровень социокультурной детерминации личности;
- 6) уровень экзистенциальных (сущностных), или трансперсональных переживаний;

7) уровень самоактуализации (Самости).

К *первому уровню* относятся все телесные состояния, формирующие физическое самочувствие, а также все феномены, которые обнаруживаются в поведении и наблюдаются извне: влечения, рефлексы, динамические стереотипы и т. п. Такой характер функционирования психики является определяющим, если речь заходит о телесном или физическом здоровье индивида.

Второй уровень включает продукцию таких психических процессов, как восприятие внешних событий и формирование образов внутреннего плана в воображении или сновидениях. Положительные образы и представления оказывают содействие формированию здоровых установок личности, тогда как отрицательные подкрепляют болезненные состояния. Очевидно, что оздоровление не будет полным без преобразований в системе представлений субъекта.

На основе этих двух уровней формируются образ «Я» и Эго-сознание, которые создают *третий уровень* в системе личности, включающий все аспекты самоидентификации, самооценки и рефлексии. Вполне понятно, что сильное, дифференцированное Эго и целостный положительный образ «Я» в значительной мере обеспечивают здоровье личности, тогда как нарушение самосознания приводит к психопатологии.

Четвертый уровень охватывает всю совокупность межличностных отношений: от первичных объектных отношений ребенка до сложной структуры социальных связей взрослого индивида. К этому уровню относятся также индивидуальный репертуар социальных ролей, личностный сценарий поведения в социуме.

Под социокультурной детерминацией личности (*пятый уровень*) понимается усвоение индивидом коллективных представлений, знаний и верований, норм и ценностей, целостного спектра культурного наследия личности. Раскрытие своего личностного потенциала и самоопределения в конкретном социокультурном контексте может обеспечить интеграцию

социальных аспектов здоровья.

Экзистенциальные (сущностные), или трансперсональные переживания, которые относятся к *шестому уровню*, касаются именно осознания индивидуального бытия-в-мире, связаны с проблемами смысла существования. Эти разнонаправленные переживания можно отнести к одному уровню, поскольку в них открывается надличностное измерение бытия, и они владеют тотальностью как чем-то высшим или глубинным, исходящим из самых первооснов. Способность интегрировать экзистенциальный или мистический опыт, сохранять основные привычки социальной адаптации – важный параметр здоровья.

Седьмой уровень вбирает в себя целостный потенциал личности, который реализуется на протяжении всей жизни, то есть всю полноту жизненных возможностей конкретного человека. На высшем уровне личностной иерархии все проблемы здоровья сводятся к проблемам целостности и интеграции, поэтому оздоровление понимается как полное «исцеление» – восстановление утраченной целостности.

Внутренняя согласованность составленных компонентов структуры личности предполагает такое функционирование на всех уровнях системы, которое обеспечивает оптимальное и согласованное протекание трех основных процессов: саморегуляции, социальной адаптации и самоактуализации. Это требует соблюдения принципа иерархической соподчиненности уровней. Так, процесс саморегуляции оптимально осуществляется тогда, когда телесные состояния и реакции координируются образами и представлениями, а последние – подлежат Эго-осознанию, способному дифференцировать и превращать их. В свою очередь, социальная адаптация требует, чтобы Эго-осознание было включено в систему межличностных отношений, а его деятельность направлялась на гармонизацию взаимодействия с социокультурным окружением. В конце концов, социальные отношения становятся непроизводительными, а социокультурный опыт личности – не востребуемым, если они не будут оказывать содействие всесторонней самореализации личности

и достижению целостности.

Итак, отличительная особенность психически здоровой личности состоит в том, что в границах ее структуры процессы саморегуляции, социальной адаптации и самоактуализации неразрывно связаны, скоординированы и являются составляющими единого процесса становления Индивидуальности.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод, что построение целостной модели здоровой личности требует интеграции двух исследовательских подходов: структурного, укоренившегося в теоретической психологии личности, и процессуального – более характерного для психологической практики. Только постижение личности как целостной, сложно организованной структуры и понимание скрытой логики ее индивидуального развития позволяют получить более объемное и полное представление о здоровье.

Оптимальное соотношение структурных компонентов личности и поддержание иерархического соподчинения уровней обеспечивает сохранность основных внутриспсихических связей, стойкость и стабильность психики на данном этапе развития. В то же время динамика взаимодействия этих уровней и степень согласованности основных психических процессов определяют своеобразный характер становления индивида как целостной и уникальной индивидуальности.

Здоровая личность характеризуется упорядоченностью и соподчиненностью ее элементов, с одной стороны, и согласованностью процессов, которые обеспечивают ее целостность и гармоническое развитие, – с другой. При этом здоровье выступает как показатель, который характеризует личность в ее целостности, – как необходимое условие интеграции всех составляющих личности в единую Самость.

Г А Р М О Н И Я

ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Физический	Умственный	Личностный	Эмоциональный	Социальный	Творческий	Духовный
Осознание собственной телесности	Умение анализировать	Способность к самораскрытию	Способность переживать	Способность адаптироваться к социальным условиям	Способность к творческой активности	Способность развивать дух, природу
Развитие физической составляющей здоровья	Осознание своих способностей и возможностей	Умение ставить цель	Способность конгруэнтно выражать свои чувства	Способность к чувствам принадлежности к группе	Способность творчески самовыражаться	Доброта и искренность
Энергия	Готовность развиваться	Умение достигать цели адекватным способом	Осознание эмоций и чувств	Сотрудничество с другими	Самореализация	Человечность и гуманизм
Полнота жизни	Стремление к познанию	Уверенность в себе	Способность воспринимать чувства других	Открытость и доверие	Интегрированность	Любовь

Жить Сознать Раскрываться Переживать Действовать Создавать Соединяться

В Ы Б О Р

Умирать Не осознавать Не раскрываться Не переживать Бездействовать Разрушать Отмежевываться

Нелюбовь к собственному телу	Слабость интеллектуальной деятельности	Страх самораскрытия	Закрытость и замкнутость	Дезадаптированность к изменениям	Шаблонность и рутинность	Запрещение духовного развития
Слабость физической составляющей здоровья	Самounижение способностей	Бесцельность существования	Неконгруэнтность выражения чувств	Изолированность	Репродуктивность деятельности	Отчуждение
Болезнь	Пренебрежение развитием	Манипулирование другими	Спонтанность и бурность эмоций	Конфликтность	Нереализованность мотивов и потребностей	Самовозвеличивание
Угасание	Консервативность установок	Самounижение	Прагматизм и лицемерие	Конформизм	Дезинтегрированность	Тиранство
Физический	Умственный	Личностный	Эмоциональный	Социальный	Творческий	Духовный

Д Е Г Р А Д А Ц И Я

Рис. Модель гармонизации психически здоровой личности

По нашему мнению [10], каждая личность на своем пути к психическому здоровью должна сделать выбор: жить, сознавать, раскрываться, переживать, действовать, создавать, соединяться или умирать, не сознавать, не раскрываться, не переживать, бездействовать, разрушать, отмежеваться (см. рис.).

Если личность идет первым путем – она выбирает гармонию психической жизни, если вторым – это путь к деградации, к распаду личности. Осознание пути своей жизни – сложный и нелегкий процесс, который начинается с процесса самопознания.

Итак, рассматривая факторы психического здоровья человека и их связь с компонентами самопознания, нами построена модель гармонизации психически здоровой личности, которую целесообразно использовать в психологической помощи личности на ее пути к гармонии психической жизни.

Библиография:

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев – Л. : Изд-во ЛГУ, 1968. – 338 с.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев – СПб., 1998. – 324 с.
3. Братченко С. Л. Личностный рост и его критерии / С. Л. Братченко, М. Р. Миронова // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб., 1998. – С. 38-46.
4. Васильева О. С. Психология здоровья человека : Эталоны, представления, установки : Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности "Психология" / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Academia, 2001. – 343 с.
5. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – №1. – С. 86-88.
6. Каглиевская Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Е. Р. Каглиевская // Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М., 1999. – С. 231-239.
7. Панкратов А. Н. Саморегуляция психического здоровья: практическое руководство / А. Н. Панкратов – М. : Изд. Инст. Психотерапии. – 2001. – 352 с.
8. Петленко В. П. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. – СПб., 1998. – С. 124.
9. Розин В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / В. М. Розин // Мир психологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 12-30.
10. Терлецька Л. Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / Л. Г. Терлецька – К. : Київський університет, 2003. – 150 с.
11. Фромм Э. Иметь или быть? / Эрих Фромм; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : Прогресс, 1990. – 336 с.
12. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер; пер. с англ. – СПб. : Питер Пресс, 1997. – 608 с.
13. Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис / Э. Эриксон; перевод с англ. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.
14. Ясперс К. Духовная ситуация времени / К. Ясперс. - Смысл и назначение истории. – М. : Политиздат, 1991. – 527 с.

1. *Алёшичева Анна Васильевна* – кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и психологии Харьковской государственной академии физической культуры.

2. *Быстрова Юлия Александровна* – доктор психологических наук, профессор, заведующая научно-исследовательской лабораторией диагностики и коррекции психофизического состояния детей и взрослых Луганского национального университета имени Тараса Шевченка.

3. *Газнюк Лидия Михайловна* – доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных наук Харьковской государственной академии физической культуры.

4. *Дьяков Дмитрий Григорьевич* – кандидат психологических наук, доцент, декан факультета психологии, заведующий кафедрой методологии и методов психологических исследований Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка.

5. *Евсеева Ольга Вадимовна* - кандидат педагогических наук, доцент, преподаватель Прилуцкого гуманитарно-педагогического колледжа имени И.Я. Франка.

6. *Жарая Анна Ивановна* – кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры биологических основ физического воспитания, здоровья и спорта Черниговского национального педагогического университета им. Т.Г.Шевченка.

7. *Кокун Олег Матвеевич* - доктор психологических наук, профессор, заместитель директора по научно-инновационной работе Института психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины.

8. *Петруня Андрей Михайлович* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии и оториноларингологии Луганского государственного медицинского университета, Главный врач Луганского областного центра глазных болезней, Заслуженный врач Украины.

9. *Савенкова Ирина Ивановна* - кандидат психологических наук, доцент кафедры практической психологии Киевского университета имени Б. Гринченко.

10. *Самойлов Николай Григорьевич* – доктор биологических наук, профессор, профессор кафедры гигиены и физиологии Харьковской государственной академии физической культуры.

11. *Семенова Юлия Анатольевна* – кандидат философских наук, доцент, декан факультета физического воспитания и здоровья человека Харьковской государственной академии физической культуры.

12. *Терлецкая Лариса Гарриевна* – кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей психологии Киевского национального университета им. Тараса Шевченко.

13. *Хомуленко Тамара Борисовна* – доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой практической психологии Харьковского национального педагогического университета им. Г. С. Сковороды.

CHAPTER I.

ACTUAL IDEAS ABOUT HEALTH OF THE PERSON

Anna Aleshicheva

INTEGRAL FACTORS THAT PROVIDE CONSERVATION OF MENTAL HEALTH AT THE ATHLETE

There was analysed integral factors determining the level of mental health at the athletes. There was revealed ambiguity, divergent and contradictory in an interpretation of various definitions (for example, prosperity, harmonicity, balance, reliable etc.) by different authors.

Frequently harmonicity defines the level of mental health, as many suggest. Moreover, from the philosophical positions, there was shown that this category reflects external and internal integrity, compliance forms and functions. Harmonicity is the consistency of internal and external world of a person. Therefore, it should be considered to the integral factor.

Ception, welfare, psychological stability, adaptability and self-regulation are factors that have considerable influence on the mental health of a personality.

It should be noted that some authors refer to integral factors such as reliability, equilibrium and conformity, as well. With their opinion we can agree if we take account of that each of them consists of several components. However, they shouldn't be called integral because we should justify deeper their impact.

In the context of preservation mental health there is often used concepts such as stability and self-regulation. The literature in this area suggests that, for example, stability is often defined as emotional it should be called "psychological"(if we say about it as an integral factor) because the first part is a part of the second one. In other words, psychological stability should be considered to the integral factor.

As for a self-regulation, it functions with an ability of a subject to control of one's mental functions, i.e. with self-control. This means that a

self-regulation is fulfilled with a self-control. In that case, it should be called as a self-stabilization.

An analys of the integral factors in preserving of the mental health of a personality and, in particular, athletes, lets to conclude that, at the present time, the degree of influence of integral factors on the studied phenomenon, is defined one's qualitative characteristics. In other words, athors don't study enough manners or methods of quantitative analys of one's influence. Therefore, searching methods of objective quantitative value of the mental health of a personality is one of the important problem today.

*Yuliya Bystrova,
Andriy Petrunya*

ORGANIZATION OF HEALTH AND PSYCHOLOGICAL
SUPPORT TRAINING AND REHABILITATION PROCESS
OF CHILDREN WITH DISABILITIES
IN TERMS OF INCLUSIVE EDUCATION

In the article the stages of complex medical, psychological, pedagogical accompaniment of educational-rehabilitation process of children are shown with an amblyopia as basic constituent of process of their successful socialization in the conditions of educational establishments of new type.

The purpose of research – to confirm the hypothesis that the full development of children with visual impairment in inclusive education can be carried out only under the educational and rehabilitative environment where children with visual impairments are not only developing the functionality of view, but also ensures the continuity in the provision of educational services and treatment.

First stage of experiment – organizationally-diagnostic is the stage of collection of information, initial testing, prognostication, adaptation and initial psychological correction.

According to the results of psychological tests and personal interviews with children and parents determine the individual needs of psychological-pedagogical and social rehabilitation. Social worker and a practical

psychologist developed individual rehabilitation program.

The second stage of experiment is a correction. Correction-pedagogical work comes true after directions: pedagogical (organization of correction-pedagogical influence is on lessons); correction (special correction employments after development of visuognosis, curative physical education, rhythmic, correction of speech violations).

To provide effective health clinical work, ophthalmologists conduct classes. Schemes of classes based on visual defect child. Ophthalmic Service also conducts vision correction, treatment of strabismus and amblyopia treatment by hardware.

Educational process in terms of inclusive education is based on the principle of individual and differentiated approach to each child, depending on the medical diagnosis. Education has established order, its operating mode, certain techniques chosen course of the rehabilitation process, the individual forms and methods of instruction for each student.

Medical and psychological support training and educational process in our experimental institutions aimed at effectively addressing the following tasks:

- creating a positive attitude toward self, others, the world around them (self-esteem and self-confidence, a positive attitude towards their development, health, initiative, ability to set a goal, the ability to prioritize work and personal life; plan time, a positive attitude to change; recognition phenomenon of human uniqueness, creativity);
- developing the skills required for effective communication;
- development of constructive thinking (problem solving and decision making, effective use of a variety of technologies);
- formation and skills of cooperation and collaboration in the group (to understand the purpose and culture groups and successfully work in it; plan and make a decision together with other members of the group to respect the opinions of others).

The third stage is professionally-labour socialization of graduating students with paropsiss, as a result of successful complex collaboration of specialists of the system of education, health protection and social defence.

Question of psychological and pedagogical accompaniment of professional socialization students with paropsiss is actual, because support

of children with the limited possibilities of health is the most substantial differentiated index of trade education. Thus one of major terms of successful social integration is realization of complex psychological and pedagogical accompaniment, because in the process of educating there is a danger of isolation of children with psychophysical defects from the healthy *persons of the same age, that will complicate their social substantially.*

Dzmitry Dzyakau

DYNAMIC OF SELF-IDENTIFICATION AS THE HIGHEST
MENTAL FUNCTION AT THE TEENAGERS
WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

In the article for the purpose of the revealing of the peculiarities of self-identification process the original normative model of self-identification based on cultural-historical psychology is suggested to consider.

Identification is defined as a higher mental function of personal symbolic mediated relation of person to time diversity acts of interaction with the world as phenomenon constituted by unified subjectivity and formed as a single historical whole. Realizing identification through the prism of experiencing, we fix it in the unity of the cognitive and emotional relation of the subject to acts of interaction "I am the world."

The functional structure of identification consists of three functions: 1) formation of the sign as a tool, providing representation person to itself consciousness as the subject of a particular social practices; 2) selecting and associating disparate phenomenology of individual history, as well as planned future developments of the subject with the help of the symbol - becoming self-identification constructs; 3) ensuring the unity representation at the consciousness of self-identification constructs, and, consequently, the socio-cultural context, personal values constituting of interaction with the outside world.

New experimental method of self-identification examination proposed in the article is based on the suggested model. As the result is it revealed that the self-identification dynamics of adolescents with infantile cerebral

palsy is different from the dynamics of normal adolescents. In younger age children with infantile cerebral palsy significantly fall behind normal adolescents, but in senior age they practically compensate this gap with the help of intensive development of the third block of self-identification (the emergence of symbolically mediated unity of self-identification constructs in subject's consciousness).

Throughout adolescence, children normally occurs a significant increase in the development of processes of self-identification as a group of ordinary teenagers, and in the group of adolescents with cerebral palsy. This development normally follows to intensive development of the function of forming the sign as a tool of self-identification. In adolescents with cerebral palsy identity development is not only due to this function, but due to the development of experiencing of integrated self-identification function.

There were significant differences in the formation of self-identification between younger teenagers in normal and cerebral palsy. Top of older adolescents children with cerebral palsy almost completely compensate of this lag.

The data obtained in a group of adolescents with cerebral palsy, conform to the general laws of abnormal children development and allow to explain some of particularities investigated during the previous research work.

Anna Zharaya

PRACTICE OF FORMATION AND CONSERVATION OF FUTURE TEACHER'S PROFESSIONAL HEALTH

Ukrainian pedagogy supports progressive global trends in the application of the competence approach to improve the educational process in the context of updating, upgrading and improving the quality of modern education. In terms of health-reorienting education requires increased attention to quality training of future teachers, who must have competence of students' health preservation and promotion.

In the process of professional training it is paid insufficient attention

to the theoretical and methodological foundations of teachers' professional health formation and preservation, as well as prevention of premature burnout on professional career development stage. Studies in recent years increasingly ascertain the facts of professional burnout among educators; the degree of burnout is increased in accordance with increasing skill level or teacher qualification category.

The aim of our research is to find ways to create the necessary conditions for the realization of the importance of professional health by students, the development of mechanisms of their health-skills.

The main causes of early professional burnout of teachers are: insufficient and of poor quality primary career guidance; lowest public assessment of the teaching profession; future teachers lack the basic skills of occupational health preservation in the learning process; insufficient attention to the teaching staff of the university to the creation of healthy educational environment; the large number of health risk factors.

In the practice of physical training faculty in Taras Shevchenko Chernigov National Pedagogical University in 2009-2014 years in teaching disciplines of medical and biological cycle and during extracurricular activities being carried out to enhance the students' motivation to preserve and strengthen health. As a result, students:

- begin to self-regulate modes of ventilation and temperature in the classrooms;
- suggest teacher the time required to perform a dynamic pause caused not by logic discipline but physiological need for movement, oxygen-breathing, relaxation, etc.;
- actively work in the classroom, learn faster and more accurate study material (the results of comprehensive examinations: absolute success is 81-94 %, the quality of knowledge - 41-56 %, while in the control groups, respectively, 62-85 % and 27-43 %);
- higher (by about 70% compared with the control groups) are interested in issues related to the preservation and enhancement of health;
- more often (20%) tend to get rid of bad habits or limit themselves to the use of alcohol and smoking;
- more often (40%) apply for individual consultations on regulation and self-regulation of stress, disease prevention, organization of working

time, getting rid of bad habits, etc.;

- during passage of teaching practice in schools and summer camps actively use the knowledge and skills of health activity in work with children.

Thus, the creation of healthy educational environment in pedagogical high school contributes to the formation of future teachers' competence of individual health preservation, which is the basis for professional work to preserve and strengthen the health of children.

Analysis of the literature suggests the existence of the problem of early teachers' professional burnout as a consequence of their incompetence in the conservation of their own health.

Reasons leading to early professional burnout of teachers, due to both objective and subjective factors. The definition of these reasons it possible to identify core competencies and skills health-non-professional characteristics, which should have a teacher.

Formation of cultural (as part of the social), physical, mental and spiritual components of health during the teaching disciplines of medical and biological cycle helps students to adapt better to the conditions of learning. Sequential introduction of educational elements depends on the degree of importance of each of them to explore the rest. Methods of presentation and control knowledge into account the dynamics of health and further motivate students to lead healthy lifestyle. It helps relieve stress and psychological discomfort arising from the transition from school to study in high school.

Among the ways of creating and maintaining of teachers' professional health and the prevention of early professional burnout are: to improve to the content of the special course "Introduction to the profession" health-preservation questions, the introduction of compulsory and facultative classes on health-building skills; improving technologies for creating health-educational environment at the university statutes and responsibilities of teachers.

The unresolved question is about insufficient preparedness of pedagogical universities' teachers to conduct dynamic pauses. In our opinion, the solution to this is to review Charter universities and duties of teachers regarding the requirement to preserve and promote the students' health in the learning process.

Prospects for further research are to develop a constructive model for the formation and preservation of future teachers' professional health while studying at the university.

*Oleg Kokun,
Irina Savenkova*

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF THE CONSERVATION AND RESTORATION OF PERSONALITY'S HEALTH

The thesis presents theoretical generalization and new solution of scientific problems of chronopsychological prognosis of the course of psychosomatic diseases from the perspective of psychological differentiation of individual psychological features of person. It assures that symptoms of somatic disorders are totally consistent with them and therefore can be quite predictable and defined on the basis of typological groups; they are dependent on individual biological time.

The theoretical and practical concept of chronopsychological prognosis of the course of diseases in psychosomatic patients is justified there. The practical development of the overall algorithm of psychosomatics prediction, the course of disease and the treatment effectiveness is made there. The model of chronopsychological personality profile of patients with cardiac, gastrointestinal, renal, related neurotic and somatoform disorders and model of comprehensive program of medical and psychological rehabilitation of patients with somatic disorders are built in the thesis. The created algorithm was successfully tested at the stage of diagnosis, rehabilitation and psych prevention of psychosomatic diseases.

The classification is established and the principles of selection and application of research and corrective techniques that can be used to separate psychological time indicators of the course of psychosomatic disorders are defined there. The technology of carrying out and methodological support of all stages is developed and tested in the thesis. The usage of this technology in each case mandates the consideration of the time indicator and biological characteristics of the duration of the life cycle of the individual, so you can achieve the best results in predicting the course of psychosomatic diseases.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF MENTAL HEALTH

The analysis was done of many-sided ideas about the psychology of human health. First of all, models of health and scientific approaches are offered to solve the problem of providing health interdisciplinary. These approaches are seven: phenomenological, holistic, normometric, cross-cultural, discursive, integrative, axiological.

There was presented structuring of scientific and social characteristics and opinions on health. The reader will be able to choose one's attitude to health.

In particularly detail the analysis was done of modern conceptions of the physical, mental and social health, their criteria and conditions from which condition these kinds of health are depended on.

The analysis was done of levels of psychological health. There are three levels: creative, adaptive and assimilative-accommodative. These levels from the first to the third belong to the people with declining health. The attention paid to the types of emotional disorders, as well.

Maintaining a certain level of psychological health significantly depends on the individual psychological qualities of the subject. In this regard, significance human ideas about inner picture of health and disease is considered.

Character these ideas forms valueological purpose and readiness of man to a certain way of perception, attitude and response to their health situation and its deterioration.

Article ends reasoning of significance psychosomatic personality-physical human (*Homo Somaticus*). There was extended the analysis of the factors of one's mind and the possibility of compensation meager mental functioning by bodily or behavioral.

The questions was discussed about actuality of psychosomatic problems now because they are outside of conceptions of health and sickness, as well as a reflection of the modern person's spiritual life.

HEALTH OF THE HUMAN IN THE DIFFERENT MEASURES

*Lidiia Gaznuk,
Yuliya Semenova*

HEALTH – PAIN – DISEASE: PHILOSOPHICAL
AND ANTHROPOLOGICAL, SOCIAL
AND CULTURAL CONTEXTS

The concepts "health" and "disease" relates to the fundamental characteristics of the mankind being. Phenomena, underlying them, of reality are studied by medicine, philosophy, sociology, cultural studies, Christian anthropology, are considered by culture of the people and each person individually, because they have an impact on professional, personal and spiritual aspects of life.

Health is defined as the ability of interacting systems of the body to ensure the implementation of genetic programs certainly reflexive, instinctual processes, genetic features, mental activity and the phenotypic behavior directed to the social and cultural spheres of life. Within this paradigm there are following vectors implying health: health as the absence of disease, systematic approach, adaptive approach (norm-pathology) and the unity of the physical and mental aspects of health. On the basis of the first vector - health as the absence of illness - health is treated as a non-permanent property of man and is characterized by such quality as relativity (leg amputation can save a man's life, but has impact on his psychological state). In our view, concept of health as the absence of illness is limited, since the very concept of health is wider and is a collection of potential and actual human capabilities in the realization of their actions without deteriorating physical and mental condition, without losses in adaptation to the environment of life. This definition is clearly of axiological nature and rejects the usual dichotomy "healthy-sick", changing the value orientations. Object of medicine becomes health, taking care of it, its protection. Disease, if it exists, and this is confirmed by objective indicators, can generate these

relatively limited human capabilities. Restrictions may be purely medical and purely spiritual, and present complex of interweaving of the both. Within the framework of systematic approach the health is a certain level of physically trained state, fitness, functional state of the organism.

From a philosophical position, health - the absolute harmony of the body and its parts, the body and the environment, body and soul; disease - a violation of this harmony. There are four main concepts of health and disease prevailing in the medical world: 1) disease - an organic form of life; occurs in the human body and thus alien to him, health - the absence of disease; 2) Health - norm, and disease - a deviation from it; 3) Health - correct functioning of all organs and systems, disease – failure in this work; 4) health, according to the Charter of the 1946 World Health Organization - a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or physical defects. Within the framework of systematic approach health is a certain level of physical state, fitness, functional state of the organism.

Concepts of "health" and "disease" – these are complicated structural mental formations, including conceptual, figurative signs and values. Concepts of "health" and "disease" are of dual type concepts, in which the presence of one is required for the existence of the other. Conceptual sides of these concepts constitute the characteristics of such opposition as "the integrity of the body" - "violation of the integrity of the organism," "the sustainability of the human body" - "instability of functioning of the human body", "human power" - "human weakness." The image of this concept of "health" is formed by stable associations of health with natural phenomena (in particular wood, stone, sun, light, fire, water, earth), the artifacts of culture, that man ascribes attributes to integrity and beauty. Imaginative side of concept "disease" is associated with disasters, mythologeme "demon", "black color", "enemy", with artifacts of culture, having the features of braking up and ugliness. Valuable side of both concepts is the recognition of physiological and mental state of the person is the most important aspect of his life and the consequent priority of his behavior - compliance with hygiene and a healthy lifestyle, exercise, positive thoughts and moral actions.

Health and disease are artifacts of culture or socio-cultural variables,

and any form of experience related to these phenomena are products of certain social practices and discursive systems requiring philosophical interpretation. Overall polymorphism of sociocultural space and ambiguous concept of "disease" explains multi-variant interpretations of the disease, which is a health supplement, its reverse side. Meaning of disease as somatic disorders can not be monosimantic, as it varies according to those models of a healthy existence in framework of which the subject's vital functions are estimated. Pain is always real, and gives a certain richness of content to all imperceptible at first glance of the minor, surrounding a person. Already by its presence it transforms idea of the world, changes outlook. Pain unites personal sensations and provides unity to his own "I" in situations of crisis of all "unshakable truths" it leaves a single hope to avoid the metaphysical death. Suffering from pain, man is not able to identify himself to anything, which means that being aware of his own consciousness, human begins closely watching for himself. Man needs a strong evidence of the importance of his own existence, and one of them is a pain, because if it covers a man, he evidences his personal somatic being.

Modern researches in the field of medical anthropology show that different communities have different definitions for their inherent disease. Disease and health act as a state filled with social meaning. Health is perceived as the norm, the disease is a deviation from the norm. For all of this disease everywhere acts as an undesirable phenomenon, and to call oneself sick or sound means always giving a judgment of value. Health and disease is not confined to the individual state of the organism, but is determined by depending on the requirements and expectations of the social environment. If the disease is perceived as a condition for breaking social ties, the health, vice versa, means as a condition closely related to society. The society has its own graduation of social states, marking the degree of inclusion or omission of an individual or group in society on the basis of the judgments of value regarding health or disease.

VALEOLOGICAL, PHILOSOPHICAL, PHYSICAL,
HISTORICAL ASPECTS OF THE PROBLEM
OF SPIRITUAL AND MENTAL HEALTH

The essence of phenomena "mental health", "spiritual health" is still one of the controversial scientific issues. Therefore, the aim of the article is to comprehend these phenomena from the standpoint of the new energy-paradigm adopted by the scientists of many scientific fields.

Modern problems of humanity are defined by ignorance or misunderstanding of the physical foundations of the interconnectedness of processes in the world, which are implemented according to the laws of the universe. So, now we have the urgent need for a radical rethinking of a number of philosophical theoretical postulates to help the humans, the society to overcome the crisis. The sciences and humanities (quantum and theoretical physics, valeology, biology, medicine, psychology, etiology, philosophy, sociology, linguistics, synergy), theology, knowledge of ancient Slavs who came to us with the "Book of Veles", "Vedas" serve to help and provide a new systematic comprehension of this phenomena and go in natural way of expedient path of human development through Interscience understanding of "spirit", "consciousness", "soul", "mind", "spirituality", "love", "conscience", "creativity" in the context of the new energy-paradigm.

Spirit. Study of the nature of the universe has revealed different levels of its organization. So G.I. Shypov proves that the structure of the world has not 4 levels of reality (solids, liquids, gases, elementary particles and fields, forming a rough material world) but seven. Field levels of reality – are the levels of Fine world: the fifth one - the level of the physical vacuum, the sixth one - the level of primary torsion fields, the seventh one - the level of Absolute Nothingness. Levels of structure in the universe are nothing but "layers of different density energy" generating waves of different frequency vibrations. From all levels of reality, the most stable and sustainable level is level of Absolute Nothingness, which is called the Supermind, the Spirit of the Universe, the Light of the Supreme Reality, the Universal Spirit, the One Planetary Mind, the Unified Collective Consciousness, Cosmic Brain,

Living Space Spirit, religious leaders call it God, Newton and later Einstein called it Ether. Absolute Nothingness is the organizing principle, the source of everything which stays on the lower levels. From It appears everything we see around us.

In scientific studies, Vedic literature man is characterized as a unity of material and energy bodies. The number of energy bodies can be from 6 to 13. Based on the works of A. Akimov, G. Shipov, Spirit or Atma - it is the seventh human body, which is the outermost energy shell containing information about the destiny of man. It is a part of the Absolute Spirit, God - regulatory energy-informational forces of the universe, the source of energy and vitality that a person receives directly from the universe at the moment of conception, or perhaps even earlier, indirectly through parents. Energy of the Man's Spirit, his strength, we identify with the spiritual health.

Consciousness. Mind. Soul. Level of Absolute Nothingness creates a matrix of Absolute Spirit, Consciousness of the universe, the world of ideas, the Cosmic Mind (the sixth level of the universe), Prophetic Forest by ancient Slavs - the original plans, plans, laws, meaning relations, on which material reality is constructed. A. Veinik suggested that on Earth, except the air, there is also Chronal atmosphere - Consciousness of the subtle world, which "provides informational link from everything to everything." It seems as torsion solitons carrying a large amount of information without energy transfer, possessing infinite vitality.

By functional significance the fifth Megalevel it's a physical vacuum level which is subdivided by G.Shipov into other two sublevels - primary vacuum and simply vacuum. Primary vacuum - a plan for the creation of torsion fields, the vacuum level - is responsible for the construction of coarse matter under the influence of torsion fields. Primary vacuum excitation creates primary torsion fields that are elementary spatio-temporal vortices of left and right rotation, they do not transfer energy, but they transfer information about all the possible events and occurrences in the past, present and future. Because of these properties, torsion fields (information) immediately cover the Universe, forming a single informational field of the world. Property of these fields is that they are everywhere and always. Person perceives the energy of the cosmos by brain and aukupunktural points, from which it is transmitted through the body meridians, accumulates and is transformed

into the chakras.

Consciousness or the Soul of man by the concept of Volchenko - Dulneva - Akimov - Shypova - this is the sixth and the fifth energy bodies of a Person. The Sixth energy-informational body of a person is the analogue of his Consciousness, and the fifth one is identified as Brain and Intellect. They represent a field form of life, which physically transferred with torsion fields. A person learns the Laws of Being, which reflect the relationship between the various natural processes, through mental intellectual activity (fifth energy body, the nervous system). On the energy-information level, this can be expressed as capturing and understanding by the human the information of specific solitons. Human Consciousness includes knowledge of the general laws working in the universe, the element of desire, desire to maintain balance, harmony, hierarchy of goals, needs and ideals concerning human existence. *The soul of person is one's Consciousness and Mind, Intellect.*

The essence of "mental health", "spiritual health" can be understood through the concepts of Spirituality, Culture, Conscience, Harmony, Love, Creativity.

Spiritual and mental health according to energy-informational paradigm - it is such a dynamic state of a person which is characterized by a life and knowledge according to the laws of the universe development, the big power of the Spirit, passion for life and creativity, the ability to harmonize its inner world, as well as interaction with the outside world, a high level of culture, spirituality, conscience, love to a person itself and the surrounding world. If each person, human communities, will strive for spiritual and mental health, it would be a progressive social development through harmonization of all spheres of life.

TO THE QUESTION OF UNIVERSAL CONCEPTUAL
APPARATUS CREATION AT VALEOLOGICAL-
ORIENTATED DISCIPLINES STUDYING

Scientific concepts formation is a necessary component of the existence and condition of the development of any science, and valeology as health science in particular. High integrative valeological-oriented disciplines and school subjects, the need of using of interdisciplinary connections, provides the universalization of the conceptual apparatus to prevent erroneous understanding of the meaning and logic of their contents. The aim of this article is to define the content, structure and some ways of basic valeological concepts forming – such as "health", "illness", "third state", "lifestyle", "health culture".

Health. There are many different approaches to the definition of concept "health". Unambiguous interpretation of it does not exist, as this concept applies not only to the person and specific groups of individuals, but also to society, economy, natural and social systems and even dynamic systems.

Scholars have ambiguous positions in the interpretation of the concept of "health" and in particular of determination its components and their graphical representation. Although none of the authors do not exclude the common definition given by the World Health Organization, but does not insist on memorizing its wording. It is likely that these differences significantly affect the realization of this concept by pupils and students. In general, health is seen as a multi-level (7-level) system concept with structural and dynamic components.

It is important to realize is that the concept of "health" is inextricably linked to the concepts of "healthy lifestyle" as an aspect of life, aimed at preserving the health saving and reproduction, and the concept of "health culture" as an important component of the general culture. Therefore, combining the concepts forming the connection with the concept of "health", in an integrated system, it should be extended to two levels: a) on a theoretical level – the level of spiritual health – as awareness of the value

of life; b) on a practical level – the current level of motivation and skills of a healthy lifestyle – as a means of maintaining adequate social capacity (at work and at home) and active longevity.

Analysis of numerous publications on this topic allows s to define health as a *harmonious balanced interaction of four components – physical, mental, social, spiritual, which are in the inner (psycho-physiological) and external (environmental) equilibrium and allow the person to fully manifest in all spheres of life.*

Disease. As the concept of "health", the concept of "disease" still is not determinate, even though the large amount of works on this problem. Some researchers consider the disease as a particular organism's adaptation processes. In disclosing the relationships of concepts "health" and "disease" should focus on risk factors for disease. Under risk factors understand conditions, circumstances, the specific reasons that are larger than others, responsible for the emergence and development of the disease. Total there are four groups of risk factors: lifestyle risk factors; genetic factors; factors related to the environment and social conditions of life; factors arising from the lack of effectiveness of preventive measures, the low quality and delayed medical care, poor material and technical base of health care, etc. Any disease is a violation of dynamic equilibrium between the internal and external environment of the human, and in this process to a greater or lesser extent, involved the entire body.

"Third state". In English this concept is used as "illness". In medicine, "third state" refers to pre-morbid condition (from Lat. *prae* – before and *morbis* – disease), or pre-existing disease, and is defined as "the condition of the body prior to and promoting the development of the disease". Physiologists to define this concept using a synonym of Greek origin – "prenosological state" (from *nosos* – disease and *logos* – teaching). In our opinion, the concepts of "health", "third state" and "disease" must be considered in their causation logical connection. One of the problems in the study of valeological-oriented disciplines is to learn to recognize this condition, prevent and time to eliminate it.

Lifestyle. This biosocial category is a reflection of individual and group of vital activity people. Different interpretations of the concept of "healthy lifestyle", in our opinion, indicate inalienable lifestyle of the individual

lifestyle of society, the motivation of health culture in the hierarchy of social values.

Health culture. Numerous researchers consider health culture as the part of general culture of a person. Identify the following key factors of health culture personalities as: self-awareness, self-knowledge, self-development, self-realization, the ability to overcome stressful situations, optimal nutrition, sleep and physical activity, the ability to properly relax, family planning, healthy sexuality, no bad habits rejection of psychotropic drugs. Health culture is an important element of a healthy lifestyle, aimed at overcoming the "risk factors" of the diseases development, for optimal social and natural environment use in the interests of health.

The question of the universality of the conceptual apparatus of valeological-oriented courses is relevant to the modern system of health education. Different interpretation of the basic valeological concepts by different authors deprives consistency and integrity of the process of knowledge about health and its components formation. All the above concepts in some way connected with the central concept – "health", their interconnectedness is an integrated system that defines man's relationship with the outside world and its manifestations on all levels of existence. Analyzed system of concepts defines the structure of the educational material of valeological courses as are its elements. Finding educational elements allows to systematize the knowledge into a coherent picture of the world, for each concept is important to disclose the specific material in the relationship and mutual development with others. Sequential introduction of educational elements depends on the degree of importance of each of them to explore the rest.

Schemes presented in this paper reflect the contents of the main valeological concepts and can be used in the practice of teaching valeological-oriented disciplines and school subjects.

CORRELATION OF THE MENTAL HEALTH COMPONENTS

In this article the analysis was done the phenomenon of "human health" from the stand of the interpretation of the incorporeity, components, their relationships and conditions for its conservation. It is shown that the ancient notions of health were based on the integral approach that presumed reduction of particular factors to general (integral or resumptive). Therefore, the most important principle of having good health in humans considered the principle of internal consistency with the world around.

Understanding of health changed over the centuries due to the different level of economic development, culture, lifestyle, religion and other social institutions.

In modern conditions, there are two main approaches to the interpretation of concept 'health': differential and integral. Representatives of the first approach to identify individual factors that have affect on human health. Admirers of the second approach believe that more important is the principle of association and the disarticulation of the main conditions that determine health.

Among the differences in the interpretation of the notion of health is a community of considerations of researchers. This means that health - a multi-component, a complex system that provides full human interaction with the environment. Currently there are allocated at least four components of system "human health" (biological, social, mental and spiritual health).

Each of these components of health has a role in its creation and preservation. However, it is largely determined by the personality or, in other words, the psychological component is dominant in the phenomenon of health.

The article presents an analysis of each of these components with an emphasis on mental health and, in addition, the features is discussed of their interaction and mutual influence. It is noted that in the relationship of social and mental health is the most important optimization of human adaptation to social conditions. It determines the adequacy of activity and

behavior in the social environment. Emphasizes that the relationship of mental and social health not acquire collisional form.

The correlation of mental and spiritual components were less studied. Moreover, the available data on this question confirm ideas of ancient thinkers: a high level of mental health can have only a spiritually healthy person.

The greatest number of contradictions is in understanding of the relationship between the physical (somatic) and mental health. Main expostulated start in this relationship is the idea about that biological processes have a material nature, psychic phenomenas are presented as having no material carrier. In this connection there is a whole chain of questions without answers: about the antecedency of mental and physiological processes; about the role of the central nervous system in the personalities' properties; about the combination and separation of bodily and mental; about the universal consciousness and the brain as a biological computer that carries ception of information from primary torsion fields through the mental human bodies.

Within the relationship problems of physical and mental components of health experts analyzed data on quantum mechanics. They are claiming that the primary source of psychic phenomena is the set of quantum microvortices included in the primary torsion fields.

It is believed that microvortices don't have charge, they don't have rest mass, and they transmit not energy, but information only. And due to the fact that they are the primary source of psychic phenomena, we should think that the human psyche, one's personality is localized outside of the brain and even the human body. Although it is not quite the same with the idea of a person has five (or in other sights seven) bodies.

Today such arguments and data of quantum mechanics relate to human health is very difficult. Apparently, ancient thinkers were right because they believed that health is an optimal ratio physical and spiritual (mental) of human nature in its unity with nature.

MENTAL HEALTH OF THE PERSON:
SEARCHING OF HARMONY

Health Psychology is designed to form a human way of life, to determine direction, motion vector space of infinite process of becoming human, to create "real ideal" man and assist its achievement.

Health Psychology is an object with a known particle of conditionality, "healthy" and not "sick" person, which implies that its task is not to do sick people healthier.

The purpose of health psychology can not be determined in principles (to be determined means to be limited), since the process of improvement can only be sent by setting the boundaries of the "channel" permanent recovery of the person who knows and creates itself.

A further object of health psychology is the preservation, development and holistic development of the spiritual, mental, social and somatic determinants of health. The purpose of health psychology beyonds just maintaining health that represents some "limitations." In this case the very health according to researchers may be regarded as a prerequisite for achieving optimal human life planned goals and objectives, which serves as a basis for understanding, searching for meaning in life and finally self-realization in the world.

Building a holistic model of a healthy personality requires the integration of two research approaches: structural, rooted in theoretical psychology of personality, and procedural which includes more characteristics of psychological practice. Only comprehension of the person as a holistic, complexly organized structure and understanding of hidden logic of its individual development permits a more extensive and complete representation of health. Optimal ratio of structural components of personality and maintaining hierarchical subordination levels provides the safety of fixed intrapsychic relations, persistence and stability of the mind at this stage of development. At the same time, the dynamics of interaction between these levels and the degree of coherence of basic mental processes determines the peculiar character of formation of the individual as an integral and unique individuality. Healthy person characterized ordering and subordination of

its elements on the one hand and the consistency of processes that ensure its integrity and harmonious development on the other. At the same time it acts as a health measure of the personality in its entirety and as a prerequisite for the integration of all the individual components into a single Self.

Each person on your way to mental health must make a choice: 1) to live, realize disclose, experience, act, create, communicate, or 2) to die, unaware not disclosed, not to worry, idle destroy dissociate.

If a person goes through the first he (she) chooses the harmony of mental life, the second one is the path to degradation and to the disintegration of personality. Awareness of the way of life is a complicated and complex process that starts with the process of self-discovery.

So, considering the factors of mental health and their relationship with the components of self-knowledge, we have constructed a model of harmonization of mental health of individuals, which should be used in the psychological care of the person on her way to the harmony of the mental life.

1. *Aleshicheva Anna* – Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Department of Pedagogy and Psychology, Kharkov State Academy of Physical Culture.

2. *Bystrova Yuliya* – Doctor of Psychology, PhD, Professor, Head of Research Laboratory Diagnosis and Correction of Psychophysical Condition of Children and Adults, Taras Shevchenko Lugansk National University.

3. *Gaznuk Lidiya* – Doctor of Philosophy, Professor, Head of The Department of Humanitarian Sciences, Kharkov State Academy of Physical Culture.

4. *Dzyakau Dzmitry* - PhD in Psychology, Associate Professor, MA in History, MA in Social Pedagogic, Faculty of Psychology: Dean, Department of Methodology and Methods of Psychological Researches: Head, Belarus State Pedagogical University.

5. *Evseeva Olga* - Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Lecturer, I.J. Franko Prilutsky Humanitarian Pedagogical College.

6. *Zharaya Anna* - Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Department of Biological Foundations of Physical Education, Health and Sport, T. Shevchenko Chernigiv National Pedagogical University.

7. *Kokun Oleg* – Doctor of Science (Psychology), Professor of Psychology Chair, Deputy Director for Science and Innovation, G. S. Kostiuk Institute of Psychology APS of Ukraine.

8. *Petrunya Andriy* – MD, PhD, professor, head of ophthalmology department of Lugansk State Medical University, Head doctor of Lugansk regional center of eye diseases, Honored Doctor of Ukraine.

9. *Savenkova Irina* - Ph.D., Associate Professor, Department of Applied Psychology, B.Grinenko Kiev University.

10. *Samoilov Nikolai* – Doctor of Biological Sciences, Professor, Department of the Hygiene and Physiology of the Human, Kharkov State Academy of Physical Culture.

11. *Semenova Juliya* – Candidate of Philosophical Sciences, Associate Professor, Faculty of Physical Education and Health of Human: Dean, Kharkov State Academy of Physical Culture.

12. *Terletskaia Larisa* – PhD, Associate Professor, Associate Professor of General Psychology, Faculty of Psychology Taras Shevchenko Kyiv National University.

13. *Homulenko Tamara* – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head at The Department of Practical Psychology, G.Skovoroda Kharkov National Pedagogical University.

Научное издание

Здоровье. Личность. Общество

Сборник научных трудов

Составитель: Анна Васильевна Алёшичева
Корректор: Анастасия Васильевна Алёшичева
Макетирование: Борис Сергеевич Тищенко

Подписано в печать 16.07.2014. Формат - 60x84/16
Печать цифровая. Бумага офсетная. Тираж - 100 экз.
Усл. печ. л. - 16,5. Заказ № 218.

Издательство "Финарт"
61003 г. Харьков, ул. Квитки-Основьяненко, 11
Свидетельство о занесении в Государственный
реестр субъекта издательской деятельности
ДК № 589 от 07.09.2001 г.

Отпечатано в Полиграфическом центре "Домино"
61003 г. Харьков, ул. Квитки-Основьяненко, 11
тел. (057) 731-25-09, 731-25-49
www.copy-copy.com.ua