

Позитивное психическое здоровье: исследовательская повестка дня

Alan Carr

School of Psychology, University College Dublin, Belfield, Dublin 4, Ireland

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Vaillant предоставляет глубокий обзор семи концептуальных моделей позитивного психического здоровья. В качестве наилучшего пути к пониманию психического здоровья он предлагает проведение продольных исследований множества популяций, в условиях различных культур и с использованием инструментов, позволяющих оценить множество концепций.

Заглядывая в будущее, я соглашусь с Vaillant в том, что для создания наиболее пригодной концепции позитивного психического здоровья необходима теоретическая и эмпирическая работа. С теоретических позиций, есть необходимость прояснения и интеграции нынешних перекрывающихся, но различающихся конструктов в более широкие и всеобъемлющие концептуальные рамки. С эмпирической точки зрения, нужно разрабатывать и совершенствовать инструменты для измерения конструктов позитивного психического здоровья на множестве уровней, включая самоотчет, поведенческие характеристики, психофизиологическое реагирование и нейробиологическое функционирование. Кроме того, необходимо провести связь между исследованиями позитивного психического здоровья и психологией нормального и патологического функционирования на протяжении жизни. В частности, было бы ценным посредством генетических, нейробиологических, психометрических исследований и исследований в области развития определить связи между позитивным психическим здоровьем с одной стороны и интеллектом, темпераментом, чертами характера, саморегуляцией и привязанностью с другой.

Необходимо ограничивать позитивное психическое здоровье от уровня интеллекта на основании психометрических измерений, а также от других форм интеллекта в моделях, таких как множественный интеллект Гарднера (1). Очевидно, что высокий IQ и психическое здоровье – не синонимы. Тем не менее, как психическое здоровье, так и интеллект (определенный при помощи тестов на IQ) предполагают способность к эффективному решению проблем и адаптации к среде. Важным для исследования вопросом является вопрос о природе и степени параллелизма между показателем интеллекта, установленным на основании психометрических измерений и позитивным психическим здоровьем на протяжении жизни.

Vaillant указывает на то, что позитивное психическое здоровье приравнивается к социальному и эмоциональному интеллекту. Принимая во внимание установленную корреляцию между религиозными практиками и благополучием (3), есть также основания полагать, что экзистенциальный или духовный интеллект, либо высокая стадия морального развития (2), могут быть центральным аспектом позитивного психического здоровья. Остается неясным характер взаимоотношений между позитивным психическим здоровьем и другими формами интеллекта, такими как музыкальный, кинестетический и натуралистический. Схожие основания могут быть приведены для понятий одаренности и креативности. Некоторые индивиды могут быть исключительно одаренными или креативными в том,

как они решают вопросы, связанные с их собственным позитивным психическим здоровьем.

Теории темперамента и личностных черт несут в себе концепцию, согласно которой позитивное психическое здоровье представляет собой определенный тип профиля личности. Например, детей с более покладистым темпераментом могут считать психически более здоровыми, чем тех, с кем имеются трудности или чей темперамент проявляется замкнутым поведением. С точки зрения теорий, подразумевающих выделение различных черт, таких как пятифакторная модель личности, люди с более высокими значениями эмоциональной стабильности, экстраверсии, конформности, добросовестности и открытости к опыту могут рассматриваться как психически более здоровые, чем люди с иными профилями. Vaillant упоминает подобный подход в разделе, где психическое здоровье рассматривается как совокупность свойственных человеку сильных качеств. Так или иначе, я бы хотел исследовать важность установления связи между исследованиями в области позитивного психического здоровья и обширными знаниями, накопленными о темпераменте и личностных чертах (4).

Обширные литературные данные на тему саморегуляции проливают свет на факторы, имеющие отношение к способности человека поддерживать мотивированную активность в то время, когда он претерпевает дистресс (5). Эта способность может быть одним из аспектов позитивного психического здоровья и, возможно, относится к адаптивным защитным механизмам, обсуждаемым Vaillant в разделе об устойчивости (resilience). Исследования процесса саморегуляции и позитивного психического здоровья должны явиться важным приоритетом будущего.

Исследования в области привязанности показали, что безопасный и небезопасный стили привязанности могут быть определены на протяжении жизни, при том, что безопасный стиль связан с более успешной психологической адаптацией (6). Люди с безопасными стилями привязанности, развившимися в результате взаимодействия с чуткими родителями в ранние годы жизни, разрабатывают внутренние рабочие модели своего «Я» и других, которые влекут за собой ожидания, что другие с большой вероятностью будут доступны для удовлетворения потребностей в привязанности. Эта установка на доверие, возможно, является ключевым компонентом позитивного психического здоровья и областью, требующей дальнейших исследований.

Интеграция существующих моделей позитивного психического здоровья, рассмотренных в статье Vaillant, в систему более высокого порядка, наряду с исследованиями, призванными связать такую интегративную модель с представлениями об интеллекте, темпераменте, личностных чертах, саморегуляции и привязанности создадут основу для понимания позитивного психического здоровья в контексте имеющихся знаний о нормальном развитии в процессе жизни. Это также обеспечит научное обоснование для разработки коррекционных программ для улучшения позитивного психического здоровья.

Литература:

1. Gardner H. Frames of mind: theory of multiple intelligences. New York: Basic Books, 2004.
2. Killen M, Smetana J. Handbook of moral development. London: Psychology Press, 2006.
3. Myers D, Eid M, Larsen R. Religion and human flourishing. In: Eid E, Larsen R (eds). The science of subjective well-being. New York: Guilford, 2008:323-46.
4. Bates J, Schermerhorn A, Goonight J. Temperament and personality through the lifespan. In: Lamb M, Freund A (eds). The handbook of lifespan development. Vol. 2. Social and emotional development. New York: Wiley, 2010:208-53.
5. Forgas J, Baumeister R, Tice D. Psychology of self-regulation: cognitive, affective, and motivational processes. New York: Psychology Press, 2009.
6. Cassidy J, Shaver P. Handbook of attachment, 2nd ed. New York: Guilford, 2008. 101

Кросс-культуральный взгляд на позитивное психическое здоровье с точки зрения теории самоопределения

Kennon M. Sheldon

Department of Psychology, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Vaillant представил прекрасный обзор исторических и современных аспектов понятия «позитивного психического здоровья», очертив семь различных концепций этого счастливого состояния. Интересно, что, несмотря на присутствие в названии статьи вопроса о возможности кросс-культурального определения позитивного психического здоровья, Vaillant уделяет данному аспекту лишь небольшое внимание. Являются ли рассмотренные семь моделей подходящими для других культур? Нам это неизвестно. Vaillant представил уместную метафору, рассуждая о десятиборцах-чемпионах: «Все десятиборцы обладают хорошими характеристиками мышечной силы, скорости, выносливости, грации и соревновательного упорства, хотя их комбинации могут отличаться». Это предполагает, что позитивное психическое здоровье может быть охарактеризовано одними и теми же базовыми способами применительно ко всем культурам, даже несмотря на то, что отдельно взятые культуры могут отличаться по этим признакам в количественном отношении или в комбинации черт (то есть, какие-то могут иметь большую «силу», а другие – большую «скорость»). Так или иначе, Vaillant не спекулирует на тему того, как различные типы культур могли бы в большей или меньшей степени подкрепить те или иные из рассмотренных им семи концепций психического здоровья.

С целью пролить больше света на эти вещи, я вкратце опишу теорию самоопределения, теорию мотивационного здоровья, которая получила широкое эмпирическое подтверждение за последние четыре десятилетия и которая, на мой взгляд, представляет собой восьмую (может быть, самую фундаментальную) концепцию психического здоровья (1-3). Возможно, некоторые из читателей этого журнала не знакомы с данной теорией, находящейся под широким куполом «позитивной психологии». Преимущество этой теории состоит в том, что она касается не только позитивного самого по себе, но и стремится найти позитивное в контексте потенциально негативных состояний и ограничений. Эта теория также приводит основательные и хорошо эмпирически подтвержденные доводы о природе позитивной мотивации в разных культурах.

Согласно теории самоопределения, каждый индивид обладает врожденной активностью, стремлением находить и следовать внутренним побуждениям и в

этом процессе учиться, расти и процветать. Внутренние побуждения возникают автоматически, по мере того, как факторы среды подкрепляют их (к сожалению, «контролирующая» среда может их подрывать). Теория также предполагает, что у всех людей есть три базовых психологических потребности, или требования к опыту, удовлетворение которых подкрепляет внутреннюю мотивацию, развитие и здоровье точно так же, как удовлетворение базовых физических потребностей поддерживает рост и здоровье растений (4). Эти три потребности включают в себя автономию (потребность в саморегуляции; владение собственными действиями и идентификация себя со своими поведением); компетенция (потребность быть эффективным; двигаться к совершенствованию навыков и умений); и связанность (потребность чувствовать психологическую связь со значимыми другими; поддерживать и получать поддержку от этих других).

Заметим, что эти три потребности отсылают нас к работе Фрейда «Любовь и Труд», с ее положением о том, что труд должен быть значимым и выбираться самостоятельно. Эти потребности также соотносятся с определением психического здоровья Jahoda, которое упоминается в статье Vaillant: психическое здоровье включает «автономию (контакт с собственной идентичностью и чувствами); инвестирование в жизнь (самоактуализация и нацеленность на будущее); эффективное решение проблем (точное восприятие реальности, резистентность к стрессу, освоение окружающей среды); и способность к любви, труду и игре». Теория самоопределения предполагает, что инвестирование в жизнь и нацеленность на будущее возникают автоматически, когда другие три потребности удовлетворены.

Согласно теории самоопределения, три вышеперечисленные потребности развились вследствие того, что люди, стремившиеся к этим психосоциальным благам и, приобретая их, получали психологическое подкрепление, имели преимущество при отборе по сравнению с теми, кто этого не делал. В настоящее время ключевой характер этих трех компонентов здоровья и благополучия подтвержден большим объемом научной литературы, осветить который не представляется возможным ввиду ограниченного формата этого текста. В качестве лишь одного примера, приведу статью 2001 года, в которой десять возможных психологических потреб-

ностей тестировались на предмет относительной частоты их присутствия (или отсутствия) в списке «наиболее удовлетворяющих событий» согласно самоотчету людей. Автономия, компетентность и связанность заняли в этом исследовании первые места; гедоническое удовольствие, финансовый успех, популярность / статус, безопасность / защищенность и даже физическое здоровье и самоактуализация не получили подтверждения в качестве базовых потребностей согласно использовавшимся в исследовании критериям.

Обращаясь к кросс-культуральному аспекту, утверждение о том, что это сложившиеся в результате эволюции базовые потребности, характерные для природы человека, предполагает, что им должно придаваться большое значение во всех культурах. Литература ясно это подтверждает, и вот лишь один пример. Sheldon с соавт. (6) установили, что эти три потребности предопределяли положительные эмоции и удовлетворенность жизнью в равной степени в 20 различных культурах, включая африканские, азиатские, европейские, латиноамериканские и австралийские. Такой эмпирический подход принимает за доказательство истинности потенциальной потребности тот факт, что она связана с положительными эмоциями и субъективным благополучием (две из семи описанных Vaillant концепции позитивного психического здоровья).

В теории самоопределения позитивные эмоции и субъективное благополучие являются лишь побочными продуктами удовлетворения потребности, а не самостоятельными показателями психического здоровья. Фактически, теория самоопределения могла бы утверждать, что все проявления психического здоровья в итоге подкрепляются или являются следствием удовлетворения психологических потребностей.

Каким же образом культуры различаются между собой в плане психического здоровья? Согласно теории самоопределения, культуры отличаются степенью, в которой они поощряют удовлетворение базовых потребностей людей, так что одни культуры становятся более процветающими (в среднем), чем другие. Например, потребность в автономии обычно меньше поощряется в азиатских обществах, что подтверждается более низкими баллами по удовлетворению потребности в автономии и частично объясняет пониженные показатели положительных эмоций и субъективного благополучия в этих культурах.

Возвращаясь к метафоре о десятиборье, существуют определенные ключевые для психического здоровья составляющие опыта. Психологические здоровые представители любого общества продемонстрируют больше этих составляющих. Так или иначе, разные сообщества будут отличаться в конкретном соотношении того, насколько эти составляющие поддерживаются и поощряются. Например, в своем исследовании 2001 года Sheldon с соавт. (6) показали, что жители Южной Кореи отмечали большее удовлетворение потребности в связанности, чем в компетентности, среди своих «наиболее удовлетворяющих событий», что было прямо противоположно ситуации в США. Тем не менее, и компетентность и связанность в одинаковой степени предопределяли положительные эмоции в обеих культурах.

В заключение, теория самоопределения делает попытку уточнения «психологической пищи», необходимой для всех форм психического здоровья, во всех культурах. Индивидуальные и культуральные различия в удовлетворении потребностей способны объяснить индивидуальные и культуральные различия во многих проявлениях позитивного психического здоровья (7).

Литература:

1. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
2. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In: John O, Roberts R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008:654-78.
3. Sheldon KM. Optimal human being: an integrated multi-level perspective. New Jersey: Erlbaum, 2004.
4. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *J Pers* 1995;63:397-427.
5. Sheldon KM, Elliot AJ, Kim Y et al. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. *J Pers Soc Psychol* 2001;80:325-39.
6. Sheldon KM, Cheng C, Hilpert J. Understanding well-being and optimal functioning: applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) model. *Psychol Inq* 2011;22:1-16.
7. Sheldon KM. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: a two process perspective. *Psychol Rev* (in press).

Клиническая роль психологического благополучия

Giovanni A. Fava

Department of Psychology, University of Bologna, Viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italy

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

В изучении психического здоровья исторически имел место значительный перевес в сторону психологической дисфункции, и здоровье приравнивалось скорее к отсутствию болезни, чем к присутствию благополучия. Ryff и Singer (1) предположили, что отсутствие благополучия приводит к возникновению состояний уязвимости к возможным неприятностям в будущем, и что путь к устойчивому выздоровлению лежит не только через облегчение отрицательных аспектов, но и через формирование положительных. Вывести человека из состояния плохого функционирования – одна из составляющих успеха, однако существует и другая, а именно помощь в продвиже-

нии к восстановлению продуктивного функционирования.

George Vaillant справедливо указывает на относительный вклад и культуральную чувствительность разных моделей позитивного психического здоровья. Так или иначе, понятие о психическом здоровье неразрывно связано с понятием о психологическом благополучии. Детально разработанная модель С. Ryff (2) представляет интеграцию различных точек зрения. Она охватывает шесть взаимосвязанных психологических измерений: позитивную оценку собственного «я», чувство непрерывного роста и развития, веру в то, что жизнь значима и имеет смысл, обладание качественными

взаимоотношениями с другими, способность эффективно справиться со своей жизнью и чувство самоопределения.

Результаты большого количества клинических исследований в существенной мере поддерживают эту модель. При оценке психологического благополучия с использованием Шкал психологического благополучия (Psychological Well-Being Scales) (2) было выявлено, что у пациентов с расстройствами настроения и тревожными расстройствами, находящимися в ремиссии после стандартного фармакологического или психотерапевтического лечения, часто имеют место нарушения в этих сферах (3). Установлено, что недостаток психологического благополучия является фактором риска депрессии (4). Специфическая психотерапевтическая стратегия, направленная на повышение психологического благополучия и устойчивости, терапия благополучия (ТБ) (well-being therapy, WBT), основанная на концептуальной модели Ryff (2), развивалась и тестировалась в многочисленных рандомизированных контролируемых испытаниях (3). Было показано, что применение ТБ в добавление к стандартной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у пациентов с рекуррентной депрессией, ответивших на лекарственную терапию, приводит к значительному снижению частоты рецидивов на протяжении 6-летнего периода наблюдения, по сравнению с обычным клиническим ведением (КВ) (5). Более того, было установлено, что комбинация КПТ и ТБ при их последовательном проведении приводит к более высокому по сравнению с одной только КПТ уровню ремиссии по показателям шкал дистресса и благополучия при генерализованном тревожном расстройстве, с сохранением этого эффекта в течение 2-летнего периода наблюдения (6).

Результаты недавнего рандомизированного контролируемого исследования циклотимии (7) дополнили понимание проблемы. Шестидесяти двум пациентам с диагнозом циклотимии по критериям DSM-IV были в случайном порядке назначены КПТ / ТБ или КВ. После лечения были выявлены существенные различия по всем показателям исхода, с более значительным улучшением в группе КПТ / ТБ по сравнению с группой КВ. Терапевтические достижения сохранялись на протяжении периодов наблюдения в один и два года. Эти результаты означают, что последовательное проведение комбинации КПТ и ТБ, нацеленной на оба полюса колебаний настроения и коморбидную тревогу, имеет значительные и стойкие преимущества при циклотимии. Это исследование позволяет предположить, что между различными психологическими измерениями существует некий баланс, который и имеет наибольшее значение.

Ryff и Singer (1) подчеркивают значение наставления Аристотеля искать то, что «занимает промежуточное положение», избегая чрезмерного и крайностей. Преследование благополучия может быть настолько солипсистским и индивидуалистическим, что не оставляет места для взаимосвязи между людьми и пользы для общества. Либо оно может быть сфокусировано на ответственности и обязательствах за пределами человеческой самости, так что его личные таланты и спо-

собности не проявляются и не развиваются. Таким образом, Ryff и Singer (1) придают значение понятию баланса, как теоретическому ориентиру и как эмпирической реальности, которая должна приниматься во внимание исследователями благополучия.

Применение модели Ryff (2) с целью диагностики и лечения предполагает, что оптимальный баланс благополучия отличается у разных людей: нет одного правильного способа быть благополучным (люди отличаются комбинациями сильных и уязвимых сторон, и каждый вынужден иметь дело с тем, что имеется у него в распоряжении).

Применение данной модели в кросс-культуральном ключе является целесообразным и должно интегрировать концептуальные рамки Vaillant. Более того, Ryff (2) подчеркивает, что личностные активы должны рассматриваться в комбинации с контекстуальными переменными (работа, семейная жизнь, социальные обязательства и социально-экономические условия). Основной посыл состоит в том, что личность, благополучие и дистресс сходятся воедино разными путями у разных людей.

G. Engel (8) определил этиологические факторы как «факторы, которые перегружают или ограничивают производительность систем, обеспечивающих рост, развитие или адаптацию». Позитивное психическое здоровье должно быть адресовано к этим этиологическим факторам. Оценка благополучия и следование таким стратегиям его повышения, как ТБ, должны внедряться в практику клинического обследования и учитываться в планах терапии (9).

Литература:

1. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud* 2008;9:13-39.
2. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and well-being. In: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds). *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford, 2008:399-418.
3. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Personality* 2009; 77:1903-34.
4. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *J Affect Disord* 2010;122:213-7.
5. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872-6.
6. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 26-30.
7. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-being Therapy in cyclothymic disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:136-43.
8. Engel GL. A unified concept of health and disease. *Perspect Biol Med* 1960;3:459-83.
9. Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). *The psychosomatic assessment. New strategies for improving clinical practice*. Basel: Karger, 2012.

Развитие здоровой личности и благополучие

C. Robert Cloninger

Center for Well-Being, Washington University School of Medicine, 660 South Euclid Avenue, St. Louis, MO 63110, USA

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

George Vaillant описывает семь концепций позитивного психического здоровья: эффективное функционирование, сильные качества характера, зрелость, баланс позитивных эмоций, социально-эмоциональный интеллект, удовлетворенность жизнью (истинное счастье) и устойчивость. Эти описания отражают его выдающийся вклад в эпидемиологические исследования психического здоровья, а вместе с тем и его принадлежность к школам психоанализа и позитивной психологии. Он делает ценное наблюдение, что эти семь концепций благополучия в значительной мере накладываются друг на друга.

Соотношения, обнаруженные Vaillant в результате эмпирической оценки этих конструктов, позволяют предположить, что основанное на принципе обратной связи взаимодействие между множественными отдельными процессами приводит к возникновению благополучия как сложной адаптивной системы (1,2). Формирование благополучия подразумевает наличие такой сложной адаптивной системы, потому что одни и те же личностные черты могут предопределять разные медицинские исходы (т.е. мультифинальность), а различные наборы личностных черт могут приводить к одному и тому же исходу (т.е. эквифинальность) (2). Таким образом, линейные стадийные модели развития, такие как модели Эриксона, Пиаже и Кольберга, являются несовершенными.

Наличие обратной связи в динамике благополучия открывает оптимистические перспективы для охраны психического здоровья, так как свидетельствует о существовании множества путей к благополучию, которые могут быть адаптированы к уникальным сильным и слабым сторонам каждого человека. В то же самое время, такие сложные динамические соотношения представляют собой трудную проблему утверждения отдельных параметров для оценки компонентов благополучия. Показатели, используемые в каждой из семи описанных Vaillant концепций благополучия, умеренно коррелируют с показателем зрелости (т.е. самонаправленности и способности к сотрудничеству) Шкалы Темперамента и Характера (Temperament and Character Inventory, TCI) и низкими показателями избегания вреда (3). К сожалению, в отношении этого остаточного разнообразия нет достаточного понимания в отношении содержания, структуры или функции других личностных измерений, таких как самотрансцендентность и упорство, хотя идет развитие в этом направлении (4-6).

Тем не менее, динамическая природа процессов, способствующих благополучию, подразумевает ключевую роль самотрансцендентности в том, что здоровье расцветает благодаря развитию зрелости, целостности, мудрости, устойчивости и креативности. Спираль зрелости Эриксона и Vaillant может быть систематически соотнесена с развитием трех черт характера – самонаправленности, способности к сотрудничеству и самотрансцендентности (1). Как и Vaillant, DSM-5 предлагает общее определение здоровой личности в терминах, имеющих отношение к самонаправленности и способности к сотрудничеству. В то же время, в DSM-5 игнорируется самотрансцендентность, хотя все три характеристики важны для предопределения физического,

психического и социального компонентов здоровья и счастья (3).

Самотрансцендентный облик единого целого является, по сути, фундаментальным для здорового развития личности, даже несмотря на то, что в материалистических культурах это может обесцениваться. Например, один из представителей гуманистической психологии, Г. Олпорт, утверждал: «Базовое экзистенциальное стремление расти, следовать за смыслом и искать единства также является данностью. Это важнейшее обстоятельство – даже более выдающееся свойство человеческой природы, чем склонность поддаваться давлению окружения» (7). Понимая необходимость динамического баланса между автономией и связанностью, Олпорт охарактеризовал психологическую зрелость как адаптивный набор из семи функций: а) расширение «я» (self-extension) (неподдельная и устойчивая вовлеченность в значимые виды деятельности, такие как работа, семейная жизнь или общественно полезная деятельность); б) стабильные формы теплого отношения к другим, такие как терпимость, эмпатия, доверие и искренность; в) принятие себя (self-acceptance) или эмоциональная защищенность (способность к регуляции своих эмоциональных состояний и жизни с ними); г) реалистичное восприятие и оценка (видение мира таким, какой он есть, в противоположность тому, чтобы использовать защиту или искажать реальность, потокая своим желанием); д) «проблемоцентрированность» (problem-centeredness) (находчивость при решении проблем); е) самообъективизация (selfobjectification) (осознание себя, позволяющее человеку смотреть на себя с критикой и юмором); ж) объединяющая философия жизни, обеспечивающая осмысление и интеграцию целей и ценностей (7). Согласно Олпорту, здоровая личность постоянно стремится к консолидации личности посредством интеграции всех аспектов его / ее жизни.

Вдохновленная описаниями психологической зрелости, сделанными Олпортом и другими гуманистами, С. Ryff разработала надежные параметры для измерения составляющих психического здоровья или, в ее терминологии, психологического благополучия (8). Параметры Ryff оказались полезными в дифференциации психобиологических коррелятов благополучия и состояния нездоровья (9). Ее эмпирические находки показывают, что отсутствие симптомов психических заболеваний не обеспечивает присутствие положительных эмоций, удовлетворения жизнью и других показателей благополучия. К сожалению, концепция, предложенная Ryff, не предусматривает параметров для измерения самотрансцендентности или объединяющей философии жизни. Ее параметры в некоторой степени объясняются высокими значениями самонаправленности и способности к сотрудничеству, а также низким уровнем избегания вреда. Предложенные Ryff параметры для измерения личностного роста положительно, но лишь в слабой степени, коррелируют с самотрансцендентностью (10). Более совершенная модель благополучия потребует лучшего понимания роли самотрансцендентности (5). В противоположность использованию защитных форм поведения и напря-

женного самоконтроля, точка зрения единства выражается в таких видах активности как плавность при выполнении атлетических движений, импровизация при исполнении музыкальных произведений, доверительное восприятие социальной поддержки и щедрость при благотворительных пожертвованиях. В каждом из этих случаев перечисленные виды активности активируют наиболее поздно развившиеся отделы мозга, в частности префронтальные области (11). Активация передней префронтальной коры создает ощущение удовлетворения даже в те моменты, когда человек предвидит неприятности или жертвует чем-то, имеющим для него личную ценность.

Подводя итог вышесказанному, концепции Vaillant могут помочь людям в осмыслении функций различных составляющих благополучия. Еще много работы предстоит проделать для разработки эмпирических параметров, способных достоверно дифференцировать разные процессы, которые обеспечивают развитие здоровой личности и возникновение благополучия. Нам необходимо углубить понимание ключевой роли самотрансцендентности наряду с другими личностными измерениями в развитии здоровья и счастья (3,5). Огромный недостаток находящихся на подходе классификаций психических расстройств состоит в том, что они заключают в себе слишком мало научного понимания благополучия или вовсе игнорируют его. Я аплодирую George Vaillant и руководству «Всемирной Психиатрии» за их вклад в создании этой ценной дискуссии на тему благополучия.

Литература:

1. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered therapeutics. *International Journal of Person-centered Medicine* 2011;1:43-52.
3. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011;128:24-32.
4. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S et al. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood and anxiety disorders. *J Affect Disord* (in press).
5. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M et al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a populationbased study. *J Affect Disord* 2011;133:265-73.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
7. Allport GW. Patterns and growth in personality. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.
8. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:719-27.
9. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL et al. Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychother Psychosom* 2006; 75:85-95.
10. Rozsa S, Cloninger CR. Personality and well-being. In preparation.
11. Cloninger CR. The evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43:994-1006.–

Что есть здоровье и что значит «позитивное»? Решение МКФ

Michael Linden

Charité University Medicine, Berlin and Rehabilitation Centre Seehof of German Federal Pension Agency, Teltow/Berlin, Germany

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Говоря о позитивном здоровье, необходимо прояснить понятия и определения. Vaillant дает целый спектр ответов, но в то же время поднимает еще больше вопросов, требующих подробного обсуждения.

Первый вопрос, который требует прояснения – что подразумевается под «здоровьем». В добавление к тому, о чем пишет Vaillant, в определении нуждается понятие «позитивного» и то, являются ли в данном случае слова «позитивное» и «здоровье» синонимами. Vaillant указывает на исключительных людей, таких как астронавты и чемпионы по десятиборью. Это предполагает, что позитивное здоровье отличается от здоровья как такового, то есть от здоровья обычных людей. Если именно это имеется в виду, то возникает вопрос, кто заинтересован в таких крайних показателях здоровья и может ли это вообще быть названо здоровьем? Является ли деформированное сердце атлета здоровым или болезненным, учитывая, что оно может стать причиной смерти человека, хотя временно позволяет ему достигать высоких результатов в спорте? И не называется ли постоянное пребывание в счастливом и благополучном состоянии гипертимией? Так что же является критерием, позволяющим нам считать что-то «здоровым»? Нам нужны нормы, и Vaillant верно замечает, что они не могут быть получены ни из распределения баллов, ни посредством оценки достижений.

Второй вопрос, требующий прояснения – отношение между здоровьем и болезнью. Vaillant говорит, что

«психическое заболевание – это состояние, которое может быть достоверно определено», и затем противопоставляет психическое заболевание «позитивному психическому здоровью». Вопреки традиционному взгляду, что «здоровье» и «болезнь» являются двумя концами одномерного континуума, Vaillant предлагает двухмерную концепцию, говоря, например, о футболисте мирового уровня со сломанной лодыжкой, который является больным и здоровым в одно и то же время. Предположение о том, что здоровье и болезнь составляют два независимых измерения, позволяет изучать взаимодействие между ними и не только измерять, но и специфическим образом воздействовать и на болезнь и на здоровье. Что особенно характерно для лечения хронических заболеваний, таких как инфаркт миокарда, рак или тревога – проблема во многих случаях не столько в самой болезни, сколько в ухудшении здоровья по причине болезни. Мы назвали это «синдромом кукушкиного яйца». Чтобы иметь красивый сад, не достаточно вырвать сорняки (то есть воздействовать на болезнь), нужно еще и сажать цветы (улучшать здоровье). Существует длинный список хорошо изученных терапевтических вмешательств, направленных на улучшение здоровья, которые мы обобщили под термином «салютотерапия» (“salutotherapy”) (1).

Третий вопрос, требующий прояснения – какие параметры включены в понятие «здоровья». Vaillant указывает на семь областей психологических исследо-

ваний, но существуют и другие концептуальные модели, представляющие интерес. К ним относятся личность, когнитивный интеллект (не только эмоциональный интеллект), повседневная активность, работоспособность, копинги, социальная компетентность, самоэффективность, адаптация, психология смысла жизни, психология мудрости, качество жизни, чувство согласованности (2-5). Эти измерения также являются важными при описании психологии здоровья и каждое из них подкреплено большим объемом исследований. Еще один вопрос – почему в обсуждении упомянуты только психологические концепции. Разве не существует биологических или соматических измерений психического здоровья? (6).

Таким образом, можно заключить, что проблемы со здоровьем те же самые, что и с болезнью. Не существует общего определения ни для болезни, ни для здоровья, которые бы охватывали все аспекты этих явлений. Есть много заболеваний, довольно сильно отличающихся по определениям и критериям, и по аналогии мы должны говорить о многих, разнообразных формах здоровья. Структура статьи, написанной Vaillant, следует этому курсу, так как в ней обсуждается не здоровье, а устойчивость, благополучие и тому подобные понятия, каждое из которых важно, необходимо и полезно, но не является «здоровьем как таковым».

Существует ли способ ответить на открытые вопросы и прийти к «дифференциальному диагнозу» здоровья? Международная классификация функционирования, инвалидности (нетрудоспособности) и здоровья (МКФ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (7), может послужить системой отсчета для классификации здоровья, так же как МКБ – для классификации болезней. МКФ описывает «функциональное здоровье», проводя границы между функцией, способностью, средой, человеком и участием. Способность квалифицируется в соотношении с контекстуальными факторами, что решает проблему норм (8). Это аналогично тестам на интеллект, где коэффициент интеллекта рассчитывается, в том числе, исходя, например, из возраста и образования. МКФ учитывает соматические и психологические функции и включает

перечень видов деятельности и контекстуальных факторов, наряду с рекомендациями по их оценке. МКФ обеспечивает систему, в рамках которой каждый может включить все разнообразие понятийных конструкций, описанных Vaillant. Она показывает, что мы не должны искать одного единственного определения здоровья, так как существует много вариантов здоровья, которые представляют интерес для терапевтов тогда, когда они представляются необходимыми, находятся в опасности или нарушены у отдельно взятого индивида в определенный момент времени (8-10).

Литература:

1. Linden M, Weig W (eds). Salutotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.
2. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11:11-8.
3. Cantor N, Kihlstrom J.F. Personality and social intelligence. Englewood: Prentice Hall, 1987.
4. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. Psychopharmacol Bull 1997;33:13-6.
5. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL et al. Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Int J Soc Psychiatry 2007;53:36-47.
6. Hellhammer D, Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger, 2008.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Göttingen: Huber, 2009.
9. Baron S, Linden M. The role of the «International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF» in the classification of mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;255:81-5.
10. Linden M, Baron S, Muschalla B. Capacity according to ICF in relation to work related attitudes and performance in psychosomatic patients. Psychopathology 2010;43:262-7.

Субъективное позитивное благополучие

Per Bech

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Denmark

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Среди семи моделей позитивного психического здоровья, так хорошо описанных Vaillant в этом выпуске журнала «Всемирная Психиатрия», модель субъективного благополучия, отражающая позитивный тон определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), имеет кросс-культуральную обоснованность (валидность). Фактически, Vaillant сам ссылается на одиночный скрининговый вопрос «как вы оцениваете вашу жизнь в целом?» в качестве простого вопроса, претендующего на роль такого валидного в кросс-культуральном отношении показателя.

В опроснике «Шкала качества жизни», разработанном ВОЗ (ШКЖВОЗ), есть другой «глобальный» вопрос – «как бы вы оценили качество вашей жизни?». Этот показатель измеряется по «биполярной» шкале с такими категориями ответов как «плохое», «ни плохое, ни хорошее» и «хорошее» (1). Во многих кросс-культуральных исследованиях ШКЖВОЗ признана эффективной (1).

В конце 1970-х Index Medicus одобрил применение самооценочных шкал качества жизни для оценки результатов клинических исследований. Чаще всего в 1980-х и 1990-х годах использовались Шкала общего психологического благополучия (2) и Краткий опросник здоровья из 36 пунктов (SF-36) (3). Психометрический анализ этих шкал выявил факторы физического и психического здоровья. Индекс благополучия ВОЗ (ВОЗ-5) был разработан с целью измерения позитивного психического здоровья (4). Он включает в себя следующие пять пунктов: а) чувство радости и хорошего расположения духа, б) чувство спокойствия и расслабленности, в) чувство собственной активности и энергичности, г) чувство свежести и бодрости при пробуждении и д) чувство заинтересованности в повседневных делах. Категории ответов, принимающих в расчет период последних двух недель, ранжируются согласно принципу Ликерта в пределах от «все

время» до «никогда». Как и в SF-36, общий балл по шкале ВОЗ-5 распределяется в пределах от 0 до 100, так, что более высокие значения соответствуют более высокому уровню благополучия. Пониженный уровень позитивного благополучия по ВОЗ-5 является чувствительным показателем наличия проблем в сфере психического здоровья (5); в клинических испытаниях лечение направлено на повышение общего балла до средних значений, существующих в популяции, т.е. приблизительно до 70 (6).

Субъективное психологическое благополучие или связанное со здоровьем качество жизни часто считают индивидуалистическим, личностным или идеографическим аспектом, подразумевая сложность его кросс-культурального определения. Как уже сказано в соответствующей литературе (7), субъективное благополучие может в первую очередь быть охарактеризовано как саморефлективный, личный язык, посредством которого человек коммуницирует с самим собой с момента, когда он или она просыпается, встречает и планирует день, ощущает эмоциональный аппетит для того, чтобы его начать. Тем не менее, исследования по всему миру свидетельствуют о том, что пункты ВОЗ-5, по всей видимости, охватывают основные способы ощущения благополучия, позволяющие перевести этот личный язык на простой язык общения (6,7).

В таблице 1 своей статьи Vaillant демонстрирует, что субъективное благополучие на самом деле предопределяло объективное психическое здоровье с наивысшим, по сравнению с другими моделями позитивного здоровья, коэффициентом корреляции, на протяжении периода времени длительностью 15 лет. Предопределяющая валидность ВОЗ-5 при анализе 6-летней выживаемости кардиологических пациентов также оказалась высокой (8).

Vaillant утверждает, что «химические препараты облегчают симптомы психического заболевания, но не улучшают функционирование здорового мозга». Недавно при испытаниях антидепрессантов был представлен фармакопсихометрический треугольник (6,7,9). Эффекты фармакотерапевтических химических препаратов, таким образом, триангулированы. Антидепрессанты нацелены не на непосредственное лечение сниженного качества жизни, а на лечение депрессивного расстройства (А) с наименьшими побочными эффектами (В). Когда баланс между (А) и (В) оценивается самими пациентами при помощи субъективных шкал благополучия, таких как ВОЗ-5 (С), нацеленных на повышение баллов до уровня средних значений общей популяции (6), антидепрессанты, как заключает Vaillant, не повышают уровень психического

здоровья выше этих значений. Сорок лет назад великий американский психофармаколог Л. Холистер (6) учил меня, что когда мы лечим 35-летнего мужчину от большой депрессии с помощью антидепрессантов, мы можем за 6 недель снизить тяжесть его депрессии до уровня ремиссии, а затем, при хорошем раскладе, вывести его из депрессивного эпизода посредством продолжающейся противорецидивной терапии. С другой стороны, мы не способны таким образом превратить пациента в великого скрипача, если до лечения он никогда не держал в руках скрипку.

Как психиатры, работающие в области клинической медицины, мы делаем все возможное, чтобы восстановить функции мозга наших пациентов, страдающих от психических заболеваний. При этом субъективное благополучие используется в качестве важнейшей цели лечения в пределах фармакопсихометрического треугольника.

Литература:

1. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
2. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.
3. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
4. Bech P, Olsen LR, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85-91.
5. Henkel V, Mergl R, Kohnen R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.
6. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Bech P. *Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle*. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:400-9.
8. Birket-Smith M, Hansen BH, Hanash JA et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients – 6-year survival. *J Psychosom Res* 2009;67:5-10.
9. Bech P, Fava M, Trivedi MH et al. Outcomes on the pharmacopsychometric triangle in bupropion-SR vs. buspirone augmentation of citalopram in the STAR*D trial. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:342-8.

Проблемы в определении позитивного психического здоровья

Hasse Karlsson

University of Turku, Finland

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Я хочу поздравить George Vaillant с его гармоничным представлением и вдумчивым обсуждением семи основных моделей позитивного психического здоровья. Несмотря на множество достоинств, статья порождает и ряд вопросов. Ввиду ограниченности формата, я сосредоточусь лишь на нескольких из них.

Во-первых, я не согласен с утверждением Vaillant о том, что границы психических заболеваний являются относительно понятными. Я думаю, что одна из главных проблем в современной психиатрии – нечеткость диагностических границ. Вот лишь один пример. Недавно мы показали, что изменение порога всего для одного симптома во время диагностического интервью приводило к существенным изменениям в показателях распространенности большого депрессивного эпизода (1). При использовании порога «депрессивное настроение на протяжении всего дня» распространенность составила 4,7 %, в то время как при пороге «депрессивное настроение большую часть дня» или «как минимум половину дня» показатели распространенности составили 9,2 % и 11,9 % соответственно. Эта проблема с неясностью границ имеет отношение, конечно, и к вопросу о позитивном психическом здоровье.

Сложность определения позитивного психического здоровья проиллюстрирована очевидными недостатками многих из предложенных объяснений. В них функционирование выше нормы, присутствие сильных качеств человеческой природы, позитивные эмоции и субъективное благополучие перечислены как критерии. Однако если, согласно исходной идее, позитивное психическое здоровье – это больше, чем просто отсутствие психического заболевания, говорить о том, что эти аспекты составляют основу позитивного психического здоровья проблематично, потому что их отсутствие имеет высокие корреляции с наличием психической болезни.

С точки зрения представителей Скандинавии концепция «духовности» как одного из компонентов позитивного психического здоровья выглядит особенно необычно. Скандинавские страны, возможно, являются наиболее светскими по сравнению с большинством других стран мира. Для финского ученого вроде меня такие слова как «вера» и «духовность» в контексте позитивного психического здоровья звучат очень странно.

Определение духовности с годами изменилось (2). Если под «духовностью» здесь понимается религиозность, то я думаю, что неправильно связывать позитивное психическое здоровье с идеологией любого рода. Это подразумевало бы, что люди без религиозных взглядов не могут быть такими же психически здоровыми, как «духовные» люди. Насколько я знаю, нет исследований, которые бы показали, что агностики или атеисты психически менее здоровы, чем «духовные» люди.

С другой стороны, если духовность понимается здесь более широко, то в действительности существуют некоторые исследования, указывающие на связь духовности с психическим здоровьем. Но здесь проблема заключается в том, что современные параметры для измерения «духовности» фактически измеряют такие вещи как чувство значимости и смысла в жизни, социальная связан-

ность, оптимизм, гармония, миролюбие и общее благополучие (2,3). Очевидна тавтология, потому что пациенты, страдающие психическими заболеваниями, обычно не обнаруживают этих качеств. Соответственно, нет ничего удивительного, что эти параметры положительно коррелируют с психическим здоровьем.

Определения зрелости и социоэмоционального интеллекта, по-моему, являются менее проблематичными, но их недостаток состоит в том, что они сведены к психологической сфере. Если мы предполагаем, что такие характеристики, как способность любить, нравственность, репродуктивность, разрешение конфликтов и преодоление трудностей относятся к центральным качествам позитивного психического здоровья, то возможно мы должны включить в определение подтверждение того, что эти способности реализуются в реальной жизни. Тогда нам пришлось бы определять позитивное психическое здоровье, например, в терминах действий, приближающих людей к такому обществу, в котором было бы больше равноправия, меньше конкуренции и эксплуатации, чем в большинстве существующих сейчас.

Мое последнее замечание состоит в том, что физическое здоровье в конечном итоге определяется в биологических терминах. Если человеческий разум коренится в головном мозге, не должно ли окончательное определение позитивного психического здоровья основываться на оптимальном функционировании мозга? В статье Vaillant, в разделах, где он описывает модели положительных эмоций и социально-эмоционального интеллекта, есть соображения на этот счет. Хотя я уверен, что нейробиология в будущем внесет важный вклад в эту дискуссию, я, не верю, что однажды у нас будет однозначное нейробиологическое описание оптимального функционирования мозга как основы позитивного психического здоровья. На мой взгляд, первопричина этого состоит в том, что «психическое» проявляет свойства производного по отношению к функции мозга (см. 4). Другая причина в том, что определения являются и должны являться в некоторой степени зависимыми от контекста. Позитивное психическое здоровье – это не только свойство отдельно взятого индивида, но и нечто находящееся под влиянием социальных феноменов (5).

Литература:

1. Karlsson L, Marttunen M, Karlsson H et al. Minor change in diagnostic threshold leads into major alteration in the prevalence estimation of depression. *J Affect Disord* 2010;122:96-101.
2. Koenig HG. Concerns about measuring «spirituality» in research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:349-55.
3. Salander P. Who needs the concept of «spirituality»? *Psycho-oncology* 2006;15:647-9.
4. Karlsson H, Kamppinen M. Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. *Br J Psychiatry* 1995; 167:434-8.
5. Van Lente E, Barry MM, Molcho M et al. Measuring population mental health and social well-being. *Int J Public Health* (in press).

Позитивное психическое здоровье: предостережение

Dan J. Stein

Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Концепция позитивного психического здоровья, несомненно, «слишком важна, чтобы ее не замечать». В то же время, как утверждает в своей заставляющей задуматься статье Vaillant, «изучение позитивного психического здоровья требует соблюдения мер предосторожности». Здесь я хотел бы подчеркнуть два момента: позитивное психическое здоровье остается нечетко определенным и спорным конструктом, и на данный момент информации о вмешательствах, направленных на улучшение позитивного психического здоровья и проводимых клиницистами, немного.

Vaillant оказывает нам услугу, очерчивая разные модели осмысления позитивного психического здоровья, однако сама множественность этих моделей указывает на спорный характер данного конструкта. В то время как в отношении границ между типичными физическими заболеваниями существует некоторая договоренность, в отношении понятия о физической пригодности, вероятно, согласия гораздо меньше. В конце концов, способ определения физической пригодности (physical fitness) зависит в большей степени от конкретного индивида и от вида деятельности, для которой эта пригодность определяется (1). Аналогичным образом, несмотря на наличие некоторой договоренности о границах типичных психических расстройств (2), гораздо меньшего согласия удалось достигнуть в отношении позитивного психического здоровья.

Как нам прийти к консенсусу, принимая во внимание потенциальную важность позитивного психического здоровья? Vaillant отстаивает понятия, чувствительные в культуральном отношении и всеобъемлющие. Хотя такая цель представляется достойной похвалы, в пределах культур может существовать полное заблуждение насчет научных конструктов. Альбертативный подход – положиться на эволюционную теорию, как это делается в некоторых подходах к описанию болезни (3). Однако принимая во внимание несомненную пластичность человеческой природы, эволюционная теория скорее может подчеркнуть именно эту пластичность, а не специфические стабильные и универсальные характеристики психического здоровья. Соответственно, в противовес сказанному Vaillant, эволюционная теория подчеркивает возможную пользу негативных эмоций, в то время как позитивные эмоции могут быть неадаптивными (4).

В случае с болезнью, для более типичных состояний (например, острая инфекция) может иметь место определенное согласие в отношении того, что состояние является патологическим, что индивиды не несут ответственности за развитие этого состояния, и что оно требует лечения. При этом менее типичные состояния (например, избыточное употребление алкоголя), могут в зависимости от времени и места вызывать определенные расхождения во мнениях касательно вредности этого состояния, ответственности людей и необходимости медицинского вмешательства (5). Тем не менее, на основании аргументов за и против выделения того или иного нетипичного состояния в качестве медицинского заболевания, рациональное решение может быть принято.

Аналогичным образом, для позитивного психического здоровья вероятно согласие в отношении некоторых типичных компонентов (например, устойчи-

вость к стрессу) (6) при наличии разногласий в отношении нетипичных (например, профессиональное самоопределение). Во многих районах высокие уровни безработицы и другие социальные факторы могут предотвратить трансформацию «работы» в «карьеру». Как и в случае категоризации отдельных состояний в качестве психических расстройств, обоснованное решение может быть принято на основании тщательной оценки соответствующих фактов и значений (5).

Что касается вмешательства, направленных на улучшение психического здоровья, мы легко согласимся с тем, что косметические хирурги, помогающие обезображенным детям, являются докторами. Мы также легко согласимся, что хирург, который хочет путем преобразования определенного человека сделать его похожим на его любимого киноактера – не доктор, а шмоктор (7). У нас достаточно оснований, чтобы спорить о том, является ли косметическая хирургия, направленная на улучшение облика определенных людей в определенном направлении делом докторов или шмокторов.

Аналогично, в случае с позитивным психическим здоровьем, клиницисты, работающие в сфере психического здоровья, имеют основания интересоваться ключевыми, общепризнанными аспектами (например, устойчивость после травмы). Может быть сложнее добиться консенсуса о том, что клиницисты, помогающие людям, скажем, «настроиться на энергии вселенной», являются не докторами, а шмокторами. Опять же, мы имеем право спорить о том, являются ли отдельно взятые вмешательства специалистов в области психического здоровья, направленные на усиление разума, делом докторов или шмокторов.

Предметом такого спора отчасти является обоснованность соответствующих целей (например, хирургическое вмешательство ради того, чтобы выглядеть как кинозвезда, не представляется связанным со здоровьем), а отчасти – рентабельность (например, общество может возложить на себя затраты на косметическую хирургию серьезных дефектов, но не процедур, направленных на совершенствование). Аналогичным образом, общество может решить сосредоточиться на лечении пациентов с тяжелыми психическими расстройствами вместо того, чтобы финансировать клинические вмешательства, повышающие устойчивость.

Стоит упомянуть, что многие вмешательства потенциально способны помочь психологическому процветанию людей, в том числе образованию, занятию искусствами и т.п. В самом деле, постоянно растут объемы литературы в сфере концептуальных разработок на тему значения жизни (8) и эмпирических исследований благополучия и счастья (9-11). При этом вопрос, о котором бесполезно спорить – должны ли вмешательства, направленные на улучшение психического здоровья, находиться в компетенции клиницистов, работающих в области охраны психического здоровья.

Кроме того, принятие решений требует проведения эмпирических исследований затрат, связанных с этими вмешательствами, и их преимуществ. Vaillant утверждает, что психофармакологические вмешательства безрезультатны в отношении здоровых людей. Примечательно, что большое число людей в популяции использует

психотропные вещества с целью совершенствования (12). Нет причины заранее заключать о том, что такие вещества всегда являются вредными; на самом деле, учитывая генетическую вариабельность, индивидуальные реакции могут весьма различаться (13).

Точка зрения Vaillant состоит в том, что мы можем улучшить психическое здоровье когнитивными, поведенческими и психодинамическими средствами. Вместе с тем, существует недостаток эмпирических данных об эффективности и рентабельности вмешательств, направленных на улучшение позитивного психического здоровья. Вполне возможно, что правильное питание и физическая активность могут представлять собой одни из самых эффективных и рентабельных вмешательств, направленных на улучшение позитивного психического здоровья (14). Более очевидной является необходимость дополнительных исследований в этой области.

В заключение, споры на арене общественного здравоохранения часто имеют отношение не к психиатрическим расстройствам, а скорее к психическому здоровью. Возможно, в качестве примера этому может служить лозунг Всемирной Организации Здравоохранения «нет здоровья без психического здоровья». Такая риторика может предложить ряд преимуществ. Более того, научное понимание позитивного психического здоровья является важной областью для исследований.

В то же время требуется осторожность. В то время как существует всеобщее согласие о необходимости лечения некоторых типичных и обременительных физических и психических расстройств, существуют разногласия о том, что составляет позитивное психическое здоровье и о том, какие клинические вмешательства могут быть эффективными и рентабельными. Эмпирические данные могут пролить больше света на эти ключевые вопросы.

Литература:

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100: 126-31.
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010;40: 1759-65.
3. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
4. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359:1333-47.
5. Stein DJ. *Philosophy of psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Stein DJ. The psychobiology of resilience. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl. 3):41-7.
7. Parens E. Is better always good? The enhancement project. In: Parens E (ed). *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington: Georgetown University, 1998:1-28.
8. Metz T. New developments in the meaning of life. *Philosophy Compass* 2007;2:196- 217.
9. Kahneman D. *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
10. Cloninger C. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6. 109
11. Haidt J. *The happiness hypothesis: finding modern truth in ancient wisdom*. New York: Basic Books, 2006.
12. Greely H, Sahakian B, Harris J et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature* 2008; 456:702-5.
13. Stein DJ. *Philosophy of psychopharmacology*. *Perspect Biol Med* 1998;41:200-11.
14. Stein DJ, Collins M, Daniels W et al. Mind and muscle: the cognitive-affective neuroscience of exercise. *CNS Spectr* 2007;12: 19-22.