

УДК 159.978.3:159.923.31:616.61:611.9

С. М. Бондаревич

кандидат психологических наук,
врач-уролог при городской консультативной поликлинике, г. Одесса

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛИ
ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПОСТНЕКЛАССИКИ
В РАМКАХ СИНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА.
МОДЕЛЬ МЕТАФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

В данной статье мы рассматриваем теоретические предпосылки разработки модели Здоровья в рамках синергетического подхода в условиях постнеклассики. Предлагается к рассмотрению модель Метафизического Здоровья.

Ключевые слова: модель Метафизического Здоровья, санопсихология.

Проблема улучшения, повышения качества и уровня жизни беспокоила человечество всегда. Соответственно, человечество беспокоила как проблема здоровья, так и проблема долгожительства. Чаще всего эти три проблемы рассматривались многими авторами одновременно, хотя в действительности, их связь друг с другом не так однозначна, как кажется на первый взгляд. Так, например, с одной стороны, здоровый человек может лишиться жизни в результате ДТП, а постоянно болеющий с детства человек, может оказаться долгожителем. Таким образом, мы видим, что эти три измерения присутствуют в проблемном поле человека одновременно [6].

Существует еще одна неоднозначность в отношении этих трех понятий. Приоритет исследования этих проблем по преимуществу всегда принадлежал медицине. Так и первые модели здоровья были осуществлены в рамках медицинского подхода, причем это были модели здоровья-болезни, которые исходили из моделирования болезни как таковой.

Основные разработки в моделировании здоровья опирались на понимание данной проблемы с двух точек зрения: 1) понимание здоровья «от болезни» — патоцентрическая модель здоровья (как пример приоритета медицины); 2) понимание здоровья «от здоровья» — саноцентрическая модель (как пример приоритета социо-экономического параметра) [9]. Анализ ситуации демонстрирует, что не всегда приоритет в исследовании здоровья принадлежит только медицине.

Следовательно, при построении модели Метафизического Здоровья, что является целью нашего исследования, нам необходимо соотнести приведенные модели и приоритеты исследований.

Однако, в развитии болезни кроме, например, инфекционного агента — как приоритет медицины, имеет значение ряд других факторов: 1) образ жизни человека — приоритет социума, 2) его особенности поведения — приоритет психологии, 3) отношение к себе и к другим — приоритет психологии, 4) его роль, реализованность, а также значимость в социуме —

приоритет социума, 5) целеобразование и целеполагание — приоритет психологии, 6) актуализация потребностей — приоритет психологии и т. д. Это демонстрирует наличие приоритета в области социальной и психологической составляющих.

Поэтому, подходить к проблеме моделирования здоровья необходимо с позиций понимания его многоуровневой структуры в рамках единого подхода, который бы позволил нам увидеть подвижность приоритетности названных составляющих.

В методологическом плане подвижность свидетельствует о возникающей несогласованности уровней/объектов, по отношению к которым выделены факты. Так, например, инфекция относится к уровню тела/организма как объекта исследования, а образ жизни и все последующие названные факторы (1–6) относятся к объекту другого уровня — к самому человеку. Поэтому, прежде чем перечислять рассматриваемые отдельные факты, нам необходимо задать исходную модель и, только после этого рассматривать те факторы-параметры, которые будут становиться приоритетом в разрабатываемой нами модели.

В качестве единого такого подхода мы выбрали концептуальную модель «целое в целом» как методологический инструмент исследования, включающий подвижность приоритетности («плавающий режим управляющего параметра» [7; 6]).

Это означает, что мы можем рассматривать человека как целое и, его тело как целое, и, его жизнь как целое, и, его здоровье как целое, долгожительство как целое, психику как целое, социум как целое, природу как целое, а также их отношения по основанию отношения целых сосуществующих в «плавающем режиме» приоритетности в период жизни тела на основании концептуальной модели «целое в целом» [6; 7].

Тогда, инфекционный агент переходит в категорию фактора болезни уровня тела, который проявившись в теле и изменив состояние здоровья, может со временем стать управляющим параметром-фактором уровня здоровья человека. Другие факторы по модели «плавающей приоритетности» представляя собой уровень человека, и проявляясь на этом уровне, могут в отдельных случаях приводить к возникновению болезни на другом уровне тела/организма.

При рассмотрении модели Метафизического Здоровья важно подчеркнуть, что человек — это совместный продукт: 1) взаимоотношений психики, которая включает: мышление, сознание, личность и другие составляющие системы психической реальности, выделяемые в рамках общей психологии; 2) тела/организма, который включает физиологическую, биологическую и другие составляющие организма, выделяемые медицинской и медицинской психологией; 3) внешней среды как продукт, который включает: условия жизнедеятельности человека как индивида в социуме, которые подразумевают материальное благополучие, личностную реализованность, успешность в обществе, а также, экологию, следовательно, и природу, и культуру, включая ее социальные и другие составляющие. В результате наша модель приобретает следующий вид: это тело/организм,

психика, внешняя среда/экология/природа/социум/культура как целые, продуктом которых является человек как целое. Поэтому в нашей реализации концептуальная модель психосинергетики «целое в целом» получает конкретное наполнение и выражает сосуществование названных целых, продуктом которых является человек. В то же время, сосуществование человека со своим телом/организмом, психикой, личностью, внешней средой, подразумевающей природу, социум, культуру, сопровождается их взаимными изменениями.

И, поэтому, естественное привлечение психологического знания (общая и медицинская психология) к проблеме психологии здоровья в процессе разработки нами модели Метафизического Здоровья, основанной на позициях постнеклассической науки и предлагаемых ею методологических инструментах, в частности, концептуальной модели «целое в целом». Это обусловило актуальность исследований в рамках психологической науки и его научную новизну.

Существующее противоречие между медицинской моделью здоровья, направленной на поиск объективной причины («сущности») в формировании диады здоровье-болезнь и психологического подхода, исследующего субъективные факторы, фактически на другом уровне, послужило потребностью в разработке нами модели Метафизического Здоровья.

Понимание того, что единая модель здоровья должна включать обе формы жизни: и здоровье, и болезнь, а также все уровни существования человека: и тела/организма индивида (био-медицинское понимание проблемы), и человека как личности в его общепсихологическом понимании со всеми составляющими, ибо все они обладают достаточной актуальностью и значимостью в жизни каждого человека, привело к тому, что в рамках «витальной» или жизненной психологии нами был введен термин — «санопсихология». Предложенная к рассмотрению модель Метафизического Здоровья в аспекте санопсихологии позволяет рассмотреть переход-трансформацию Метафизического Здоровья в Реальное Здоровье.

Анализ теоретических подходов к проблеме моделирования здоровья, показал, что возникает необходимость определиться с данным категориальным понятием. В основе любой предлагаемой к рассмотрению модели уже изначально заложено смысловое определение понятия-категории Здоровья, которое будет использовано в последующем при построении самой модели, а также выборе того или иного психотерапевтического и/или чисто терапевтического, профилактического, а также, прогностического подхода.

Как показал анализ, на сегодня существует достаточно большое и разнообразное количество определений понятия здоровья и самих моделей здоровья, которое было представлено в виде определенной классификации А. Г. Бусыгиным, А. Л. Бусыгиной (2003), систематизировавшими собранные П. И. Калью (1988) формулировки/определения понятия «здоровье» [2].

Классификация определений понятия здоровья и моделей здоровья по их основным признакам:

1. Медицинская модель здоровья. Она предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. Здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов. В соотношении с нашей моделью, это относится к уровню тела/организма.

2. Биомедицинская модель здоровья. Здоровье рассматривается как отсутствие у человека органических (т. е. телесных) нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Внимание акцентируется на природно-биологической сущности человека, подчеркивается доминирующее значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека и в его здоровье. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи: 1) теория возбудителя; 2) концепция трех взаимодействующих сущностей — «хозяина», «агента» и окружения; 3) клеточная концепция; 4) механистическая концепция, согласно которой, человек — прежде всего тело, а его болезнь это поломка какой-то части организма. В биомедицинской модели здоровье рассматривается просто как отсутствие болезни. Сама же болезнь выражается в наличии определенного диагноза, выступающего как «этикетка» в длинном нозологическом ряду. В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический) в биомедицинской модели здоровья, какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. В отношении к нашей модели здоровья это также относится к уровню тела/организма.

В начале XX века биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции общего адаптационного синдрома Г. Селье и его теории стресса. Согласно адаптационной концепции Г. Селье болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма [5].

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

4. Ценностно-социальная модель здоровья. Здоровье здесь рассматривается как ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности.

Этой модели в наибольшей степени соответствует определение здоровья, сформулированное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которое определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Следовательно, здоровье можно представить как нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое/душевное и социальное благополучие, обеспечивающее адекватную окружающим условиям регуляцию поведения и деятельности личности [2].

5. Интегративная модель здоровья, которая включает ряд различных признаков. Интегративную концепцию следует понимать как нечто целост-

ное. Она предполагает многофакторный, нелинейный характер этиологии, течения и лечения страданий и болезней и пытается совместить широкий подход к здоровью и болезни с нашими знаниями о роли социальных и психологических факторов на каждой стадии страдания и болезни [4].

6. Биопсихосоциальная модель болезни. Дж. Энгель (Engel, 1977) предложил биопсихосоциальную модель болезни, основанную на системном подходе к функционированию индивида не только на биологическом, но и на личностно-психологическом уровне, где реализуются социальные связи с людьми, входящими в непосредственное окружение, и на уровне социальном — через включение индивида в различные институты общества в целом. В основе биопсихосоциальной модели лежит диада «стресс-диатез», в которой диатез — это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс — это психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность [5].

Карл Ясперс (1997) считает, что понятия — «больной» и «здоровый» используются повсеместно для оценки явлений как самой жизни, так и самих людей, а также, оценки человеческих реакций, поступков, всего того, что можно отнести к понятию «бытие». Фактически, «здоровое» является синонимом «больного» [11].

В русле психологического и психосоматического подходов были выделены три основных направления в исследовании и моделировании здоровья-болезни [4, 5].

Первое направление — характерологическое [5; 6] направление, в котором Гиппократу принадлежит первая гуморальная или темпераментальная теория психосоматического единства, и которая, в последующем составила основы психосоматики. Античная модель Здоровья понимает его как внутреннюю согласованность, гармонию, уравновешенность, соответствие всех составных элементов целого. В античной модели Здоровья основное внимание уделено внутреннему устройству человеческого организма без затрагивания его отношений с окружающим миром (Гиппократ, Гален, Аристотель) [5]. В дальнейшем гуморальная теория получила свое развитие у Галена; в психологической теории конституции Э. Кречмера (E. Kretschmer), У. Шелдона, С. Стивенса (W. Sheldon, S. Stevens, 1942); в теории личностных профилей Ф. Данбер (F. Dunbar, 1943); в теории R. Rosenman и M. Friedman (1964, 1966), разработавших типологию «личностей риска», так называемого поведения типа А.

В результате, анализ характерологического или античного направления показал, что именно био-медицинские факторы-параметры являются приоритетом исследований данных авторов, и как следствие, в моделировании именно болезни.

Второе направление — психоаналитическое [4] или адаптационное [5] направление, обязано своим развитием теории психоанализа З. Фрейда и его конверсионной модели.

Адаптационная модель Здоровья основывается на возможности человеческого организма и соответственно личности как индивида приспособляться к условиям внешней среды и рассматривает условия успешной адаптации,

всесторонней гармонизации отношений субъекта-личности к окружающему миру. Адаптационная модель рассматривает два аспекта адаптации — биологический и социальный. (З. Фрейд, Ф. Александер, Г. Селье, У. Кеннон, И. П. Павлов, П. К. Анохин, Дж. Уотсон, Б. Скиннер и др.) [5].

В русле психоаналитических концепций, заложенных З. Фрейдом, занимался В. Бройтигам [4]. По его мнению, вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму [4].

Как вывод следует, что исследования в русле психоаналитического или адаптационного направления ориентированы на моделирование болезни, в которой приоритет принадлежит самой болезни (приоритет медицины).

Третье направление представляет интегративное [4] или антропоцентрическое [5] направление.

Интегративное направление, по мнению В. Бройтигама (1999), сформировалось в результате изучения большого контингента больных врачами-интернистами с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы: Л. Крель (L. Krehl) исследовал психофизиологические процессы физиологии, в частности влияние аффектов на телесные функции и на развитие соматических заболеваний; В. Вайцзеккер (V. Weizsacker) на основе исследования параметра личностного в развитии болезни, особенно в период кризиса, основал медицинскую антропологию (Weizsacker, 1949); Икскуль и Везиак (Uexkull, 1963, Uexkull, Wesiak, 1990) разработали биопсихосоциальную модель; Г. Бергман (G. Bergmann, 1936) в своих исследованиях, открыл стадию «функционального нарушения побуждений», предшествующую появлению органических изменений. Сходное направление создал Г. Вайнер (H. Weiner и соавт., 1957), считавший, что каждое заболевание имеет свои многочисленные подформы, каждый индивидуум имеет свои особенности, и ни одна болезнь не похожа на другую. Г. Вайнер является автором интегративной модели здоровья, болезни и болезненного состояния (Weiner, 1977) [4].

Антропоцентрическая модель Здоровья (О. Васильева, Ф. Филатов, 1999 [5]) опирается на представление о высшем (духовном) предназначении человека, в которой здоровье рассматривается как всесторонняя самореализация или раскрытие творческого и духовного потенциала личности (А. Маслоу, Р. Мэй, Б. С. Братусь).

Как вывод следует, что анализ третьего интегративного или антропоцентрического направления показал приоритет исследования медико-экономических или психолого-экономических параметров-факторов (болезни).

В результате, анализ представленных теорий показал нам, что все они ориентированы на моделирование самой болезни, а не на моделирование здоровья, т. е. произошла «подмена» этих двух понятий/категорий.

Необходимо понимать, что разнообразие психосоматических теорий в аспекте проблемы моделирования здоровья-болезни отражает определенные позиции, связанные с историческим процессом формирования идей, с определенной концентрацией внимания ученых на определенных на-

правлениях исследований, их приоритетом. Поэтому, эти модели здоровья с большей вероятностью и можно соотнести с моделями болезни. Также медицинская модель здоровья-болезни благодаря психоанализу, и развившемуся из него, психосоматическому подходу, позволила развиваться ряду направлений в рамках психологической науки: психоаналитическому; психодинамическому; бихевиоральному; гуманистическому; экзистенциальному и др.

Современные модели Здоровья в русле психологического подхода основываются на принципах объединения и углубления в рамках того или иного подхода, представленного выше.

И. В. Шаркевич, Т. Г. Коваленко, Т. Г. Смеловская (2000) разработали четырехуровневую иерархическую модель здоровья. Ю. П. Кобяков (2006) разработал гипотетическую модель здоровья, в которой он предлагает рассматривать здоровье в виде планетарной системы, центр (ядро) которой образует планета «Здоровье». А. Г. Бусыгин, А. Л. Бусыгина (2003) предложили Ноосферную модель (НМЗ) и теорию здоровья, основанием которой стало мотивационное учение Маслоу, и, которая учитывает в равной степени, все виды базовых потребностей каждого отдельного человека при приоритетном значении здоровья всей человеческой популяции нынешнего и грядущих поколений [2]. В. И. Слободчиков, А. В. Шувалов, И. В. Дубровина и др. (2001) в своей психологической модели здоровья вводят понятие — психологическое здоровье, основанное на исследованиях Б. С. Братуся и его категориального понятия — личностного здоровья.

Г. И. Малейчук (2004) в психологической модели психического здоровья рассматривает феномен «психическое здоровье». Психическое здоровье определено в рамках психологической модели с позиции самого человека, субъективной нормы, через понятие — Внутренней Картины Здоровья (ВКЗ), через существование двух уровней адаптации: Внешней и Внутренней, или нормы, правил, требований социума и потребности своего Я.

О. Васильева, Ф. Филатов (2001) представили целостную модель психически здоровой личности, или психологическую модель здоровой личности. Авторами введено такое понятие: особое интрапсихическое образование или «валеоустановка». Валеоустановка определяется авторами как интегрирующая структура психики, отвечающая за состояние здоровья [5].

В представленных психологических моделях подразумевается все та же медицинская модель болезни с приоритетом био-медицинских факторов на наличие или отсутствие нарушений функционального характера, которое со временем приводит к органическим изменениям в организме индивида.

Ближе всех к пониманию и, в частности, к построению модели Здоровья подошла валеология. Валеология выдвинула идею о необходимости выделения здоровья индивида в качестве предмета исследования (И. И. Брехман, 1980) [3].

Г. А. Апанасенко (1982) предложены такие категориальные понятия-термины как «образ жизни» и «количество здоровья», которые составили модель Здоровья — это модель оценки уровня соматического здоровья индивида [1].

Ю. П. Лисицыным (2004) введен термин — «санология» как синоним термина валеология, в котором она подразумевается как наука об общественном здоровье, фундаментом которой является «образ жизни» [9]. В. П. Петленко (1987) рассматривает понятие-категорию индивидуальное здоровье, и определяет его как системное образование, проявляющееся в зависимостях и связях здоровья общественного и индивидуального [10].

К. Бернардом (1987) предложена целостная (холистическая) модель здоровья, в которой здоровье рассматривается как единство соматического, психического (бессознательного и сознательного) и нравственного начал, оказывающих взаимное влияние друг на друга [10].

Однако, и валеологический подход в исследовании данной проблемы остался в рамках био-медицинского направления моделирования болезни с приоритетом на био-медико-экономические факторы/параметры.

С. А. Кулаков (С. А. Кулаков, 2007) разработал био-психо-социодуховную и синергетическую модель развития психосоматических расстройств, и считает, что к исследованию заболеваний, расположенных в континууме здоровье — болезнь следует подходить с точки зрения синергетики как междисциплинарной науки о развитии и самоорганизации, изучающей связи между элементами структуры (подсистемами), которые образуются в открытых системах (биологических, физико-химических и др.) благодаря интенсивному (потокковому) обмену между веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях.

С. А. Кулаков (С. А. Кулаков, 2007) представляет свою био-психо-социодуховную и синергетическую модель развития психосоматических расстройств четырьмя основными плоскостями (векторами): соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом. Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность [8].

Анализируя все три предложенных к рассмотрению направления в исследовании проблемы здоровья-болезни можно сделать вывод, что приоритетом в них является исследование именно категории болезни с основным уклоном на ряд различных био-медико-экономических или психолого-экономических факторов.

Предложенные к рассмотрению теоретические концепции по проблеме моделирования здоровья в рамках медицинского, психосоматического и психологического подходов, выявили, что они являются недостаточно функциональными, не отвечают на поставленные вопросы: 1) о системе функционирования взаимосвязей, взаимоотношений, взаимосоотношений и взаимодействий в разрабатываемой модели Здоровья; 2) что может играть роль основного системоформирующего, системоуправляющего параметра в модели Здоровья?

Однако, ряд авторов (В. Н. Запорожан, И. В. Ершова-Бабенко, 2002) считают, что конец XX и начало XXI века ознаменовался коренными изменениями в мировоззренческих и методологических взглядах ученых на науку, на научные подходы, на само естествознание, что естественно, привело к изменению представлений о мире, к пересмотру многих устойчивых

понятий и детерминистических законов естествознания, господствовавших до настоящего времени, в классических подходах [7].

При разработке модели Метафизического Здоровья, мы пришли к выводу, что в исследовании проблемы психологии здоровья имеющейся методологии в рамках психологической науки недостаточно, поэтому возникает необходимость применения методологий постнеклассической науки.

В русле постнеклассической науки человеческий организм/среда/система выступает как нелинейный природный сверхсложный синергетический объект/среда/система, обладающий двойственностью своего проявления — живого и неживого (идеального-духовного), множественностью проявления своих функций — живого, неживого, виртуального [6].

С точки зрения синергетики, организм человека представляет собой диссипативные структуры — дискретные самоорганизующиеся, рассеивающие энергию системы, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний (особенно провоцирующих и ресурсных факторов) выбор системой траектории развития может предопределяться случайностями вблизи точек бифуркации [8].

Мы определяем здоровье как метафизическое понятие/категорию, которое представлено Метафизическим Здоровьем. Посредством экзистенциально-организмических (реальных) явлений/состояний/процессов (внутренних и внешних) происходит переход/трансформация Метафизического Здоровья в реальное Психологическое Здоровье. В результате, нами могут быть исследованы только такие понятия/категории как реальное Здоровье и реальная Смерть.

Предлагаемая к рассмотрению модель Метафизического Здоровья состоит в виде различных уровней с позиций степени согласованности/несогласованности между следующими параметрами/уровнями: психика человека; организм/тело; окружающая среда/социум. Каждый из данных уровней имеет свой внутренний и внешний подуровни, а также свои уровни/подуровни соотношения и согласования. В результате взаимодействия, взаимосодействия данные уровни/подуровни являются многослойными, многоуровневыми, взаимопроникающими и взаимопереходящими друг в друга. Одновременно, каждый из них является сложной системой, представляет собой сверхсложные синергетические нелинейные открытые самоорганизующиеся системы, которые формируют категорию/понятие — «целого в целом» (И. В. Ершова-Бабенко, [6]).

В модели Метафизического Здоровья с целью координации взаимодействия различных параметров/уровней возникает необходимость наличия формирующего и управляющего параметра. Таким параметром в предложенной к рассмотрению модели становится время, причем время является макропараметром.

Состояние/процесс здоровья/нездоровья или болезни — это постоянный/непрерывный процесс/состояние между жизнью и смертью. Одно умирает,

другое сразу же рождается. Человек чаще не знает, что он болен, он не чувствует себя больным, т. е. понятие/категория Здоровье — это понятие/категория виртуальное или субъективное. Между Здоровьем реальным и Болезнью виртуальной существует пространство или уровень того состояния, сбалансированность которого обеспечивает состояние истинного или реального Здоровья, а вследствие нарушения гармонии-баланса (гомеостаза) данных уровней развивается эффект «резонанса». При дальнейшем развитии эффекта «резонанса» между точками Болезни виртуальной и Болезнью реальной в точке «невозврата» (ее можно определить как «точка невозвращения» — болезнь-смерть), болезнь приобретает свой необратимый характер.

Амплитуду движения, ее скорость/интенсивность необходимо рассматривать через время, которое требуется для данного колебательного движения/амплитуды в заданных параметрах/пределах допустимого, а концентрация амплитуды позволяет определить время перехода виртуальной Болезни в реальную Болезнь, где само время является или представляет допустимый размах амплитуды. Данный принцип анализа состояний применим ко всем уровням, так как каждый из них обладает и своими отдельными характеристиками (внешними-внутренними), своим временем событий, которым присущ разный колебательный диапазон. Именно таким образом происходит развитие Болезни, которое проявляется в цикличности-фазовости своего развития через процесс бифуркации [11, 12].

На уровне пересечения горизонтальных и вертикальных осей/меридианов направляющая/формирующая роль в трансформации Болезни из ее виртуального состояния в реальное (стадии обратимости/необратимости в точке «невозврата»), отводится временному фактору. Время выполняет как внешнюю, так и внутреннюю функцию, являясь одновременно внутренним и внешним параметром. Время — это тот фактор/параметр, выполняющий связующую и организующую роль в нашей модели Метафизического Здоровья, одновременно являясь системоуправляющим и системоформирующим макропараметром.

Предложенная к рассмотрению модель Метафизического Здоровья представляет собой шар, сферу. Верхний полюс сферы представлен понятием/категорией — Психологическое Здоровье. Горизонтальные меридианы/плоскости составляют психические, телесные и социально-средовые явления/состояния/процессы. Данные меридианы/плоскости находятся в постоянном динамическом состоянии, являются плавающими, текучими, взаимопроникающими, взаимозамещающимися, взаимодействующими. Нижний полюс сферы — это понятие/категория Смерти, которая является реальной, она экзистенциальна, существует на физическом/физиологическом, химико-биологическом уровне. Виртуального (метафизического) понятия/категории Смерти нет, ибо, энерго-информационная материя/субстанция никуда не исчезает, она может только трансформироваться и/или перейти на другой уровень существования (понятие о трех фазах психики, И. В. Ершова-Бабенко [6]).

Срединный меридиан/экватор составляет понятие/категорию Болезнь, которая может быть как реальной, так и виртуальной. Колебательный про-

цесс относительно середины меридиана/экватора определяет ее состояние виртуальности или реальности, ее обратимости или необратимости в рамках экзистенциального акта. В точках пересечения горизонтальных и вертикальных осей/меридианов, в так называемых, узловых точках, точках провала или подъема развивается эффект «резонанс в резонансе», что приводит к болезни, а затем, к реальной смерти живого организма.

В сферической модели Метафизического Здоровья время образует основную центральную ось, на которую нанизаны горизонтальные плоскости/уровни (внутренние параметры), а также фиксирующие/ограничивающие внешние боковые вертикальные оси/меридианы. В силу различных нарушений баланса/соответствия гомеостаза или болезни, происходит деформация формы сферы, в результате наблюдается выпячивание ее уровней/подуровней, а сама сфера приобретает вид вытянутого эллипса. Поэтому, горизонтальные уровни вытягиваются и приобретают вид спирали, минимальная ширина которых находится ближе всего к точкам рождения и/или смерти, а максимальная ширина находится на уровне экватора и, следовательно, соответствует максимальному подъему жизнедеятельности организма человека.

Рожденный здоровым человек — одна форма жизни, и, человек, рожденный больным — другая, такая же значимая форма жизни. С момента рождения как «точки отсчета» вступает в действие временной фактор или макропараметр, который через деформацию формы постепенно приводит живой организм к смерти. В результате временной деформации формы жизни наступает реальная смерть. С учетом временного макропараметра деформация формы является многоаспектной, многофакторной, многовекторной.

Процессы жизни в различных ее формах проявлений здоровья-болезни необходимо исследовать в аспектах витальной психологии, а с целью изучения данных процессов нами был введен термин — «санопсихология». Санопсихология на основании экзистенциально-организмических (реальных) явлений/состояний/процессов (внутренних и внешних), позволяет нам исследовать переход/трансформацию Метафизического Здоровья в реальное Психологическое Здоровье в рамках постнеклассического понимания проблемы психологии здоровья.

Выводы

Таким образом, рассмотрены теоретические предпосылки по проблеме моделирования Здоровья в рамках медицинского, психосоматического и психологического подходов.

Раскрыта предложенная к рассмотрению структура модели Метафизического Здоровья, которая включает ряд временных внешних и внутренних параметров — горизонтальных и вертикальных. Временной параметр — это системоформирующий и системоуправляющий макропараметр модели.

Рассмотрены концептуальные предпосылки и необходимость введения термина — «санопсихология» в контексте проблемы психологии здоровья

в рамках витальної психології на основі постнекласического етапу психологічної науки, а також необхідність застосування її методології.

Санопсихологія дозволяє об'єднати в собі ряд наукових підходів і по новому підійти до проблеми психології здоров'я, інтегруючи в себе як медицину, так і, психологію.

Список літератури

1. Апанасенко Г. Л. Валеологія на рубежі століть / Г. Л. Апанасенко // Валеологія. — 2000. — № 1. — С. 5–6.
2. Бусыгин А. Г. Десмоэкологія або теорія формування для стійкого розвитку. Книга перша / А. Г. Бусыгин. — Самбірськ : Вид-во «Самбірська книга», 2003. — 224 с., іл.
3. Брехман І. І. Валеологія — наука про здоров'я / І. І. Брехман. — 2-е вид., доп., перераб. — М. : Фізкультура і спорт, 1990. — 208 с.
4. Бройтгайм В., Крістіан П., Рад М. Психосоматична медицина. Короткий підручник // Бройтгайм В., Крістіан П., Рад М. ; пер. з нім. — М. : Геотар Медицина, 1999. — 376 с.
5. Васильєва О. С., Філатов Ф. Р. Зерно здоров'я: Концепція первинної валеоустановки / О. С. Васильєва, Ф. Р. Філатов // Сімейна психологія і сімейна терапія. — 1999. — № 3. — С. 36–47.
6. Ершова-Бабенко І. В. Концепція просторово-часового осевого центрального психіки і особистості в умовах високоскоростної психоемоціональної травми. Макромодельовані стратегії психомірних серед в руслі психосинергетики (частина 1) / І. В. Ершова-Бабенко // Актуальні проблеми психології : Етична психологія. Історична психологія. Психолінгвістика / за ред. С. Д. Максименка, М.-Л. А. Чені. — К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. — Том ІХ, частина 3. — 568 с.
7. Запорожан В. Н., Ершова-Бабенко І. В. Пошук нової концепції хвороби в світлі світоглядних і методологічних змін у науці 2-ї половини ХХ ст. / В. Н. Запорожан, І. В. Ершова-Бабенко // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Міжвузівський збірник наукових праць : Матеріали ювілейної науково-практичної конференції «Психосинергетика — на межі філософії, природознавства, синергетики, медицини і гуманітарних наук». Частина 3. Тезиси. — Одеса, 2002. — С. 77–79.
8. Кулаков С. А. Біо-психо-соціо-духовна і синергетична модель розвитку психосоматичних розладів: системний підхід / С. А. Кулаков // Психічне здоров'я. — 2009. — № 9. — С. 66–71.
9. Соціальна гігієна і організація охорони здоров'я : навч. посібник / під ред. Лисицина Ю. П. — Казань, 2004. — 331 с.
10. Петленко В. П. Основи валеології. Книга третя / В. П. Петленко. — 1999. — 433 с.
11. Цуканов Б. І. Час в психіці людини : монографія / Б. І. Цуканов. — Одеса : Астропринт, 2000. — 220 с.
12. Бондаревич С. М. Проблема часу і темперамента при соматичних порушеннях / С. М. Бондаревич. — Одеса : Видавець Н. П. Черкасов, 2009. — 353 с.

С. М. Бондаревич

кандидат психологічних наук,
лікар-уролог при міській консультативній поліклініці,
м. Одеса

**ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ У РОЗРОБЦІ МОДЕЛІ ЗДОРОВ'Я
В УМОВАХ ПОСТНЕКЛАСИКИ У РАМКАХ СИНЕРГЕТИЧНОГО
ПІДХОДУ. МОДЕЛЬ МЕТАФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

Резюме

У цій статті ми розглянемо теорії, що лежать в основі розробки моделі Здоров'я у рамках синергетичного підходу в умовах постнекласики. Пропонується до розгляду модель Метафізичного Здоров'я.

Ключові слова: модель Метафізичного Здоров'я, санопсихологія.

S. M. Bondarevich

Ph.D.,
urologist at city advisory clinic,
Odessa

**THEORIES UNDERLYING THE DEVELOPMENT OF HEALTH
MODEL IN POSTNEKLASSIKI AS PART OF A SYNERGISTIC
APPROACH. METAPHYSICAL MODEL OF HEALTH**

Summary

In this article we examine the theories underlying the development of health model in postneklassiki as part of a synergistic approach. A consideration on the model of the metaphysical.

Key words: model of the metaphysical Health, sanopsihology.