

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ

- Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья
- Теоретическая модель взаимосвязи особенностей самовосприятия и самоактуализации личности
- Современные формы предубеждений

УДК 159.9.016; 616–02

## Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья

Ю. Г. Фролова, кандидат психологических наук, доцент

*В статье проводится анализ теоретических оснований современной психологии здоровья. Чрезмерная увлеченность прикладными исследованиями и практическими мероприятиями, направленность ученых не на разработку методологии, а на подтверждение легитимности психологии в ряду других наук о здоровье привели к кризису этой научной дисциплины. Представлены история создания и характерные особенности биопсихосоциального подхода, разработанного Д. Эйнджелом. Этот подход рассматривается научным сообществом как концептуальная основа психологии здоровья. Его признаками являются системность, внимание к психосоциальному контексту, рассмотрение медицины как особой формы социальной практики, подчеркивание роли коммуникации между врачом и пациентом для успеха лечения. Биопсихосоциальная модель может использоваться для междисциплинарных исследований здоровья, однако для этого она нуждается в существенном усовершенствовании.*

## Biopsychosocial Model as a Theoretical Framework for Health Psychology

Y. Fralova, PhD in Psychology, Associate Professor

*The article is devoted to the analysis of the theoretical foundations of modern health psychology. Inordinate interest to applied research and practical interventions at the price of methodology and the urgent need to legitimize psychology as a discipline in the field of health promotion resulted in its crisis. The history of G. Engel's biopsychosocial approach and its characteristics are presented in the article. This approach is a theoretical framework of health psychology. It is systematic and sensitive to psychosocial context. It postulated medicine as a social practice and emphasized the role of effective doctor-patient communication in the progress of therapy. Biopsychosocial model can be used for transdisciplinary research of health but it needs essential improvement first.*

Долгое время сотрудничество психологии и медицины было направлено на выявление факторов развития заболеваний, в особенности – психических расстройств. Интенсивное исследование психологических детерминант телесного здоровья началось в 50–60-е гг. XX в., о чем свидетельствует, например, историографический анализ, проведенный Д. Родин и Д. Стоуном на материале американской научной периодики [1]. В отечественной психологии, по данным Г. С. Никифорова, первые работы, посвященные психологии здоровья, появляются еще позже, в 90-е гг. XX в. [2; 3]. Такие исследования направлялись идеями о несовершенстве системы профилактики заболеваний, основанной исключительно на информировании, а также о необходимости учитывать мотивы, потребности, ценности, социальные нормы и аттитюды при работе с населением. Возникновение новых наук о здоровье – психологии здоровья, валеологии, поведенческой медицины и других – произошло достаточно быстро, причем

этот процесс направлялся не столько логикой развития науки, сколько социально-политическими и экономическими факторами. Неудивительно, что психология здоровья с момента возникновения стремилась к тому, чтобы как можно быстрее продемонстрировать свою высокую эффективность и практическую значимость, «отвоевав» тем самым для себя место в мире медицины [4; 5], что привело к чрезмерному увлечению прикладными исследованиями при явном недостатке теоретического осмысления их результатов. В настоящее время приходится констатировать: ни предмет, ни теоретическая основа психологии здоровья не определены достаточно четко, а само это направление, находится, на наш взгляд, в состоянии кризиса. Его показателями являются отсутствие оригинальных, не заимствованных из других областей психологии концепций взаимосвязи психических и соматических процессов и невысокая практическая эффективность проводимых психологами интервенций.

Еще в 1996 г. Д. Спайцер и К. Чемберлен в своей аналитической статье в «Journal of Health Psychology» отметили, что теоретическое насыщение психологии здоровья не соответствует тем важным практическим задачам, которые перед ней стоят [5]. В частности, они указали на подмену теоретического анализа статистическим, концептуальных моделей – регрессионными и корреляционными, на слабо проработанное содержание большинства используемых понятий (контроль, риск, убеждения и пр.), на недостаточное внимание к социокультурному контексту, на сведение проблемы сохранения здоровья к проблемам поведения и самочувствия отдельного человека. В 2000 г. на страницах этого же журнала развернулась дискуссия о будущем психологии здоровья как теоретического направления. Многие авторы признали, что созданные в психологии здоровья концепции представляют собой не более, чем переформулирование утверждений, базирующихся на так называемом здравом смысле, а основные понятия, используемые в моделях безопасного поведения, заимствованы из обыденного языка. Г. Стэм считает, что сложившееся положение вещей не представляет собой особой проблемы, а отражает, скорее, практическую ориентацию психологии здоровья [6]. Тем не менее, вышеприведенные критические замечания являются, на наш взгляд, достаточно серьезными. Так называемый «здравый» или «общепринятый» смысл сам по себе является понятием относительным – у каждого человека здравый смысл свой. Как было показано нами в процессе эмпирических исследований, у некоторых терминов, например «воспринимаемый контроль», существует несколько, зачастую противоположных, значений [7].

В отечественной же психологии здоровья, которая начала развиваться на несколько десятков лет позже, мы можем констатировать не только отсутствие разработанных на должном методологическом уровне концепций, но даже четко определенной сферы интересов. Это отражается на содержании учебников, которые, казалось бы, должны излагать наиболее проверенные факты и теории. В действительности же в них содержатся разнородные и зачастую не объединенные логически сведения по самым различным вопросам, имеющим какое-либо отношение к здоровью – стресс, безопасное и рискованное поведение, суициды, психосоматические расстройства, наркомания и алкоголизм, здоровье руководителя и подчиненных, нравственность и духовность, закаливание и рациональное питание, проблемы старения и долголетия. Часто без должных обоснований понятие «психологии здоровья» подменяется понятиями «здоровой психологии» или «психологического

здоровья», в то время как психологические проблемы профилактики соматических заболеваний либо вообще игнорируются, либо высказываются весьма спорные идеи о том, что психологическое здоровье обязательно влечет за собой здоровье физическое. Если довести эту идею до ее логического конца, то получается, что болеть должны лишь психологически несовершенные и аморальные личности. М. Ф. Секач, анализируя современное состояние отечественной психологии здоровья, отмечает, что «идеологическая пустота среди специалистов этого направления... к сожалению, заполняется причудливыми, порой уродливыми формами некомпетентности» [8, с. 3].

Тем не менее, в различных работах по психологии здоровья существует и нечто общее – в них обязательно упоминается биопсихосоциальная модель, предложенная американским врачом Д. Эйнджелом (1913–1999). По мнению многих ученых, биопсихосоциальный подход сыграл в развитии психологии здоровья конца XX в. примерно ту же роль, что психоанализ – в развитии клинической психологии за сто лет до этого. В своих трудах З. Фрейд и его ученики обосновали возможность психологического понимания и лечения душевных болезней, а Дж. Эйнджел совершил аналогичный прорыв в сфере соматических расстройств. Однако если психоанализ постепенно превратился в мощное теоретическое направление не только клинической психологии, но и других гуманитарных наук, то судьба биопсихосоциальной модели была не столь завидной. С одной стороны, уже в 80-х гг. прошлого века, т. е. в момент выделения психологии здоровья в самостоятельную научную отрасль, биопсихосоциальная модель рассматривалась как ее основа. (См., например, [9]). Чуть позже Американская психологическая ассоциация, Британское психологическое общество, а также другие научные объединения «официально» признали значение этой модели, о чем свидетельствуют, например, характеристики психологии здоровья, размещенные на сайтах этих организаций. Ссылки на работы Д. Эйнджела есть в любой монографии и в каждом учебнике по психологии здоровья, а также в тысячах статей. С другой стороны, ни в одной из этих публикаций невозможно найти сколь-нибудь подробное описание и тем более – теоретическое и эмпирическое обоснование модели. Так, например, Д. Маркс, М. Мюррей и К. Виллиг, ведущие британские специалисты в области психологии здоровья, в своей книге отводят на описание подхода Дж. Эйнджела всего две страницы [10, с. 60–61].

Чтобы понять причину сложившегося положения, необходимо рассмотреть историю возникно-

вения и основные положения биопсихосоциальной модели и соотнести их с доминирующими направлениями исследований и практики психологии здоровья.

### **Жизненный путь Д. Эйнджела и история создания биопсихосоциального подхода**

Д. Эйнджел является знаковой для медицины фигурой. Всемирную известность ему принесли многолетние исследования психосоматических расстройств и психологических аспектов врачебной практики. Это случилось задолго до формулировки основных положений биопсихосоциального подхода, а именно в 50–60 гг. XX в. При построении своих психосоматических концепций Д. Эйнджел использовал как положения психоанализа, так и собственные клинические наблюдения. В частности, он продемонстрировал роль утраты объекта<sup>1</sup> и связанного с этим событием чувства беспомощности и безнадежности в развитии некоторых заболеваний – язвенного колита, нейродермита и других [11].

Удивительно, но Д. Эйнджел начинал свою научную карьеру как ученый, ориентированный исключительно на естественнонаучные теории и методы исследования. Показательно название его первой печатной работы, относящейся ко времени учебы в колледже – «Мышление как продукт мозгового метаболизма» (1935 г.). Возможно, таким взглядом способствовало воспитание, полученное в семье дяди, известного врача Э. Либмана. Как отмечают близкие Д. Эйнджела, он всеми силами стремился оправдать возложенные на него надежды и стать выдающимся специалистом в области медицины. Действительно, его карьера развивалась очень быстро, и еще до начала клинической практики он стал достаточно известен как ученый. В 1935 г. Д. Эйнджел проходил стажировку в СССР, в созданном И. П. Павловым Институте экспериментальной медицины (Ленинград). В это время он настолько хорошо изучил русский язык, что на XV Международном физиологическом конгрессе, который состоялся тогда в Ленинграде, переводил для своих англоязычных коллег [12].

Однако в тот период, когда Д. Эйнджел начинал свою карьеру терапевта, в США активно развивалась психосоматическая медицина – одно из направлений психоанализа, использующее положения З. Фрейда о конверсии и защитных механизмах для объяснения соматических расстройств. В 1938 г. Д. Эйнджел приступает к работе в нью-йоркской клинике «Маунт Синай», которой руководит известный сторонник психосоматического подхода доктор Э. Москович. В клинике практико-

<sup>1</sup> В психоанализе под объектом понимается то, на что действительно направлено действие или желание субъекта.

вало большое количество психоаналитиков. Позже, работая в других больницах, Д. Эйнджел также постоянно соприкасался с психотерапевтами, и имел много возможностей для наблюдения психосоматических расстройств и проблем коммуникации в медицинской среде. Сперва он достаточно скептически относился к психоанализу, соглашаясь выполнять лишь физиологические исследования, однако постепенно он понимает, какое значение имеют психологические факторы для успешного лечения. Его отношение к психодинамическому подходу изменилось, и не в последнюю очередь благодаря сотрудничеству с такими выдающимися учеными, как Д. Романо, С. Вейс и др. В 40-е гг. XX в. он начинает интенсивно изучать поведение пациента и особенности его взаимоотношений с врачом. С 1946 г. Д. Эйнджел работает на кафедре психиатрии и в клинике Университета Рочестера, который по праву может называться его вторым домом. Неудивительно, что на период 40–70 гг. XX в. приходится наиболее плодотворный отрезок его научной карьеры [13].

Д. Эйнджел многое сделал для совершенствования профессиональной подготовки врачей-терапевтов, для развития у них навыков «психосоматического мышления». Благодаря его усилиям им начали читать курс психопатологии. Первая публикация, посвященная биопсихосоциальному подходу, появляется в то время, когда положение Д. Эйнджела и его последователей становится менее прочным, что связано не с его личностью или научными достижениями, а с изменением ситуации в сфере здравоохранения и медицинского образования. В этот период отмечается усиление биологической ориентации американской медицины и повсеместное снижение интереса к психологическим концепциям. Изменяется также система подготовки врачей (в сторону повышения ее экономической эффективности за счет исключения якобы «ненужных» учебных курсов), и те новшества, которые предлагал Д. Эйнджел, остаются невостребованными. Все это привело к снижению интереса к его исследованиям. В 1979 г., в возрасте 66 лет, он покидает университет [13].

### **Основные положения биопсихосоциального подхода**

В 1977 г. в журнале «Science» выходит статья Д. Эйнджела «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине» [14], в 1980 г. – другая его широко цитируемая публикация – «Клиническое применение биопсихосоциальной модели» [15]. Под «биомедициной» и «биомедицинским подходом» Д. Эйнджел понимает такое отношение к проблемам здоровья и болезни, при котором признается безусловный приоритет биологических

факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни. Помимо этого биомедицинская модель использует линейную, механистическую концепцию причинности, в ней игнорируются личность, эмоциональное состояние и потребности пациента [14].

Биопсихосоциальная модель опирается на принципы системного подхода [15]. Это означает, что здоровье и болезнь рассматриваются здесь в контексте сложной «иерархии натуральных систем», где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней. Например, терапевт на приеме взаимодействует с конкретным пациентом определенного пола, возраста, социального статуса, что сразу же демонстрирует возможность перехода на более «высокий» уровень рассмотрения его проблем. Вопрос о том, сколько компонентов модели необходимо учитывать одновременно, Д. Эйнджел оставляет на усмотрение самого клинициста. Каждый уровень системы имеет свои отличительные особенности и требует уникальных методов исследования. Нельзя изучать человека тем же способом, каким исследуются клетки или процессы в организме [15].

Как можно заметить, в этих публикациях наиболее подробно рассматриваются вопросы взаимоотношений врача и пациента. Д. Эйнджел утверждает, что самой очевидной характеристикой медицины является то, что она имеет дело с человеком, а медицинская практика представляет собой особую форму общественной активности, где и врач, и пациент выполняют предписанные им социумом роли. Потребностью пациента является снятие связанного с болезнью дистресса. Поэтому он обращается к врачу, которого считает компетентным в решении его проблем. Задачей врача является обнаружение того, что и как пациент чувствует, чтобы затем выдвинуть и проверить гипотезу и провести соответствующие лечебные мероприятия. Достижение этих целей возможно благодаря эффективной коммуникации, которая определяется действующими психосоциальными факторами. При тщательном знакомстве с обеими статьями создается впечатление, что именно этот – коммуникативный – аспект медицинской практики интересует Д. Эйнджела в наибольшей степени, а наименьшее внимание он уделяет анализу всей системы уровней. В графическом виде модель представлена на рис. 1.

Здесь мы сознательно отказались от той диаграммы, которую Д. Эйнджел воспроизводил в своих публикациях, с целью более четко показать, что любая система низшего уровня является составной частью системы более высокого уровня.



Рис. 1. Схематическое представление биопсихосоциальной модели

Признание за каким-то компонентом ведущей роли противоречит тому пониманию причинности, которое было характерно для Д. Эйнджела. Он утверждал, что здоровье и болезнь определяются множеством влияющих друг на друга факторов. Рассмотрим это на примере взаимосвязи стресса и ишемической болезни сердца. Считается, что хронический стресс может способствовать развитию нарушений в работе сердечно-сосудистой системы. В состоянии напряжения происходит интенсивное выделение холестерина в кровь, меняется тонус сосудов. В дальнейшем возможно развитие длительных нарушений кровоснабжения отдельных участков сердечной мышцы. Однако помимо стресса на работу сердечно-сосудистой системы оказывают влияние и другие факторы. К факторам биологического порядка можно отнести пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания. К факторам психологического порядка – особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы, к факторам социоэкономического порядка – род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей. Эти факторы не являются независимыми. Так, социальный статус может быть связан с рискованным или безопасным поведением, особенности обмена веществ – с уровнем стресса, эмоциональные нарушения могут быть вызваны тяжелыми социальными условиями, но одновременно, через межличностные конфликты, нарушения поведения они сами приводят к ухудшению социальной ситуации индивида. Ни один из факторов не может рассматриваться как «настоящая» или «единственная» причина болезни. В схематическом виде циклическая модель причинности представлена на рис. 2. Как можно заметить, стресс в этой схеме является не главным фактором, а, скорее, опосредующим звеном в раз-



**Рис. 2. Понимание причинности в биопсихосоциальном подходе на примере модели развития ишемической болезни сердца**

витии болезни. Интегрирующую роль во всех этих процессах играет центральная нервная система.

На примере больного, который перенес инфаркт миокарда, Д. Эйнджел доказывает важность учета различных уровней биопсихосоциальной системы для достижения терапевтического эффекта. Когда пациенту оказывали экстренную медицинскую помощь, поведение персонала (члены реанимационной бригады не смогли скрыть от него возникшие трудности) привело к увеличению чувства тревоги, этот коммуникативный аспект медицинского вмешательства был для пациента настолько важен, что способствовал ухудшению его физического состояния [14].

Таким образом, в подходе Д. Эйнджела можно выделить ряд значимых для психологии здоровья положений:

1. Здоровье и болезнь требуют системного подхода, в частности учета психосоциального контекста. Исследователь здоровья должен не просто выявить различные связанные с ним факторы, но и соединить их в определенную структуру, не ограничиваясь простыми линейными связями.

2. Медицина является социальной практикой, на которую распространяются социально-психологические закономерности.

3. Качество отношений между врачом и пациентом является ключевой детерминантой успешного лечения.

Высказанные Д. Эйнджелом идеи могли бы стать основой междисциплинарных исследований здоровья, но произошло ли это на самом деле?

Необходимо понять, почему биопсихосоциальная модель стала рассматриваться как основа психологии здоровья. Вопрос не является таким простым, как это может показаться на первый взгляд. Первые зарубежные работы, которые можно было с уверенностью отнести к новому направлению, были направлены на выявление факторов безопасного и рискованного поведения больших групп людей (например, на национальном уровне) [1; 4; 16]. Такая идеология полностью противоречила тому индивидуальному подходу к пациенту, на котором всегда настаивал Д. Эйнджел, новая научная дисциплина оперировала идеями «общественного здоровья». Как считалось в то время, более эффективным будет небольшое воздействие, примененное к значительной по количеству группе людей, нежели тщательная работа с отдельным человеком. Тем не менее, психология здоровья с самого начала своего существования претендовала на междисциплинарный статус, так как ставила перед собой весьма амбициозную задачу выявления и контроля психосоциальных факторов, в целом определяющих качество жизни и благополучие индивида [4]. Биопсихосоциальный подход вполне позволял легитимизировать подобные намерения. Однако он так и не был разработан до конца, а его полезность такими видными методологами психологии здоровья, как Д. Огден, Д. Маркс, К. Чемберлен рассматривается лишь с точки зрения того, позволил ли он полностью вытеснить биомедицинскую модель [16]. Можно предположить, что сам Д. Эйнджел

был бы недоволен таким развитием событий, поскольку он как ученый с огромным клиническим опытом считал непродуктивным пренебрежение каким-либо уровнем биопсихосоциальной системы. Самым слабым, на наш взгляд, моментом в критике биомедицинской модели является невозможность обосновать, как социальные факторы могут влиять на здоровье, минуя факторы биологические? Ведь, например, не курение само по себе как поведение индивида и не психосоциальный стресс, а именно воздействие табачного дыма и содержащихся в нем смол вызывает рак легких, и конечное звено в развитии болезни всегда будет биологическим. В психологии здоровья в последнее время стало модным утверждать, что «социальное» не является одним из уровней целостной системы человеческой жизнедеятельности, так как оно проявляется везде, т. е. что «социальное уже здесь», однако в ответ на это следует возразить, что «биологическое всегда здесь было», поскольку социальное невозможно без биологического.

Подводя итог вышесказанному, следует признать, что психология здоровья не смогла интегрировать в единую программу исследования все варианты рассмотрения проблемы здоровья (особенно это касается его социокультурных и социоэкономических аспектов), а также предложить теорию, которая бы рассматривала психологические факторы в их взаимосвязи.

Как влияет на психологическую практику полное отсутствие теории? Она, на наш взгляд, перестает быть собственно психологической, подчиняясь нуждам и формам практик смежных дисциплин, а в некоторых случаях обыденным идеям и формам взаимодействия. Последнее особенно опасно для психологии здоровья, так как здоровье является ценностно насыщенным понятием, имеющим глубокий философский, культурный и религиозный смысл. Здесь всегда присутствует большой соблазн выдать желаемое за действительное, подменить реальность идеалистическими представлениями о ней. Для дальнейшего развития психологии здоровья необходимо, на наш взгляд, освободиться от «детского комплекса неполноценности» перед «настоящими» науками наподобие медицины, застав-

ляющего стремиться к немедленному получению практически значимых результатов, и перейти к более тщательному анализу своих методологических оснований.

#### Список цитированных источников

1. Rodin, J. Historical Highlights in the Emergence of the Field / J. Rodin, G. C. Stone // *Health Psychology: A Discipline and a Profession*. – Chicago, 1987.
2. Никифоров, Г. С. Психология здоровья: учеб. пособие / Г. С. Никифоров. – СПб., 2002.
3. Водопьянова, Н. Е. Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова, Н. В. Ходырева // *Вестн. Ленинград. ун-та*. – 1991. – Сер. 6. – Вып. 4. – № 27.
4. Marks, D. F. Freedom, Responsibility and Power: Contrasting Approaches to Health Psychology / D. F. Marks // *Journal of Health Psychology*. – 2002. – Vol. 7. – № 1.
5. Spicer, J. Developing Psychosocial Theory in Health Psychology: Problems and Prospects / J. Spicer, K. Chamberlain // *Journal of Health Psychology*. – 1996. – Vol. 161. – № 1.
6. Stam, H. Logic or Psychologism: Smedslund's Psychologic and Health / H. Stam // *Journal of Health Psychology*. – 2000. – Vol. 5. – № 2.
7. Фролова, Ю. Г. Самоконтроль и здоровье человека / Ю. Г. Фролова // *Вестн. БДУ*. Сер. 3. – 2000. – № 1.
8. Секач, М. Ф. Психология здоровья / М. Ф. Секач. – М., 2005.
9. Stone, G. C. Health psychology: A Handbook / G. C. Stone [et. al.]. – San Francisco, 1979.
10. Marks, D. F. Health Psychology: Theory, Research and Practice / D. F. Marks [et. al.]. – London, 2000.
11. Engel, G. L. Psychological development in health and disease / G. L. Engel. – Philadelphia, 1962.
12. Brown, T. M. George Engel and Rochester's Biopsychosocial Tradition: Historical and Developmental Perspectives / T. M. Brown // *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. – Rochester, 2003.
13. Shorter, E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel / E. Shorter // *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. – N. Y., 2005.
14. Engel, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196.
15. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137.
16. Ogden, J. The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health / J. Ogden // *Journal of Health Psychology*. – 1997. – Vol. 2. – № 1.

Дата поступления статьи в редакцию: 03.10.2008 г.