

УДК 378+61(091)

Н.Д. Творогова,

д-р психол. наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии, руководитель отделения «Клиническая психология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

N.D. Tvorogova,

Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Pedagogy and Medical Psychology, Head of Clinical psychology Department, Sechenov University

САНОГЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

SANOGENIC BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF HEALTHY LIFESTYLE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Творогова Надежда Дмитриевна, д-р психол. наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии, руководитель отделения «Клиническая психология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Тел.: +7 (495) 609-14-00, доб. 21-49

e-mail: n.tvorogova@gmail.com

Статья поступила в редакцию: 16.02.2017

Статья принята к печати: 31.03.2017

CONTACT INFORMATION:

Nadezda Tvorogova, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Pedagogy and Medical Psychology, Head of Clinical psychology Department, Sechenov University

Address: 8-2, Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia

Tel.: +7 (495) 609-14-00, ext. 21-49

e-mail: n.tvorogova@gmail.com

The article received: February 16, 2017

The article approved for publication: March 31, 2017

Аннотация. Одно из важнейших направлений в области укрепления здоровья – стимулирование положительных сдвигов в поведении, образе жизни людей. Настало время объединить в работе школ здоровья (в программах управления индивидуальным и общественным здоровьем) усилия различных специалистов на поддержание физического, психического, социального, духовного благополучия человека. Понимая значение психологии в профилактике неинфекционных заболеваний, МЗ РФ приняло решение о создании мультидисциплинарных реабилитационных бригад, в состав которых должны входить и медицинские психологи. В своей статье доктор психологических наук Н.Д. Творогова, уже на протяжении нескольких десятилетий изучающая различные аспекты психологии здоровья, делится результатами отдельных теоретических и эмпирических исследований.

Abstract. One of the most important areas of health promotion is the stimulation of positive changes in people's behavior and lifestyle. It is time to join the efforts of various specialists in health schools (in individual and public health management programs) to maintain individual physical, mental, social and spiritual well-being. Realizing the importance of psychology in the prevention of non-communicable diseases, the Ministry of Healthcare of the Russian Federation decided to create multidisciplinary rehabilitation teams, which should include medical psychologists. In the article Doctor of Psychological Sciences, N.D. Tvorogova, who researched into various aspects of health psychology for several decades, shares the results of her theoretical and empirical studies.

Ключевые слова. Психология здоровья, здоровый образ жизни, ответственность за свое здоровье, управление своим поведением.

Keywords. Health psychology, healthy lifestyle, responsibility for one's health, management of one's behavior.

В специальных исследованиях [2] показано, что в последние десятилетия основными причинами смертности стали болезни, в которых важную роль играет поведение (инфаркт миокарда, рак, цирроз печени, травмы, несчастные случаи и др.). В здравоохранении сложились представления о перво-

степенной роли здоровьесберегающего поведения индивидуума в профилактике неинфекционных заболеваний. Именно поэтому одно из важнейших направлений в области укрепления здоровья – стимулирование положительных сдвигов в поведении, образе жизни людей на индивидуальном и

групповом уровнях. По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50–55% зависит от образа жизни человека.

«Образ жизни» — это система устойчивых взаимодействий человека со средой обитания и самим собой, зависящая от формирующих ее сторон [6]. Понятие «образ жизни» объединяет понятия: а) «качество жизни» (ВОЗ характеризует качество жизни как восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами), б) «уровень жизни», в) ее «уклад», «стиль жизни». В основе любого образа жизни лежат правила поведения, которым следует индивид. Образ жизни может быть здоровым (ЗОЖ) и нездоровым [12].

ЗОЖ предполагает определенный уровень условий жизни, характеризует ее уклад, допуская при этом вариабельность индивидуального поведения: ЗОЖ это активная деятельность человека, направленная на сохранение и укрепление своего здоровья [12] (есть и многие другие определения этого понятия). ЗОЖ определяется и как разумное поведение человека (умеренность во всем, оптимальный режим труда и отдыха, достаточная физическая активность, правильное питание, закаливание, отказ от вредных привычек, позитивное восприятие жизни). Или: ЗОЖ — это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, укрепляющие и совершенствующие адаптивные (приспособительные) и резервные возможности организма, что обеспечивает успешное выполнение социальных и профессиональных функций. В словаре русского языка значения слов: а) «жизнь» — это установившийся порядок в повседневном существовании кого-либо; б) «образ» — способ; в) «здоровый» — полезный для здоровья; тогда ЗОЖ — это установившийся, полезный для здоровья человека порядок его повседневного существования.

В свою очередь «здоровье» определяется (в научной литературе насчитывается около двухсот определений понятия «здоровье» [4]) как:

1) «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 22 июля 1946 г.) (Исполком ВОЗ в январе 1998 г. предложил уточнить данное определение, дав его в следующей редакции: «Здоровье — есть динамическое состояние полного физического, психического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Резолюция EB101.R2), однако эта формулировка еще не принята Ассамблеей и государствами-членами и не вступила в силу);

2) «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций

органов и систем организма» (Федеральный закон РФ № 323-ФЗ).

Таким образом, в современном определении здоровья присутствует психологическая составляющая (психическое благополучие), которая должна быть представлена и в понятии ЗОЖ. Однако традиционно в центре внимания медицинских работников преимущественно оказывается поведение (рациональное питание, физическая активность, соблюдение режима дня, отказ от психоактивных веществ, личная гигиена, правильное сексуальное поведение, медицинская активность и др.), направленное на поддержание физического и психического здоровья: врачи обращают внимание и на вредные привычки (переедание, гиподинамия), на склонность к рискованным формам поведения, устойчивость к стрессу и пр. Поскольку каждый человек обладает общими, групповыми и уникальными характеристиками, триедиными оказываются и рекомендации врачей по формированию ЗОЖ, требующие персонализированного подхода [6].

В качестве показателей общественного здоровья медики используют совокупность медико-демографических, санитарно-статистических показателей, например, таких как показатели рождаемости, смертности, средней продолжительности жизни, показатели заболеваемости, инвалидности и др.; учитываются и такие показатели, как отчисление валового национального продукта на здравоохранение, доступность первичной медико-санитарной помощи, уровень вакцинопрофилактики населения, степень обследования беременных квалифицированным персоналом, состояние питания детей и подростков, уровень детской смертности (особенно первого года жизни), гигиеническая грамотность населения и т.д. Психологов же традиционно больше заботит активность личности по самореализации, достижению жизненного успеха, личностной зрелости и др., создающие иммунитет против психических расстройств. Психологи изучают также социальные потребности индивида и возможности их удовлетворения, социальную практику, общение личности, которые создают условия для ее социализации, адекватного взаимодействия с социальной средой, для самореализации в социуме, для получения поддержки. На социальном уровне в центре внимания психологов общественное настроение, господствующие в обществе ценности, мотивация социальной активности и показатели удовлетворенности жизнью различных групп населения и др. В центре внимания специалистов по духовным практикам поведение личности в направлении своего духовного здоровья (поведение в направлении высших человеческих ценностей, самореализация своих высших возможностей); отмечается, что духовно-нравственные традиции являются фундаментом ЗОЖ, обеспечивают духовное, душевное, физическое и социальное благополучие.

Проблема здоровья в настоящий период рассматривается и в контексте кросс-культурного подхода, поскольку культура порождает и поддерживает определенные познавательные, поведенческие стереотипы, которые не всегда способствуют как индивидуальному, так и общественному здоровью [9]. Так, быстрые социальные изменения и недостаточность социальной поддержки — два главных на сегодняшний день выявленных фактора увеличения средних показателей кровяного давления у популяции. Исследования показали, что в культурах, поощряющих людей в их эмоциональной зависимости от других, ниже потребление алкоголя, чем в культурах, поощряющих людей в одиночку справляться со своими проблемами. Важным культурным фактором является также степень, в которой человек чувствует себя способным контролировать свою среду; некоторые психические нарушения (например, депрессия) могут быть вызваны угрозой потери контроля над средой и острым чувством беспомощности из-за этого. Здоровье как феномен, обусловленный современными культурными дискурсами (концепциями, знаниями), выступает в качестве явления социального бытия; на протяжении веков меняется понимание человеком себя через призму здоровья; каждый ориентируется в своей индивидуальной жизни на определенный идеал здоровья, характерный для культуры, к которой он принадлежит. Изменение социальных условий жизни и требований общества к здоровью приводят к изменению представлений отдельных людей о здоровье, о системе согласования цели поддержания своего здоровья с другими жизненными целями (впрочем индивидуальный идеал здоровья может существенно расходиться с социальной нормой). Поскольку современные социобиотехнологии производят специфические потребности людей в оказании им медицинской помощи, понятие здоровья и приемы его обеспечения неразрывно связаны и с социальными (а не только медицинскими) технологиями (Розин В.М., 2000). Общество может оказывать как развивающее, так и сдерживающее или деструктивное влияние на человека, его здоровье, что дало основание Э. Фромму ввести термин «социально заданная ущербность».

Можно выделить многоуровневый континуум состояний здоровья человека (см. позитивное определение здоровья, записанное в Уставе ВОЗ) с полюсами «медицинская норма» и «состояние полного благополучия, абсолютного здоровья» (последнее — это некий идеал: состояние полного раскрытия своих потенциальных возможностей — физических, психических, социальных, духовных). Уровни этого континуума трактуются как с объективной (внешней), так и с субъективной точек зрения. Согласно субъективной точки зрения, человек (как и общество, культура) сам для себя определяет эти уровни, строя «внутреннюю картину здоровья» (по аналогии с «внутренней карти-

ной болезни») как части «образа мира» (Леонтьев А.Н., 1983). ВОЗ подчеркивает — понятие *личное здоровье* характеризует состояние индивидуума; при этом соответствие различных показателей гомеостаза норме и отсутствие признаков болезни не означает, что человек обязательно абсолютно здоров (в этом случае делается заключение: «практически здоров»). Традиционная медицинская персонифицированная парадигма здоровья («индивидуум без признаков патологии есть здоровый человек»), при которой данные медицинского обследования являются основанием для вердикта, отходит в прошлое; здоровье начинает соотноситься с возможностями и способностями человека, которые определяются и им самим.

Эмпирическое исследование

В программах по профилактике заболеваний наряду с диагностикой образов внутренней картины болезни («образ-негатив» по Д.А. Ошанину) в последние годы начинает использоваться и позитивный образ — внутренняя картина здоровья («образ-позитив»); эти два образа являются двумя сторонами субъективной концептуальной модели здоровья. Однако традиционно контроль субъекта за своим здоровьем продолжает осуществляться с помощью «негативного контроля» (контроля, осуществляемого посредством образа-негатива), что стало предметом специального изучения [25].

Гипотеза эмпирического исследования: у населения, а также у студентов медицинского вуза имеется устойчивый образ «здоровья». Были опрошены 50 студентов 1-го курса лечебного факультета и 50 первокурсников технического вуза. Использована методика семантического дифференциала (СД) Ч. Осгуда (25-шкальный вариант): стимулы «здоровье», «болезнь», «медицинская норма», «состояние благополучия». Сравнительный анализ результатов шкалирования показал совпадение в обеих группах опрошенных исследуемых характеристик (значимых полюсов в шкалах СД) образов «здоровье» и «медицинская норма». Следовательно, для современного понимания здоровья и адекватного его использования в своем поведении опрошенным требуется дополнительная ориентировка в современном понятии «здоровье», пояснения на примерах, понятных опрошенным (вписанных в их субъективные картины мира). Дальнейшее направление исследования: выявление условий, при которых подструктура образов, связанных с современным пониманием здоровья, становится подструктурой субъективного психологического пространства, на основе которой личность осуществляет регуляцию своего каждодневного поведения (иначе можно знать, но действовать иначе), что важно для продвижения здорового образа жизни среди населения нашей страны.

Настало время объединить в работе школ здоровья (в программах управления индивидуальным и

общественным здоровьем) усилия различных специалистов на поддержание физического, психического, социального, духовного благополучия человека. Нужно помочь всему обществу, отдельным его группам и представителям: (а) осознать наличие у них выбора действовать в направлении здоровья или болезни, (б) быть информированным о том, что способствует здоровью, а какие поведенческие модели увеличивают вероятность заболевания, увечья или преждевременной смерти, (в) быть компетентным и иметь ресурсы для воплощения моделей оздоравливающего (здоровьесберегающего) поведения в свою жизнь.

САНОГЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Санокентристский подход в оказании помощи — это ориентация помощи клиенту на «выращивание» здоровья, а не только на борьбу с болезнями: направленность на позитивные цели, поиск у человека социальных, психических, физических ресурсов даже, казалось бы, в безвыходных ситуациях, культивирование позитивного мышления и др. В профилактической медицине этот подход нашел свое выражение в валеологической модели ЗОЖ.

Обычно в медицинской среде рассматриваются две модели ЗОЖ:

1) гигиеническая (ориентирована на текущее поведение, критерий успеха — устранение в поведении пациента факторов риска, среди которых чаще всего упоминаются артериальная гипертензия, курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, гиподинамия);

2) валеологическая (ориентирована на увеличение резерва здоровья и снижение интегрального риска смерти вне зависимости от наличия или отсутствия факторов риска; суть персонализированной профилактической стратегии при втором подходе: выявление лиц с избыточным риском и коррекция последнего через увеличение резерва здоровья) [6].

Представители разных специальностей, занимающиеся междисциплинарной проблемой профилактики заболеваний, сошлись на мнении о признании значимости *поведения* индивидуума для поддержания его здоровья: активная позиция человека прогностически благоприятнее для его здоровья, чем пассивная позиция. Однако, при этом приходится учитывать некоторые детали. Так, в западной медицине широко используется термин «поведение, связанное со здоровьем» (есть и такие виды поведения, связь которых со здоровьем не зафиксирована). Замечено, что одни виды поведения, связанного со здоровьем, отдаляют человека от здоровья, а другие приближают к нему. Второй вид поведения (связанное со здоровьем и приближающее к нему) в исследовании назван *саногенным поведением* [23, 25].

Саногенное поведение — поведение, которое по своей направленности и способам осуществления приближает человека к здоровью, т.е. это оздоравливающее поведение. При рассмотрении его структуры использовался деятельностный подход, опирающийся на отечественную психологическую школу. В этой связи в макроструктуре саногенного поведения были выделены его мотивация, цели, действия, операции, самоконтроль. Саногенное поведение, обладая общей санокентристской направленностью, имеет и духовное измерение, регулируется высшими духовными ценностями. То есть личность, их культивирующая, самоопределяясь, стремится к самореализации, духовно наполненной жизни (чем бы при этом профессионально не занималась), при которой высшие духовные ценности влияют на выбор ею: (а) каждодневных целей своей деятельности в различных сферах жизни (по утверждению Б.В. Зейгарник, «охрана психического здоровья заключается... в формировании высших целей»), (б) поведенческих программ достижения этих целей, (в) используемых средств реализации программы по достижению поставленных целей; (г) влияет на самооценку эффективности своего каждодневного поведения, удовлетворенность своей жизнью.

Саногенное поведение — это поведение, которое, способствуя физическому и психологическому благополучию его культивирующей личности, предполагает заботу о своем физическом и психическом состоянии (полимотивация — важнейшая характеристика саногенного поведения), о своем организме, чтобы с его помощью иметь возможность через каждодневную работу претворять свои высшие устремления в продукты реального мира (материальные, социальные, духовные). Саногенное поведение, способствуя и социальному благополучию, предполагает социальную активность, нацеленность на оказание помощи в ней нуждающимся, умение сообща с другими работать, испытывая при этом чувство собранности (когда каждый в совместном труде остается самим собой, уникальным его субъектом, и в то же время является естественной частью целостного социального организма, испытывая от этого своеобразного состояния изолированности и приобщенности чувство удовлетворения, радости).

Для обеспечения саногенного поведения важно научиться ставить перед собой позитивные цели, культивировать саногенное мышление (*саногенному мышлению* как частному случаю *позитивного мышления* посвящены научные исследования психолога и философа Ю.М. Орлова, на протяжении многих лет возглавлявшего кафедру педагогики и медицинской психологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова), развивать у себя способность к саногенному восприятию действительности (направлять внимание при восприятии социальных

объектов не только на их недостатки, но и на достоинства, ресурсы для своего поведения [16]), регулировать свое поведение, опираясь и на высшие ценности. Умение извлекать уроки из своих успехов и неудач в достижении субъективно значимых для себя целей, вносить в свое поведение коррективы, переориентировать его в необходимых случаях и в зависимости от изменившихся условий — важная характеристика саногенного поведения (поведение с обратной связью).

Саногенное поведение рассматривается в контексте жизнедеятельности личности, ее линии жизни (используется макроуровень анализа в интервалах времени, сопоставимых с длительностью жизни человека). Саногенное поведение в качестве поведенческой надсистемы гармонизирует отдельные, входящие в нее и коммуницирующие между собой поведенческие акты, виды деятельности личности в различных сферах ее жизни, общения с другими людьми. Такое поведение задает векторы развития человека — духовного, социального, психического, физического, предполагая гармонию развития человека во всей его целостности. Объективными регуляторами такого поведения выступают показатели (а) физического и (б) психического здоровья, (в) социальной, экономической успешности. В качестве субъективного регулятора можно рассматривать субъективное состояние благополучия, удовлетворенность жизнью, приписывание ей того или иного качества.

Содержание понятия «саногенное поведение» отличается от понятия «здоровый образ жизни». Если понятие «здоровый образ жизни» на сегодняшний день предполагает поведение, нацеленное, главным образом, на поддержание своего физического здоровья, то понятие «саногенное поведение» рассматривает субъекта этого поведения — человека — во всей его целостности (как существо природное, как социального индивидуума, как субъекта психической деятельности, духовной активности), задает векторы его целостного развития, саморазвития с целью обеспечения и поддержания здоровья.

Культивирование личностью саногенного поведения, направленного на поддержание своего состояния физического, социального, психологического и духовного благополучия, может рассматриваться как ресурс в профилактике заболеваний.

УПРАВЛЕНИЕ СВОИМ ПОВЕДЕНИЕМ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ

Современный взгляд доказательной медицины на здоровье подчеркивает, что индивидуальное здоровье определяется особенностями организма и образа жизни (факторы хозяина), а также воздействием, которое человек испытывает извне (факто-

ры среды [26]) и др. Среди факторов хозяина рассматриваются [21] также свобода и ответственность личности за выбор поведения, направленного на болезнь или на здоровье.

Человек рождается, находясь внутри природы и социума, и вместе с тем превосходит их. Человек на протяжении всей истории человечества пытался установить приемлемое для себя равновесие между требованиями физического, биологического мира, общественного уклада, рока (судьбы) и возможностью свободного поведения. Его поведение определяется не только его настоящим, прошлым, но и будущим (цели, образы желаемой действительности и самого себя). По многим наблюдениям в мечтах личности, которая создает все новые и новые планы, отодвигая горизонт возможного для себя, таится большая энергия; но человек может мечтать о разном. Социум, в котором он живет, подсказывает направления движения, которых следует придерживаться личности на своем индивидуальном жизненном пути. Однако человек имеет возможность и самостоятельно произвольно влиять на свое поведение, а значит, на свое благополучие, на свое здоровье как основной ресурс жизни. При выборе того или иного поведения он обладает значительной свободой, имеет право по своему усмотрению распоряжаться своим здоровьем.

Эта свобода реализуется в каждодневном поведении. Например, личность имеет возможность (ресурс) контролировать свои негативные эмоции (не допуская, чтобы они стали хроническими), рационально питаться, систематически выполнять физические упражнения, противостоять дистрессу, быть социально активной, не употреблять алкоголь и наркотики, не курить, своевременно обращаться за медицинской помощью и пр. Но она может и не делать всего этого (не использовать эти ресурсы здоровья или ту или иную их часть).

Направленность поведения в направлении здоровья или болезни — это свободный выбор личности (при этом она должна осознать наличие у себя такого выбора и располагать научно обоснованной информацией о том, что ей нужно делать, чтобы быть здоровой, на что направить свое поведение). В целях профилактики заболеваний личность может сделать упор на стратегию борьбы с возможными заболеваниями, предохранение от них — патцентристская направленность (борьба с болезнями) или на стратегию укрепления своего здоровья, культивируя саногенное поведение — саноцентристская направленность (поддержание и укрепление здоровья, поиск его ресурсов); впрочем, в случае необходимости одну стратегию можно заменить на другую. Образ мыслей, включающий идею здоровья, формирует установку на здоровье, порождает благоприятную реакцию организма. У личности есть и еще одна возможность — не думать ни о здоровье, ни о

болезнях, доверившись природе и действующей системе здравоохранения. Какой из этих трех стратегий придерживаться – выбор каждого (в этом его свобода и ответственность).

На пути управления своим поведением есть определенные трудности и ограничения, поскольку в психике наряду с процессами и состояниями, поддающимися самоизменению, имеются и индивидуальные надсознательные явления, неосознаваемые мотивы и смысловые установки, неосознаваемые механизмы регуляции способов деятельности, неосознаваемые резервы органов чувств и др. Человек не всегда действует осознанно, зачастую демонстрируя «полевое» поведение, подверженное влиянию сложившихся динамических стереотипов, управлению окружающими людьми или внешними обстоятельствами.

В психологии управления доказано, что эффект управления зависит от качества управляющего звена. Личность имеет ресурсы управлять не только своим поведением, но и трансформировать саму себя; самотрансформация в направлении приближения к своей подлинной самости способствует усилению самоидентичности. Симптомы, что личность стала зрелой: начинает любить (любовь-бытие, любовь-подарок по А. Маслоу), «переполняться», делиться, отдавать вместо того, чтобы нуждаться. Духовное здоровье личности, ее психологическая зрелость – хорошие предпосылки для эффективного управления собственным поведением, для укрепления составляющих своего здоровья (физического, психического, социального благополучия).

Человеку дана возможность в каждый момент своего жизненного пути, самоопределившись, осознанно управлять своими мыслями, эмоциональными состояниями, своим поведением, что особенно важно на развилке жизненных дорог. Обычно принятие решения о дальнейшем пути сопровождается мучительными сомнениями, какими ориентирами воспользоваться. Понятие «самогенное поведение» задает ориентиры для разных сфер активности человека, находящихся в определенной иерархии. Когда мы говорим об *аутогенном менеджменте* [18], то имеем в виду постановку цели, планирование поведения и распределение своего времени, выбор техники достижения значимых для себя целей, овладение для этого необходимыми действиями и операциями, реализацию программ поведения и самоконтроля. Аутогенный менеджмент нацелен на собственную перестройку, использует волевую регуляцию, выбор приоритетов. Аутогенный менеджмент можно условно сравнить с коучингом для самого себя; его целевая функция – достижение субъективно значимого для конкретной личности успеха. При этом частный успех оценивается не только в результате соотнесения результата актив-

ности с вызвавшей ее потребностью, мотивацией деятельности, поставленной перед собой целью, но и в зависимости от того, насколько он приближает личность к самореализации, цельности, раскрытию своего потенциала, к лучшему познанию своих возможностей, к здоровью.

Эмпирическое исследование

В «жизненном пространстве» индивида пересекаются разные деятельности. Поведение на «перекрестке» (в случае мотивационного конфликта, конфликта целей, при выборе приоритетных видов деятельности, очередности действий и пр.) должно регулироваться, чтобы не породить хаотичные реакции. Мышление, интеллект выполняют в этом регулировании свою работу, но путь им «освещает» принятая личностью система ценностей, которая способствует созданию интегративной истории жизни. Хорошо, если поведение регулируется духовно здоровой личностью, принятой ею системой высших духовных ценностей. В случае девиантного поведения, не приносящего человеку благ, можно предположить о наличии у него той или иной формы духовного неблагополучия. Рассмотрим это на примере табакокурения.

Табакокурение – это, как известно, один из примеров девиантного поведения, оказывающее по результатам многочисленных клинических исследований отрицательное воздействие на разные сферы физического здоровья человека (курение не является благом для организма). По данным эмпирического исследования изоляция студента в группе при низком уровне развития его техники общения (признаки социального неблагополучия, которое студентом в той или иной мере осознается) может способствовать приобщению к курению как средству установления контактов с другими людьми [16]. Это происходит при условии наличия примера курительного поведения у авторитетных в группе студентов и референтности (значимости) этой группы для изолированного в ней студента. Показано, что наличие в группе курящих студентов, обладающих высоким межличностным статусом, способствует формированию у остальных студентов группы положительных установок на табакокурение. Обычно такое поведение наблюдается у тех, у кого, хотя и есть информированность о вреде курения, но нет убеждения, что оно действительно вредно (плюсы от курения в их картине мира перевешивают возможные минусы). Кроме того, ценность физического здоровья не входит в субъективную систему ценностей этих потенциальных курильщиков как одна из основных (они молодые, им кажется, что время начать думать о своем физическом здоровье пока еще не настало, в жизни есть что-то и поважней); эта ценность не стала регулятором их повседневного поведения (использованный в исследовании индикатор духовного неблагополучия). Курение для изолированного в

группе студента на начальных этапах формирования зависимости выступает как своеобразная техника общения, помогающая установить контакты с курящими значимыми другими личностями из своей группы, стать для них «своим».

На основании обследования 1 800 студентов 13 вузов в разных городах СССР была выявлена важная закономерность: период обучения в вузах является критическим в приобщении будущих молодых специалистов к курению (исследование проведено совместно с И.Г. Лавровой, Э.В. Малой, Ю.М. Орловым [17]). Среди выпускников число курящих мужчин (есть различия в зависимости от вуза, в котором шло обучение) доходило до 90%, а женщин до 60%. В исследовании показано, что попытка начинающих курильщиков, испытывающих неблагополучие в социальной сфере, достигнуть социального благополучия (что субъективно значимо для обследованной возрастной группы) осуществляется за счет снижения уровня своего физического благополучия. Табакозависимость приводит к физическому неблагополучию при «толерантности», попустительстве со стороны духовной сферы, принятой личностью системы ценностей: в системе ценностей такой личности социальное благополучие более значимо по сравнению с физическим благополучием.

Саногенное поведение не дается изначально, а достигается напряженными исканиями, развитием себя, осознанным управлением своим поведением. Чувство радости на этом пути сигнализирует об удовлетворении фундаментальной потребности человека — потребности быть самим собой, быть здоровым.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА, ОБУЧЕНИЕ САНОГЕННОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Все человеческие цивилизации так или иначе регулировали те аспекты поведения, которые влияют на здоровье.

В контексте деятельности общественного здравоохранения, программ поддержания общественного здоровья пропаганда саногенного поведения должна учитывать тот факт, что не существует глобального имиджа здоровья: у разных групп людей, у отдельных индивидов есть многочисленные представления о здоровье и свое отношение к нему. Приоритетность здоровья в системе ценностей различных людей также не одинакова, зависит от индивидуального способа «декодирования» всего того, что им говорят и показывают. PR-технологии в контексте программ поддержания общественного здоровья призваны подготавливать сознание населения к «выращиванию» своего здоровья, фокусировке сознания на ресурсах здоровья (не стоит только чрезмерно пугать население различными

формами проявления нездоровья). PR-технологии могут быть мощным инструментом формирования убеждений, доминирующих в обществе и касающихся саногенного поведения в контексте здорового образа жизни [10].

Чтобы двигаться в направлении здоровья, в большинстве случаев нужно переориентировать свое привычное поведение, а сделать это без посторонней помощи трудно (И. Павлов доказал, что смена динамического стереотипа связана с отрицательными эмоциями). *Школы здоровья* — школы (клубы) для здоровых клиентов, лиц с факторами риска (факторы, отрицательно влияющие на здоровье; медицинским сообществом к настоящему времени выявлено около 200 общих факторов риска), для пациентов, страдающих тем или иным хроническим заболеванием. В настоящее время при медицинских центрах функционируют «коронарные клубы», «школы больных сахарным диабетом», «школы больных астмой», «школы больных гипертонией» и др. Популярностью пользуются школы и для практически здоровой части населения. Настало время объединить в работе школ здоровья усилия различных специалистов на поддержание физического, психического, социального, духовного благополучия человека.

Эмпирическое исследование

Коллегией МЗ РФ еще 30 июля 1997 г. (протокол № 11) принята «Концепция сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания». Образовательное направление этой концепции предусматривает разработку, реализацию и оценку эффективности образовательных программ гигиенического обучения и воспитания для различных групп населения.

Теоретическая модель, на которой построена традиционно действующая технология обучения пациентов, — «От страха к знанию» [32]. Она предполагает первоначальное нагнетание у пациента страха, а избавление от него за счет выполнения пациентом требований медиков является подкреплением этой ответной реакции пациента на провоцирующий страх фактор. Обеспечение адекватной информацией ведет к осмыслению пациентом ситуации, а рекомендации способствуют изменению отношения к проблеме [30]. Однако одним из отмеченных в рамках психосоматической медицины недостатков этой технологии является активизация и поддержание у пациентов хронического страха, что отрицательно может сказаться и на показателях их физического здоровья, на качестве их жизни. Запреты и акцент на избегание привычных моделей поведения обычно сопровождаются появлением у пациентов чувства неполноценности, отрицательно влияют на самооценку, могут

вызывать протестное поведение, негативное отношение к рекомендуемому врачом поведению (резко негативное отношение в рекомендуемому поведению отмечалось у 78% опрошенных пациентов – исследование Н.А. Ивановой (1997).

В Приложении № 2 к приказу № 135 Минздрава России от 6 мая 1997 г. дана структурированная программа по обучению больных сахарным диабетом в Школе диабета. Структура обучающей Программы построена таким образом, чтобы последовательно раскрыть суть заболевания, просто и доступно изложить основные понятия и правила контроля болезни, объяснить основные звенья лечения болезни. Однако, несмотря на наличие в нашей стране утвержденной типовой программы, международным профессиональным сообществом признано право на существование разнообразных форм и методов обучения, право на разные технологии реализации типовых программ. Традиционная методика проведения занятий в Школе здоровья для больных сахарным диабетом, функционирующей в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова, была модифицирована. Занятия в семи экспериментальных группах проводили совместно специально подготовленные врач-эндокринолог и психолог. В трех контрольных группах занятия проводились традиционно. Цикл экспериментальных занятий был рассчитан на месяц. Между занятиями функционировали группы поддержки, желающие могли получить индивидуальную консультацию психолога.

Цель экспериментальных занятий не только проинформировать пациентов как контролировать свое физическое состояние, как питаться, каковы допустимые физические нагрузки и пр. (эту часть занятий традиционно проводят специально подготовленные врачи), но и в оказании помощи личности, находящейся в ситуации физического нездоровья: в (а) совладании с этой ситуацией, (б) «ревизии» своих ценностей и жизненных смыслов, (в) поиске новых путей и способов достижения значимых для нее жизненных целей. Традиционно формируемые на занятиях с данной категорией пациентов умения, способы поведения (значение которых устанавливается в контексте доказательной медицины) были включены в значимую для личности деятельность (на одном из первых занятий каждый пациент по итогам самоисследования актуализировал значимую для себя жизненную цель, которая на данном этапе придавала смысл его жизни, ради достижения которой он хотел жить), выступали как средство достижения личностно значимой для пациента цели (она могла быть из разных сфер его жизни – семья, работа, друзья и др.).

После этого (когда было создано «запасное поле», активирована субъективно значимая дея-

тельность и намечена программа, как ее реализовать в условиях наличного хронического заболевания) можно было переходить к рассмотрению ранее привычных для пациента моделей и способов поведения, выявлению тех, которые мешают в условиях заболевания достигнуть значимые для данного этапа его жизни цели, изменить отношение к ним и «проститься» с ними (когда-то эти действия, привычки были полезны, способствовали успеху, приносили «дивиденды», а теперь стали «тормозом» в жизни). Именно этой переориентации своего поведения добивались на экспериментальных занятиях в Школе здоровья больных сахарным диабетом Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. На занятиях была сформирована непринужденная психологически комфортная для учащихся образовательная среда, в которой мнение каждого пациента уважалось. Каждый пациент чувствовал поддержку как со стороны группы, так и со стороны ее ведущих. При такой технологии проведения занятий, нацеливающей пациентов не на избегание осложнений заболевания, а на достижение успеха в значимой для каждого из них деятельности, предполагающей получение социальной поддержки на намеченном жизненном пути, менялся эмоциональный фон проведения занятий. Вместо страха – радость от предвкушения желанной победы, от осознания наличия шанса достигнуть желаемую цель, полноценно жить, хотя из-за болезни и несколько по-другому, чем жил раньше.

Однако действительно ли меняется на экспериментальных занятиях в школе здоровья самоощущение пациентов, приводит ли экспериментальная педагогическая технология к повышению психологического комфорта пациентов? Это необходимо было проверить эмпирически – именно такая проверка стала целью эмпирического исследования. До и после цикла занятий проводилось психодиагностическое обследование пациентов; использовались психодиагностические методики: САН (диагностика самочувствия, активности, настроения), дифференциальных эмоций К. Изарда, опросник для измерения качества жизни SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Международным центром исследования качества жизни). Данные обработки результатов эмпирического исследования свидетельствуют, что при сравнении данных в контрольных и экспериментальных группах (всего опрошено 100 пациентов школы здоровья) выявлены статистически значимые различия по параметрам «настроение», «радость», «страх», «стыд», «качество жизни». Соотношение усилий, связанных с изменением привычного уклада жизни (патогенных для физического здоровья моделей поведения), с возможным выигрышем при достижении субъективно значимой цели, на достижение которой пациент рискнул направить свои усилия,

в экспериментальных группах качнулось в сторону желанной достигнуть эту привлекательную цель, что придало дополнительный смысл выполнению рекомендаций врача-эндокринолога, повысило мотивацию переориентировать свое поведение (не за счет страха, а за счет предвкушения удовольствия от достижения поставленной перед собой позитивной цели, вынесенной за границы поддержания физического здоровья; последнее стало не целью, а средством), переориентировать поведение с защитного на достигающее (физическое здоровье стало средством достижения субъективно значимой для личности пациента цели – например, воспитать внука, реализовать на работе свой проект и др.), повысило готовность пациентов к изменению своего образа жизни.

Таким образом, новая технология проведения занятий способствует тому, чтобы в жизнь пациентов вошла радость, уменьшились страх и стыд, повысилась субъективная оценка качества своей жизни даже в ситуации хронического физического нездоровья.

На повестке дня проведение отсроченных исследований с целью изучить, переориентировалась ли повседневная жизнь пациентов экспериментальных групп, изменился ли их образ жизни, а также изучить влияние новой технологии проведения занятий на физическое здоровье пациентов.

Итак, построив стадионы, жилье, дороги, магазины, обеспеченные полезными для здоровья продуктами, столовые, повысив рождаемость, запретив курение и употребление наркотиков – мы еще не обеспечим здорового образа жизни своим гражданам; нужно также создавать условия для психологического и социального благополучия отдельной личности, той или иной группы людей, общества в целом. Естественно государство не может каждому и всему обществу гарантировать здоровье. «Здоровое общество, здоровая личность» – возможно, это та цель, достижение которой сможет объединить граждан, общество, которое в свою очередь сможет взять на себя функции общественного здравоохранения (О.з.).

Общественное здравоохранение (О.з.) – система охраны здоровья, ориентированная как на здоровье популяции и общин, так и на индивидуальное здоровье и деятельность конкретного работника в системе охраны здоровья. Основное предназначение О.з. – управление общественным здоровьем, изменение в направлении поддержания здоровья поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду, поощрение здорового образа жизни. О.з. предполагает взаимодействие медицинских учреждений (лечебно-профилактических, фармацевтических), образовательных, научно-исследовательских учреждений,

информационных служб, управленческих органов (министерств, ведомств и пр.), добровольных организаций (ассоциаций), медицинских страховых компаний, частной медицинской и психологической практики и т.п. Общая цель программ: формирование компетентности личности и общности в сфере здоровья, привлечение самих граждан к процессу укрепления своего здоровья. Важный принцип О.з.: ориентация на цель (при этом цель не оправдывает средства ее достижения – не только цель, но и средства ее достижения должны стремиться быть «здоровыми» [9]).

Когда мы вместе и разделяем общие ценности, то у общества есть шанс справиться с любыми задачами (в том числе и быть здоровым в отпущенных каждому временных границах и на возможном для каждого уровне его здоровья), но, как и в любом деле, в реализации программ общественного здравоохранения нужны лидеры, продвигающие идею «Здоровый человек в здоровом обществе».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понимая значение психологии в профилактике неинфекционных заболеваний, на совещаниях (24 июня 2013 г. и 15 июля 2013 г.) у директора Департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации МЗ РФ в целях разработки мер по повышению качества оказания медицинской помощи сформулированы рекомендации, среди которых «...создать мультидисциплинарные рабочие группы (врач-специалист, врач ЛФК, медицинский психолог, врач-физиотерапевт) по профилям: кардиология, неврология, травматология и ортопедия, онкология, неонатология».

Список литературы

1. Айзенк Г.Ю. Личность и история... болезни? *Медицинская газета*. 1993; 13 октября; 81.
[Eysenck H.Yu. Personality and history of... a disease? *Meditsinskaya Gazeta*. 1993; October 13; 81 (in Russian).]
2. Бройтугам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.; 1999.
[Brautigam W., Christian P., Rad M. Psychosomatic medicine. Moscow; 1999 (in Russian).]
3. Дедов И.И. (ред.). Диабетологическая образовательная программа (DEP) для врачей эндокринологов-диабетологов по проблемам сахарного диабета 2 типа. Сборник лекций. М.; 1995.
[Dedov I.I. (ed.). Diabetes educational program (DEP) for physicians endocrinologists-diabetologists on the problems of type II diabetes. Collection of lectures. Moscow; 1995 (in Russian).]
4. Вдовина Л.Н., Зеркалина Е.И., Носкова М.П. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. Учебник. Ростов н/Д.: Феникс, 2015: 342.

- [Vdovina L.N., Zerkalina E.I., Noskova M.P. Fundamentals of medical knowledge and healthy lifestyle. Textbook. Rostov on/D.: Feniks; 2015: 342 (in Russian).]
5. *Возмител А.А.* Образ жизни: концепция, сущность, динамика. Дис. ... д-ра социол. наук. М.; 2000.
[Vozmitel A.A. Lifestyle: concept, nature, dynamics. Diss. ... doctor sociol. sciences. Moscow; 2000 (in Russian).]
 6. *Гундаров И.А., Полесский В.А.* Профилактическая медицина на рубеже веков. От фактора риска – к резервам здоровья и социальной профилактике. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016: 256.
[Gundarov I.A., Polesky V.A. Preventive medicine at the turn of the century. From risk factor to health reserves and social prevention. Moscow: GEOTAR-Media; 2016: 256 (in Russian).]
 7. *Зейгарник Б.В., Спиваковская А.А. (ред.).* Патопсихология. М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс; 2000.
[Zeigarnik B.V., Spivakovskaya A.A. (ed.). Psychopathology. Moscow: Aprel' Press, EKSMO-Press; 2000 (in Russian).]
 8. *Кулешова К.В.* Общественное здравоохранение. В: Творогова Н.Д. (ред.). Клиническая психология: энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина; 2016: 29.
[Kuleshova K.V. Public health. In: Tvorogova N.D. (ed.). Clinical psychology: encyclopedic dictionary. 2nd ed. Moscow: Practical medicine; 2016: 29 (in Russian).]
 9. *Кулешова К.В.* Здоровье общественное. В: Творогова Н.Д. (ред.). Клиническая психология: энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина; 2016: 157–159.
[Kuleshova K.V. Health. In: Tvorogova N.D. (ed.). Clinical psychology: encyclopedic dictionary 2nd ed. Moscow: Practical medicine; 2016: 157–159 (in Russian).]
 10. *Кулешов Д.В.* Пиар (PR) в работе представителей помогающих профессий. В: Творогова Н.Д. (ред.). Клиническая психология: энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина; 2016: 435–436.
[Kuleshov D.V. Public relations (PR) for the representatives of helping professions. In: Tvorogova N.D. (ed.). Clinical psychology: encyclopedic dictionary. 2nd ed. Moscow: Practical medicine; 2016: 435–436 (in Russian).]
 11. *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность. М.; 1977.
[Leontiev A.N. Activity, consciousness, personality. Moscow; 1977 (in Russian).]
 12. *Лисицын Ю.П.* Здоровье как функция образа жизни. Тер. архив. 1983; 9: 4–14.
[Lisitsyn Yu.P. Health as a function of lifestyle. Ter. Archive. 1983; 9: 4–14 (in Russian).]
 13. *Маслоу А.* Самоактуализирующиеся личности. В: Психология личности. Тесты. М.: МГУ; 1982.
[Maslow A. Self-actualizing personalities. In: Psychology of personality. Tests. Moscow: MSU; 1982 (in Russian).]
 14. *Орлов Ю.М.* Саногенное мышление. Теория и практика. М.: Импринт-Гольфстрим; 1998.
[Orlov Yu.M. Sanogenic thinking. Theory and practice. Moscow: Imprint-Gulf Stream; 1998 (in Russian).]
 15. *Творогов Н.Д. (ред.).* Психология здоровья: психологическое благополучие личности. М.: УРАО; 2005.
[Tvorogova N.D. (ed.). Health psychology: psychological well-being of the person. Moscow: URAO; 2005 (in Russian).]
 16. *Творогова Н.Д.* Экспериментальное изучение макроструктуры деятельности общения студента. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; 1977: 18.
[Tvorogova N.D. Experimental study of the macrostructure of the communication activity of the student. Abstract diss. ... Cand. Psychol. Sciences. Moscow; 1977: 18 (in Russian).]
 17. *Творогова Н.Д.* Некоторые медико-социальные проблемы диспансеризации студентов. В: Лаврова И.П., Малая Э.В., Нечаев В.С., Орлов Ю.М. Основные направления совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению. М.; 1979; 1.
[Tvorogova N.D. Some medical and social problems of dispensersation of students. In: Lavrova I.P., Malaya E.V., Nechaev V.S., Orlov Yu.M. The Main directions of the improvement of ambulatory care for the population. Moscow; 1979; 1 (in Russian).]
 18. *Творогова Н.Д.* Медицинская педагогика. *Медицинская помощь.* 1998; 5.
[Tvorogova N.D. Medical pedagogy. *Medical care.* 1998; 5 (in Russian).]
 19. *Творогова Н.Д.* На пути самореализации. В: Смысл жизни и акме. М.: Смысл; 2004; 2: 179–191.
[Tvorogova N.D. On the path of self-realization. In: The meaning of life and Acme. Moscow: Smysl; 2004; 2: 179–191 (in Russian).]
 20. *Творогова Н.Д.* Социальное благополучие личности. В: Психология здоровья: семейный аспект. М.: УРАО; 2004: 7–12.
[Tvorogova N.D. Social well-being of the person. In: Psychology of health: family aspect. Moscow: URAO; 2004: 7–12 (in Russian).]
 21. *Творогова Н.Д.* Поведение в направлении здоровья. В: Форум «Здоровье нации – основа процветания России». М.: МГУ; 2007; 2: 133–137.
[Tvorogova N.D. Behavior in the direction of health. In: Forum “Nation health – a basis of Russia prosperity”. Moscow: MSU; 2007; 2: 133–137 (in Russian).]
 22. *Творогова Н.Д.* Модели модификации поведения в школах здоровья. В: Материалы съезда психологов РПО. М.; 2007.
[Tvorogova N.D. Models of behavior modification in health schools. In: Proceedings of the Congress of psychologists of the RPS. Moscow; 2007 (in Russian).]
 23. *Творогова Н.Д., Вялков А.И., Хрусталева Ю.М., Журнов В.Д. (ред.).* Саногенное поведение. В: Философия укрепления здоровья нации. М.: Российское философское общество; 2008: 124–139.
[Tvorogova N.D., Vyalkov A.I., Khrustaleva Yu.M., Zhirnov V.D. (eds). Sanogenic behavior. In: The philosophy

- of strengthening the nation's health. Moscow: Russian Philosophy Society; 2008: 124–139 (in Russian).]
24. *Творогова Н.Д., Мельниченко Г.А.* Переориентация поведения пациентов на занятиях школы сахарного диабета. Реабилитация и профилактика – 2013. В: Сборник тезисов научной конференции с международным участием. М.: Изд-во Первого МГМУ имени И.М. Сеченова: 264–267.
[*Tvorogova N.D., Melnichenko G.A.* Reorientation of patient' behavior in the schools of diabetes mellitus / Rehabilitation and prevention – 2013. In: Abstracts of scientific conference with international participation. Moscow: Publishing house of I.M. Sechenov First MSMU: 264–267 (in Russian).]
 25. *Творогова Н.Д.* Подход к пониманию текста с позиций психосемантики. В: Деятельный ум: от гуманитарной методологии к гуманитарным практикам. М.: Смысл; 2016: 69–73.
[*Tvorogova N.D.* Approach to the understanding of the text from the standpoint of psychosemantics. In: Active mind: from humanitarian methodology to humanitarian practices. Moscow: Smysl; 2016: 69–73 (in Russian).]
 26. *Тулчинский Т.Х., Варавикова Е.А.* Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим; 1999: 1049.
[*Tulchinsky T.H., Varavikova E.A.* New public health: an introduction to modern science. Jerusalem; 1999: 1049 (in Russian).]
 27. *Шаню де Сентонж Д.М.* Духовное попечение в медицинской практике. *Вестник семейной медицины.* 2008; 7: 271–273.
[*Chapu de Saintonge D.M.* Spiritual care in medical practice. *Bulletin of family medicine.* 2008; 7: 271–273 (in Russian).]
 28. *Ярошевский М.Г.* Наука о поведении: русский путь. *Вопросы психологии.* 1995; 4: 5–18.
[*Yaroshevsky M.G.* The science of behavior: Russian way. *Voprosy Psihologii.* 1995; 4: 5–18 (in Russian).]
 29. *George I., Prasadaro P., Kumaraiah V., Yavagal S.* Modification of Type A behavior pattern in coronary heart disease: A cognitive-behavioral intervention program. *NIMHANS Journal.* 1998; 76(1): 29–35.
 30. *Ley Ph.* Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical psychology.* 1982; 21: 241–254.
 31. *Pender N.J.* Health promotion in nursing practice. Norwalk, CT: Appleton&Lange; 1987.
 32. *Sutton S.R.* Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research. In: Eiser J.R. (ed.). *Social Psychology and Behavioural Medicine.* New York: Wiley; 1982.