



Б. В. Овчинников, Г. П. Костюк, И. Ф. Дьяконов

# Технологии сохранения и укрепления психического здоровья



Санкт-Петербург  
СпецЛит

**Б. В. Овчинников, Г. П. Костюк, И. Ф. Дьяконов**

**ТЕХНОЛОГИИ  
СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

*Учебное пособие*

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2010

УДК 616.8  
О35

Рецензенты:

*М. М. Одинак* — член-корреспондент РАМН, главный невролог МО РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова;  
*В. В. Негипоренко* — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

**Овчинников Б. В., Костюк Г. П., Дьяконов И. Ф.**  
О35 Технологии сохранения и укрепления психического здоровья : учебное пособие / Б. В. Овчинников, Г. П. Костюк, И. Ф. Дьяконов. — СПб. : СпецЛит, 2010. — 302 с.  
ISBN 978-5-299-00447-2

В пособии изложены способы укрепления и сохранения психического здоровья. Приведены сведения о факторах, определяющих психическое здоровье, и переходных стадиях от психического здоровья к болезни. Описаны ранние признаки нарушений психического здоровья, негативных психических состояний (астении, тревожности, депрессии, агрессии) и личностных особенностей. В пособии изложены основные психогигиенические приемы самопомощи: волевые, рациональные, мнемонические, эмоциональные и др.

Описаны основные методы психической саморегуляции: аутогенной тренировки, нервно-мышечной релаксации, управления ритмом дыхания и др. Пособие содержит рекомендации по оптимальным стилям общения с людьми, относящимися к отдельным психологическим типам, а также обладающими выраженными индивидуальными особенностями личности (акцентуациями). Приводятся методы фармакопрофилактики ранних проявлений психических расстройств.

Пособие предназначено для врачей общей практики, студентов медицинских вузов, факультетов психологии, слушателей факультетов последипломного образования при изучении медицинской психологии и психиатрии. Оно может быть полезным клиническим психологам в их практической работе и лицам, желающим сохранить и улучшить психическое здоровье с помощью приемов психогигиены и психической саморегуляции.

**УДК 616.8**

## Оглавление

<b>Введение</b> . . . . .	5
<b>Глава 1. Содержание понятия психического здоровья</b> . . . . .	8
1.1. Социальные аспекты психического здоровья . . . . .	8
1.2. Признаки нормального состояния психики . . . . .	12
1.3. Переход от нормы к патологии психики . . . . .	31
1.4. Начальные признаки психической патологии . . . . .	49
<b>Глава 2. Методы экспресс-диагностики психического здоровья</b> . . . . .	59
2.1. Методы интегральной оценки психического здоровья . . . . .	60
2.1.1. Тест «Нервно-психическая адаптация» . . . . .	60
2.1.2. Экспресс-анкета «Прогноз» . . . . .	62
2.1.3. Шкала психической адаптивности . . . . .	63
2.1.4. Методика диагностики уровня невротизации . . . . .	64
2.1.5. Оценка психического состояния при решении задач сохранения и укрепления психического здоровья в организованных коллективах . . . . .	67
2.2. Методы выявления негативных психических состояний . . . . .	72
2.2.1. Шкала астенического состояния . . . . .	72
2.2.2. Шкала самооценки уровня тревожности . . . . .	74
2.2.3. Шкала депрессии . . . . .	77
2.2.4. Опросник для оценки агрессии . . . . .	79
2.2.5. Опросник «Аддиктивная склонность» . . . . .	83
2.2.6. Опросник созависимости . . . . .	85
2.3. Методы оценки индивидуально-личностных особенностей . . . . .	86
2.3.1. Опросник Г. Ю. Айзенка . . . . .	86
2.3.2. Опросник Д. Кейрси . . . . .	88
2.3.3. Опросник Мини-Мульт . . . . .	93
2.3.4. Опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека . . . . .	98
2.3.5. Опросник невротических черт личности . . . . .	106
2.3.6. Опросник выраженности психопатологической симптоматики . . . . .	109
<b>Глава 3. Индивидуальная психогигиена</b> . . . . .	114
3.1. Психогигиена воспитания и обучения . . . . .	116
3.2. Психогигиена труда и отдыха . . . . .	120
3.3. Психогигиена межличностного общения . . . . .	123
3.4. Психогигиена молодой семьи . . . . .	129
3.5. Психогигиена интимных взаимоотношений . . . . .	134
3.6. Возрастная психогигиена . . . . .	141
3.7. Психологическая самопомощь . . . . .	155
3.7.1. Волевые приемы самопомощи . . . . .	156
3.7.2. Приемы самопомощи, основанные на воображении . . . . .	156
3.7.3. Рациональные приемы самопомощи . . . . .	158
3.7.4. Мнемонические приемы самопомощи . . . . .	161

3.7.5. Приемы самопомощи, основанные на внимании	162
3.7.6. Приемы самопомощи, основанные на эмоциях	163
3.7.7. Приемы самопомощи, основанные наотреагировании переживаний	164
3.7.8. Эмоционально-мышечные приемы самопомощи	165
3.7.9. Эмоционально-легочные приемы самопомощи	167
<b>Глава 4. Основные методы аутопсихотерапии</b>	170
4.1. Подготовка к занятиям по аутопсихотерапии	171
4.2. Произвольное самовнушение	172
4.3. Аутогенная тренировка	175
4.4. Прогрессивная мышечная релаксация	178
4.5. Медитация	185
4.6. Управление ритмом дыхания	187
4.7. Психогигиеническая гимнастика и самомассаж	191
<b>Глава 5. Индивидуально ориентированная психокоррекция</b>	197
5.1. Психокоррекция с учетом психологических типов	197
5.1.1. Психокоррекция на основе типологии Г. Ю. Айзенка	198
5.1.2. Психокоррекция на основе типологии Д. Кейрси	208
5.2. Психокоррекция акцентуированных черт личности	218
5.2.1. Психокоррекция на основе типологии К. Леонгарда — Г. Шмишека	218
5.2.2. Психокоррекция на основе системы акцентуированных радикалов	222
<b>Глава 6. Медикаментозная коррекция негативных психических состояний</b>	242
6.1. Общие положения по фармакопрофилактике и фармакотерапии психических расстройств	242
6.2. Коррекция состояний перевозбуждения	244
6.3. Коррекция астенических состояний	249
6.4. Коррекция субдепрессивных состояний	254
6.5. Коррекция психовегетативных дисфункций	255
<b>Заключение</b>	258
<b>Приложения</b>	262
1. Экспресс-анкета «Прогноз»	262
2. Шкала психической адаптивности	265
3. Опросник «Уровень невротизации»	271
4. Анкета динамического наблюдения	273
5. Личностный опросник Г. Ю. Айзенка	275
6. Опросник Д. Кейрси	277
7. Опросник Мини-Мульт	283
8. Опросник К. Леонгарда — Г. Шмишека	286
9. Опросник «Невротические черты личности»	289
10. Опросник выраженности психопатологической симптоматики	293
<b>Рекомендуемая литература</b>	298

# **Глава 1**

## **СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

### **1.1. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Значимость психического здоровья населения как особого объекта социального регулирования была осознана во время Второй мировой войны и в послевоенный период. С тех пор за рубежом получили развитие такие новые направления, как психология здоровья, ортопсихология, социальная и превентивная психиатрия. Созданы государственные и общественные организации, нацеленные на предупреждение, раннее выявление и лечение психических расстройств. Например, в США проводится систематическая борьба с курением и ожирением. Несмотря на слабую научную проработку всех вопросов психического здоровья, психиатрия и медицина в целом сохраняют ведущую роль в решении указанных проблем. В последние десятилетия существенный вклад вносят и психологические науки, особенно клиническая (медицинская) психология. На практике психическое оздоровление населения возможно лишь при условии тесного взаимодействия медицины и психологии с социальными, экономическими, культурными и иными институтами государства и общества.

Во всем мире происходит рост числа психически больных людей. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности.

В России показатели существенно хуже, чем среднемировые. Если в мире в среднем около 15 % людей нуждаются в психиатрической помощи, то в России их число достигает 25 %. Это связано с тем, что психическое здоровье населения России, начиная с 1990-х гг., неуклонно ухудшалось по многим показателям. Общий ежегодный прирост больных с психическими расстройствами составлял 2,5 %. Такое положение сохранялось до 2000–2004 гг., после чего прирост заболеваемости несколько замедлился. Пре-

обладают пациенты с непсихотическими психическими расстройствами — 48,1 %. На втором месте больные с психозами и состояниями слабоумия — 27,3 %, на третьем — с умственной отсталостью — 24,6 %. Число амбулаторных психиатрических и наркологических пациентов достигло в общей сложности около 8 млн (данные 2005 г.). Контингент лиц, признанных инвалидами в связи с психическими заболеваниями, составляет почти 990 тыс. чел. (прирост в сравнении с 1995 г. на 36,5 %). Эксперты отмечают: по сравнению с 1990-ми гг., количество пациентов психиатрических клиник в России увеличилось почти в два раза. Выросло число страдающих шизофренией, биполярным аффективным расстройством (маниакально-депрессивным психозом) и эпилепсией. Невротические расстройства и депрессии приобрели статус массовых. Они занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. В 1990-х гг. появилась новая форма патологии — социально-стрессовые расстройства, связанные с резкими и непредсказуемыми переменами условий жизни (Александровский Ю. А., 2004).

Более половины психически больных составляют пациенты наркологического профиля. Неуклонно нарастает как относительно новое для России употребление криминальных наркотиков, так и традиционное употребление алкогольной и табачной продукции. С 1991 г. число лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, выросло в 6 раз, число больных наркоманией — в 10 раз. Контингент потребителей наркотиков в настоящее время оценивается в 6 млн чел., из которых 1,7–2,0 млн чел. неучтенных и 350 тыс. чел. учтенных больных наркоманией. Высказывается мнение, что 3,1 % школьников и 4,8 % студентов в России употребляют наркотики. Хотя бы один раз пробовали наркотики 24 % московских подростков. Официальное число больных алкоголизмом в России — 2,3 млн, экспертные оценки повышают эту цифру до 5 млн. Так, среднее употребление алкоголя на душу населения в год возросло с начала 1990-х гг. почти в три раза и составляет 15 л абсолютного (безводного) спирта. Некоторые экспертные организации выдвигают более реальную, на наш взгляд, цифру — 20–25 л чистого спирта в год. По данным экспертов ВОЗ, этот показатель на уровне 5 л считается умеренным, 8 л — становится опасным, и на уровне 10 л — чрезвычайно опасным. Невозможно учесть употребление самогона, одеколона, стеклоочистителей, аптечных спиртовых настоек. Недавнее исследование английских токсикологов показало, что в Ижевске 43 % мужчин умирают в результате употребления суррогатного алкоголя. За последние годы пик массового употребления алкоголя сместился с возрастной группы 16–18 лет на возраст 13–15 лет, то есть с юношеского — на подростковый.

Пик первых проб пива и вина сместился к возрасту 11 лет или моложе. Среди молодежи в возрасте 11–24 лет употребляют алкоголь 81 % городских и 91 % сельских жителей. Среди 16-летних учащихся Москвы 40 % употребляют алкоголь регулярно (44 % юношей и 34 % девушек). Прямое влияние алкоголя на мужскую смертность достаточно очевидно и подтверждается следующими данными. Различие между средней продолжительностью жизни женщин и мужчин в «малопьющих» мусульманских странах и Израиле составляет 4–5 лет, в странах «пивного пояса» (Германии, Австрии, Бельгии, Чехии) — 6 лет, в странах «винного пояса» (Франции, Италии, Испании и др.) — 8 лет, в странах «водочного пояса» (Финляндии, Скандинавии, странах Балтии) — 10 лет. В России эта разница составляет почти 14 лет (мужчины живут в среднем 57–58 лет, женщины — 72 года).

В России (как и во всем мире) неуклонно растет распространенность курения. Мы вошли в число пяти стран — лидеров по употреблению табака. Если в 1995 г. в РФ потреблялось 250 млрд сигарет, то в 2007 г. эта цифра приблизилась к 400 млрд. Сейчас в России курят 58–70 % мужчин и 25–30 % женщин, причем доля курящих женщин нарастает по 1,5 % в год. Курят беременные и кормящие женщины. По данным ВОЗ, 33 % наших детей и подростков являются постоянными курильщиками, что превосходит показатели других стран. Агитация против курения обычно фиксируется на его фатальных соматических последствиях. Однако, строго говоря, постоянно курящий человек не является психически здоровым — он должен считаться носителем аддиктивного расстройства.

Наряду с прямыми показателями психического здоровья следует остановиться также и на косвенных. В первую очередь, к ним относятся частота самоубийств и насильственных убийств. Статистика самоубийств заметно выросла. Так, в 1991 г. их отмечалось 26 на 100 тыс. чел. населения в год, а в 2005 г. — 36. Сейчас по этому показателю Россия (вместе с Белоруссией) находится на втором месте в мире после Литвы. Средний мировой уровень показателя суицидальности составляет 14,5 чел. на 100 тыс. населения в год. Как и во всех других странах, мужчины в России прибегают к самоубийству гораздо чаще женщин (70,6 чел. и 11,9 чел. соответственно). Как завершённые суициды, по которым лидируют мужчины, так и демонстративные (незавершённые) попытки, предпочитаемые женщинами, свидетельствуют о нарушениях психического здоровья. Исключениями из этого правила могут считаться лишь попытки избавиться от непереносимых мучений, связанных с неизлечимыми заболеваниями. Особо тягостные размышления вызывают



показатели суицидальности среди подрастающего поколения. Так, только в 2007 г. суицид совершили почти три тысячи россиян в возрасте от 5 до 19 лет. За последние тридцать лет эта цифра выросла в тридцать раз. Причем в 70 % случаев речь идет о детях из вполне благополучных семей. Эксперты считают, что кроме основных причин — конфликтов в семье и с окружающими людьми — к решению уйти из жизни подростков подталкивает доступность алкоголя и наркотиков. Кроме того, в России до сих пор нет системы предотвращения суицида. Свыше 60 % суицидов совершается у нас в состоянии опьянения.

К уровню смертности от самоубийств понемногу подтягивается и уровень смертности от убийств. По этому показателю — 21,5 случаев на 100 тыс. населения в год — Россия удерживает твердое пятое место в мире после Колумбии, ЮАР, Ямайки и Венесуэлы. Для сравнения, в США этот показатель составляет 4,2, в Великобритании — 1,4, а в Японии — 0,4 при среднемировом уровне 6,5 убийств на 100 тыс. населения в год. Известно, что большинство (60–70 %) убийств совершается у нас на бытовой почве и после принятия алкоголя. Убийство по мотивам личной неприязни является проявлением brutальной агрессивности, неконтролируемой враждебности, злобы и гнева. Таким образом, бытовые убийства связаны с нарушениями психического здоровья. Об ухудшении психического здоровья говорит рост менее тяжких насильственных преступлений, в частности изнасилований. Косвенными индикаторами психического нездоровья можно также считать: разводы, аборт, отказ матерей от детей, отказ отцов от уплаты алиментов и множество других общественных явлений, на которых мы не имеем возможности отдельно останавливаться. Дополнительное негативное влияние оказывает и начавшийся экономический кризис.

Повышение заболеваемости венерическими болезнями, туберкулезом говорит как о материальном, так и о духовном неблагополучии населения. Плавное нарастание за последние 20 лет заболеваемости по всем остальным группам болезней (особенно сердечно-сосудистой системы) является и следствием, и причиной психических нарушений. В первом случае их именуют психосоматическими, во втором — соматопсихическими, но для пациентов это различие несущественно — они нуждаются в исцелении как тела, так и души.

Общественное умонастроение в нашей стране в целом неопределенно, и разъедается деструктивными тенденциями. Это проявляется уходом в мистику и иррациональность, активностью религиозных и эзотерических сект, антисоциальных молодежных движений; доверием к народным целителям, магам и экстрасенсам,

число которых значительно превышает число врачей в стране (соответственно, 800 тыс. и 600 тыс.). Б. С. Положий остроумно назвал это явление «магифреническим синдромом». Большинство людей (60 %) не доверяют государству, проявляют равнодушие к политике, пренебрегают законами и правопорядком, вместо патриотизма испытывают чувства стыда и горечи, а то и презрения к собственной стране. Социальные институты не способны оказывать людям необходимую психологическую поддержку.

Приведенные данные подтверждают вывод о том, что психическое здоровье населения России является проблемой национальной безопасности страны. Не следует понимать это как угрозу повального сумасшествия. Большинство людей способны пережить катастрофические стрессоры природного и социального происхождения (стихийные бедствия, массовые эпидемии, войны, революции и пр.), не говоря уж о стрессорах личной жизни. Однако эти события оставляют необратимые последствия. Представители старших поколений никогда не вернутся к былому благополучию и душевному равновесию. То же можно сказать о военнослужащих, прошедших Чернобыль, Афганистан и Чечню. Их психическое здоровье, скажем так, скомпрометировано, и нуждается в повышенной заботе.

Известно, что здоровье человека более чем на 50 % зависит от него самого, от его образа жизни. В связи с этим мы переходим к рассмотрению индивидуальных аспектов психического здоровья.

## **1.2. ПРИЗНАКИ НОРМАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ**

Психическое здоровье человека является неотъемлемым компонентом его общего здоровья (или просто здоровья). Поэтому имеет смысл коротко остановиться на понятии здоровья. По происхождению это слово может означать «сделанный из крепкого дерева» или, в другом варианте, — «полный сил». В соответствии с известным определением экспертов ВОЗ, «здоровье — состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие». Нам кажется, что это определение описывает недостижимый идеал, оно больше похоже на определение счастья, чем здоровья. В литературных источниках найдено около 80 определений здоровья, претендующих на научность. Однако само их многообразие свидетельствует о том, что настоящую теорию здоровья еще предстоит создать. Приведем одно из выразительных определений Г. Сигерист: «Здоровым может считаться человек, который

отличается гармоническим развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Здоровье — это жизнерадостное и охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека». Такому строгому определению соответствует очень малая доля людей, в то время как на практике должно быть наоборот: здоровых больше, чем больных. Итак, здоровье — типичное, «штатное» состояние человека, а болезнь — нетипичное, редкое, «аварийное». Здоровье — признак продолжения жизни, болезнь представляет угрозу и напоминает о бренности существования. Здоровье обеспечивает жизнь в полном диапазоне ее проявлений, а болезнь ограничивает, сужает этот диапазон. Крайней степенью такого сужения является потеря способности к самообслуживанию. Качественное разграничение здоровья и болезни связано с понятием нормы — биологической, психологической, социальной. Норма (лат. — образец, правило) понимается как «правильное» устройство и «полноценное» функционирование организма, что равнозначно здоровью. Отклонения от нормы трактуются либо как промежуточные, переходные состояния, либо как болезни.

Представление о здоровье как нормальном, приоритетном состоянии человека разделяется не всеми. Например, один из героев романа Томаса Манна «Волшебная гора» (1924) утверждал: «Болезнь в высшей степени человечна... ибо быть человеком значит быть больным». Далее говорится, что попытки оздоровления человека приведут к его обезчеловечению и превращению в скота. Можно подумать, что писатель просто пошутил, однако приведенные мысли вызывают ассоциации с христианской жертвенной этикой, с самоистязаниями шиитов, с философией С. Кьеркегора, в которой отчаяние объявляется нормальным состоянием человека. В своей публицистике Томас Манн высказывал здравую идею о недостаточности «плоско-медицинской» точки зрения на болезнь и здоровье, возвещая тем самым тезис гуманистической психологии о «высшем» предназначении человека. По здравом рассмотрении, идея поставить болезнь на место здоровья не выдерживает критики. В фольклоре всех народов здоровье как ценность стоит на первом месте. Эту оценку поддерживали лучшие писатели и философы, начиная с Сократа. Например, Шекспир утверждал, что здоровье дороже золота, Шопенгауер выразился еще точнее: «Девять десятых нашего счастья зависят от здоровья». Мы будем придерживаться двух латинских изречений: «*Summum bonum medicinae sanitas*» (Высшее благо медицины — здоровье) и «*Cura, ut valeas*» (Забиться о своем здоровье).

Принимая современную парадигму о биопсихосоциальной природе человека, мы вправе выделить три основных компонента

общего здоровья: соматическое (физическое), психическое, социальное.

Основой соматического здоровья является биологическая программа индивидуального развития организма. Хотя структура ДНК человека расшифрована, о последовательности включения и выключения отдельных генов, а также об их взаимодействии известно еще очень мало. Ясно, что здоровый организм должен обладать полным набором нормальных генов, а летальные и патологические гены должны находиться в заблокированном состоянии. Биологический пол у здоровых однозначно и окончательно определен, биологический возраст соответствует календарному. Клетки и внеклеточные структуры, ткани, органы и системы органов обладают нормальной видовой, расовой, этнической структурой и функцией, обеспечивают приспособление организма к планетарным условиям обитания, свойственным человеческому роду.

Психическое здоровье человека — это, прежде всего, нормальная работа его головного мозга с точки зрения высших системных функций. Как известно, эти функции недоступны прямому внешнему наблюдению, поэтому для оценки психического здоровья мы вынуждены привлекать субъективные критерии. Из этого следует, что психическое здоровье может оцениваться только с некоторой долей вероятности. При нарушении функций иных органов и систем, кроме нервной, психические функции до известного предела могут сохранять свою полноценность. Таким образом, правомерно говорить об относительной автономии соматического и психического здоровья. Возможно, что в этом проявляется особая биологическая целесообразность: психика, напрямую связанная с выживанием организма как целого, проявляет сохранность и тогда, когда организм потерпел непоправимый ущерб. Не случайно головной мозг отгорожен от системного кровотока гематоэнцефалическим барьером. Сознание человека — это, прежде всего, «сторож жизни», и его утрата при соматических заболеваниях прогностически неблагоприятна.

Социальное здоровье можно считать компонентом психического здоровья. Этот компонент рассматривается отдельно ввиду его особой важности. Под социальным здоровьем понимается такой уровень социальной адаптации, который позволяет человеку быть членом общества, действовать в пределах морально-нормативного и правового поля, соблюдать «правила игры». Ни индивидуальных, ни, тем более, организованных уголовных преступников мы не можем считать социально здоровыми, хотя их психическое здоровье оценивается, чаще всего, как нормальное. Значит, человек может быть социально болен, но психически здоров. Возможна ли обрат-

ная ситуация? Да, конечно, ведь больные с легкими формами психической патологии, как правило, сохраняют социальное здоровье. Сложнее обстоит дело с политическими преступлениями, особенно с политическим террором. Инновации в социальное устройство привносятся как легальным, эволюционным путем, так и нелегальным — революционным. Возможно, что в будущем человечество овладеет ненасильственными формами своего развития. Пока этого нет, мы вправе считать политических экстремистов и террористов социально здоровыми личностями. При этом их психическое здоровье может быть различным.

Итак, будем исходить из того, что большинство людей в обычных условиях являются физически, психически и социально здоровыми. Природные и социальные катаклизмы увеличивают «больные прослойки» в различных контингентах, даже целых странах или этносах, однако человечество как биологический вид сохраняет достаточный для его выживания уровень всех видов здоровья. Крушение империй, гибель цивилизаций, даже мировые войны остаются по существу локальными событиями, лишь временно замедляющими как демографический рост, так и тотальное «оздоровление» человечества. Последнее проявляется прежде всего в увеличении средней продолжительности жизни. Жесточайший XX век все же увеличил население планеты в 3,7 раза, а продолжительность жизни — с 50 до 67 лет.

Вернемся к проблеме психического здоровья в его взаимосвязи с психопатологией. Клиническая психиатрия формировалась в процессе непрерывного пополнения номенклатуры все новыми и новыми расстройствами. Зона психической нормы сокращалась как шагреневая кожа. Например, благодаря Джорджу Бирду (1868), нормальная «периодическая усталость» превратилась в болезнь «неврастению». После работ Р. Крафта-Эбинга (1886) и Й. Коха (1891) часть людей подпала под новую категорию «психопатических личностей». К концу XIX в. само существование психической нормы было поставлено под сомнение. Знаменательными в этом отношении были работы З. Фрейда «Толкование сновидений» (1900) и «Психопатология обыденной жизни» (1901). Основоположник психоанализа считал, что патологические феномены, связанные с бессознательным, являются неотъемлемым компонентом нормальной психической деятельности как во сне, так и наяву. Вопрос о разграничении нормы и патологии вообще не ставился. Выдающийся немецкий психиатр и философ К. Ясперс в своей «Общей психопатологии» (1913) впервые сформулировал ряд критериев психического здоровья. По сути они сводятся к нормальным отправлениям известных психических функций: внимание должно концент-

рироваться на объекте, память должна удерживать информацию, сознание — быть ориентированным в пространстве и времени и т. д. Можно заметить, что Ясперс придавал большое значение устойчивости, стабильности психических процессов и состояний. Один из его критериев описывается как требование «понятности», выводимости переживаний и поведения из личности в ее конкретной ситуации. Иными словами, у здорового человека все действия и поступки внутренне мотивированы, а между внутренним и внешним имеется причинно-следственная связь.

Согласно современному определению В. И. Покровского (1992), психическое здоровье — это состояние душевного равновесия, умение владеть собой, проявляющееся ровным, устойчивым настроением, способностью быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и преодолевать их, способностью в короткое время восстанавливать душевное равновесие.

В одном из ранних определений В. П. Осипов (1936) утверждал, что норма характеризуется адекватностью реакции индивидуума на окружающие раздражители; возможностью для человека самостоятельно прокладывать свой жизненный путь и, наконец, особенностями поведения человека в жизненных обстоятельствах. Подчеркнем последний момент (индивидуальный аспект здоровья), поскольку он отсутствует в других определениях. В подтексте определения подразумевается структура Я, обладающая созидательной способностью. Эта идея находит продолжение в работе Б. Д. Карвасарского (1982). По мнению автора, понятия «психическое здоровье» и «полноценная адаптация» являются родственными. Автор обоснованно утверждает, что психическое здоровье — это не только отсутствие признаков дезадаптации, но и способность личности к постоянному развитию и внутреннему обогащению за счет повышения ее самостоятельности и ответственности в межличностных отношениях, более зрелого и адекватного восприятия действительности, умения оптимально соотнести собственные интересы с интересами группы (коллектива).

Директор Отдела психического здоровья ВОЗ Норман Сартorius (1990) определял признаки психического здоровья следующим образом:

- отсутствие выраженных психических расстройств;
- определенный резерв сил человека, необходимый для преодоления неожиданных стрессов и затруднений;
- состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармония между ним и обществом.

Г. К. Ушаков, видный отечественный психиатр, в 1976 г. предложил, по-видимому, наиболее полный список, содержащий 17 кри-

териев психического здоровья. Приведем в качестве важнейших следующие:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической деятельности и к ее результатам;
- соответствие уровня притязаний реальным возможностям индивида;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- способность к самоуправлению в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;
- способность планировать и реализовывать собственную жизнь;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств;
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи.

К сожалению, автор не ранжировал свой список и не анализировал взаимосвязи включенных в него критериев.

В перечне А. Л. Каткова содержится 97 признаков психической устойчивости и здоровья. Среди них такие важные составляющие зрелости личности, как:

- полное завершение личностной идентификации;
- конструктивный, позитивный сценарий жизни и наличие ресурса для его реализации;
- навык ответственного выбора;
- внутренний локус контроля (принятие ответственности за свои действия).

Приведем также весьма емкое определение В. Я. Семке (1992), согласно которому, психическое здоровье рассматривается как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей его средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно, и все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью».

Таким образом, мы приходим к заключению, что психическое здоровье — это интегральная характеристика полноценности психологического функционирования индивида, его «нормальности». В теоретической модели психического здоровья, прежде всего, должны присутствовать внутренние (субъективные) и внешние (поведенческие) компоненты. При этом приоритет отдается внутрен-

ним психическим явлениям, которые порождают причины наблюдаемых реакций, действий и поступков человека. Психическое здоровье рассматривается в двух взаимосвязанных аспектах — психическое здоровье как текущее состояние и как совокупность свойств, то есть психическое здоровье личности.

Исходя из изложенного, наше понимание психического здоровья состоит в следующем. Психически здоровый человек — это нормальная личность, находящаяся в нормальном состоянии. Нормальное психическое состояние имеет четыре основных признака:

- отсутствие выраженных патологических симптомов, искажающих состояние в целом;

- устойчивость (психогомеостазис), отсутствие беспричинных спонтанных флуктуаций. Исходным пунктом любого состояния является чувство спокойствия, к которому всегда можно вернуться. Индийский гуру Шри Чинмой утверждал: «Внешнее нуждается в движении, внутреннее нуждается в покое»;

- резистентность к потоку внешних воздействий, «упругость», быстрое восстановление;

- стереотипность, привычность, частая повторяемость. Репертуар нормальных состояний хорошо знаком человеку, и не нуждается в расширении.

Нормальная личность описывается следующими признаками:

- отсутствием патологических черт, искажающих общую структуру личности;

- соответствием психических свойств полу и возрасту человека;

- чувством внутренней гармонии, миром и согласием с самим собой, постоянной уверенностью в себе;

- адекватной самооценкой и самокритикой, сопряженными с самоуважением; чистой совестью;

- способностью к самоконтролю и саморегуляции психических, соматических функций и поведения — самообладанием, обеспечивающим личностную защищенность, неуязвимость;

- способностью к неуклонному росту и совершенствованию;

- полноценной адаптацией в позитивной социокультурной нише, проявляющейся в успешном выполнении ролевых функций и адекватном поведении.

В обыденном сознании психическое здоровье ассоциируется с жизненной мудростью, умением или искусством жить.

В настоящее время в медицине и психологии существуют несколько подходов к проблеме психического здоровья, связанных с различным пониманием природы человеческой психики. Базовая, исторически первая биомедицинская модель рассматривает психическое здоровье как меру вероятности развития болезни («негатив-



ное» определение здоровья как отсутствия болезни). В психоанализе, психодинамическом направлении представление о здоровье как таковом вообще отсутствует. Каждый человек выступает как носитель того или иного «патоса», потенциальной болезни, переходу которого в «нозос» — актуальную болезнь до поры до времени препятствуют механизмы психологической защиты и компенсации. Биомедицинскую и психодинамическую модели можно назвать патоцентрическими. Их авторами являются врачи — Э. Крепелин, З. Фрейд и др. Патоцентрические модели описывают здоровье на языке патологии, и в этом проявляется их односторонность.

Принципиально иной подход появился в 1960-е гг., когда в США на арену вышли экзистенциально-гуманистическая психология и антипсихиатрия. Новый взгляд на природу человека Карл Роджерс назвал «открытием положительной сути человеческой личности». Была предложена концепция психического функционирования как позитивного процесса, описываемого через понятия самореализации (К. Гольдштейн), самоактуализации (А. Маслоу, Ш. Бюлер), полноценного человеческого функционирования (К. Роджерс), аутентичности (Дж. Бюдженталь), стремления к смыслу (В. Франкл) и др. Гуманистическая психология и психотерапия отвергают возможность разграничения психического здоровья и патологии. Еще дальше в этом отношении пошли представители антипсихиатрии (Р. Лэйнг, Т. Сас), которые считают, что психическая болезнь — это миф, которым прикрывается измененная форма коммуникации между человеком и его социальным окружением. Характерной чертой позитивных моделей психического здоровья явился их описательный характер. Гуманистическое направление внесло ценный вклад в понимание психического здоровья личности как гармонии между противоположными чертами, свойствами. Такой взгляд отталкивается от воззрений Алкмеона Кротонского (V в. до н. э.), автора первого греческого медицинского трактата. Алкмеон писал: «Здоровье есть гармония противоположно направленных сил». Однако перечни черт, характеризующих «гармоничную», «зрелую», «полноценно функционирующую» и т. д. личность, не позволяют ответить на практический вопрос о механизмах поддержания и восстановления психического здоровья при его нарушениях. Гуманистические и антипсихиатрические модели психического здоровья можно назвать нормоцентрическими. Важная роль в развитии этого направления принадлежит психологам.

Наибольшей научной обоснованностью, а следовательно, и объективностью, обладают когнитивно-бихевиоральные модели психического здоровья.

Для «чистого» бихевиоризма (Дж. Уотсон, Б. Скиннер, А. Бан-дура) было характерно сведение психики к наблюдаемому поведе-нию при полном игнорировании субъективных явлений. Бихе-виоризм стремился перенести на человека закономерности, откры-тые в экспериментах на животных (И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В. М. Бехтерев). Дж. Уотсон в 1929 г. писал: «Бихевиоризм пред-ставляет собой прямое продолжение исследований поведения жи-вотных, проведенных в первые десятилетия XX в.». Бихевиоризм подходил к определению нормы или здоровья через понятие рав-новесия со средой с использованием таких критериев, как адапта-ция, стабильность, успешность, продуктивность, нормативность и эффективность поведения и др. В 1960-е гг. Дж. Миллер, Дж. Бру-нер и У. Найссер создают когнитивную психологию. Субъективный мир психики становится объектом экспериментального исследова-ния. Когнитивное направление добавляет к внешней картине психи-ческого здоровья такие внутренние ее признаки, как «когнитивные конструкты», «когнитивные стили» и др. Термин «когнитивный» переводится как «познавательный», однако из этого не следует, что когнитивная психология ограничивается изучением познаватель-ных психических функций (восприятия, мышления, внимания, па-мяти). Дж. Миллер писал, что первоначально ему с коллегами хоте-лось использовать термин «ментальная психология». Но это приво-дило к тавтологии, поскольку латинское слово *mens* в совокупности своих значений вбирает все без исключения психические явления: познавательные, волевые, эмоциональные, мотивационные. Колле-ги Миллера впоследствии вспоминали, что ни один из них не мог внятно объяснить, что же все-таки означает слово «когнитивная», и что из всего этого следует. Сейчас этот вопрос более-менее про-яснился. Таким образом, мы должны иметь в виду, что когнитив-ная психология охватывает весь мир психических явлений, со-держание и функции обыденного сознания, свойственного боль-шинству людей.

Резюмируем преимущества когнитивно-бихевиорального под-хода к исследованию психического здоровья:

— данный подход позволяет экспериментально проверять и ин-тегрировать гипотетические модели, относящиеся ко всем другим направлениям психологии. Так, из психоанализа была заимствова-на и переработана концепция психологической защиты; представ-ления о Супер-эго развернуты в концепцию иррациональных убеж-дений (драйверов) поведения; создано представление о бессозна-тельной переработке информации. Из гуманистической психологии было воспринято представление об активном Я, превратившееся в Я-конструкт (Дж. Келли) или Я-концепцию (Р. Бернс), понимае-

мые как источник саморегуляции и саморазвития. Таким образом осуществляется продвижение к построению единой психологии (а также психиатрии и психотерапии) будущего;

— когнитивный подход дает возможность органически сочетать, а в перспективе и синтезировать патоцентрический и нормоцентрический языки в описании психических явлений. Образы восприятия реальности и продукты воображения; мысли и убеждения; побуждения, переживания и чувства могут быть как функциональными, так и дисфункциональными, порождая соответствующие формы конструктивного или деструктивного поведения. Так создается естественный логический «мостик» к биомедицинской модели, с которой когнитивная психология не имеет принципиальных противоречий. Это дает возможность строить модели плавных и ступенчатых переходов от полного психического здоровья к глубокой патологии, выбирать психологические и нейробиологические мишени для профилактических вмешательств. Среди таких моделей особой ценностью обладает теория адаптации-дезадаптации (биологической, психологической, социальной);

— когнитивный подход обладает иммунитетом от соскальзывания науки в мистику, парамедицину и парапсихологию.

Психоанализ и все его последующие ответвления сохраняют свои понятия и теории в мистифицированном состоянии, поскольку принципиально избегают их экспериментальной проверки. Мир идей психоанализа остается замкнутым сам на себя, инкапсулированным и эзотерическим. Гипотезы в нем возведены в ранг теорий, и не подлежат критике. Гуманистическая психология с самого начала (Маслоу А., 1999) проявила дрейф в сторону трансперсональных явлений, который был и остается не чем иным, как новой попыткой богоискательства в форме «сверхперсонального Я». Согласно новой трансперсональной парадигме, для здорового развития человека совершенно необходимо испытать измененные состояния сознания. Эту и подобные идеи мы считаем опасными заблуждениями, не имеющими никакого объективного обоснования.

Как уже говорилось, теория психического здоровья, претендующая на широту и универсальность, должна строиться с двух различных, но взаимодополняющих точек зрения: патоцентризма и нормоцентризма.

Первая — патоцентрическая (или клиничко-психиатрическая) — подразумевает, что здоровая психика свободна от грубых патологических проявлений. Патологическая симптоматика совместима с состоянием психического здоровья, если она имеет слабую выраженность, не получила синдромного оформления, не превратилась в болезнь и не создает существенных помех нормальному функцио-

нированию. Сохранные же психологические функции понимаются как «предикторы» или «прототипы» расстройств. Можно считать их внутренними факторами риска, поскольку любая из них, в принципе, может нарушиться. Хотя в такой редакции патоцентрическая точка зрения может восприниматься как крайне пессимистическая, все же она совершенно необходима. Ведь только она и позволяет выявить потенциальные угрозы и наметить мишени профилактических воздействий. В связи с этим предпринимались попытки вводить такие понятия, как «микросимптомы», «аналоги и компоненты симптомов», «функциональный диагноз» (Ганнушкин П. Б., 1964; Смирнов В. К., 1983). В дальнейшем было обосновано такое интегративное понятие, как психопатологический диатез (Циркин С. Ю., 1995). В этом аспекте все психические состояния человека можно трактовать как предпатологические, причем каждое из них будет содержать самостоятельную угрозу. Например, оптимальное рабочее, творческое состояние может переродиться в сверхувлеченность, «заикленность» на чем-либо. Состояние напряжения, стресса чревато переходом в перенапряжение, дистресс, дисфорию, предневроз. Состояние «нормального» утомления незаметно переходит в переутомление, «синдром хронического утомления», астенический синдром. Состояние релаксации, пассивного отдыха трансформируется в эйфорию. Причиной указанных сдвигов от нормальных состояний к патологическим является недостаточность личностной саморегуляции. Таким образом, патоцентрическая настороженность позволяет указать не только на предпатологические состояния, но и на неблагоприятные личностные особенности человека. По-видимому, одна из первых попыток такого рода была сделана Э. Кречмером в его книге «Строение тела и характер» (1921). Выделение циклотимического и шизотимического типов среди здоровых людей было и остается весьма конструктивным. В дальнейшем эта концепция трансформировалась в теорию акцентуированных личностей (Леонгард К., 1964, 1968).

Вторая точка зрения на психическое здоровье может быть названа нормоцентрической (психологической). Она поддерживается такими новыми дисциплинами, как валеология, санология, психология здоровья (Амосов Н. М., 1977; Брехман И. И., 1980; Апанасенко Г. А., 1985; Taylor S. E., 1990; Bernard L. C., Krupat E., 1994), и включает признаки нормального функционирования психики — всех ее сфер, уровней, модулей, подсистем и т. д. Сторонники нормоцентризма обращают внимание на саногенные факторы — те сильные стороны личности, благодаря которым она способна блокировать переходы патологических «радикалов» в болезнь. Их называют еще факторами незаболевания. Только их влиянием

можно объяснить сохранение психического здоровья теми людьми, которые являются носителями большого числа «факторов риска». Среди саногенных факторов можно выделить эффективную саморегуляцию психических состояний, благодаря которой поддерживается ровное, устойчивое настроение и сглаживаются избыточные эмоциональные реакции. Большое значение имеет гармоничное отношение человека к самому себе, то есть достаточный уровень самоуважения. Это помогает поддерживать чувство уверенности в себе, необходимое для успешного преодоления трудных ситуаций. Очень важны взаимные, теплые и открытые отношения с несколькими близкими людьми, от которых в случае необходимости можно получить психологическую поддержку. Критичность и требовательность к себе способствуют личностному росту и развитию. Саногенные факторы в своей совокупности поддерживают высокую стрессоустойчивость личности, обеспечивают ее защищенность от неблагоприятных внешних воздействий.

Современные представления о психическом здоровье и психической заболеваемости схематично описываются моделью М. Вескер (1997), которая приведена в табл. 1.1.

Данная модель относится к когнитивно-бихевиоральному направлению и органично сочетает патоцентрический и нормоцентрический подходы в понимании психического здоровья и психической патологии. Первая строка таблицы отображает патоцентрическую модель диатеза-стресса, впервые предложенную Р. Меехл (1962) для объяснения патогенеза шизофрении. В последующем были разработаны диатез-стрессовые модели развития биполярного аффективного расстройства, депрессии, неврозов и ряда других психических расстройств. Есть основания полагать, что эта модель является универсальной не только для психической, но и для соматической патологии. Согласно модели, ни действие внешних стрессоров, ни наличие предрасположенности сами по себе не могут

Таблица 1.1

**Факторы, способствующие и препятствующие психической заболеваемости**

Направленность действия факторов	Внешние факторы	Внутренние факторы
Способствующие заболеваемости	Внешние стрессоры	Личностная уязвимость
Препятствующие заболеваемости	Окружающие условия, укрепляющие здоровье	Личностная защищенность (компетентность)