

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЕЛЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.А. БУНИНА»

**О.Е. Ельникова, В.С. Меренкова**

# **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

Елец – 2015

УДК 159.99  
ББК 88.7  
Е 57

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Елецкого государственного университета им. И.А. Бунина  
от 16. 01. 2015 г., протокол № 1

*Работа выполнена при финансовой поддержке Минобрнауки России в рамках базовой части государственного задания №2014/334 на выполнение государственных работ в сфере научной деятельности «Технологии изменения поведения человека в направлении здоровья в разные возрастные периоды».*

Рецензенты:

Е.И. Николаева, доктор биологических наук, профессор  
(ФГБОУ ВПО «Петербургский государственный университет путей  
сообщения императора Александра I»);

И.Г. Колосова, кандидат психологических наук, доцент  
(ФГБОУ ВПО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина»)

**О.Е. Ельникова, В.С. Меренкова**

**Е 57** Психология здоровья: учебное пособие. – Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2015. – 122 с.  
ISBN 978-5-94809-766-4

Учебное пособие посвящено дисциплине «Психология здоровья», которая в рамках третьего федерального госстандарта входит в учебный план подготовки бакалавра по направлению «37.03.01» – «Психология» и является дисциплиной профессионального цикла как её вариативная часть, имеет 3 кредита (то есть на нее выделяется 108 часов на 2 курсе). Содержание данного пособия выстраивается с ориентировкой на компетенции ПК-9 и П-11. Отличительной особенностью учебного пособия является то, что проблема состояния здоровья человека рассматривается исходя из двух взаимодополнительных конструктов: внутренняя картина здоровья (ВКЗ) и внутренняя картина болезни (ВКБ).

Предназначено для студентов вузов, преподавателей, а также всех тех, кто интересуется проблемами здоровья.

УДК 159.99  
ББК 88.7

ISBN 978-5-94809-766-4

© Елецкий государственный  
университет им. И.А. Бунина, 2015

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время человечество переходит на новый этап развития, в котором постепенно, но достаточно уверенно будет нарастать число людей (не обязательно пожилых), обремененных теми или иными заболеваниями. Многие из них должны будут прожить долгие годы с тем или иным недугом, приспособивая собственные жизненные цели и методы их достижения к тем ограничениям, которые диктует их состояние здоровья.

Услышав диагноз, вне зависимости от причин заболевания, человек должен осознать ограничения, которые накладывает болезнь, и те последствия, которые она влечет за собой. Именно на этом этапе люди ведут себя различным образом, либо подчиняются течению болезни, либо контролируют свое поведение для сохранения активной жизненной позиции (Николаева Е.И., Ельникова О.Е. 2014). Это ставит вопрос о том, какие факторы способствуют активации желания сопротивляться болезни и реализовать свои способности в тех рамках, которые эта болезнь накладывает (в случае наличия болезни), или какие факторы способствуют активизации желания вести здоровый образ жизни (в случае отсутствия болезни)?

Частично, ответ на этот вопрос можно найти при изучении психологического состояния заболевшего впервые или страдающего хроническими болезнями.

Описать состояние человека (через призму исследуемой проблемы), на наш взгляд можно исходя из двух взаимодополнительных конструктов: внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни.

Внутренняя картина здоровья – конструкт, предложенный Ю.Н. Некрасовой (1984) для описания ментальных моделей, повышающих порог возникновения заболевания у человека. Она включает в себя 3 уровня психического отражения здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий (Ананьев В.А., 2000):

1. Когнитивный компонент: совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья.

2. Эмоциональный компонент: переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость, симпатия и др.)

3. Мотивационно-поведенческий компонент: совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей (Никифоров Г.С., 2006).

Внутренняя картина болезни – термин, введенный в нашей стране А.Р. Лурия (1974), описывает ментальное представление человека о том, что представляет собой его болезнь, излечима ли она, и если – да, то какими мето-

дами. Это ментальная модель, внутренний комплекс ощущений, восприятий, эмоций, конфликтных представлений и травмирующих переживаний относительно болезни. Внутренняя картина болезни включает 4 уровня:

- 1) перцептивный, представляющий собой набор болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный, то есть переживания, связанные с возникновением заболевания и ограничениями, которые оно накладывает на человека;
- 3) интеллектуальный, то есть знания о заболевании и оценка его причин и последствий;
- 4) мотивационный, то есть создание определенного отношения к заболеванию, система побуждений к изменению ситуации или, напротив, сохранения ее.

В научной литературе представлен достаточно широкий спектр исследований субъективной оценки своего здоровья (А. Гольдшейдер, 1929; Е.А. Шевалев, 1936; Я.П. Фрумкин, 1970; Р.А. Лурия, 1977; В.В. Николаева, 1987; R.S.Lazarus, 1991; C.S.Carver, S.D. Harris, J.M. Lehman, L.A.Durel, M.H. Antoni 2000, Е.И. Николаева 2015 и др.). В то же время понятия: «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья» не всегда рассматриваются как взаимодополняющие психологические конструкты.

Можно предположить, что отказ от серьезного отношения к здоровью, равно как, к болезни, обусловленный не только внешними обстоятельствами, в частности, трудностью получения квалифицированной медицинской помощи, а так же субъективной оценкой человеком своего состояния здоровья.

В.В Николаева (1987) описала внутреннюю картину болезни как основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. Именно поэтому ВКБ является центральным психологическим образованием, которое требует детального и тщательного изучения.

В то время как В.Е. Каган (1996) описал представление о внутренней картине здоровья как системе представлений рядового человека (не медика) о своем здоровье и собственном способе его поддержания. В.Е. Каган, указывая на соподчинённость внутренней картины болезни внутренней картине здоровья, отмечал, что внутренняя картина болезни предстает как частный случай внутренней картины здоровья, ибо болезнь никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда – в контексте жизненного пути личности.

Детальное рассмотрение субъективной оценки человеком своего состояния здоровье позволит посмотреть на «Психологию здоровья» с другого угла зрения. Так как чтобы люди были здоровыми в ситуации широкой распространенности заболеваемости, необходимо не столько сохранять здоровье, сколько формировать его (В.С. Меренкова, Е.И. Николаева, 2010, 2012). Нужно ставить вопрос об осознанном здоровье формировании у населения с ослабленным здо-

ровьем. А формирование здоровья не возможно без активного участия человека в данном процессе. При этом любая активность, направленная на выздоровление в случае заболевания или в сторону сохранения здоровья, как правило, базируется на субъективной оценке человеком своего состояния именно на рассмотрение данного элемента в структуре здоровья и направлено основное содержание данного пособия.

# ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМАТИКУ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

## 1.1. Современное понимание проблематики здоровья

Проблемы здоровья и здоровьесбережения во все времена будоражат умы человечества. Ярким примером данного утверждения является то, что как минимум три из восьми «Целей развития тысячелетия» (ЦТР), которые 193 государства-члена ООН и 23 международных организации договорились достичь к 2015 году, посвящены проблеме улучшения здоровья населения Земли. Они касаются здоровья детского населения (ЦТР 4), охраны материнства (ЦТР 5) и борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией, туберкулезом и другими основными инфекционными болезнями (ЦТР 6). Но, нельзя умолчать тот факт, что при всем старании и активности в направлении решения указанных проблем, не все цели достигнуты. В порядке иллюстрации степени достижения одной из поставленных целей следует отметить, что ЦТР 4 призывает сократить количество детских смертей с 12 миллионов в 1990 г. до менее 4 миллионов к 2015 году. Несмотря на большие успехи, достигнутые за годы нового тысячелетия, особенно в сокращении статистики детских смертей по истечении неонатального периода, оценочные расчеты говорят о том, что в 2011 г. число смертей среди детей моложе пяти лет составило около 7 миллионов случаев. При этом согласно данным представленным в докладе генерального директора Всемирной организации здравоохранения Маргарет Чен, из опыта развития стран с высоким уровнем дохода известно, что почти все эти летальные исходы можно было бы предотвратить.

Так же следует отметить, что в нашей стране тоже не решена проблема сохранения здоровья. Согласно рейтингу составленному аналитиками агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединённых Наций, Россия находится на 97 месте по состоянию здоровья ее жителей. И хотя по оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2014 г. составила 143,7 миллиона человек и за год увеличилась на 319,9 тысяч человек, что указывает на положительную динамику, Министерством здравоохранения РФ отмечается увеличение заболеваемости. Так, темп прироста заболеваемости с 2003 по 2013 гг. в целом по Российской Федерации составил 15,0%. Необходимость улучшения здоровья населения РФ определена в указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. В данном документе запланировано, что к 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна достичь 74 лет, а численность населения – 145 млн. человек. Появление подобных нормативных документов, доказывают значимость и актуальность поднятой проблемы.

Именно масштабность глобальность, поднятой проблемы спровоцировало, в свое время, появление новой ранее не выделяемой области психологии. И хотя современное понимание проблематики здоровья имеет свои специфические особенности, мы не можем не остановиться на неких исторических вехах формирования «Психологии здоровья» как отдельной отрасли психологических знаний.

Основа учения о здоровой психике была заложена еще в трудах Гиппократа, в его сборнике были впервые научно обоснованы проблемы не болезни, а здоровья.

Древний философ Демокрит в свое время писал Гиппократу: «Здоровье просят у Богов в своих молитвах люди, а того не знают, что они сами имеют в распоряжении средства к этому». О Гиппократе знают не только как о врачевателе, но и как о непреклонном гигиенисте. Именно с гигиеной связаны пути сохранения здоровья, и об этом писал Гиппократ.

Но еще гораздо раньше Гиппократа в античной литературе была достаточно широко освящена тема гигиены. В древней мифологии существует миф об Аполлоне и его сыне Эскулапе и кентавре Хероне – лучшем врачевателе, который обучал Эскулапа врачеванию собственной души. У Эскулапа было 2 дочери: Панацея и Гегея, первая решила изобрести лекарство от всех болезней и была осмеяна, а вторая – проповедовать гигиену души и тела, стала известной. Гегею изображали как красивую девушку в тунике, которая держит в одной руке чашу, а в другой – змею (это символ медицины).

В V в. до н.э. Алкмеоном было выделено определение здоровья – это гармония или равновесие противоположно направленных сил. А точка зрения известного античного философа Платона состояла в том, что здоровье выражается в соразмерности соотношения душевного и телесного. Он говорил, что здоровье, как и красота, определяется соразмерностью и требует согласия противоположностей.

Цицерон характеризовал здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний, однако наиболее общую идею отражает определение Платона.

Стоики (Марк Аврелий, Сенека) дали следующее определение: здоровье – это не только равновесие (сонастройность и унисон души и тела), но, главным образом, состояние, при котором душа и тело подчиняются законам целостности природы.

А исцеление в античном мире рассматривается как восстановление утраченной целостности (и-с-ЦЕЛ-ение), следовательно, оздоровление – это систематическое обеспечение этой целостности.

Таким образом, греческие и римские философы рассматривали преимущественно внутриличностный аспект здоровья, а именно – внутреннюю согласованность телесных и душевных проявлений человека. Чтобы быть прекрасным и здоровым, недостаточно совершенствовать тело или только гармонизировать душу, необходимо прочувствовать оптимальное их соотношение.

Авиценна в средние века издал пятитомный труд «Канон врачебной науки», где разработал и обосновал собственную систему сохранения здоровья, которая не потеряла значение до сих пор. Он говорил, что человек может и должен жить до 140 лет.

Условной датой рождения «Психологии здоровья» как отдельной отрасли можно считать 1978 год, так как именно в этом году было открыто отделение

«Психология здоровья» в Американской психологической ассоциации. Но только с 1982 г. начал выходить журнал «Психология здоровья».

Тем не менее, проблемы, решаемые в рамках данной отрасли психологии, волновали умы исследователей практически во все времена. Так тему психического здоровья российского народа В.М. Бехтерев (1857-1927) формулирует уже в самом начале своей творческой деятельности. В целом ряде выступлений и публикаций он проводит мысль о том, что борьба за свободу личности есть и борьба за ее здоровое развитие. Программным для последующего развития психологии здоровья стал доклад на тему «Личность и условия ее развития и здоровья», с которым В.М. Бехтерев выступил в сентябре 1905 г. в Киеве на 2-м съезде российских психиатров. В.М. Бехтерев впервые заговорил о психологии здоровья. Он говорил, что борьба за свободу личности есть борьба за ее здоровое развитие. Общество, которое строится на принципах самоуправления, должно, прежде всего, побеспокоиться о создании здоровых условий для жизнедеятельности личности. В.М. Бехтерев особо подчеркивал «определяющее влияние социально-экономических условий на распространение душевных расстройств». Среди всех оздоровительных мероприятий важнейшее значение В.М. Бехтерев придавал 3 китам: психогигиене, психопрофилактике и воспитанию. Он предложил создать программу «Забота о здоровье ради здорового человека». До сих пор идеи В.М. Бехтерева воплощаются в жизнь в Санкт-Петербурге.

Мысли В.М. Бехтерева, как отмечает Г.С. Никифоров (2006), относительно условий формирования здоровой личности и главенствующей роли социального начала в жизнедеятельности человека, существенно опередили во времени довольно близкие по смыслу рассуждения, представленные в последующем в зарубежной психологии, прежде всего в гуманистической.

Г.С. Никифоров (2006) отмечает, что XX в. был отмечен возрастающей ролью психологии в обеспечении здоровья, в изменении взглядов на соотношение между психикой и телом.

В 1930-е гг. многие исследователи обратили внимание на взаимосвязь между эмоциональной жизнью человека и его физиологическими процессами. Исследования в этом направлении привели к появлению новой научной области: психосоматической медицины. Именно на эти годы приходится исследование Р.А. Лурия о субъективной оценке пациентом своего здоровья. В 1938 г. начинает выходить журнал «Психосоматическая медицина».

Через год эта область исследований трансформировалась в общество, которое сегодня называется «Американское психосоматическое общество». В течение первых 25 лет его существования трактовка заболеваний велась преимущественно с психоаналитических позиций.

В 1960-е гг. в недрах психосоматической медицины формируются подходы и теории, предполагающие взаимосвязь психологических и социальных факторов, с одной стороны, и физиологических функций – с другой. Соответ-



ственно рассматривается влияние этой взаимосвязи на процесс развития и течения заболеваний.

В итоге, вначале 1970-х гг. появилась научная отрасль, направленная на изучение роли психологии в этиологии заболеваний. Она получила название поведенческой (бихевиоральной) медицины. В рамках ее было показано, что взаимосвязь между психикой и телом куда более непосредственная и всеобъемлющая, чем было принято считать прежде.

Поведенческая медицина сосредоточилась не только на лечении, но и на предупреждении болезней. Помимо медицины она опирается на такие науки, как психология, педагогика, социология. В ней используются методы поведенческой терапии, модификации поведения (например, при лечении гипертонии, ожирения, наркомании).

В рамках этого направления, согласно Г.С. Никифорову (2006), была разработана и терапевтическая техника «биологическая обратная связь», эффективность которой подтвердилась при лечении гипертонии, головной боли и других заболеваний. В конце 1970-х гг. был учрежден «Журнал бихевиоральной медицины» и соответствующее общество.

Примерно в это же время возникает еще одна область исследований, полностью принадлежащая психологии. Она получила название «Психология здоровья». Эта отрасль знаний представляет собой синтез психологии и валеологии и является междисциплинарной наукой, привлекая для решения своих задач психологов, врачей, педагогов, социальных работников, социологов и др.

Психосоматическая и поведенческая медицина, психология здоровья при всей специфичности собственных подходов сходятся на том, что здоровье и болезнь есть результаты взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Эта идея получила отражение в «биопсихосоциальной модели», предложенной в 1977 г. Д. Энджелом, которую он сам же дополнил и уточнил в 1980 г.

В современной России психология здоровья как новое и самостоятельное научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления и связано с появлением профилактической медицины. «Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития».

В.А. Ананьев (2006) считает, что «главным продуктом психологии здоровья должно стать совершенствование личности, через это – укрепление здоровья и через все вместе взятое – повышение уровня качества жизни».

В связи с этим уместно отметить, что тема психического, в том числе и профессионального, здоровья была поставлена в ряд первоочередных задач, на решении которых сосредоточился коллектив созданной в 1989 г. кафедры психологического обеспечения профессиональной деятельности (заведующий кафедрой профессор Г.С. Никифоров) при факультете психологии Санкт-Петербургского госуниверситета.

В 1991 г. вышла коллективная монография сотрудников кафедры «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности», в которой психологии здоровья была посвящена отдельная глава. Ее содержание касалось вопросов психологического обеспечения здорового образа жизни, психогигиены профессиональной деятельности, профессионального долголетия и др. Тогда же в журнале «Вестник ЛГУ» была опубликована статья доцентов упомянутой выше кафедры Н.Е. Водопьяновой и Н.В. Ходыревой «Психология здоровья». В сущности, это была одна из первых попыток отечественных авторов проанализировать состояние психологии здоровья, сформулировать ее основные задачи исследования. К числу основополагающих вопросов теоретических основ психологии здоровья относятся раскрытие с системных позиций самой сущности понятия здоровья, а также критериев оценки и самооценки физического, психического и социального здоровья.

В.Н. Панкратов (2001) в своей книге «Саморегуляция психического здоровья», указывает на то, что психологическая составляющая – основа здоровья личности: «...если человек научится осознавать и контролировать свое поведение, эмоции, мысли, то он может научиться сохранять и оптимальный вес, гармонизировать семейные и сексуальные отношения, избавляться от привычек, мешающих полноценно жить. Таким образом, путем познания и улучшения психологической составляющей здоровья, мы можем не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать и человека, и его здоровье».

В последние годы в нашей стране уже издано несколько учебных пособий по психологии здоровья. В 1999 г. появилась весьма обстоятельная монография профессора И.Н. Гурвича «Социальная психология здоровья», в которой автор представил не только результаты собственных исследований, но и систематизировал обширный зарубежный опыт последних десятилетий. В 2000 г. издательство Санкт-Петербургского госуниверситета выпустило в свет первую коллективную монографию «Психология здоровья», авторами которой стали ведущие петербургские специалисты в этой области. В апреле 2000 г. в Санкт-Петербурге прошла одна из первых конференций, посвященная вопросам психического здоровья.

На современном этапе развития психологической науки можно выделить достаточно широкий спектр взглядов на то, что же является основным предметом изучения «Психологии здоровья».

Наиболее часто встречающимися определениями данной отрасли психологических знаний являются два основных толкования описываемой молодой отрасли знаний.

Психология здоровья представляет собой междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний; факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека.

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Психология здоровья включена практику поддержания здоровья человека.

И хотя эти безликие определения не могут претендовать на спецификацию, которую следует использовать для трактовки столь необходимой для человечества области знаний, все же в них выделены те самые ключевых понятия, на которые опираются все исследователи данной отрасли психологии – это «здоровье» и «болезнь».

Так, О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов (2001) характеризуя современное понимание проблематики здоровья, выделяют несколько характерных для нее особенностей:

1. Междисциплинарный статус проблемы.
2. Целостность проблемы.
3. Глобальность проблемы.
4. Фокусировку на социокультурном аспекте проблемы.

Все указанные особенности О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов (2001) связывают с понятием «здоровья». Согласно трактовке данных авторов, «здоровье» не может быть ограничено отдельными (биологическими, социальными или духовными) аспектами бытия. Ссылаясь на исследования западных ученых, представляющих Health Psychology – специальную психологическую дисциплину, сфокусированную на проблемах здоровья (М. Мюррей, В. Эванс и др.), О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов (2001) определяют «здоровье» через понятие «wellbeing» (буквальный перевод – благополучие). И в этом следует согласиться с указанными авторами, так как «Wellbeing» – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. «Этот сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития» (Marks D., Murray M., Evans B., Willing C., 2000, с. 8). Все вышесказанное, доказывает необходимость рассмотрения дефиниции «здоровья» как междисциплинарное понятие.

При этом «здоровье», согласно О. С. Васильевой, Ф.Р. Филатову (2001), не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей, так как представляет собой системное качество, характеризующее человеческое бытие в его целостности. Соответственно этому, представители Health Psychology отнесли целостность, наряду с компетентностью и ответственностью, к фундаментальным атрибутам здорового существования и включили эту характеристику в «мета-код» (или универсальную формулу) здоровья (Marks D., Murray M., Evans B., Willing C., 2000, с. 10). Следует так же отметить, что когда понятие здоровья используется в психологическом контексте, то подразумевается определенный уровень интегрированности личности (К. Г. Юнг, Г. Олпорт, С. Гроф) или способность к интеграции (ассимиляции) жизненного опыта (К. Роджерс). Интегративные процессы здоровой психики традиционно противопоставляются дезинтеграции и расщепленности, характерной для психопато-

логии. Такой подход базируется на тезисе: целостности предмета должна соответствовать целостность его научного видения.

Говоря о глобальности проблемы здоровья О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов (2001) прослеживают некую динамику развития взглядов, то есть длительное время здоровье трактовалось как проблема индивидуально-личностного бытия, имеющая значение, главным образом, для выживания и развития отдельного индивида. Но в настоящее время здоровье во все возрастающей степени осмысливается как значимый феномен собственно социального бытия, как «структурообразующий фактор социальности». На наличие указанной динамики указывают исследования Э.В. Сайко (2000).

На смещение фокусировки проблематики «здоровья» с чисто биологического на социокультурный аспект, указывают появление таких методологических взглядов как:

- концепция В.М. Розина (2000), в которой Вадим Маркович указывает на то, что «здоровье» – это «достаточно сложные артефакты, обусловленные как современными культурными дискурсами (концепциями, картинками мира, знаниями), так и в не меньшей степени, социальными институтами и технологиями» (В.М. Розина 2000, с. 12);

- исследования А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараян (1999) о влиянии культурных ценностей и стереотипов на здоровье и душевное благополучие представителей конкретных культур.

В этой сфере сходятся интересы как отечественных ученых, так и представителей западной Health Psychology, которые стремятся исследовать социокультурные измерения здоровья, т. е. процессы, факторы и детерминанты здоровья, специфичные для конкретных культур и сообществ.

Говоря о «здоровье» как об основном предмете исследования «Психологии здоровья» О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов (2001) приводят достаточно широкий спектр взглядов на указанную проблему, выделяя несколько альтернативных подходов к исследованию этого феномена. Но об этом более детально мы будем рассуждать во второй главе данного учебного пособия.

Как некую альтернативу представленным выше взглядам на предмет «Психологии здоровья» можно рассмотреть точку зрения Г.С. Никифорова (2006). Так как в учебнике под редакцией указанного автора, в ходе рассуждений об истории становления и современном состоянии проблем психологии здоровья все же больший акцент ставится в русле потери здоровья. Указанным автором приводятся многочисленные исследования описывающие факторы способствующие потере здоровья.

Рассуждая о взаимодействии между здоровьем и болезнью Г.С. Никифоров (2006) указывает, на то, что понятия «здоровье» и «болезнь» следует рассматривать как полюсы континуума, в котором их соотношение представлено в разной степени. На полюсе благополучия доминирующим состоянием является здоровье. На противоположном полюсе преобладает болезнь, в пределе переходящая в летальный исход. Приближение к этому полюсу сопровождается

нарастанием деструктивных процессов, которые порождают характерные признаки, симптомы и недомогания. Люди перемещаются по этому континууму от здоровья к болезни и наоборот. И в этом следует с ним согласиться, на наш взгляд нельзя рассматривать особенности здоровья человека не затрагивая специфики его потери.

В.А. Ананьев (2006) предлагает рассматривать проблематику «Психологии здоровья» через призму понятия «совершенствование». В.А. Ананьев утверждает, что «если человек научится осознавать и контролировать свое поведение, эмоции, мысли, то он может научиться и сохранять оптимальный вес, гармонизировать семейные и сексуальные отношения, избавляться от привычек, мешающих полноценно жить. Таким образом, через познание и улучшение психологической составляющей здоровья мы имеем возможность не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать всего человека вместе с его здоровьем» (В.А. Ананьев, 2006, с.8).

Согласно В.А. Ананьеву, отрасль знаний «Психология здоровья» представляет собой синтез психологии и валеологии. При этом он указывает, что данное научное направление пока только становится на ноги. Поэтому специалистам еще предстоит установить дефиниции: предмет, цели, задачи, классифицировать методы и т. д. Но уже ясно, что «психология здоровья» – понятие значительно более масштабное, чем «психогигиена» или «психопрофилактика», задача которых – предупреждать возникновение психических расстройств. В.А. Ананьев отмечает, что психология здоровья опирается на теорию и практику предупреждения развития различных заболеваний, как нервно-психических, так и соматических, однако этим не ограничивается, поскольку включает в себя мероприятия по фасилитации, созданию личностных условий индивидуального развития, компенсации и адаптации (в необходимых случаях) к требованиям жизненной среды; обеспечивает психологическую адаптацию личности в обществе, для чего развивает личностные качества, которые нужны индивидууму для установления гармоничных социальных связей; способствует самореализации человека, повышению качества его жизни и в том числе оказывает психологическую помощь при завершении жизненного пути и уходе из жизни.

В.А. Ананьев так же как О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов указывает на междисциплинарный характер исследований в области психологии здоровья. А также отмечает, что в ходе своей не долгой истории становления, данная отрасль психологических знаний принимала в себя как минимум две парадигмы: медицинскую и валеологическую.

При этом В.А. Ананьев, описывая исторический путь становления «Психологии здоровья», подчеркивает, что первые попытки определения психологии здоровья отражают медицинскую модель. То есть, при самом общем подходе, говоря о психологии здоровья, имеют в виду совокупность всех базовых знаний по психологии, которые могут найти применение для понимания здоровья и болезни (Ходырева, 1991). Те же авторы психологию здоровья представ-

ляют как междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека (Водопьянова, Ходырева, 1991).

Выделены три группы психологических факторов, ведущих к здоровью и болезни: независимые, передающие и мотиваторы (Ананьев, 2005).

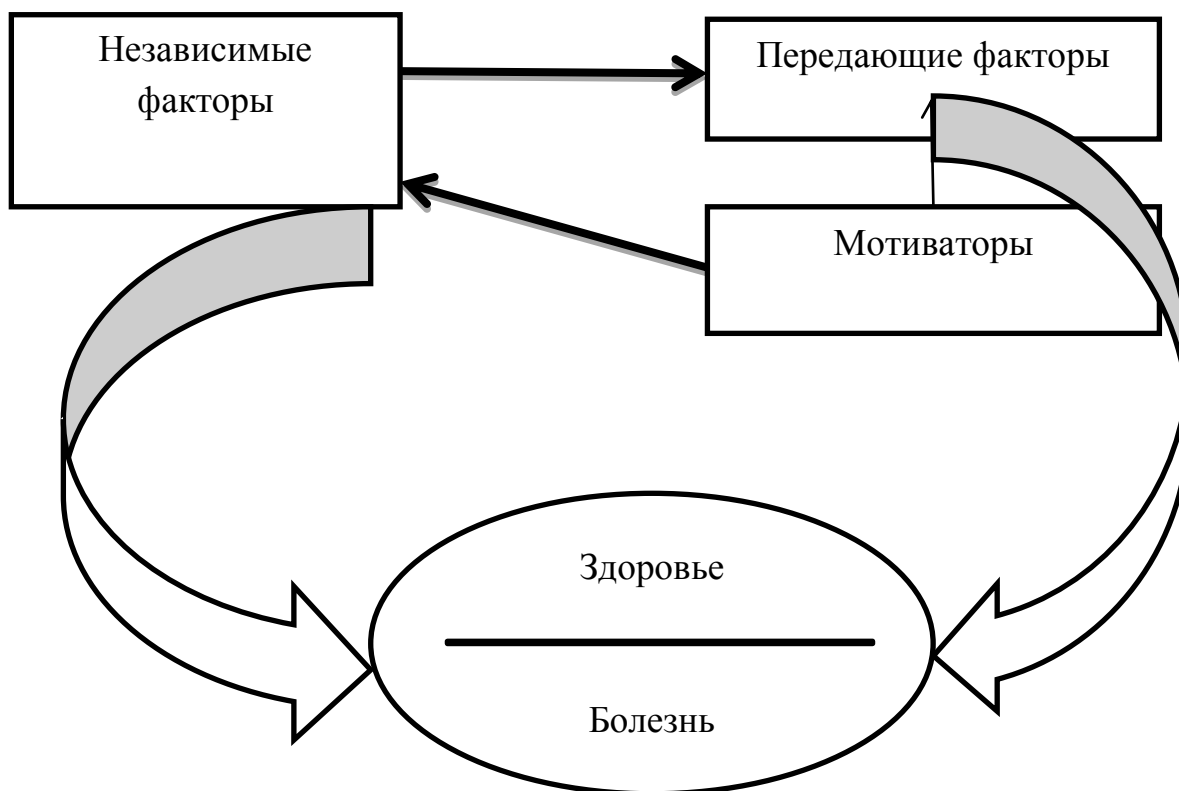


Рис. 1. Три группы психологических факторов, ведущих к здоровью и болезни (Ананьев, 2005).

**Независимые факторы** в наибольшей мере связаны со здоровьем и болезнью. Среди них, в свою очередь, выделяют предрасполагающие факторы, поддерживающие диспозиции, эмоциональные особенности личности, когнитивные факторы.

К *предрасполагающим факторам* относятся особенности поведения, например, повышенные амбициозность, агрессивность, враждебность, гневливость, которые часто становятся причиной ишемической болезни сердца. Иногда выделяют тип поведения А, основной чертой которого является сочетание этих параметров, называемое «потенциал враждебности».

Диспозиция (от лат. *dispositio* – расположение) – устойчивая предрасположенность личности к определенному характеру и четкой последовательности поведенческих актов (Кондратьев, Ильин, 2007). *Поддерживающие диспозиции* – это поведение человека, связанное с его ответом на ту или иную ситуацию в оптимистической или пессимистической манере. К диспозициям часто относят

и «силу-Я», поскольку эта характеристика личности обусловлена социальными влияниями и определяется такие качества как выносливость, самообладание, настойчивость, решительность, целеустремленность.

К эмоциональным характеристикам человека, влияющим на его здоровье или болезнь, относят способность контролировать собственные эмоции и умение выражать словами собственное состояние и состояние другого человека. Известно, что стресс – это не то, что воздействует на человека, но то, как он на это реагирует (Николаева, 2008).

Способность контролировать собственные эмоции, или копинг-стратегии (копинг-способность справиться со стрессом) непосредственно будут влиять на выраженность стрессовой реакции, а потому и вероятность заболевания или устойчивости к болезни.

Соответственно способность словами описывать свое состояние и состояние другого человека (что сейчас называется эмоциональным интеллектом) позволяет продумать ситуацию и выбрать наиболее оптимальный способ ее разрешения, что также будет препятствовать развитию заболевания. Неспособность назвать свое состояния (алекситимия) приведет к невозможности изменить свое неверное поведение (поскольку оно никак не обозначено), а потому это будет прямым путем к развитию заболевания. Иногда выделяют психологический тип С. К такому типу относится человек с репрессивным личностным стилем, избегающий потенциальных повреждающих ситуаций, сознательных конфликтов, затрудненному опыту. Такой человек не способен выражать негативные эмоции.

*Когнитивные (познавательные) факторы* включают разнообразные представления человека о том, как формируется здоровье и болезнь. Они в значительной мере определяются уровнем культуры человека. Это не обязательно точные научные знания человека. Более того, его представления о здоровье и болезни, а также ее лечении могут быть крайне ошибочными, что и приводит к тяжелым последствиям. Известно, что часто люди не верят официальной медицине, идут к разнообразным знахарям, пытаются у них лечить даже диабет или онкологические заболевания, что может привести и к летальному исходу. Или напротив, человек может быть уверен, что «на его век здоровья хватит», а потому вообще не будет предпринимать никаких действий по его укреплению.

Люди могут неверно истолковывать причины заболеваний. Известно, что в нашей стране многие люди боятся посещать семьи с детьми-инвалидами, боясь заразиться от них, хотя эти заболевания не могут передаваться через прикосновение. Подобным образом родители не допустили бы, чтобы их ребенок посещал группу детского сада, в которую одновременно с ним ходит ВИЧ-инфицированный ребенок. Реально невозможно заразиться от такого ребенка (если медсестра не будет делать прививки детям одним и тем же шприцом). При этом те же родители могут заставлять ребенка целовать икону в церкви, хотя перед ними ее могли целовать люди, имеющие разнообразные инфекционные заболевания, реально передающиеся через прикосновение.

Таким образом, люди могут иметь неверные представления о здоровье, плохо оценивать риск заболеваемости и собственную уязвимость к болезни.

*Социальные факторы* также могут влиять на вероятность человека быть здоровым или больным. Мы уже показывали, как состояние общества влияет на эмоциональную сферу ребенка, как психологические характеристики матери предопределяют вероятность выздоровления в ранний период жизни.

К социальным факторам относятся социальная поддержка, которая может быть достаточно обширной, если человек имеет много родственников и друзей, готовых поддержать его в трудной ситуации. Но она может и полностью отсутствовать, как у бомжей, оставшихся без близких, жилья друзей. А потому к социальным факторам относится наличие или отсутствие семьи, профессиональное окружение, экономическое положение. Наличие денег или тех, кто может их предоставить, позволяет получить лучшее медицинское обеспечение, чем в отсутствии таковых. Кроме того, наличие денег позволяет посещать бассейны и спортивные площадки, что способствует поддержанию здоровья.

Сюда же относятся и демографические переменные (пол, возраст). Причины заболеваемости мужчин и женщин не всегда одинаковы. Более того, здоровье женщины в значительной мере предопределяет здоровье ее детей. К тому же в настоящее время доказано, что женский организм лучше переносит стрессовые ситуации.

Очевидно, что как в раннем детстве, так и в пожилом возрасте, люди более подвержены заболеваниям. Кроме того, многое зависит и от отношения человека к своему возрасту. Например, есть такие люди, которые все свои болячки списывают на возраст, а потому и не предпринимают никаких усилий по изменению своего состояния. При этом другие люди пытаются влиять на свой возраст, а потому долго сохраняют активную жизненную позицию. Например, украинский врач Амосов проводил 9-ти часовые операции на сердце в 70 лет. Когда он почувствовал возрастные изменения, он разработал собственную систему борьбы с дряхлением организма и придерживался ее, дожив до 90 лет.

**К передающим факторам** относят поведение или реакцию, которые возникают в ответ на действие различных стрессоров:

К таким передающим факторам относится *копинг-стратегия* или стратегия совладания с проблемной ситуацией. Грубо выделяют две копинг-стратегии. Эмоциентрированный копинг, то есть стратегия поведения в стрессовой ситуацией, при которой человек сосредоточивается на собственной эмоции, не решая встающую перед ним проблему. Проблемно-центрированный копинг состоит в том, что в стрессе человек собирается и начинает искать выход из сложившейся ситуации, подавляя возникающие эмоции (Lazarus, Folkman, 1984; Николаева, 2008).

*Аддиктивное, зависимое поведение*, при котором человек может пристраститься к тому или иному препарату или веществу, в том числе наркотику, к определенному, неэффективному типу поведения (например, шопинг – стремление снять стресс, покупая ненужные вещи; гемблинг – пристрастие к азарт-



ным играм и т.д.) или человеку (любовная или сексуальная аддикции). В настоящее время описывается аддиктивный тип личности, то есть определенной тип личности, который в процессе преодоления той или иной стрессовой ситуации зависит от некоторых веществ, определенного типа поведения или человека. Аддикция негативно сказывается на здоровье.

*Здоровый образ жизни* – совокупный набор поведенческих реакций и внутренних убеждений, способствующих здоровью, что проявляется внешне в предпочтении физической активности, выборе экологической среды, усилий, направленных на профилактику различных заболеваний, выполнение определенных гигиенических процедур, соблюдение правил безопасности в обществе и на дороге и т.д.

*Внутренняя картина здоровья* – представление человека о том, что такое здоровье, методах его поддержания и о степени личной ответственности за него (Некрасова, 1984).

*Механизмы психологической защиты* – психологические механизмы, позволяющие удалять из сознания информацию, которая не соответствует представлению о себе как «хорошем» человеке (Plutchike.a. 1979).

**Мотиваторы** – факторы, заставляющие человека действовать определенным образом по отношению к своему здоровью. К ним относятся существование болезни и знание человеком наиболее вероятных причин смертности; стрессоры, заставляющие человека напрягаться и менять прежнее поведение в той или иной мере.

Доказано, что многие заболевания в современном мире определяются в существенной мере поведением людей (Prochaska.e.a., 1992). Люди могут либо непосредственно вредить своему здоровью, например, чрезмерно употребляя алкоголь, либо, напротив, могут способствовать укреплению здоровья, усиленно занимаясь физкультурой. Следовательно, чтобы снизить риски тех или иных заболеваний, можно воздействовать на поведение человека или на его представление о своем поведении. С этим связаны две основных группы теоретических представлений в области психологии здоровья.

При этом сам В.А. Ананьев считает, что «объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность, из чего следует, что психология здоровья видит в качестве своей задачи то, как делать небольших людей здоровыми» (В.А. Ананьев, 2006, с.11).

В этом мы не можем согласиться с многоуважаемым автором интереснейшего учебника по «Психологии здоровья», потому что говорить сегодня о здоровом человеке, в ситуации широкой распространенности болезней, не приходится. В самом начале данного параграфа нами были приведены достаточно шокирующие цифры, указывающие, в данной ситуации следует придерживаться несколько иной точки зрения. О чем мы скажем немного позже.

Подводя некий итог всему вышесказанному, следует отметить, что «Психология здоровья» как отрасль психологических знаний формируется на стыке медицины, психологии и социологии. Конечно же, вклад в становление моло-

дой, но, безусловно, очень востребованной и актуальной отрасли психологии не равнозначный, но говорить о том, что «Психология здоровья» является некой дочерней научной отраслью по отношению к какой-то из перечисленных областей науки не приходится.

Мы предпримем попытку схематически показать формирование «Психологии здоровья» как самостоятельной, стремительно развивающейся научной области.

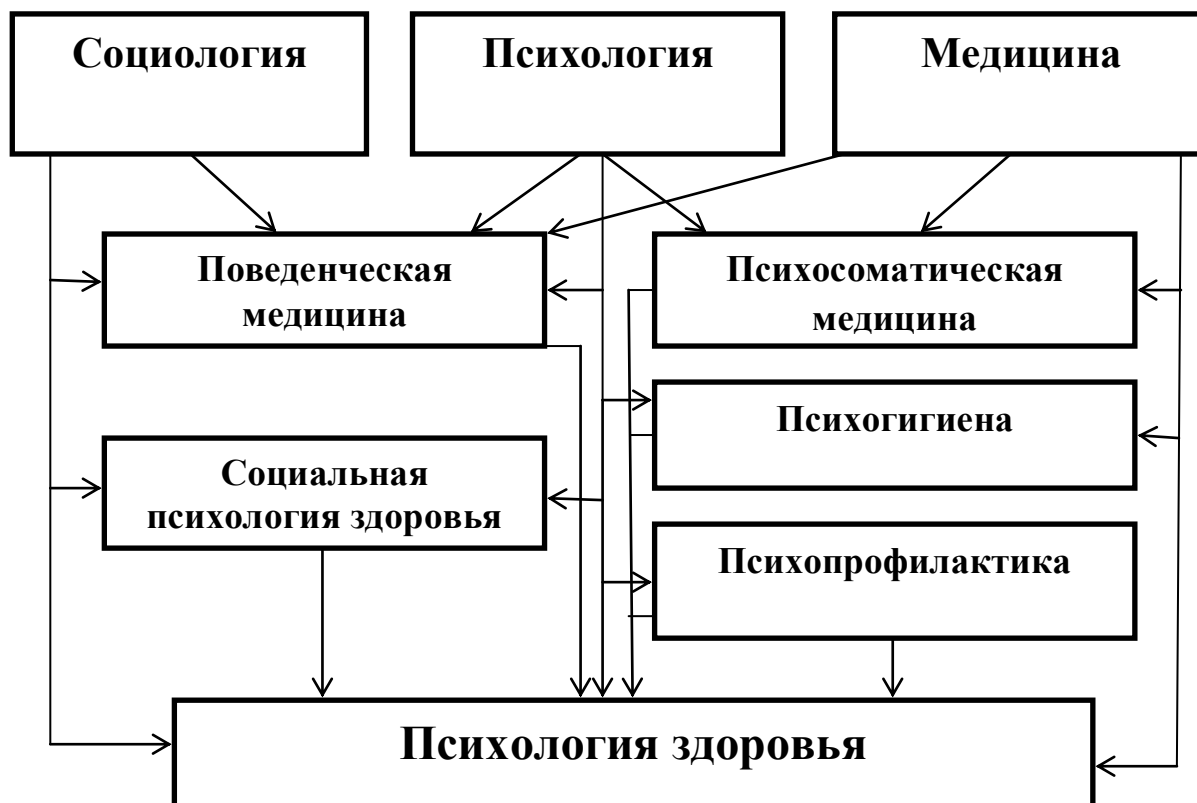


Рис. 2.

Тем не менее, представленная схема не позволяет нам в полной мере ответить на вопрос о проблематике «Психологии здоровья». Среди проблем психологии здоровья на современном этапе развития общества можно выделить следующие:

1. *Убыстрение ритма жизни.* Нарастающие нагрузки на нервную систему и психику человека, негативная динамика межчеловеческих отношений приводит к формированию эмоционального напряжения. Она ведет к «болезни спешки» и является одним из факторов развития заболеваний.

2. *Проблема жизни в условиях неопределенности.* Ее породила ситуация, связанная с переходом с одной ступени развития общества на другую. Произошла кардинальная смена устоявшихся стереотипов поведения. Следовательно, повысилось беспокойство человека за свое будущее, за будущее своих детей и близких. Повышенный стойкий уровень беспокойства выливается в психосоматическую патологию. Неопределенность сама по себе не имеет знака, знак зави-

сит от личностных особенностей человека, заполняющих неопределенность собственными ожиданиями. Чаще всего неопределенность представляет собой дефицит в прогнозировании своего будущего. Проведенные психологами исследования показали, что существуют 2 полярные группы людей, которые по-разному реагируют на неопределенность. Первая группа реагирует страхом, усталостью, безразличием и растерянностью (интравертированные интерналы). Вторая группа – это люди, которые реагируют озлобленностью и агрессивностью (экстравертированные экстерналы).

3. *Проблема «информационного бума».* Нахлынувшая волна информации о прошлом и настоящем пропорционально увеличила приток лиц, которые обращаются к психотерапевтам, психологам и психиатрам. Многие чувствительные люди не могут адекватно переработать информацию – ее слишком много и она ужасающая, т. о. растет количество лиц, страдающих от «синдрома информационного изнурения».

4. *Разрушение идеологической базы, которое повлекло за собой разрушение индивидуальной картины мира.* Большинство населения сумело перестроить свою мировоззренческую картину, причем, в основном опираясь на религию или на собственную философскую модель описания действительности. Однако по исследованиям около 12-15 % населения не имеют никакой системы описания, т.е. образовался мировоззренческий вакуум. Он очень близок по своим характеристикам к состоянию неопределенности, поскольку он может заполниться любыми шовинистическими идеями. Он может спровоцировать социальные катаклизмы.

5. В настоящее время *актуализировались все смертные грехи человека:* гордыня, сребролюбие (любовь к деньгам), блуд, чревоугодие, гнев, зависть и уныние. Именно зависть и уныние могут в полной мере рассматриваться как важные факторы риска психических заболеваний.

6. *Снижение уровня социальной поддержки.* Оно приводит к одиночному переживанию преодоления стрессовых ситуаций. Это снижает толерантные способности человека. Социальная поддержка бывает двух видов: институциональная (исходит от государственных структур) и межличностная. Социальная поддержка – это барьер между стрессом и его последствием. Социальная поддержка тесно связана с социальной интеграцией, которая тоже является барьером между здоровьем и болезнью. Социальная интеграция включает в себя привязанность к кому-либо. Возможность кого-то воспитывать, получение подтверждения своей значимости, чувство надежности партнеров по общению и т.д. Социальная поддержка прямо пропорциональна уровню заболеваемости и здоровья.

7. *Проблема вестернизации (от слова «вестерн»).* В течение трех последних столетий это направление продолжает завоевывать российское пространство. Вестернизация – это усвоение обществом ценностей и паттернов социального поведения, изначально присущих западному обществу. Ученые об-

наружили, что воздействие вестернизации несет повреждающий характер (эфф-фект):

- Снижение численности населения в результате снижения среднего возраста жизни, снижения рождаемости и роста межгосударственной миграции.
- Рост общей и нервно-психической заболеваемости с преобладанием психосоматических заболеваний.
- Рост инфекционной заболеваемости, обусловленный распадом системы контроля над инфекционными болезнями и внутригосударственной миграцией.
- Рост профессиональной заболеваемости и индустриального травматизма из-за снижения внимания к охране труда и технике безопасности вследствие необходимости снижения производственных затрат.
- Появление значительных по объему маргинализированных социальных групп.
- Рост всех видов социальных девиаций: преступности, проституции, алкоголизации, суицида и т.д.
- Экономическая депривация больших групп населения, которая приводит к обнищанию.
- Неспособность институтов контроля нейтрализовать негативное влияние социальных изменений на общественное здоровье, т.е. у государства нет возможности удержать стресс социальных изменений и его последствия.

Из представленного выше анализа, можно легко понять, что объектом исследования данной отрасли психологии является, чаще всего, здоровая личность, или, реже, личность потерявшая свое здоровье. Как правило, исследуя данную проблему, обращаются к вопросам здоровьесбережения. Но, как нами уже было отмечено выше, чтобы люди были здоровыми в ситуации широкой распространенности заболеваемости, необходимо не столько сохранять здоровье, сколько формировать конструктивную модель поведения, ведущую к здоровью (Николаева Е.И., Меренкова В.С., 2012). Тем не менее, зачастую люди, даже знающие о необходимости соблюдения определенных правил поведения, которые позволят им не страдать от симптомов болезней, все же выбирают неконструктивную модель поведения: либо «активное отбрасывание мысли о болезни», либо «уход от болезни в работу». Данное утверждение подтверждено проведенным нами исследованием отношения к собственному здоровью как фактор «больного» поведения представителей разных групп здоровья (Николаева Е.И., Ельникова О.Е. 2014).

Именно поэтому мы предлагаем в рамках рассмотрения проблем освященных такой отраслью психологических знаний как психология здоровья остановиться на двух основных конструктах:

- здоровье человека, субъективная оценка своего здоровья человеком и модель поведения, которой придерживается человек для того, что бы не потерять здоровья (все это вполне вписывается в конструкт – внутренняя картина здоровья);

- болезни человека, субъективная оценка человеком своего заболевания и выстроенная модель поведения, которой придерживается человек, узнавший о потере здоровья (все это вполне вписывается в конструкт – внутренняя картина болезни).

## **1.2. Цели и задачи психологии здоровья, основные направления исследования**

Как уже было отмечено в предыдущем параграфе «Психология здоровья» - молодая отрасль психологических знаний. Именно поэтому, на текущий момент, нельзя с уверенностью сказать, что сформировалась универсальная точка зрения, в рамках которой были бы сформулированы некие общие, устраивающие всех, цели и задачи «Психологии здоровья». В первом параграфе данной главы, нами уже было отмечено, что пока еще не устоялись взгляды на предмет и объект исследования указанной отрасли психологии. И в качестве объекта, у разных авторов, выступают как здоровая личность, так и личность, потерявшая здоровья. Указанное разночтение не может не сказаться на определении целей и задач исследования в рамках психологии здоровья.

Так, в учебном пособии О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова «Психология здоровья человека» (2001) дан системный анализ здоровья как сложного, многомерного социокультурного феномена, отражающего наиболее значимые биологические, психологические, социальные и духовные аспекты бытия человека. «В предлагаемом учебном пособии, пишут авторы, мы стремились обобщить и проанализировать все доступное многообразие социокультурного, социально-психологического и индивидуально-личностного опыта, связанного с проблематикой здоровья и болезни, чтобы более искусно подойти к основной теоретической задаче психологии здоровья – построению гипотетической модели здоровой личности».

То есть основной задачей «Психологии здоровья», согласно О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова является построение «модели здоровой личности», что, безусловно, важно на текущий момент, так как без построения некой идеальной модели нет и, не может быть движения в направлении формирования «здоровья». Без теоретической модели невозможно выстроить практическую модель здоровой личности, которую потом можно было бы внедрить в практическую деятельность психологов в области «Психологии здоровья».

А в учебнике «Психология здоровья» под ред. Г.С. Никифорова (2006) «впервые делается попытка показать возможность и необходимость решения главной задачи психологии здоровья как самостоятельной научной дисциплины, а именно: раскрыть, по возможности, психологическое обеспечение здоровья на основных этапах жизненного пути человека». Для решения указанной задачи авторами данного учебника предлагается целый сектор путей реализации:

- характеризуя физическое, психическое и социальное здоровье, авторы учебника включают, в качестве одного из разделов, «гармонию личности» и «психологическую устойчивость», указывая важнейшую роль гармонии и «устойчивости» в здоровье человека;

- отдельный раздел учебника посвящен «образу жизни», как определяющему фактору здоровья человека;

- и, наконец, последнем разделе учебника является «жизненный путь человека и его здоровье», в рамках которого, исследователи рассматривают как особенности здоровья на разных этапах жизненного пути человека, так и предлагают конкретные программы по укреплению здоровья или профилактики.

То есть основной задачей «Психологии здоровья» авторы данного учебника считают психологическое обеспечение здоровья человека, который подвергается различному, зачастую вредному и подрывающему полноценное функционирование, воздействию. При этом указанное психологическое обеспечение должно быть адекватно вредному воздействию.

Главной целью психологии здоровья, по В.А. Ананьеву (2006), должно стать всестороннее совершенствование человека. В.А. Ананьев (2006, с. 10) трактует совершенствование как способность «вершить себя, то есть поднимать себя все выше и выше». По В.А. Ананьеву это значит – находиться рядом с вершиной (акме), однако не значит взобраться на нее. Совершенствование представляет собой непрекращающийся процесс, который принципиально не имеет окончательной завершенности. Используемый в психологии здоровья подход носит, согласно В.А. Ананьеву, телеологический характер, иначе говоря, целью (телео) выступает сам процесс развития. В.А. Ананьев отмечает, что совершенство – в принципе недостижимая цель. В традициях это определено как «обожение человека» – способность раствориться в энергиях Бога, самой Природы. Но так как, «развитие – это постоянное, более или менее непрерывное, движение вперед или вверх. Чем больше индивидуум получает, тем большего ему хочется, поэтому желание такого рода бесконечно и никогда не может быть удовлетворено» (Маслоу, 1962). Следовательно, психология здоровья призвана формулировать человеческий способ бытия, определять русло, вектор движения, пространство бесконечного процесса становления человека, формировать «реальный идеал» человека и способствовать его достижению.

Следует согласиться с В.А. Ананьевым, в том, что цель психологии здоровья не может быть окончательно определена (в силу того, что определить – значит установить границы, предел, вместить в какие-то рамки). Но если указанный ученый связывает данное утверждение со своей основной концептуальной идеей совершенствования, В.А. Ананьев указывает, на то, что процесс совершенствования можно только направлять, устанавливая границы самого «русла» течения бесконечного обновления человека, познающего и сотворяющего себя. То мы придерживаемся аналогичного мнения только потому, что на текущий момент «Психология здоровья» формирующаяся отрасль психологических знаний и ее цели, задачи находятся в процессе становления.

При этом вполне конструктивной является мысль В.А. Ананьева о том, что цель психологии здоровья выходит за рамки только сохранения здоровья, то есть представляет собой некоторую «запредельность». В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете его самоосуществления на Земле. В.А. Ананьев указывает, на то, что главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью этого здоровья свою миссию. «Здоровье ради здоровья не нужно, оно ценно тем, что составляет неперемнное условие эффективной деятельности, через которую достигается счастье», – писал доктор-долгожитель Н. М. Амосов.

В контексте вышесказанного, в понятие «здоровье» В.А. Ананьев включает конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество нашей жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации. И с этим нельзя не согласиться.

Таким образом, мы можем сделать некие промежуточные выводы о том, что же является некой масштабной целью «Психологии здоровья» на текущий момент.

Понятно, что данная отрасль психологической науки молода и находится пока в стадии становления, но все же, даже с учетом текущей ситуации можно утверждать, что основной целью психологии здоровья является – создание некой универсальной модели здоровой, гармоничной личности, стремящейся к совершенствованию. При этом создание такой модели невозможно без учета психологических особенностей человека находящегося в различных жизненных ситуациях.

Рассуждая о целях той или иной области человеческих знаний не возможно ничего не сказать о задачах, которые стоят перед исследователем в рамках определенной отрасли. Поэтому обсуждая цели «Психологии здоровья» мы не можем обойти своим вниманием задачи данной отрасли психологии. И хотя, мы уже затрагивали их в ходе рассуждений о масштабной цели определенной нами отрасли, остановимся на задачах более детально.

Следует отметить, что не во всех учебниках и учебных пособиях вышедших в свет за последнее время определены задачи «Психологии здоровья». Ни в учебном пособии О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова «Психология здоровья человека» (2001), ни в учебнике «Психология здоровья» под ред. Г.С. Никифорова (2006) задачи указанной психологической отрасли не были определены, как некий отдельный элемент. Безусловно, указанные авторы рассуждают о задачах стоящих перед исследователем в ходе решения проблем очерченных кругом психологии здоровья, но при этом задачи плотно вплетены в контекст рассуждений и вычленение их приводит к потере смысла. Поэтому мы более подроб-

но остановимся на задачах «Психологии здоровья» выделенных В.А. Ананьевым.

Согласно В.А. Ананьеву к задачам психологии здоровья следует отнести:

1. Повышение уровня психологической культуры, под которой понимается степень совершенства, достигнутого в овладении отраслью психологических знаний и психической деятельностью.

2. Повышение уровня культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации.

3. Определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

Все эти три задачи интегрируются в процессах развития и «обогащения» личности и могут состоять из трех аспектов:

- 1) самопознание;
- 2) самовоспитание или самосотворение;
- 3) самоосуществление.

В.А. Ананьев (2006) в книге «Психология здоровья» указывает на то, что «психология здоровья призвана формулировать человеческий способ бытия, определять русло, вектор движения, пространство бесконечного процесса становления человека, формировать «реальный идеал» человека и способствовать его достижению». Он также отмечает: «Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность, из чего следует, что психология здоровья видит в качестве своей задачи то, как делать небольших людей здоровыми».

Одной из основных задач психологии здоровья является разработка способов мотивации человека к сохранению, укреплению, и развитию своего здоровья. «Попутной задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья» (Ананьев В.А., 2006).

Н. М. Амосов писал: «Здоровье ради здоровья не нужно, оно ценно тем, что составляет неперемное условие эффективной деятельности, через которую достигается счастье».

В.А. Ананьев (2006) считает, что « Психология здоровья впитывает в себя все ценное, что помогает человеку возвыситься. Из восточных традиций могут быть заимствованы технические приемы, из христианства – методы духовного взросления человека».

Наличие психической составляющей, то есть человека, во всех областях профилактической медицины определяет масштаб мероприятий психологии здоровья. Вектор ее исследований может быть направлен на частные области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья. При этом В.А. Ананьев представляет наиболее важные из них:

- 1) психическое здоровье;
- 2) физическое здоровье;
- 3) экологическое здоровье;



- 4) профилактическая наркология;
- 5) психосоматическая медицина;
- 6) психология питания;
- 7) семейное здоровье;
- 8) сексуальное здоровье;
- 9) пренатальное, перинатальное и половое воспитание;
- 10) образование и просвещение;
- 11) труд и отдых;
- 12) национальное здоровье.

После чего В.А. Ананьев выделяет следующие направления исследований в области психологии здоровья, которые вполне могут рассматриваться как конкретные задачи:

1. Роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья.
2. Внутренняя картина здоровья.
3. Методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности.
4. Обучение здоровью.

Тем самым, по В.А. Ананьеву, психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти, представляет собой психологическую базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации.

На основании вышеизложенного В.А. Ананьев приходит к выводу о том, что:

- психология здоровья играет фундаментальную роль в научной парадигме валеологии – современной междисциплинарной науки об индивидуальном здоровье;

- психология здоровья в своем становлении продолжает намеченный гуманистической психологией принципиально иной путь развития психологической науки – путь, ведущий к познанию не абстрактного искусственно сконструированного человека, а реального, подлинного и, следовательно, к созданию новой науки – «психологии с человеческим лицом».

Подводя итог всему вышесказанному можно определить следующие основные задачи «Психологии здоровья»:

- сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья;

- выстроить психосоматическое развитие человека в творческий процесс преобразования себя и самочувствие себя в системе окружающей действительности;

- внедрить методы психологического воздействия в перманентный процесс укрепления и развития здоровой личности.

## ГЛАВА 2. ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Определение понятия «здоровье»

Прежде чем нами будет предпринята попытка определить достаточно сложное и многогранное понятие «здоровье», мы не можем не коснуться исторического пути формирования указанного термина именно через призму психологических воззрений.

Следует отметить, что достаточно длительное время проблема здоровья не являлась приоритетом психологической науки. Согласно верному наблюдению О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001), психология XX столетия по большей части была сосредоточена на аномалиях человеческой природы. Исторически сложилось так, что психология здоровья претендует на условную новизну, в отличие от психологии болезней, которая оформилась как одно из прикладных направлений психологической науки – клиническая психология.

И если просвещенный XIX век, преклоняясь перед разумом и высшими достижениями человеческого духа, брезгливо отворачивался от бессознательных проявлений души, считая их негативными, то в XX столетии долгое время наблюдалось пренебрежение как раз к здоровым компонентам психики, рассуждения о которых часто казались слишком банальными, отвлеченными и уводящими от понимания подлинной природы человека. Согласно анализу психологических воззрений того времени, проведенному О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым, внутриличностный конфликт характеризует личность в гораздо большей степени, нежели ее способность сохранять здоровье и душевное благополучие. Таков основной научный предрассудок XX столетия, которым объясняется существенный пробел в современной психологической науке – отсутствие в ней целостной и четко структурированной психологической теории здоровья (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001).

Но на текущий момент развития психологической мысли очевидным становится то, что складывается устойчивая тенденция возрастания роли психологии в обеспечении здоровья людей.

И хотя в современной России психология здоровья как новое научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления. В числе ее приоритетных вопросов – выявление психологического оптимума жизнедеятельности человека и выработка критериев его оценки и самооценки. Многие ученые сходятся во мнении, что в качестве центрального объекта исследований здесь должна выступать «здоровая личность». Понятие «личность» в психологической науке прошло свой путь формирования и в наши задачи не входит детальное рассмотрение указанного понятия. Но, в контексте рассматриваемой проблемы, мы вслед за Г.С. Никифоровым (2006) будем придерживаться такой точки зрения, что личность есть целостный, всеохватный способ бытия человека, через который раскрывается его духовная суть. И это вполне соотносится с определением «здоровая личность» используемым в рамках

«психологии здоровья». Соответственно, особое значение приобретает гуманитарное познание – изучение феномена здоровья с человековедческой позиции (Никифоров Г.С., 2006).

Гуманитарная парадигма допускает существование разных точек зрения на одну проблему. Свидетельством этого являются работы по созданию психологических моделей здоровой личности, существенно обогатившие рациональный взгляд на проблему психического здоровья. Олпорт Г., введя представление о проприативности человеческой природы, составил образ психологически зрелой личности. Роджерс К.С., настаивая на том, что человек наделен врожденным, естественным стремлением к здоровью и росту, раскрыл образ полноценно функционирующей личности (Роджерс К.С., 1994). Маслоу А.Г. на основе теории мотивации личности вывел образ самоактуализированного, психологически здорового человека (Маслоу А.Г., 1999). Франкл В. утверждал, что залогом жизнеспособности и психологического благополучия человека является стремление (воля) к поиску и реализации смысла своей жизни (Франкл В., 1990). Братусь Б.С., разрабатывая основы нравственной психологии, определил условия и критерии нормального развития и личностного здоровья человека (Братусь Б.С., 1988).

В наши дни стали пересматривать теорию личности в свете новейших концепций психического здоровья крупнейшие отечественные ученые. Среди них следует упомянуть таких видных психологов, как В.Я. Дорфман, Е.Р. Калинеевская, Ю.М. Орлов, Д.А. Леонтьев и др. В работах этих исследователей, как отмечают О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001), намечен синтез естественнонаучных и гуманитарных подходов к проблеме психического здоровья личности, исследуются ценности и смысложизненные ориентации, духовные и нравственные измерения человека как детерминанты его благополучного развития.

Между тем определение «здоровой личности» не возможно без определения самого понятия «здоровье». В ходе развития и формирования человеческой мысли о природе здоровья в различных научных отраслях и в разное время придерживались многообразных точек зрения на особенности исследуемого понятия.

Наиболее обобщенное определение «здоровья» дают эксперты Всемирной организации здравоохранения: здоровье – это отсутствие психических, физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Тем не менее, представленное определение отнюдь не единственное. И нам представляется интересным провести некий, не претендующий на универсальность, собственный анализ указанного понятия.

Так, в медицинской энциклопедии дается следующее определение здоровью – это «качество жизнедеятельности человека, характеризующееся совершенной адаптацией к воздействию на организм факторов естественной среды обитания, способностью к деторождению с учетом возраста и адекватностью психического развития, обеспечиваемое нормальным функционированием всех

органов и физиологических систем организма при отсутствии прогрессирующих нарушений структуры органов и проявляющееся состоянием физического и духовного благополучия индивидуума при различных видах его активной, в частности трудовой деятельности».

В Большой советской энциклопедии здоровье определяется как «естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений».

В «Толковом словаре русского языка» дается «толковое» определение здоровья. Это нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма.

Как видно из представленных выше определений «здоровье» понимается как состояние организма, которое позволит человеку адаптироваться к окружающей среде и характеризующееся нормальным функционированием всех органов и систем. Но, следует отметить, что толкование изучаемого термина в различных интерпретирующих источниках не дают возможность получить полную картину, отражающую все характеристики исследуемого понятия. Поэтому целесообразно провести анализ определений, которые в разное время давали исследователи занимающиеся изучением «Психологии здоровья».

Так, П.И. Калью рассматривая дефиницию «здоровье», выделяет три основных ее признака:

- 1) структурная и функциональная сохранность систем и органов человека;
- 2) индивидуальная приспособляемость к физической и общественной среде;
- 3) сохранность привычного самочувствия (Калью П.И, 1988).

И.И. Брехман определяет здоровье человека как его способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров потока сенсорной, вербальной и структурной информации (Брехман И.И., 1990).

В.П. Петленко дает такое определение: «Здоровье – это состояние равновесия (баланс) между адаптационными возможностями (потенциал здоровья) организма и постоянно меняющимися условиями среды» (Петленко В.П., 1997).

Г.С. Абрамова, Ю.Л. Юдчиц исследуя данное многогранное понятие, указывают на неоднозначность анализируемого понятия, поэтому предлагают оценивать здоровье человека по следующим критериям:

1. Медицинская оценка здоровья, находящая свое выражение в клиническом диагнозе – психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом – для физического заболевания.
2. Субъективная личностная репрезентация своего физического и (или) психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья.
3. Адаптация индивида к социальному окружению, которая может включать самооценочные показатели, но обычно определяется по объективизируе-

мым оценкам со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида.

4. Восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях, оцениваемое по уровню удовлетворенности и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте).

5. Самооценка здоровья используется для получения данных о физическом (соматическом) здоровье индивида. Ее адекватность как измерительного инструмента характеризуется по совпадению с клиническими суждениями врача. Совпадение самооценки с врачебными суждениями обычно низкое, причем самооценка сдвинута в сторону большего оптимизма. В самооценке здоровья находят свое выражение скорее успешность социального функционирования и чувство субъективного благополучия, чем собственно физическое состояние. Этим объясняется значительная неустойчивость самооценки здоровья и ее высокая подверженность различным плохо контролируемым воздействиям (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.Л., 1998).

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) подошли к интерпретации исследуемого понятия системно. Авторами был проанализирован достаточно широкий спектр существующих научных взглядов на проблему здоровья. И результатом данного анализа явилось выделение О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым несколько альтернативных подходов к исследованию этого феномена. О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов определяли здоровье в рамках выделенных подходов. А именно:

1. Нормоцентрический подход: здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения, в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики.

2. Феноменологический подход: проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты или вариации индивидуального, неповторимого «способа бытия-в-мире», они включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь в ее контексте (Ясперс, Бинсвангер, Лэнг). На смену формализованным процедурам исследования в данном случае приходит феноменологическое описание, основанное на глубинном понимании и эмпатии.

3. Холистический подход: здоровье понимается как обретаемая индивидом в процессе его становления целостность, предполагающая личностную зрелость (Г. Олпорт), интеграцию жизненного опыта (К. Роджерс) и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей (К. Г. Юнг). Естественно-научные принципы анализа дополняются гуманитарными, что обеспечивает целостное видение проблемы.

4. Кросс-культурный подход: здоровье это социокультурная переменная; его характеристики относительно и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира. Проведенные в рамках данного подхода полевые исследования показали, в частности, что некоторые нарушения психического здоровья, характерные для европейца, всецело обусловлены специфическими особенностями западной цивилизации, присущим ей духом соперничества и индивидуализма; поэтому они практически не встречаются, скажем, у папуасов или эскимосов.

5. Дискурсивный подход: любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной и психической реальности. Для ясного понимания структуры конкретного представления требуется углубленный дискурс-анализ. Блестящим образцом такого анализа является историческое исследование становления медицинского дискурса, осуществленное Мишелем Фуко. Предполагается также критическое исследование различных дискурсивных практик, в которых рождаются своеобразные концепции здоровья и болезни, с определением их базовых принципов, достоинств и ограничений.

6. Аксиологический подход: здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же как и их переоценка, кризис рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него. Аксиологический подход был предложен еще Платоном, который в своем диалоге «Законы» поместил «здоровое состояние души» (наряду с разумением, справедливостью и мужеством) в иерархию человеческих и божественных благ. Наиболее крупным ученым нашего столетия, исследовавшим психическое здоровье и его нарушения в их ценностном аспекте, т. е. во взаимосвязи с высшими ценностями человека, следует признать А. Маслоу. В своей теории самоактуализации Маслоу рассматривал высшие ценности как своего рода детерминанты здорового и полноценного развития индивидуума. В рамках психиатрии аналогичный подход был применен А. Кемпински, который интерпретировал различные формы психопатологии как нарушения нравственного порядка или дисфункции ценностной системы личности. В настоящее время появляется все больше работ, посвященных осмыслению здоровья и как основополагающей ценности культуры, и как ценностной ориентации, определяющей социальное и психическое бытие конкретной личности.

7. Интегративный подход: любые объяснительные принципы, модели и концептуальные схемы признаются адекватными способами изучения здоровья на разных уровнях человеческого бытия. Предпринимается попытка интегрировать эти модели и схемы с учетом их ограничений на единой концептуальной основе, согласно базовым принципам теории систем.

Следует отметить, и на это указывают и сами авторы представленной выше системы, что возможна и другая систематизация подходов к здоровью. Альтернативная система соответствует более масштабным компонентам научного знания. Например, выделение эволюционистского (характерного для биологической науки), социально-ориентированного, гуманистического, теологического (в частности, христианского) и др. подходов.

При этом давая некое обобщенное определение анализируемому понятию Васильева О.С., Филатов Ф.Р.(2003) указывают на то, что здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей человека. Само понятие «здоровье», по определению указанных авторов, характеризуется многозначностью и отличается сложностью от его обыденного понимания. Если для большинства людей «здоровье» ассоциируется лишь с их физическим состоянием, то на практике это понятие включает в себя еще и единство культуры мыслей, эмоции и взаимоотношений с окружающим миром (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2003).

Понятие «здоровья» невозможно определить без учета основных определений понятий «человек». Человек – высшая ступень живых организмов на земле, субъект общественно-исторической деятельности культуры; человек – это высшее из земных созданий, одаренное разумом, свободной волей и словесной речью; человек – есть живая система, в основе которой лежат: физическое и духовное, природное и социальное, наследственное и приобретенное начала. Основные функции организма человека заключаются в реализации генетической, безусловно, рефлекторной программы, инстинктивной деятельности, генеративной функции, врожденной и приобретенной нервной деятельности, социальной деятельности, где здоровье является обязательным условием для выполнения этих функций. Человек в своем развитии испытывает социально-обусловленную потребность быть личностью и в социально-значимой деятельности реализует эту потребность (Секач М.Ф., 2003).

В психологии под личностью чаще всего подразумевается некое ядро, интегрирующее начало, связывающее воедино различные психические процессы и индивида и сообщающие его поведению необходимую последовательность и устойчивость. Разные теории усматривают такое ядро личности в различных сферах, делая акцент на психологических, биологических и социальных аспектах. В системно-деятельностном подходе личность рассматривается как относительно устойчивая совокупность психических свойств, как результат включения индивида в пространство меж индивидуальных связей.

Чем более гармонично соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем более она устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушать ее целостность, а значит, здорова. Здоровье выступает как характеристика целостного, акмеологического развития человека. Следовательно, здоровая личность психически устойчива, что позволяет ей поддерживать собственную надежность и противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и в конечном счете достигать поставленных целей, осуществлять

реализацию своих намерений. «Здоровая личность способна приводить в полное равновесие свои мысли, чувства и действия, справляться с разногласиями в себе. Оно движется к пределам совершенства с помощью самоконтроля и самонаблюдения» (Ананьев В.А., 1996).

В.Л. Ананьев, указывает на то, что человек является «носителем» здоровья. Сам человек есть открытая нелинейная сложная самоорганизующаяся система, которая представляет собой блуждающий по многовариантным путям жизненного поля процесс. Здоровье в данном случае есть процесс максимальной естественной продолжительности жизни при высоком качестве жизни, оптимальной трудоспособности и социальной активности.

При этом здоровье, В.Л. Ананьев определяет как процесс жизнедеятельности, обеспечивающий необходимое качество жизни и достаточную ее продолжительность (Ананьев В.Л., 2006).

Нельзя обойти вниманием точку зрения Г.С. Никифорова, в рамках которой были выделены три основных компонента здоровья: физическое, социальное и психическое здоровье.

Физическое здоровье – важнейший компонент в сложной структуре состояния здоровья человека. Он обусловлен свойствами организма как сложной биологической системы. Как биологическая система организм обладает интегральными качествами, которыми не обладают ее отдельные составляющие элементы (клетки, ткани, органы и системы органов). Эти элементы вне связи между собой не могут поддерживать индивидуальное существование.

Кроме того, организм обладает способностью сохранять индивидуальное существование за счет самоорганизации. К проявлениям самоорганизации относятся способность к самообновлению, саморегулированию и самовосстановлению.

Самообновление связано с постоянным взаимным обменом организма с внешней средой веществом, энергией и информацией. Организм человека – это система открытого типа. В процессе самообновления организм поддерживает свою упорядоченность и препятствует своему разрушению.

Физическое здоровье обуславливается способностью организма к саморегулированию. Совершенная координация всех функций – следствие того, что живой организм представляет собой саморегулирующуюся систему. Саморегуляция составляет сущность биологической формы развития, т. е. жизни. Это общее свойство биологических систем позволяет устанавливать и поддерживать на определенном, относительно постоянном уровне те или иные физиолого-биохимические или другие биологические показатели (константы), например постоянство температуры тела, уровень артериального давления, содержания глюкозы в крови и т. д.

Поддержание степени упорядоченности проявляется в относительном динамическом постоянстве внутренней среды организма – гомеостазисе (homeostasis; греч. homoios – подобный, сходный + stasis – стояние, неподвижность).



Более 100 лет тому назад выдающийся французский ученый Клод Бернар впервые поставил вопрос о значении гомеостаза (хотя сам термин был введен позднее В. Кэнноном). В своих первых работах по гомеостазису В. Кеннон отметил, что живые существа представляют собой открытую систему, имеющую множество связей с окружающей средой. Эти связи осуществляются через посредство дыхательного и пищеварительного трактов, поверхностных кожных рецепторов, нервно-мышечных органов и костных рычагов. Изменения в окружающей среде прямо или опосредованно воздействуют на указанные системы, вызывая в них соответствующие изменения. Однако эти воздействия обычно не сопровождаются большими отклонениями от нормы и не вызывают серьезных нарушений в физиологических процессах благодаря тому, что автоматическая саморегуляция ограничивает возникающие в организме колебания в сравнительно узких пределах.

В сложно устроенном живом организме включается и интегративная кооперация ряда органов и систем. Так, например, когда создаются условия, меняющие состав крови и вызывающие нарушение дыхательных функций, быстро реагируют мозг и нервы, сердце, легкие, почки, селезенка и т. д.

Таким образом, термин «гомеостазис» не обозначает простого постоянства химических или физико-химических свойств организма. Этим термином В. Кеннон прежде всего обозначал физиологические механизмы, обеспечивающие устойчивость живых существ. Эта особая устойчивость характеризуется нестабильностью процессов – они постоянно меняются, однако в условиях «нормы» колебания физиологических показателей ограничены сравнительно узкими пределами. Явление гомеостаза, по существу, представляет собой эволюционно выработавшееся, наследственно закрепленное адаптационное свойство приспособления организма к обычным условиям окружающей среды.

Самоорганизация биологической системы проявляется и в способности к самовосстановлению. Это качество обусловлено, прежде всего, регенерацией, а также наличием множественных параллельных регуляторных влияний в организме на всех уровнях его организации. Компенсация недостаточных функций за счет этих параллелей позволяет выжить организму в условиях повреждения, мера компенсации при этом отражает уровень жизнеспособности – его физическое здоровье.

Физическое здоровье – текущее состояние структурных элементов целостного организма (клеток, тканей, органов и систем органов человеческого тела), характер их взаимодействия и взаимосодействия между собой. Материальную основу формирования физического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития организма человека. Она опосредована базовыми потребностями, доминирующими у человека на различных этапах индивидуального развития организма (онтогенеза). Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом биологического развития человека (формирование его физического здоровья), а с другой – обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

В самом общем виде физическое здоровье – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

К основным факторам физического здоровья человека относятся:

- 1) уровень физического развития,
- 2) уровень физической подготовленности,
- 3) уровень функциональной подготовленности организма к выполнению физических нагрузок,
- 4) уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов среды обитания.

Вполне очевидно, что физическое здоровье обуславливает жизнеспособность организма индивида.

Социологический подход к здоровью основывается на следующем утверждении. «Здоровое общество» – это то общество, где минимален уровень «социальных болезней». Болезнь по сути своей – биологический феномен, и понятие «социального здоровья» имеет, таким образом, во многом фигуральное (образное) значение.

Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

- социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести (т. е. угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);
- влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т. е. возможности выздоровления или смерти);
- оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных (агрегированных) статистических показателей, составляющих так называемую социальную статистику.

Более широкий подход к здоровью общества заключается в оценке его состояния по уровню социальных девиаций. Социальная девиация (отклонение), или девиантное поведение, – это поведение, нарушающее кодифицированные или некодифицированные социальные нормы.

Девиантное поведение существует только в отношении социальной нормы как регулятора социального поведения. Нормы-регуляторы могут быть условно разделены на абсолютные и относительные.

Абсолютные нормы существуют или существовали во всех или почти всех известных обществах. Это, например, запреты на убийство, воровство, инцест и т. п.

Относительные нормы специфичны для отдельных обществ (нормы добрых брачных сексуальных отношений, этикета, авторского права).

Следовательно, поведение, нарушающее нормы какого-то общества, будет девиантным для этого общества, но может не быть таковым для другого общества.

Оценка здоровья общества может даваться по любому из видов девиантного для данного общества поведения, однако, как правило, используются те его виды, которые непосредственно угрожают биологическому состоянию популяции. Например, особо тяжкие и тяжкие преступления – это те, которые угрожают жизни и здоровью людей либо приводят (или могут приводить) к снижению репродуктивного потенциала индивида (например, изнасилования).

Нередко о здоровье общества судят на основе оценки состояния институтов социального контроля. При этом подразумевается, что состояние институтов контроля непосредственно влияет на уровень девиантных проявлений в обществе.

Показателями «общественного здоровья» становятся религиозность, отношение к нормам традиционной морали, коррумпированность институтов власти и т. п.

Следует помнить, что функционирование институтов контроля – только один из факторов, влияющих на уровень девиантности.

В середине 50-х гг. XX в. выдающийся американский социолог Т. Парсонс предложил рассматривать и психическую и соматическую болезнь как одну из форм девиантного поведения по отношению к существующей в обществе системе норм. Таким образом, девиантологический подход сегодня интегрирует медико-биологическое понимание здоровья и является наиболее адекватной основой анализа, описания и объяснения «социального здоровья».

Тем не менее, сама отрасль психологических знаний «Психология здоровья» определяет необходимость рассмотреть более детально один из компонентов здоровья человека, а именно психическое здоровье. Интерес к проблеме психического здоровья личности возник еще задолго до возникновения «Психологии здоровья» как одной из отраслей психологической науки. В частности, к указанному виду здоровья проявлял внимание российский ученый В.М. Бехтерев. В своем докладе на тему «Личность и условия ее развития и здоровья» (1905 г. Киев) он коснулся важных условий эффективного развития личности: биологическая наследственность, условия зачатия и развития, экономические условия, аддиктивное поведение, образование, социальные условия окружающей среды. Данные суждения, как справедливо отметил Г.С. Никифоров, близки к трактовке «здоровья», принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (Никифоров Г.С., 2006).

Психическое здоровье, по Г.С. Никифорову, в качестве составного элемента здоровья в целом включает в себя совокупность психических характеристик, обеспечивающих динамическое равновесие и возможность выполнения социальных функций. Следовательно, психически здоровый человек адаптирован к социуму и может успешно функционировать в нем.

Выделяют различные критерии психического здоровья. Наиболее полно перечень критериев психического здоровья представлен в работе Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова.

В первую очередь авторы относят к ним:

- причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответствующую возрасту человека зрелость чувств, постоянства места обитания;
- максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976.)

Рассматривая психическое здоровье, нельзя не сказать о психологическом здоровье. И если психическое здоровье имеет отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам. То психологическое здоровье относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа. Данный компонент здоровья позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов.

Как утверждают В.И. Слободчиков, Т.А. Цукерман, основу психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе. Само понятие «норма» в данном случае – это не характеристика среднестатистического уровня развития какой-либо способности, не ссылка на отсутствие выраженной патологии, высокую приспособляемость и непротиворечивость требованиям культуры, а указание на возможности высших достижений для данного возраста. В соответствии с интегральной перио-

дизацией развития субъективной реальности любые стадии, ступень, период развития имеют свою определенную форму, в которой суммируются результаты развития в виде набора вполне определенных способностей как функциональных органов субъективности. Их конкретный состав образует ориентировочные возрастные нормы психологического здоровья. Индивидуальная норма есть то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития (Слободчиков В.И., Цукерман Т.А., 1996).

При содержательном раскрытии категории психологического здоровья психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, как жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата, как умение выживать, приспособляться и расти в изменяющихся, не всегда благоприятных, но обычных для большинства условиях, и является предпосылкой здоровья психологического. Психологическое здоровье в свою очередь характеризует индивида как субъекта жизнедеятельности, распорядителя индивидуальных сил и способностей. Состояние психологического здоровья является производным от процесса поэтапного приобщения индивида к родовой человеческой сущности и на этой основе – саморазвития субъективности, совершенствования самобытия. Человечность индивида – сущностная характеристика психологического здоровья – понимается как жизнестойкость, основанная на любви к качеству жизни и воле к совершенству во всех ее областях. В христианской культуре человечность находит свое выражение в личностном способе жизни, предполагающем свободный, сознательный и ответственный выбор поведения на основе ценностно-смыслового самоопределения субъекта жизнедеятельности (Слободчиков В.И., Цукерман Т.А., 1996).

В. Франкл, отмечает, что психологическое здоровье – одна из важнейших характеристик личности человека. Оно отражает особенности генезиса и психического развития. Основой психологического здоровья является полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Следовательно, в определение этого понятия должна быть заложена возможность развития человека на всем протяжении его жизненного пути. Необходимо добавить также и требование гармонии не только между человеком и средой, но и между различными составляющими его личности – рациональным и эмоциональным, психическим и телесным, разумом и интуицией и т.п. Исходя из сказанного, психологическое здоровье можно определить как динамическую совокупность психических свойств, обеспечивающих:

а) гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом;

б) возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности.

Под развитием предполагается не только отсутствие застоя и наличие движения, но и цель, определяющую последовательное накопление человеком позитивных новообразований (Франкл В., 1999).

Ключевое слово, характеризующее психологическое здоровье, – это гармония – гармония человека с самим собой и с окружающей средой: другими людьми, природой, космосом.

Так как психологическое здоровье предполагает наличие равновесия между различными качествами личности человека, а также между ним и миром, в котором он живет, одним из основных проявлений личности следует назвать саморегулируемость. Различают два вида саморегулируемости: внутреннюю и внешнюю.

Внутренняя саморегулируемость – это свойство личности, которое делает доступным свободный и легкий переход от одного функционального уровня к другому, дает возможность находиться на уровне, требующем меньшего психологического напряжения, а затем вновь возвращаться на более высокий уровень. Внутренняя саморегулируемость позволяет добиваться гармонии с самим собой, управлять своими эмоциями и отношениями.

Внешняя саморегулируемость обеспечивает возможность адекватной адаптации как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям, воздействиям окружающей среды. Часто резкое изменение ситуации к лучшему становится причиной серьезного кризиса: личностного или семейного. Кроме того, адаптация представляет собой совокупность двух процессов: активного воздействия на ситуацию, а, следовательно, внешних изменений, и приспособления к ней, т. е. изменений внутренних.

Кроме гармонии психологическое здоровье предполагает возможность полноценного функционирования и развития человека, для этого необходимы определенные взаимосвязанные условия.

1. Наличие позитивного образа собственного Я, т.е. абсолютное принятие человеком самого себя при достаточно полном самоосознании, а также позитивного образа другого – принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т.п., а, следовательно, глубокое убеждение в ценности человеческой жизни – как своей, так и чужой. Безусловной предпосылкой этого служат личностная целостность, умение принять свои негативные качества и разглядеть в каждом из окружающих положительные черты, даже если они не сразу заметны. Очень важно взаимодействовать именно с этим светлым началом в другом человеке и дать право на существование негативным свойствам в другом так же, как и в самом себе.

2. Владение рефлексией как средством самопознания, способность концентрировать свое сознание на себе, собственном внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Умение понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, свободно и открыто проявлять чувства без причинения вреда другим, осознавать причины и последствия своего поведения и действий окружающих.

3. Наличие потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, способствующий его дальнейшему развитию. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь (Слободчиков В.И., Цукерман Т.А., 1996).

О.В. Хухлаева (2003) исследуя психологическое здоровье человека, выделила четыре составляющие, которые включает в себя данный компонент здоровья:

- а) способность к саморегуляции,
- б) наличие позитивных образов собственного Я и Другого,
- в) владение рефлексией как средством самопознания,
- г) потребность в саморазвитии.

А.Н.В. Фасенко, (2009) считает, что целесообразно выделить следующие его компоненты:

1) здоровый образ жизни – взаимосвязь между образом жизни человека и его здоровьем как главной потребностью человека;

2) отношение личности к внешней среде (экологически безопасное сосуществование с окружающим живым миром);

3) охранительное поведение человека;

4) механизмы психологической защиты личности, актуализация которых происходит при предъявлении завышенных требований к личности, что приводит, в итоге, к неадекватному поведению и неправильному прогнозированию результатов своей деятельности или поступков;

5) внутренняя картина здоровья – представления личности о своём здоровье как непреходящей ценности;

6) степень фрустрационного напряжения у ребёнка на трёх основных уровнях психической регуляции: когнитивном, эмоционально-волевом и мотивационно-поведенческом. Наиболее опасными компонентами, составляющими угрозу адекватной внутренней картине здоровья, являются различные виды девиантного поведения;

7) семья: система отношений родителей к здоровью своего собственного ребёнка, развивающаяся по трём направлениям: удовлетворение потребностей ребёнка различными способами, применение определённых стилей, тактик и стратегий семейного воспитания (Фасенко Н.В., 2009).

Таким образом, психическое здоровье – важная составная часть здоровья человека. В первую очередь это обусловлено тем, что организм человека, в котором все элементы взаимосвязаны друг с другом и воздействуют друг на друга, в значительной степени находится под контролем нервной системы, поэтому психическое состояние сказывается на работе каждой из функциональных систем, а состояние последних, в свою очередь, сказывается на психике.

Психическое здоровье должно характеризоваться:

- Отсутствием психических или психосоматических заболеваний.
- Нормальным возрастным развитием психики.
- Благоприятным (нормальным) функциональным состоянием.

Благоприятное психическое состояние рассматривается как комплекс характеристик и функций, соответствующих возрастной норме и обеспечивающих эффективное выполнение человеком задач, стоящих перед ним в различных сферах жизнедеятельности.

Для психики человека, особенно для развивающейся (у ребенка), характерна связь между меняющейся генетической программой с пластичной средой (особенно социальной). Поэтому норма психического здоровья определяется очень сложно, в основном качественно, и граница между болезнью и здоровьем в ряде случаев размыта. Вот почему пограничные состояния значительно более характерны для нервной системы, нежели для других органов и систем. Особенно значимо это при выполнении той или иной работы, сопровождаемой психическим напряжением. Это напряжение – та физиологическая «цена», которую организм платит за осуществление деятельности. Один и тот же уровень работоспособности у разных людей обеспечивается ценой неодинаковых усилий, что особенно заметно у детей.

Определение нормы здоровья интеллектуально-психической сферы – достаточно сложная задача, что обусловлено большой гибкостью функциональных характеристик нервной системы и сложной динамикой взаимоотношений мозг-среда. Практически задача может быть разрешена путем сложного медико-биологического и психологического обследования, и окончательное заключение может вынести только специалист, а в сфере психического здоровья – сопоставление мнений нескольких специалистов-экспертов в области неврологии, психиатрии, психоневрологии, психологии, психоанализа. Но для текущей оценки психического здоровья, самоконтроля своего состояния каждый человек может использовать некоторые простые приемы, не требующие специального оборудования и специальных знаний.

Несомненным критерием психического здоровья является полноценность сна как важного компонента жизнедеятельности человека.

Одним из ведущих показателей функционального состояния психики является умственная работоспособность, которая интегрирует основные характеристики психики – восприятие, внимание, память и др. Высокий ее уровень – один из основных показателей психического здоровья и функционального состояния организма в целом. Снижение же умственной работоспособности является важным признаком ухудшения психического здоровья. Оно сопровождается увеличением числа ошибок (снижение внимания), трудностями сосредоточения на задаче (падение концентрации внимания), вялостью, апатией, потерей интереса к работе, учебе. Если снижение работоспособности сочетается с вегетативными изменениями (учащение или урежение пульса, усиление потоотделения и др.), головными болями, психосоматическими нарушениями (боли и ощущения дискомфорта в различных областях тела, в области желудка, не связанные с едой, в сердце и т.д.), подавленным состоянием, беспричинными страхами и т.д., то это может свидетельствовать об утомлении или переутомлении.



## 2.2. Внутренняя картина здоровья

Во всем мире исследованиям в области психологии здоровья, и, прежде всего, отношения личности к своему здоровью уделяется значительное внимание (Гурвич И.Н., 1999; Розин В.М., 2000; Юдин Б.Г., 2000; Рубанова Е.Ю., 2004; Секач М.Ф., 2005; Иванова М.Г., Портнова А.Г., 2006).

Однако, в зарубежной, и, прежде всего, англо-американской литературе, основной спектр исследований сосредоточен вокруг моделей здоровьесберегающего поведения. Среди аспектов здоровьесберегающего поведения можно выделить: рейтинг здоровья в системе ценностных ориентаций; самооценка здоровья; мотивы, побуждающие заниматься здоровьем; изменение отношения к здоровью на протяжении жизни и его причины; представления о факторах, влияющих на здоровье; самооценка того, насколько образ жизни является здоровым; намерения по оздоровлению своего образа жизни; представления о том, что мешает вести здоровый образ жизни; действия, касающиеся важных сторон самосохранения (питание, занятия физической культурой, стрессоустойчивость, активность в сфере медицины, вредные привычки, предупреждение заболеваний, предрасположенность к которым может передаваться по наследству); интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни (Иванова Л.Ю., 2006).

Таким образом, отношение личности к здоровью рассматривается через призму обеспечения действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В качестве основных конструктов, определяющих вероятность здоровьесберегающего поведения, рассматриваются уровень необходимых знаний о здоровье (Whitemi S., Chen J., 2008), самооценка своих возможностей управлять здоровьем, положительная мотивация, самооценка индивидуального риска заболевания (Schwarzer R., Renner B., 2000).

Отдельно выделяется положительный образ себя и оптимизм (и как состояние, и как черта личности), обеспечивающий мотивационный и регуляторный компонент деятельности, направленной на сохранение здоровья. Таким образом, гармоничное отношение личности к здоровью связано с уверенностью в способностях поддерживать состояние здоровья и справляться с возникающими трудностями в этой сфере (Schwarzer R., 1999).

Активно проводятся исследования значения локуса контроля в отношении здоровья. Локус контроля – одна из важных интегральных характеристик самосознания, связывающих чувство ответственности, готовность к активности и переживание «Я» (Бодалев А.А., Столин В.В., 2002). Принадлежность человека к тому или иному типу локализации контроля оказывает существенное влияние на многие особенности психики и поведения, и, в том числе, осознание себя в условиях здоровья/нездоровья и направленность на деятельность, связанную с сохранением здоровья (Luszczynska A., Schwarzer R., 2005).

Исследуются взаимосвязи, между образом (схемой) тела и тем, как человек воспринимает свое здоровье. Показано, что негативная оценка своего тела, субъективная оценка его несоответствия существующему идеалу, в значитель-

ной степени определяют негативное восприятие своего здоровья (Meland E., Naugland S., Breidablic H., 2007).

Как отмечает В.Е. Каган, здоровье реализуется не только в биологической альтернативе «здоровье - болезнь», но и в индивидуальных установках отношения к здоровью, стереотипах массового сознания, и самих отношениях между человеком и средой (между человеком-субъектом и человеком-объектом во внутриличностном диалоге и межчеловеческих взаимодействиях). Отношение к здоровью выступает как специфическая сторона личности. Каждый человек представляет себе – что такое здоровье и способен, так или иначе, соотнести с этим представлением свое актуальное состояние. Это представление или «для-себя-знание» он обозначает как ВКЗ (Блюм В.В., 2011).

ВКЗ – отношение к здоровью, как система индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического психического состояния (Никифоров Г.С., 2002).

Как отмечают О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001), исследование ВКЗ имеет большое практическое значение, так как позволит решить следующие задачи: добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека на всем протяжении его жизненного пути и помочь сформировать адекватное отношение к своему здоровью. К тому же, без понимания ВКЗ невозможно понять внутреннюю картину болезни.

Понятие «ВКЗ» было предложено В.М. Смирновым и Т.Н. Резниковой (1983) по аналогии с понятием «ВКБ». По мнению авторов, одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель – ВКЗ, своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела и т.д. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Идеал здоровья является регулятором поведения, иногда он формируется раньше ВКБ. Однако эталон, который человек считает нормой, в определённый период жизни может разрушаться или заменяться другим.

В.М. Смирнов и Т.Н. Резникова отмечают, что при построении человеком собственной модели ВКЗ большое значение имеет система «схемы тела». Здоровая модель «схемы тела» свидетельствует об отсутствии телесного дискомфорта и какой-либо части тела. Если имеется «географическая карта» отклоняющихся ощущений, то необходимо исследовать и осознать связь телесных зажимов с психологическими феноменами (эмоциональными переживаниями, поведенческими реакциями).

В.А. Ананьев рассматривает ВКЗ как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. ВКЗ – это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию ВКЗ, пишет он, есть определенное психофизическое пространство, где человек способен оценить свои

биологические, социально-психологические и духовные возможности. Это не только знание о своих возможностях, но и умение пользоваться истинными резервами и нераскрытыми потенциями в себе самом. По онтогенетической концепции структурного аттрактора болезни В.А. Ананьева у каждого человека есть «структурный аттрактор здоровья», представляющий собой определенную программу здорового развития организма. Выражением его, пишет автор, является его сильная тяга человека к здоровью, росту, и биологическому, и психологическому, и социальному, в целом, к улучшению самого себя. ВКЗ представляет собой совокупность описаний, мыслеобразов, которые относятся к сущностным характеристикам человека; сформировать и осознать которую можно через познание себя самого, своей самости. Для этого необходимо осознать свои телесные (биологические) и психологические особенности, возможности и ресурсы.

Внутренняя картина здоровья – это совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций. В этом определении можно увидеть все три слагающие структуры личности: когнитивную, эмоциональную и поведенческую, т.е. можно увидеть элемент целостности в восприятии себя (Ананьев В.А., 1998).

С этим предположением не согласен В.Е. Каган (1993), претендующий на авторство самой концепции «ВКЗ». По его мнению, человек, так или иначе, знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье, и соотносит с этим свое актуальное состояние.

Внутренняя картина здоровья, отмечает В.Е. Каган, не врожденное индивидуальное, а развивающее личностное образование. Она формируется в ходе социализации и воспитания, начиная с ранних этапов жизни. Отсюда следует необходимость: а) изучения половозрастных закономерностей, условий и причин формирования ВКЗ; б) разработки адекватных реальности и перспективам социального развития методологии и методики корректного (нельзя подчинить себе природу, не подчиняясь ее законам) вмешательства в ее формирование. «Если до 5-6 лет ВКЗ в основном клиширует ВКЗ членов семьи, то позже сформированная на этом этапе ВКЗ обретает свойства самодвижения, существенно влияя на реальное поведение и построения образа жизни» (Каган В.Е., 1988). Здоровье определяется, пишет В.Е. Каган не только его биологическими возможностями, а также и влияющей на их реализацию, воплощение в действительность ВКЗ – диалогической системой рассудочного (декларативного) и интуитивного (установочного) значений понятия здоровья.

Отличительными чертами ВКЗ являются множественность и подвижность ее элементов, а также сосуществование конкурирующих моделей. Отдельные комплексы и элементы ВКЗ могут гаснуть или вновь возникать, вытесняться, заменяться, перестраиваться или находиться в латентном состоянии, в результате чего ВКЗ становится подвижной или инертной, полной или редуцированной. Модель ВКЗ многомерна по своим параметрам, и в этом много-

мерном пространстве ВКЗ различные элементы могут быть связаны как жесткими, так и гибкими звеньями. При анализе структуры ВКЗ важно не только выделять отдельные ее звенья, но и дифференцировать их (Васильева О.С., 2006).

В.А. Ананьев (1998; 2000; 2006) определяет ВКЗ как совокупность интеллектуальных описаний (представлений) о здоровье человека, наличие эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций. Это особое отношение к здоровью, выражающееся в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. Это самосознание и самоописание себя в условиях здоровья, определенное психофизическое пространство, где человек способен оценить свои биологические, социально-психологические и духовные возможности.

Внутренняя картина здоровья представляет собой сложную систему, которая, как и внутренняя картина болезни, включает в себя 3 уровня психического отражения здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий (Ананьев В.А., 2000):

1. Когнитивный компонент: совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья.

2. Эмоциональный компонент: переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость, симпатия и др.)

3. Мотивационно-поведенческий компонент: совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей (Никифоров Г.С., 2006).

Схематично структуру ВКЗ согласно В.А. Ананьеву можно следующим образом (см. Рис.1).

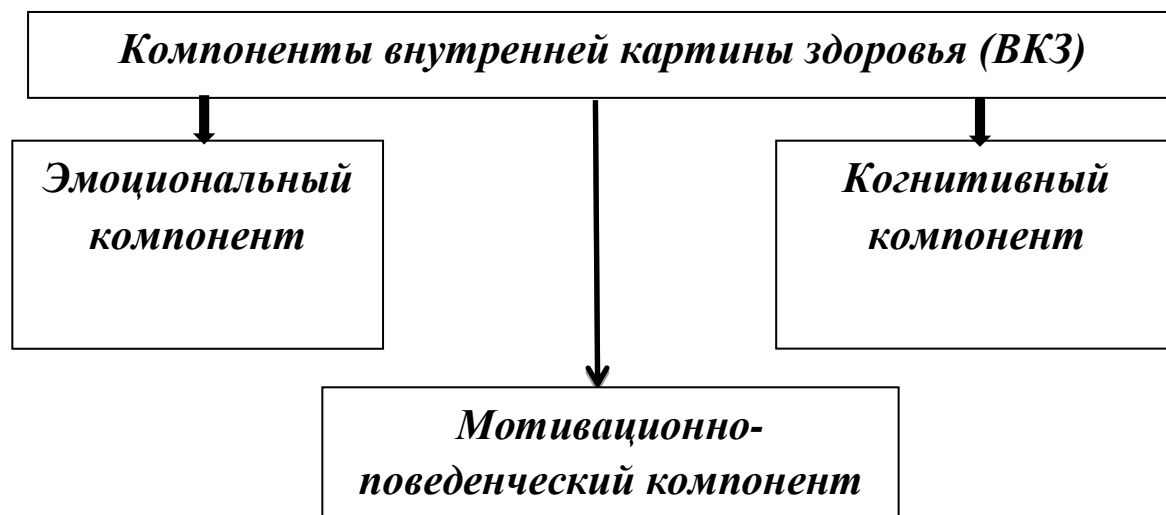
Взаимодействие всех этих уровней дает возможность выстраивать мотивацию, в рамках которой планирование собственной жизни связано с реализацией здоровья (Леонтьев А. Н., 1948).

Критерии сформированности внутренней картины здоровья (Гуманитарные науки... 2010):

- способность осознавать, оценивать и корректировать свое психофизиологическое состояние;
- устойчивый самоконтроль и управление эмоциями, связанными с состоянием здоровья;
- усвоение знаний, умений и навыков сохранения и развития здоровья;
- применение усвоенных знаний и умений по сохранению здоровья на практике.

В.А. Ананьев (2006) указывает на то, что формирование ВКЗ предполагает осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического со-

стояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового, психосоматического целого, а также осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, то есть идентификацию в себе индикаторов предболезни, предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья.



*Рис. 1. Структура VKZ согласно В.А. Ананьеву*

Рациональная сторона VKZ содержит представления о здоровье, относящиеся к сущностным характеристикам человека: биологической (конституциональной), психологической (характерологической), социальной (личностной). На первый взгляд перечень характеристик делает VKZ внепсихической категорией. Однако следует иметь в виду, что главной особенностью VKZ является опора на самосознание человека, на интрапсихические и личностные способности (Васильева О.С., 2006).

В формировании VKZ особую роль играют не только эмоциональные компоненты, но и интеллектуальные, и волевые. На основе опыта окружающих (бытового представления), информации, почерпнутой из литературных источников, чаще медицинских (научного представления), каждый человек вырабатывает для себя особую концепцию здоровья. Она включает в себя причины, механизм развития, признаки самочувствия, симптомы отклонения и в том числе доминирующее представление о будущем и некоторые спланированные ступени к нему, прогноз продвижения к здоровью.

Формирование VKZ связано с проекцией объективной реальности здоровья в самосознание человека, с субъективным восприятием и переживанием своего здоровья, пониманием его причин, резервов, адекватных своей сущностной природе методов его совершенствования, способов развития, механизмов защиты (Васильева О.С., 2006).

Формирование внутренней картины здоровья происходит с раннего детства, опирается на холистический (целостный) подход в науке о человеке и осуществляется через раскрытие потенциалов, заложенных в человеке.

Существует комплексная программа развития и формирования внутренней картины здоровья – «**Цветок потенциалов**», которая включает в себя основные задачи психологии здоровья. Ее создал В.А. Ананьев в 1996 г. Она символически представлена в виде цветка, 7 лепестков которого формирует узор взаимосвязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Главная цель программы – максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов:

- Потенциал разума (интеллектуальный аспект здоровья) – это способность человека развивать свой интеллект и уметь им пользоваться.

- Потенциал воли (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации, т.е. умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

- Потенциал тела (физический аспект здоровья) – это способность человека развивать физическую составляющую, осознавать собственную телесность как свойство личности.

- Потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

- Общественный потенциал (социальный аспект здоровья) – это способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям, стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности и вырабатывать чувство принадлежности ко всему человечеству.

- Креативный потенциал (творческий аспект здоровья) – это способность человека к созидательной активности, к творческому самовыражению в жизни и деятельности, выходу за рамки ограничивающих знания и сковывающих стереотипов.

- Духовный потенциал – (духовный аспект здоровья) способность развивать духовную природу человека.

Многие авторы отмечают, что основным компонентом ВКЗ как у взрослых, так и у детей является отношение к здоровью (Блюм В.В., 2011). Отношения представляют собой сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни. Эта связь проявляется в его действиях, реакциях, переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания, потребности и выступают в качестве движущей силы развития личности. Наиболее важным в структуре отношений является отношение человека к себе, которое проявляется в самопознании, эмоционально-ценностном отношении к себе. Б.Г. Ананьев рассматривал отношение к себе как наиболее позднее образование, завершающее становление системы отношений личности и обеспечивающее ее целостность.

Понятие «отношение к здоровью» Р.А. Березовская определяет как систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или угрожающими здоровью людей, и также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния. Категории «отношения» как одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений» зародилась в школе В.М. Бехтерева в 20 веке. Л.Ф. Лазурский, С.П. Франк уделяли внимание данной теории. В дальнейшем психология отношений развивалась В.Н. Мясищевым.

Журавлева И.В. (2005) определяет «отношение к здоровью» как сложившуюся, на основе имеющихся у индивида знаний, оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья. Но данное определение относится только к одной из трех ипостасей «отношения к здоровью», а именно – «отношению индивида к здоровью». Кроме того, «отношение к здоровью» может быть рассмотрено на макроуровне, т.е. на уровне общества, и на микроуровне – на уровне группы.

Отношение к здоровью на уровне общества – это система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния общественного здоровья на различных уровнях управления.

Отношение к здоровью на уровне группы объединяет в себе черты двух приведенных определений, поскольку специфика данного вида отношения заключается в трансляции индивиду сложившейся в обществе системы социальных норм и мнений, но с учетом реальной индивидуальной оценки здоровья членами группы.

Структуры понятия «отношение к здоровью» включает в себя:

- 1) оценку состояния здоровья;
- 2) отношение к здоровью как к одной из основных жизненных ценностей;
- 3) деятельность по сохранению здоровья.

Как отмечают авторы, психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами окружающей (объективной) действительности.

Личность представляет собой систему отношений, которые рассматриваются как психическое выражение связи субъекта и объекта. Р.А. Березовская, пишет, что согласно этой концепции, отношение к здоровью может быть описано с помощью трех компонентов: эмоционального, познавательного и волевого. Указанные В.М. Мясищевым компоненты отношения соответствуют выделяемым в психологии сферам психического: эмоционального; когнитивного и мотивационно-поведенческого (Березовская Р.А., 2001). Р.А. Березовская обращает внимание, что при анализе отношения к здоровью важно учитывать фактор времени, что предполагает рассмотрение его становления и динамики. Формирование отношения к здоровью есть процесс сложный и противоречивый, который обусловлен двумя группами факторов: внешними (характеристи-

ки окружающей среды, в которой находится человек) и внутренними (индивидуально-психологическими и личностными особенностями человека, состоянием его здоровья) (Никифоров Г.С., 2005).

Важным, отмечает Р.А. Березовская, является целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью уже на ранних этапах развития личности, где особая роль отводится семейному воспитанию и обучению в начальной школе. Отношение человека к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере. С накоплением социального и профессионального опыта регуляторная функция отношения совершенствуется (Никифоров Г.С., 2005). Автор обращает внимание на интересную особенность, что при полном физическом, психическом и социальном благополучии потребность в здоровье не замечается человеком и приобретает характер актуальной жизненной необходимости в случае его потери или по мере утраты.

Эмпирическими фиксируемыми критериями степени адекватности – неадекватности отношения человека к своему здоровью, пишет Р.А. Березовская, служат на когнитивном уровне: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни; на поведенческом уровне: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни; на эмоциональном уровне: оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему; на ценностно-мотивационном уровне: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных) и степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

В.А. Ананьев отмечает, что отношение к здоровью может определяться типом личности человека, а также отношением к здоровью в значимом для человека окружении, той микросоциальной средой, к которой он принадлежит (Ананьев В.А., 2006). В формировании ВКЗ, автор пишет, важны не только эмоциональные компоненты, но и интеллектуально-волевые. На основе опыта окружающих (бытового представления), информации, полученной из литературных источников, каждый человек вырабатывает для себя особую концепцию здоровья. «Она включает в себя причины, механизм развития, признаки самочувствия, симптомы отклонения и в том числе представление о будущем и некоторые спланированные ступени к нему, прогноз продвижения к здоровью. В отсутствии подлинного валеологического знания и опыта может сложиться понимание человеком своего здоровья; что ведет к учащению разнообразных форм невротического реагирования на здоровье, а также мифов о природе и лечении заболеваний» (Ананьев В.А., 2006).

Отношение человека к своему здоровью – это составляющая его Я-концепции. Говоря о здоровье как о психологической характеристике, важно обозначить представленность этого феномена в структуре личности, ее самосо-



знании и ценностно-смысловой сфере. Основной формой такой представленности является особое интрапсихическое образование, характеризующее личность на уровне ее самосознания и самоотношения – внутренняя картина здоровья. Ряд авторов сходится во мнении, что исследование внутренней картины здоровья занимает важнейшее место в общей проблематике психологии здоровья.

Отношение к здоровью, то есть предрасположенность к сохранению или растрачиванию здоровья, по мнению Л.В Куликова (2004), может рассматриваться как личностное качество. Автор отмечает, что в отношении к здоровью у многих людей скрыты серьезные противоречия. С одной стороны, ценность здоровья достаточно велика в обыденном сознании, без ссылок на научные доказательства, однако в установке на сохранение здоровья выраженность действительного, поведенческого компонента не соответствует ни объёму знаний о здоровье, ни силе эмоциональных реакций на его ослабление.

Характер представлений человека о здоровье, переживания и поведенческие реакции, связанные с восприятием своего психофизического состояния отражаются в различных формах его отношения к своему здоровью. В одних случаях, это может быть адекватное отношение, в других – пренебрежение, в третьих – повышенное внимание. Г.С. Никифоров (2002) рассматривает как эмпирически фиксируемые критерии степени адекватности отношения к здоровью следующие показатели: степень осведомленности или компетентности в области здоровья (когнитивный уровень), оптимальный уровень тревоги по отношению к здоровью (эмоциональный уровень), высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья (мотивационно-поведенческий уровень), соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья.

В различные возрастные периоды качественно меняется структура отношения к своему здоровью (Кабаева В.М., 2002). Наибольшие отличия характерны для поведенческого и эмоционального компонентов отношения к здоровью. У подростков более выражен практический компонент отношения к здоровью, у взрослых – эмоциональный. При развитии отношения к собственному здоровью растет степень согласованности всех компонентов.

Адекватная ВКЗ и адекватное отношение к нему позволяют человеку поддерживать состояние здоровья на должном уровне, избегать риск возникновения заболевания и противостоять воздействию патогенных факторов.

Пытаясь определить феномен ВКЗ в рамках современной психологии, мы оказываемся перед необходимостью синтеза доказавших свою достоверность и (при этом) нередко противоречащих друг другу подходов и представлений. Согласно мнению Васильевой О.С. (2006) «на данном этапе, от нас требуется интеграция уже имеющихся знаний в цельную концепцию или модель, в которой были бы учтены и согласованы основные положения трех универсальных концепций здоровья. Это означает, что здоровье следует рассматривать целостно

(холистично), как системное свойство личности. Основная наша цель – предложить целостную модель ВКЗ личности».

Следует отметить основные принципы построения психологической модели ВКЗ личности О.С. Васильевой (2006):

1. Холистичность – специфика предмета требует рассмотрения здоровья как системного качества, характеризующего личность в ее целостности.

2. Учет изначальной поливариантности интерпретаций – в силу того, что здоровье представляет собой многоаспектный феномен, необходимо учитывать и интегрировать на едином концептуальном основании различные трактовки этого явления, соответствующие разным его аспектам.

3. Структурность и динамизм как взаимодополняющие аспекты проблемы. Необходимость рассмотрения структурных и динамических (процессуальных) аспектов ВКЗ не отдельно, но в их соотношении, то есть осмыслять проблему и аналитически, и процессуально. На этих принципах базируется интегративный подход. Преимущество такого подхода в том, что он позволяет не только разработать не медицинскую и чисто психологическую концепцию здоровья, а также достигнуть нового уровня понимания ряда краеугольных проблем психологии личности. По мнению Никифорова Г.С. (2002) несомненное значение при психологическом анализе ВКЗ имеет система методологических принципов, через призму которых необходимо рассматривать ВКЗ.

Существуют несколько подходов к изучению внутренней картины здоровья (Никифоров Г.С., 2010):

- системный подход, предполагающий изучение ВКЗ как сложной системы, позволяющий выделить её уровни и подсистемы, участвующих в формировании ВКЗ;

- личностный подход, использующий представления о личности как системе отношений, формирующихся в онтогенезе в переделённых социально-исторических, экономических и бытовых условиях. Наиболее поздним образованием в системе отношений, по мнению В.А. Ананьева (2000), является отношение к себе. Оно проявляется в самопознании и осознании необходимого ценностного отношения к себе.

- возрастной подход – отношение к здоровью претерпевает ряд изменений в течение всей жизни человека: недооценка роли здоровья в молодом возрасте сменяется чувством личной ответственности за него в зрелом; в пожилом возрасте люди часто переоценивают свое здоровье, а в старческом возрасте вновь наблюдается его недооценка.

- теории деятельности и социальной ситуации развития (Выготский Л.С; Эльконин Д.Б.; Божович Л.И. и др.).

Схематично отобразить подходы к изучению ВКЗ можно следующим образом (см. Рис. 2).

При исследовании ВКЗ необходим системный подход, который предполагает изучение ВКЗ как сложной системы, звенья которой тесно взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга. «Принцип системного подхода к ВКЗ поз-

воляет выделить не только ее различные уровни и подсистемы, но и основные системообразующие факторы, лежащие в основе формирования ВКЗ у ребенка» (Никифоров Г.С., 2002).

Не менее важным, обращает внимание И.И. Мамайчук, при исследовании ВКЗ является личностный подход. Необходимо рассматривать личность в системе отношений, формирующихся в онтогенезе определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях.

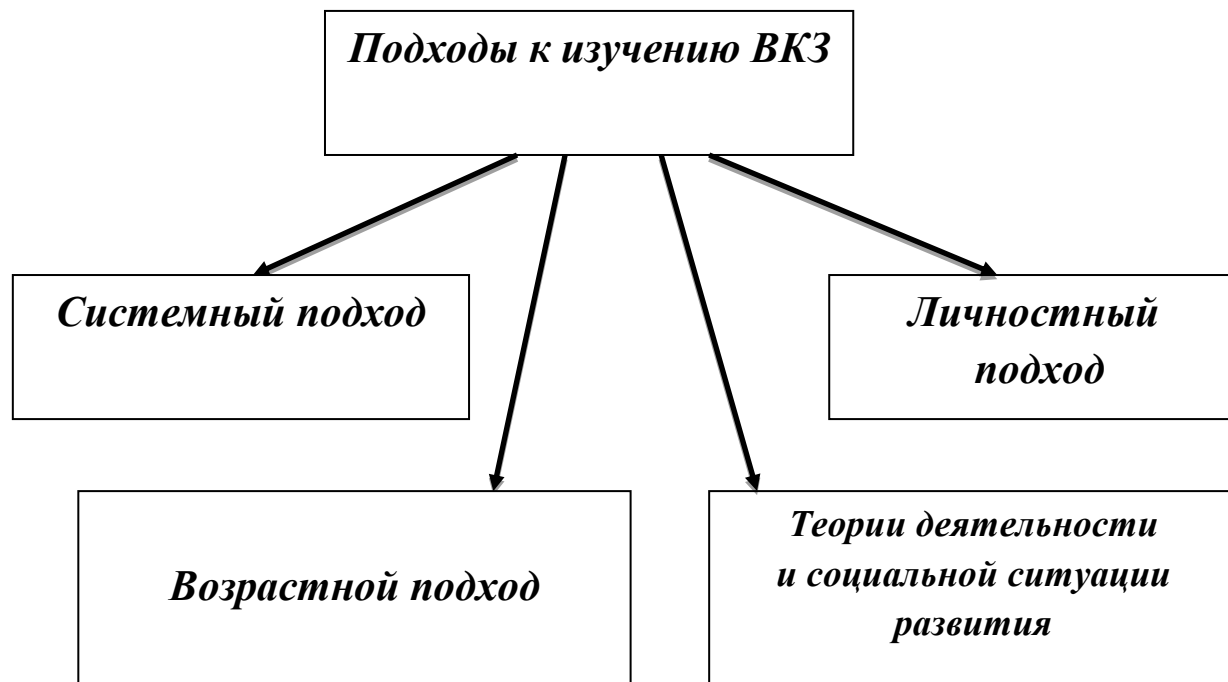


Рис. 2. Подходы к изучению внутренней картины здоровья (Никифоров Г.С.)

Отношения представляют собой сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни; эта связь проявляется в его действиях, реакциях, переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания, потребности и выступают в качестве движущей силы развития личности. Наиболее важным в структуре отношений является отношение человека к себе, которое проявляется в самопознании, эмоционально-ценностном отношении к себе. Кроме системы отношений, особое значение при исследовании ВКЗ, как отмечает И.И. Мамайчук, имеет исследование личности с позиций теории деятельности и социальной ситуации развития, представленных в работах отечественных психологов (Выготский Л.С; Эльконин Б.Д., Божович Л.И. и др.). Веденный Л.С. Выготским (1984) термин «социальная ситуация развития» описывает изменяющуюся социальную среду, внутри которой строятся единственные и неповторимые взаимоотношения ребёнка с окружением. В результате этих уникальных отно-

шений с социальной средой, специфических для каждого возраста и обусловленный динамическими изменениями в развитии ребёнка, он приобретает новые свойства личности, соответствующие ожиданиям и требованиям, предъявляемые к нему обществом (А. Н. Леонтьев, 1948). Ставя перед ребёнком на каждом возрастном этапе специфические задачи, разрешение которых составляет содержание психического развития в данном возрасте, социальная ситуация развития оказывает влияние на формирование жизненных ценностей, в числе которых есть место и ценностному отношению к своему здоровью (Леонтьев А. Н., 1948).

Принципом изучения ВКЗ является и возрастной подход. Внешние и внутренние условия развития определяют особенности возраста ребенка как временной характеристики индивидуального развития (Никифоров Г.С., 2002). Качественное своеобразие каждого возрастного периода определяется на основе социальной ситуации развития ребенка и ведущего вида деятельности.

Представленные методологические подходы к ВКЗ имеют несомненное значение при психологическом анализе внутренней картины здоровья личности. ВКЗ – составная часть самосознания личности. Осознанное отношение человека к своим потребностям, способностям, влечениям, мотивам поведения, переживаниям и мыслям невозможно без пристального внимания к своему здоровью. Представления человека о своем психофизическом состоянии с определенными переживаниями отражается в различных формах его отношения к своему здоровью. В одних случаях это может быть адекватное отношение, в других – пренебрежение, в третьих – повышенное внимание (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

Допущение, что исследование ВКЗ может оказаться плодотворным для всей психологической теории личности в целом, подтверждается самой историей психологии. Первоначально проблема целостной личности как предмета психологического исследования первоначально возникла в рамках психопатологии и психиатрии. Уже У. Джеймс, рассматривавший личность лишь как один из пунктов и ряду научных проблем своей «Психологии», стремясь пролить свет на природу личности, обращался к вопросам психопатологии, исследуя феномен «раздвоения личности».

Проблема целостности «Я» заняла центральное положение в глубинной психологии, основатели которой исследовали, прежде всего, интрапсихические истоки истерии и других психических расстройств. Создатели первых психологических моделей личности формулировали основной исследовательский вопрос приблизительно так: «Что делает личность аномальной и благодаря чему она может стать здоровой». Таким образом, вопрос о психическом здоровье, пусть и не четко сформулированный, дал первый значительный импульс к исследованию природы и структуры личности. Академическую психологию интересовали исключительно отдельные психические процессы или общие закономерности сознания и поведения. Только в условиях психотерапевтической практики, направленной на разрешение проблем здоровья и болезни, психологи

задумались над тем, как отдельные проявления, элементы человеческой психики образуют цельную личность и что препятствует этому.

Представленная Васильевой О.С. (2006) модель ВКЗ является частью общей концептуальной схемы, в рамках которой могут изучаться основные проблемы психического здоровья личности. При построении данной модели автор стремился придерживаться указанных принципов, постоянно соотнося и интегрируя такие системные качества личности, как структурность и динамизм. Чтобы лучше понять это положение, необходимо четко разграничить два фундаментальных подхода к проблемам здоровья и болезни личности, на основе которых строятся различные концептуальные схемы, призванные научно истолковать эти феномены. Это структурный и динамический (или процессуальный) подходы. Актуальное состояние человеческой психики может быть исследовано либо структурно (как устоявшееся на данный момент соотношение структурных компонентов психики), либо процессуально (как непосредственный результат взаимодействия основных процессов, поддерживающих единство личности и обеспечивающих ее развитие).

Патологичным или отклоняющимся признается Васильевой О.С. (2006) то состояние психики, при котором наблюдается рассогласование в ее структуре, обусловленное тем, что один или несколько структурных элементов начинают препятствовать нормальному функционированию всей системы в целом. Необходимо определить, какой именно элемент или группа элементов дает сбой, на каком уровне происходит рассогласование, чтобы своевременно и эффективно осуществить коррекцию.

Однако не всегда дробление психики на отдельные компоненты и структурные связи между ними является адекватным способом понимания феноменологии душевной жизни. Статичная картина, составленная из показателей тестов и других диагностических методик, подобна фотографии, которая, улавливая общие черты, дает весьма смутное представление о динамике запечатленного. Что же позволяет интегрировать структурный и процессуальный подходы в единой модели ВКЗ личности? В чем обнаруживается концептуальное единство этих подходов, применительно к проблемам психического?

В качестве объединяющей может выступать все та же античная идея согласованности, правда, несколько модернизированная и модифицированная с учетом процессуальных, динамических аспектов здоровья. Согласованность при этом распространяется не только на структурные элементы личности, предполагая их иерархию, но и на указанные основные процессы, которые приводятся к согласованию. Динамический аспект согласованности состоит в достижении согласованного протекания процессов саморегуляции, социальной адаптации и самореализации. Структурная согласованность и согласование этих динамических составляющих – таковы две взаимодополняющие характеристики здоровой личности, которые образуют сущностное единство и разграничиваются только для удобства анализа.

Стремясь рассмотреть здоровье в его мировоззренческом аспекте, Васильева О.С. (2006) ввела понятие «внутренней картины здоровья» как системы сформированных субъектом представлений о сущности здоровья вообще, а также о возможностях, границах и необходимых условиях его собственного здоровья, в частности.

В этом сложном когнитивном образовании соединяются социокультурные, социальные и субъективно-личностные компоненты. С одной стороны, общая «рамка» ВКЗ задается культурным контекстом, с другой – ее содержательное своеобразие определяется социально-психологическими и личностными характеристиками ее носителя.

Внутренняя картина здоровья базируется на «трех китах» и, соответственно, включает в себя три компонента (Васильева О.С., 2006):

1) репрезентационный компонент – представленность здоровья в системе представлений субъекта о себе, других людях, жизни в целом;

2) отношенческий компонент – отношение к собственному здоровью как составляющая общей системы отношений личности;

3) поведенческий компонент – специфическая установка по отношению к своему здоровью, также включенная в систему более общих установок, регулирующих поведение и деятельность субъекта.

Все три указанных компонента взаимосвязаны, образуют единую регуляторную систему и могут быть соотнесены с социально-психологическими характеристиками, ценностными и смысло-жизненными ориентациями конкретного субъекта.

Как уже упоминалось ранее, рассматривая ВКЗ с психологических позиций можно выделить три структурных компонента:

1. Когнитивный. Рациональная часть ВКЗ представляет собой совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья (в целом, все то, что формирует систему верований человека).

2 Эмоциональный. Чувственная сторона ВКЗ, которая включает в себя переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон, а также особенностями эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации.

3. Поведенческий. Моторно-волевая сторона ВКЗ – совокупность усилий, стремлений, конкретных действий человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно-значимых целей.

В функциональной структуре ВКЗ можно выделить следующие аспекты (Васильева О.С, 2006):

- Рационально-когнитивный аспект, фиксирующий как личностный опыт заболевания и выздоровления, так и определенные теоретические представления. Наличие этого аспекта проявляется в сформированной субъективной модели здоровья. При чрезмерной выраженности этой функциональной подструк-

туры возможна тенденция к «ипохондрии здоровья», в противоположном случае – саморазрушающее поведение.

Представим схематично функциональную структуру ВКЗ (см. схему 3).

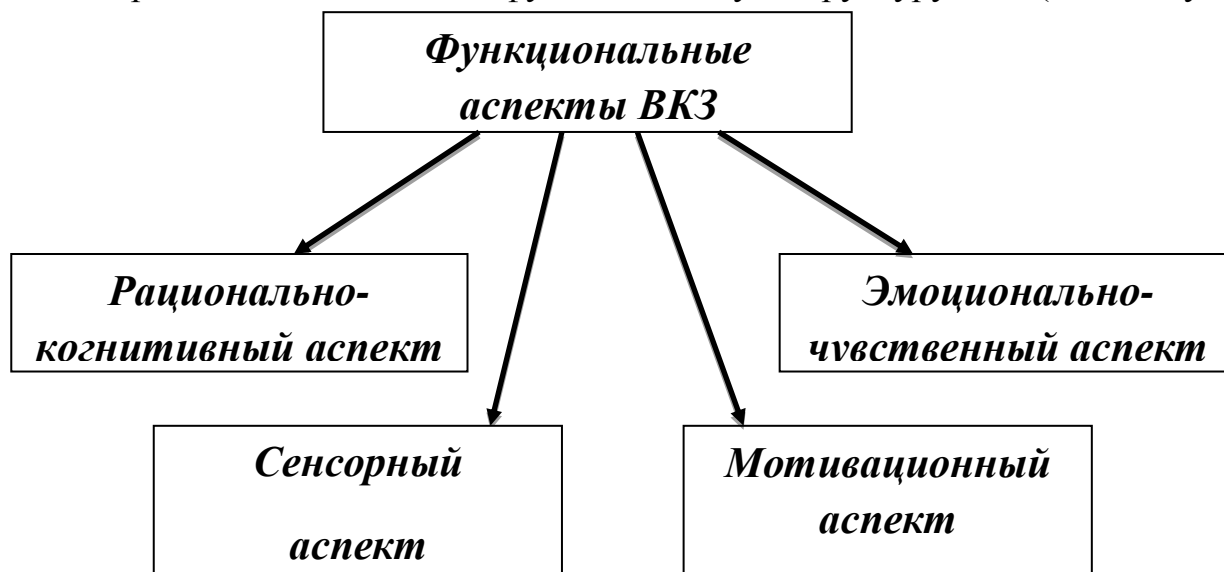


Рис. 3. Функциональная структура ВКЗ по Васильевой О.С.

- Эмоционально-чувственный аспект характеризуется эмоциональным реагированием на проявления здоровья, его иногда обозначают как «эстетика здоровья».

- Сенсорный аспект ВКЗ представлен различными сенсорными сигналами организма. Складываясь преимущественно на основе «схемы тела», сенсорный компонент дополняется аудиальными и визуальными сигналами. Человек не только чувствует, но «видит» и «слышит» свое здоровье.

- Мотивационный аспект отражает потребность (далеко не во всем осознаваемую) быть здоровым, степень ответственности за свое здоровье, готовность к определенным самоограничениям для сохранения и развития здоровья. Это этическая сторона здоровья.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что внутренняя картина здоровья не статическое фиксированное состояние, а динамическая модель, отражающая процесс диалога человека в самосознании со своим «Я» и своим организмом.

Анализ выше изложенного позволяет отобразить содержание внутренней картины здоровья схематично (см. Рис.4).



*Рис. 4. Внутренняя картина здоровья*

Подводя общий итог, мы можем таким образом сформулировать определение внутренней картины здоровья – это совокупность когнитивных конструктов – знаний, представлений и описаний здоровья человека, а также комплекс эмоциональных переживаний, ощущений и поведенческих реакций, значимо связанных с этими конструктами.



## ГЛАВА 3. БОЛЕЗНЬ. ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ, ПРОБЛЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ

### 3.1. Определение понятия «болезнь»

Как правило при определении того или иного понятия исследователь сталкивается с проблемой многовариантности трактовок. Указанная проблема возникает и при попытке дать универсальное, включающее в себя все характеристики, определение понятия «болезнь».

Но при всем многообразии трактовок рассматриваемого представления в общепринятом, массовом осознании «болезнь» интерпретируется как некое состояние организма. На это указывает анализ логоса «болезнь» представленного в энциклопедических и толковых словарях.

Так, например, в толковом словаре С.И. Ожегова «болезнь» интерпретируется как «расстройство здоровья, нарушение деятельности организма».

В толковом словаре русского языка Т.Ф. Ефремова, как – «нарушение нормальной жизнедеятельности организма, расстройство здоровья».

В большой советской энциклопедии «болезнь» трактуется как – «процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней или внутренней среды, характеризующийся понижением приспособляемости живого организма к внешней среде при одновременной мобилизации его защитных сил. Болезнь проявляется нарушением равновесия организма с окружающей средой, выражающимся в возникновении побочных (неадекватных) реакций, а у человека – снижением на время болезни его трудоспособности».

Русская энциклопедия «Традиция» определяет анализируемое понятие как – «процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней или внутренней среды, характеризующийся нарушением гомеостаза, понижением приспособляемости живого организма к внешней среде, обычно при одновременной мобилизации его защитных сил (иммунитет и др.). Болезнь проявляется нарушением равновесия организма с окружающей средой, выражающимся в возникновении побочных (неадекватных) реакций, а у человека – снижением трудоспособности на время болезни».

В медицинской энциклопедии дается такое определение: «болезнь» – «состояние организма, характеризующееся повреждением органов и тканей в результате действия патогенных факторов, развертыванием защитных реакций, направленных на ликвидацию повреждений; обычно сопровождается ограничением приспособляемости организма к условиям окружающей среды и снижением или потерей трудоспособности». Или «нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникающее под действием вредных для него факторов. Болезнь может быть обусловлена также пороками развития или генетическими дефектами».

Это лишь незначительная часть определённых воззрений на «болезнь», представленных в различных интерпретирующих понятие источниках. Тем не менее, анализ исследуемого логоса не может быть ограничен рассмотрением определений данных в разнообразных словарях. Интерпретация представлений о «болезни» имеет собственную историю, включающую в себя несколько векторов, в рамках которых исследовались, анализировались, обобщались различные компоненты, определяющие рассматриваемое понятие. Но, через призму решения задач в области психологии здоровья «болезнь» целесообразней рассматривать с учетом концепций О.С. Васильевой, В.Н. Мясищева, Ф.Р. Филатова.

В.Н. Мясищев (1966) и его последователи Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпов (1999) исследовали понятие «болезнь» через призму «концепции отношений». Согласно позиции указанных авторов «болезнь» следует рассматривать с учетом двух взаимодополняющих аспектов:

- биологического,
- психологического.

При биологическом аспекте рассмотрение понятия «болезнь» редуцируется к соотношению «организм – болезнь». А при психологическом аспекте – к соотношению «личность – болезнь». В рамках дисциплины «Психология здоровья» нет нужды в детальном рассмотрении биологического аспекта и установления глубокого соотношения между спецификой функционирования организма и развитием того или иного заболевания. Поэтому мы более детально остановимся на психологическом аспекте выделенным В.Н. Мясищев (1966), Б.В. Иовлевым и Э.Б. Карповым (1999).

При рассмотрении проблемы «личность – болезнь» указанными исследователями была выделена особая область нервно-психических заболеваний, и отмечено, что в данном случае личность и болезнь образуют нерасчленимое целое, при котором противопоставление понятий «личность» и «болезнь» в процессе научного анализа является условным, и таким образом, сама проблема может исчезать.

Наиболее отчетливо структурированную форму проблема «личность – болезнь» приобретает при рассмотрении соматических заболеваний у психически здоровых людей. Именно при таком рассмотрении автономность понятий «личность» и «болезнь» выступает в наибольшей степени.

В контексте «концепции отношений» соотношение «личность – болезнь» Б.В. Иовлевым и Э.Б. Карповым (1999) рассматривается через призму причинно-следственных связей, что определяет выделение двух оснований определяющих возникновения того или иного соматического заболевания:

- генетическая заданность или наследственная обусловленность;
- собственно причинно-следственная обусловленность.

Схематически, описанную выше концепцию, можно представить следующим образом:

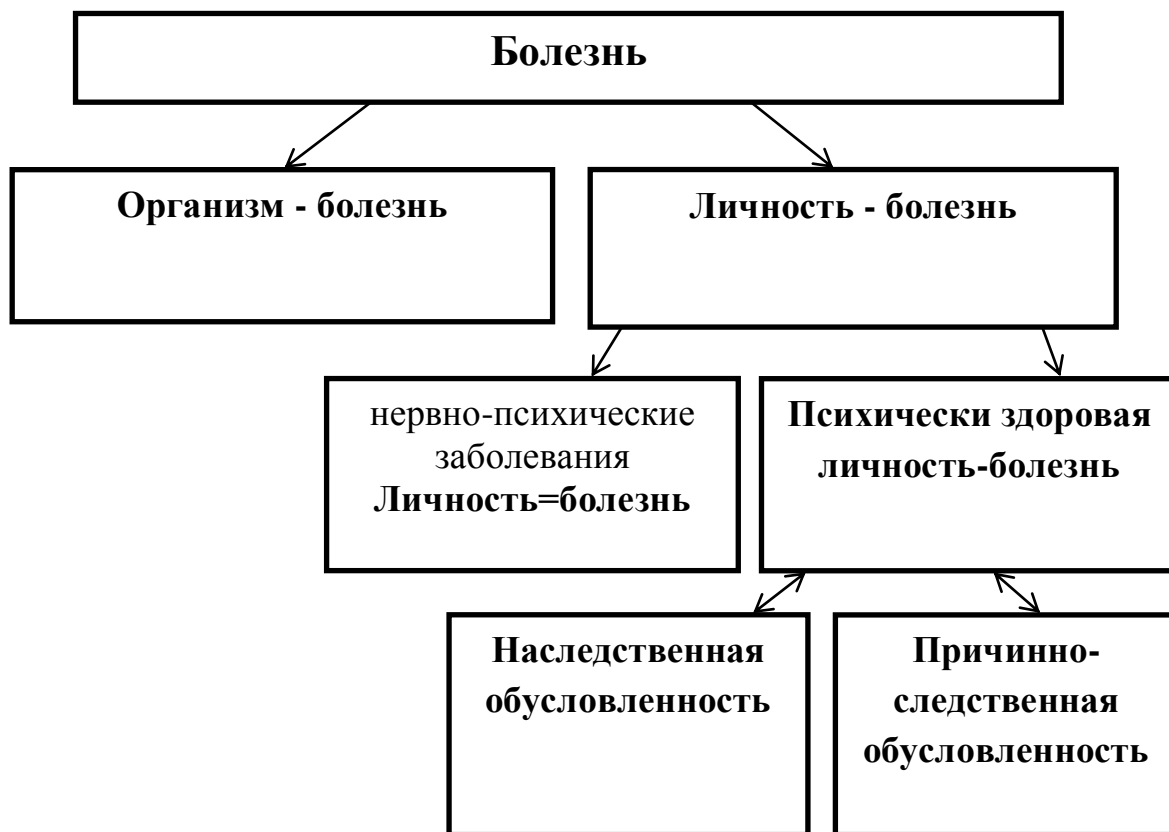


Рис. 1.

И если дальнейшее рассуждение на тему наследственной обусловленности, равно как специфики протекания болезни при нервно-психических заболеваниях в рамках научной области «Психология здоровья» не целесообразна (так как являются областью исследования других областей психологии), то влияние второго основания представляет значительный интерес. Поэтому в дальнейшем мы более подробно остановимся на рассмотрении понятия «болезнь» с опорой на основание – «собственно причинно-следственная обусловленность».

В контексте выделенного основания проблема «личность – болезнь» выходит в совершенно новую плоскость, так как отражает не общую причину возникновения болезней, а причинно-следственные связи взаимовлияния. В этом случае и личность может выступать причиной изменений в патологическом состоянии, и болезнь может быть причиной изменений, происходящих в личности.

Указанные взаимовлияния Б.В. Иовлевым и Э.Б. Карповым (1999) рассматривается как два дополняющих друг друга конструкта:

Личность → болезнь,

Болезнь → личность.

То есть личность оказывает влияние на возникновение и течение болезни, но в то же время и болезнь оказывает влияние на личность.

При рассмотрении влияния личности на болезнь (Личность → болезнь) авторы выделяют две основные патогенетические цепи причинно-следственных связей.

Одна из них отражает влияние тех личностных особенностей, которые через особенности поведения формируют условия внешней среды жизнедеятельности. Эти условия в свою очередь самыми разнообразными путями сказываются на биологически понимаемых условиях внутренней среды функционирования организма и, в конечном итоге, на основе физиологических механизмов влияют на возникновение и течение соматического заболевания.

Вторая из основных цепей причинно-следственного влияния личности на болезнь отражает влияние особенностей личности на спектр доминирующих во времени психофизиологических состояний, прежде всего, эмоциональных. Эти состояния изменяют физиологический гомеостаз организма, на фоне которого разворачивается процесс патогенеза заболевания, тем самым, влияя на течение болезни. В ряде заболеваний личность не только влияет на течение болезни, но и участвует в ее этиопатогенезе.

При этом Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпов (1999) указывают на то, что влияния личности на болезнь по психологическим, психофизиологическим и физиологическим механизмам могут быть как отрицательными, усугубляющими тяжесть заболевания и обуславливающими его прогрессирующий характер, так и положительными, облегчающими течение заболевания, способствующими регрессу и устранению заболевания.

В ходе анализа второго конструкта (Болезнь → личность) авторами также были выделены две основные цепи причинно-следственных связей.

Одна из них отражает влияние условий внутренней среды организма, измененных в связи с болезнью, на функционирование центральной нервной системы, прежде всего, головного мозга, а эти измененные условия функционирования головного мозга находят отражение в изменениях психических процессов и личности в целом.

Вторая из основных цепей причинно-следственного влияния болезни на личность отражает влияние такого изменения психологических условий ее существования, которое обусловлено болезнью как значимым событием в жизни личности. Психологически такое значимое событие задано личностным смыслом болезни. При таком понимании психологические механизмы влияния болезни на личность являются семиотическими, то есть знаковыми, по своей природе. Личностный смысл события «болезнь» изменяет другие психологические смыслы, тем самым, изменяя семиотические условия (среду) существования личности и саму личность. Проблема «болезнь – личность» в этом аспекте может быть понята как сугубо психологическая, связанная со смыслом события «болезнь» в жизни личности. Поэтому рассматриваемый аспект проблемы можно определить как психодинамический, т.е. связанный с динамикой психологических смыслов.

Влияние болезни на личность по физиологическим и психологическим механизмам, как правило, является отрицательным. Однако, личность может противодействовать этому отрицательному и часто даже разрушительному влиянию болезни, преодолевая его. Это преодоление возможно при творческом осмыслении события болезни в общей истории существования личности. В случае такой творческой переработки экзистенциально значимой ситуации болезни личность может стать более зрелой и глубокой. И в этом, согласно Б.В. Иовлеву и Э.Б. Карпову (1999) заключается положительное влияние «болезни» на «личность».

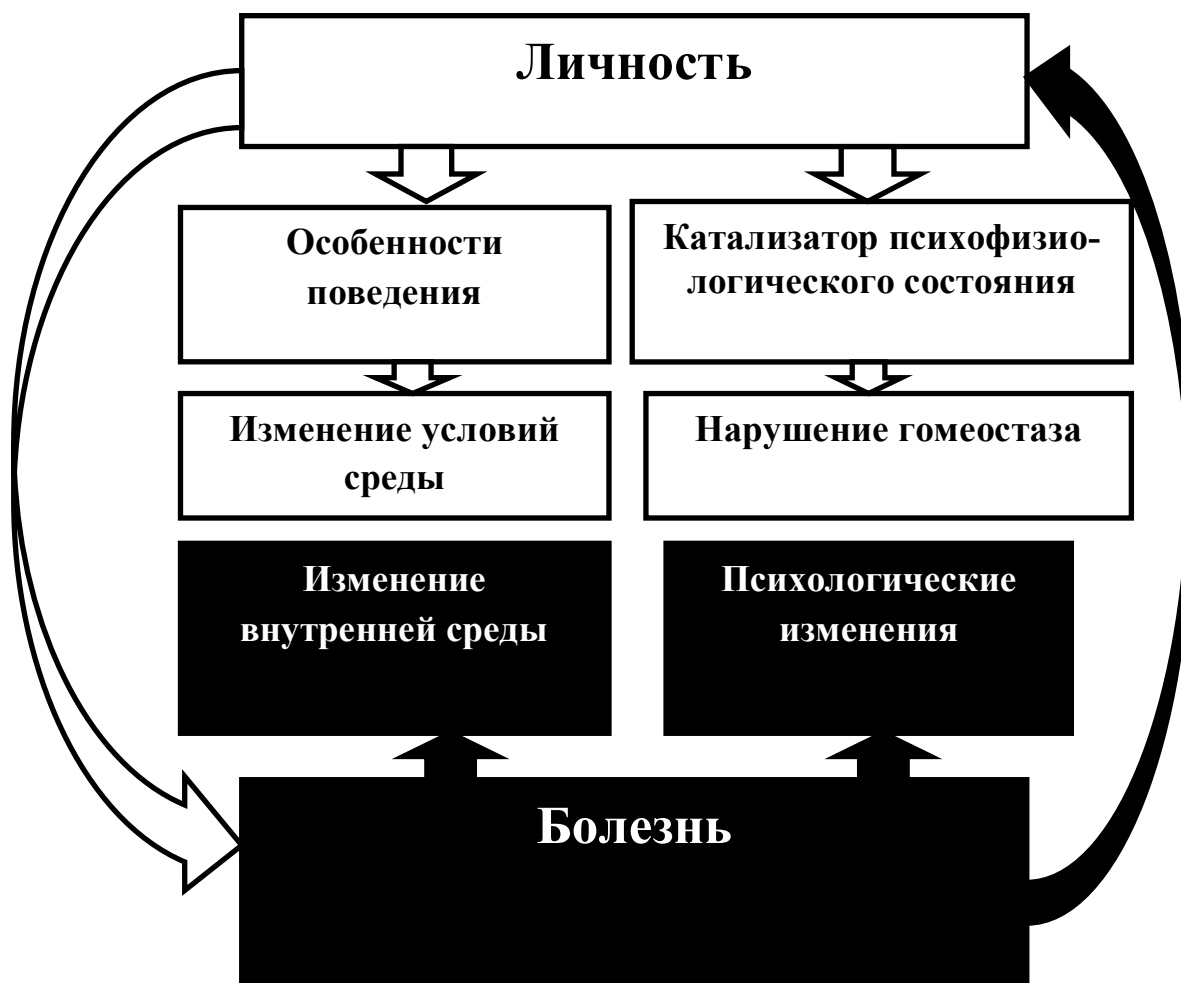


Рис. 2.

Таким образом, согласно В.Н. Мясищеву (1966), Б.В. Иовлеву и Э.Б. Карпову (1999) проблему «личность – болезнь» можно рассматривать как сугубо психологическую, и взаимообусловленность в данном контексте очевидна (см. Рис.2).

Особый интерес в контексте задач решаемых в области научных знаний «Психологии здоровья» вызывают теоретические концепции, описанные в исследованиях О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001) в рамках которых здоровье и болезнь рассматриваются через призму, так называемых, эталонов здоровья.

Но, в рамках заявленного параграфа, следует остановиться на их рассуждениях о понятии «болезнь».

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001, с. 106) призывают «преодолеть стереотипное представление о болезни как безусловном зле, подлежащем искоренению». И утверждают, что «болезнь является необходимым дополнением здоровья, его тенью или обратной стороной, поэтому значение болезни не может быть однозначным». Следует отметить, что позиция, предложенная указанными авторами, стала активно обсуждаться в 20 веке. На это указывают ряд исследований, так П.Б. Ганнушкин (1964, с. 97) в этой связи писал: «Со времен Клода Бернара можно считать установленным, что никакой коренной разницы между явлениями здоровья и болезни не существует... между двумя формами существования человека – здоровьем и болезнью – разница только в том, что при последней нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма, которые наблюдаются в норме».

И.В. Давыдовский (1969) так же выступал категорически против жесткого разграничения и противопоставления нормального и патологического в физиологии. Любой патологический факт, согласно его точки зрения, следует рассматривать лишь как компенсаторно-приспособительный, то есть как одну из вариаций адаптационной активности организма. В качестве примера, И.В. Давыдовский приводит инфекционные заболевания, утверждая, что их (инфекционные болезни) следует рассматривать как естественный результат тысячелетней эволюции человека с микроорганизмами, а не как нарушение естественного режима функционирования человеческого организма.

С. Ганеман (1992), вообще отказался от понимания болезни как патологического отклонения. Он определил болезнь как «изменение в состоянии здоровья здорового индивидуума» (1992, с. 54).

Но перед нами не стоит задачи реабилитации «болезни» и представленные выше точки зрения, безусловно, слишком категоричны, и не всегда соответствуют действительности. Тем не менее, в ходе рассуждений о понятии «болезнь» нельзя сбрасывать их со счетов.

Таким образом, с учетом всех высказанных выше представлений о «болезни», и базируясь на авторском убеждении (для многих парадоксальном) о том, что болезнь нельзя рассматривать только с позиции негативного влияния на человека О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) предлагают интерпретировать рассматриваемое понятие через призму определенных аспектов человеческого существования, предлагая, три основных типа интерпретации:

- «субъектная интерпретация»;
- «объективирующая интерпретация»;
- «телеологическая интерпретация».

В рамках «субъектной интерпретации» О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) рассматривают болезнь во внутреннем плане, т. е. в границах внутренней зоны жизненного пространства личности. К данному типу интерпретации «болезни» были отнесены несколько истолкований рассматриваемого понятия:

- «античное» истолкование,
- «метафизическое» истолкование,
- «демонологическое» истолкование.

«Объективирующая интерпретация» предполагает фокусировку на системе отношений субъекта с окружающим его миром, и главными, в данном контексте, признается проблема адаптации. В данном случае, О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) выделяют два самостоятельных варианта:

- «естественнонаучная интерпретация»,
- «социологическая интерпретация».

Помимо указанных выше, полярных по своей природе, интерпретаций рассматриваемого понятия, «болезнь», через призму определенных аспектов человеческого существования, может рассматриваться во временной перспективе, то есть как этап духовного становления личности и личностного роста. Это и есть, согласно О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001) «телеологическая интерпретация болезни».

Схематично типологию интерпретаций О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова можно представить следующим образом:

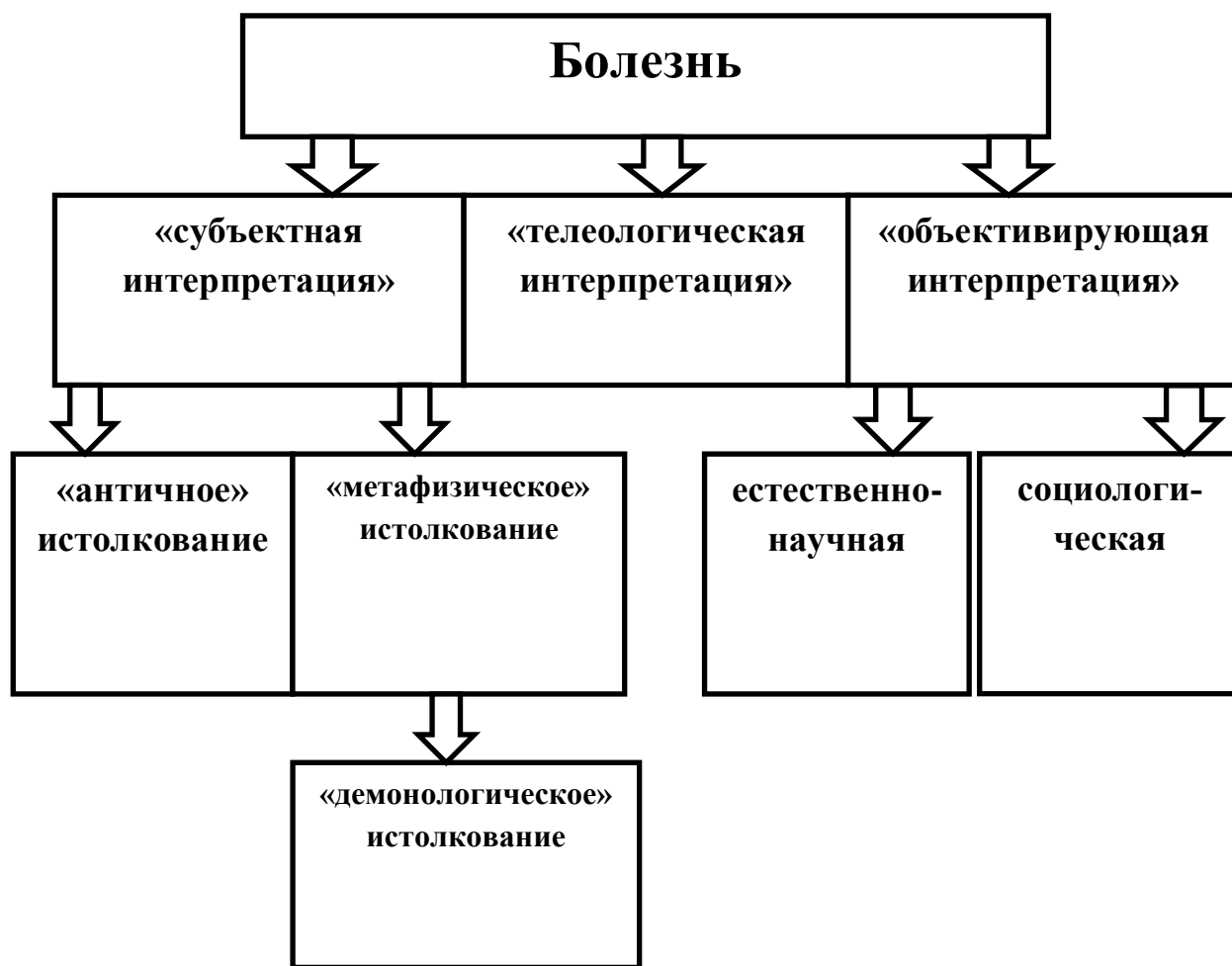


Рис. 3.

Понятно, что схематичного представления типологии явно не достаточно, и различные истолкования, равно как, интерпретации требуют дополнительного пояснения. Остановимся более детально на каждом из них.

Как уже отмечалось выше, когда болезнь рассматривается во внутреннем плане, т. е. в границах внутренней зоны жизненного пространства личности, мы имеем дело с одним из вариантов «субъектной» интерпретации. К данному типу О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым (2001) отнесено, в частности, «античное» истолкование, в рамках которого целесообразно представить воззрения на болезнь и его природу античных философов.

Платон (427) пишет о возникновении заболеваний следующее: «Поскольку тело наше сплотилось из четырех родов – земли, огня, воды и воздуха, стоит одному из них оказаться в избытке или в недостатке или перейти со своего места на чужое, стоит какой-либо части воспринять в себя не то, что нужно, тут же, как и в случае других подобных нарушений, возникают смуты и недуги; от этих несообразных с природой событий и перемещений прохладные части тела разгорячаются, сухие – набухают влагой, легкие – тяжелеют, и вообще все тело претерпевает всяческие изменения. Лишь тогда, утверждаем мы, может что-либо сохранить самотождественность и оставаться целым и невредимым, когда тождественное приближается к тождественному и удаляется от него тождественно, единообразно и в должном соотношении; но все, что нарушает это своим притоком или оттоком, становится причиной неисчислимых и многообразных перемен, недугов и пагуб...» (Платон 1994, с. 488-489).

Корни любого недуга, согласно воззрениям стоиков, следует искать в себе самом, в несовершенстве своего внутреннего устройства, которое необходимо преобразовать. Таков основной лейтмотив античных (особенно стоических) рассуждений о природе болезни и ее происхождении. Стоическая мысль, в интерпретации М. Фуко (1975), в поисках первопричины заболевания устремляется в глубины душевной жизни индивида, где и обнаруживаются главные предпосылки всевозможных болезней. Диапазон внутриличностных рассогласований, обозначенный античными философами-стоиками, простирается от телесных недугов до нравственной распущенности – и в первом, и во втором случае речь идет о «пороке» (М. Фуко, 1998, с. 63).

При этом проблема болезни разрешается, по Платону, не благодаря внешнему медицинскому вмешательству, а с помощью индивидуально принятых мер по упорядочиванию собственной жизни. Он пишет: «Лучше руководить недугом с помощью упорядоченного образа жизни, насколько это позволяют нам обстоятельства, нежели дразнить его лекарствами, делая тем самым беду закоренелой» (Платон 1994, с. 497).

Идея внутриличностного рассогласования, лежащая в основе болезни, и зачастую провоцирующая ее возникновение, О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым (2001) интерпретируется в двух вариантах:



«1) нарушение внутреннего равновесия «на совести» субъекта, ведущего беспорядочную или несправедливую жизнь, и источник любого недуга – в его душе;

2) претерпевающий болезнь есть жертва чужеродного вторжения извне – он страдает от деструктивного воздействия враждебных ему по природе сил, ввергающих его в состояние недуга; иными словами, главную угрозу здоровью и целостности следует искать вне субъекта» (О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов 2001, с.110).

И если первая интерпретация, безусловно, связана с античным истолкованием, связывающим болезнь с неумеренностью и неупорядоченностью индивидуального образа жизни, то вторая приводит нас к «метафизической интерпретации болезни», принятой в христианстве, где любое заболевание расценивалось как следствие индивидуального греха или отражение общечеловеческой греховности. В контексте указанного истолкования «болезнь» рассматривается как «пассивное претерпевание внутреннего раздора», то есть «демонологическое» истолкование. То есть «внутренний раздор» обусловлен проникновением «злых духов» или «одержимостью Дьяволом», в зависимости от вероисповедания. Можно привести много примеров описания болезней именно через призму описанных воззрений на природу возникновения заболеваний, наиболее яркие описания мы находим в классическом труде Я. Шпренгера и Г. Инститориса «Молот ведьм».

Но хотя второй вариант интерпретации, в отличие от античного истолкования, на первый взгляд указывает на пассивность страдающего от недуга, то есть уводит нас от характеристик присущих субъекту, нельзя не согласиться с авторской интерпретацией О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001). Так как «болезнь», в рамках христианской духовной традиции, идентична греху, и приносимые ею страдания должны побудить человека встать на путь искупления, духовного преображения, всецело осознав меру своей не искорененной греховности. Исцеление при этом равнозначно очищению души, ее освобождению от греха. Священник и врач Валентин Жохов (1996) писал в книге «Христианское отношение к болезням и врачеванию»: «С православной точки зрения, болезнь является нормой земной жизни ... Болезнь – закономерное явление еще и потому, что человек вольно или невольно впадает в грехи, которые также ведут к болезням» (В. Жохов 1996, с. 7). «Причина болезни – грех, своя собственная воля, а не какая-либо необходимость» – утверждал преподобный Ефрем Сирий. «Неужели все болезни от грехов? – спрашивал святитель Иоанн Златоуст. – Не все, но большая часть. Некоторые бывают от беспечности. Чревоугодие, пьянство и бездействие также приводят к болезни». А преподобный Иоанн Лествичник писал, что «болезни посылаются для очищения согрешений, а иногда для того, чтобы смирить возношение» (В. Жохов 1996, с. 7).

В свою очередь, восточные учения усматривают в болезни выражение высшего Закона Кармы. «Если поступки человека послужили причиной страдания для других, он в такой же мере будет страдать и сам... Дурные поступки

людей нарушают мировой порядок и равновесие: чтобы восстановилось последнее, необходимо, чтобы поступивший дурно испытал последствия нарушенного равновесия на себе», – утверждает в трактате Е.П. Блаватской «Закон причин и последствий, объясняющий человеческую судьбу (карма)» (1991, с. 34-35).

В этой связи нельзя обойти определение понятия «болезнь» данное Ясперсом. Он пишет: «Болезнь может пониматься в терминах религии или морали – как вина и наказание... Она может толковаться как испытующий вызов, как вечный знак человеческого бессилия, как постоянное напоминание о ничтожестве человека» (Ясперс, 1997, с. 929).

Из всего вышеизложенного можно заключить, что болезнь – сложная антропологическая проблема, которая включает в себя религиозные, морально-этические и философские аспекты. В контексте наших рассуждений, не имеет значение, с чем связывается первопричина болезни – с Первородным Грехом, прегрешениями прошлых воплощений или с грехами, совершенными и не искупленными в этой жизни, – главное, что в болезни видится нарушение целостности человека, состояние внутренней дезинтеграции.

То есть в рамках «субъектной интерпретации» болезнь определяется как проявление зла, греха или хаоса, охватившего душу конкретного человека, как утрата внутреннего единства и гармонии. Она вскрывает некое глубинное неблагополучие, которое должно быть преодолено.

Принципиально иное понимание феномена болезни составляет основу естественнонаучной системы интерпретаций, как одного из типов «объективирующей интерпретации». Здесь заболевание превращается в четко фиксируемый и распознаваемый по конкретным признакам объект рационального познания. Описывая данный тип интерпретации О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) отмечают, что, болезнь значима не в ее отношении к сущности человека, то есть не как универсальный индикатор человеческого несовершенства или греховности, а как одно из множества природных явлений, подчиненное определенным закономерностям, как специфическая форма существования, в которой выражаются естественные биологические процессы и которую следует наблюдать, описывать, изучать наряду с другими формами жизни. В данной интерпретации субъективный аспект, включающий переживание болезни и индивидуальное отношение к ней, уступает место научной объективации. О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) отмечают, что, с учетом указанных воззрений, «болезнь» – это природное явление, одновременно разрушительное и закономерное, как, например, землетрясение и извержение вулкана.

Когда «болезнь» рассматривают с представленных позиций, исследуемое явление выступает как ранее неизведанный, пугающий, но при этом интересный феномен. Яркой иллюстрацией «объективирующей интерпретации» является рассуждения А. Маслоу (1970) о раковой опухоли: «раковая опухоль, рассматриваемая в микроскоп, может выглядеть – если только мы можем забыть, что это рак, – как изумительно красивый и тонкий узор» (1970, с. 76).

Но не стоит думать, что «объективирующая интерпретация» – это продукт развития современного общества, с указанной точки зрения «болезнь» рассматривали во все времена, с тех пор, как только появились люди стремящиеся вылечить страдающих тем или иным недугом. Яркий пример этому мы находим в работах М. Фуко (1975) «Рождение клиники». Автор обращается к самому началу формирования западноевропейской медицинской мысли – к трактатам XVIII в., в которых болезнь предстает исключительно в своей внешней конфигурации, как нечто автономное и легко абстрагируемое от конкретной личности, а не как субъективно переживаемое явление, выражающаяся в столкновении внутренних противоположностей. Внутренний план вообще игнорируется, поскольку все, что приносится личностью, только препятствует ясности взгляда, приводит к искажению. Такая позиция по отношению к феномену «болезнь» зачастую необходимость, так как врач должен добиться четкой объективной картины, видя в болезни цельный, рационально постигаемый феномен, воздерживаясь от нравственных суждений и от обращения к «неясным» субъективным данным. «Дабы установить истинный патологический факт, – пишет М. Фуко, – врач должен абстрагироваться от больного: нужно, чтобы тот, кто описывает болезнь, позаботился о различении свойственных ей симптомов, являющихся ее обязательным сопровождением, и случайных или необязательных, зависящих от темперамента и возраста больного. Парадоксальным образом больной связан с тем, от чего он страдает, лишь внешней связью; медицинское исследование должно принимать его во внимание, лишь вынося за скобки. Естественно, необходимо знать «внутреннюю структуру нашего тела», но для того, чтобы ее после этого вычесть, освобождая для взгляда врача природу и сочетание симптомов, приступов и других обстоятельств, сопровождающих болезнь» (1998, с. 31).

Медицинские трактаты, которые обсуждает М. Фуко, подразумевают нечто вроде картографии различных заболеваний, где врачу следует ориентироваться по уже нанесенным контурам, уточняя их в своей практике. Кроме того, в них используется для классификации разновидностей недугов тот же принцип, что и, скажем, в ботанике; благодаря такому разделению на виды болезнь перестает быть уникальным явлением и начинает восприниматься как данность, естественный жизненный факт – в ней усматривается общий порядок природы.

Как уже отмечалось, отношение к болезни как к объекту существовало во все времена, так истоки такого естественнонаучного понимания болезни обнаруживаются еще в античной философии, а именно в «Тимее» Платона, где утверждается, что строение любого недуга некоторым образом сходно с природой живого существа.

Таким образом, анализ представленных выше рассуждений о природе недугов и причинах их возникновения позволяет прийти к выводу – болезнь, в контексте «объективирующей интерпретации» – это некое автономное природное явление, развивающееся во времени согласно собственным законам; это

своеобразная жизнь, которую можно оборвать медицинским вмешательством или изучать, а субъект для нее – лишь необходимая «среда обитания».

Как видно из наших рассуждений, естественнонаучный подход порождает отчужденное отношение к болезни. Болезнь становится независимой от человеческой индивидуальности и в то же время неотвратимой как любая биологическая необходимость; она протекает закономерно, но, не считаясь с индивидуальной волей. У болезни есть своя логика развития, но это логика чуждая субъекту и напрямую не связанная с его индивидуальным существованием: то есть один жизненный процесс нарушается или блокируется другим, по отношению к нему чужеродным.

Такое отчужденное, оторванное от субъекта отношение возникло как результат многолетней практики лечения недугов. Врач должен знать, что требуется предпринять, когда налицо соответствующий комплекс нарушений, подведенный под определенную нозологию, – в этом состоит его профессиональный долг. Все остальное либо не попадает в поле зрения, либо, не имея достаточного удельного веса, определяется как постороннее и случайное.

Рассмотрение «болезни» в рамках описываемого подхода неизбежно приведет к результатам, описанным В.М. Розиным (2000) в феномене «технизации медицинского знания» о здоровье и болезни человека. Поскольку медицинская помощь сводится к «технологии лечения», медицинский дискурс следует рассматривать как разновидность технократического дискурса. В поле этого дискурса оказывается Субъект, выступающий в качестве психофизической машины, в которой могут наблюдаться различные неисправности. Медицина берется устранить эти неполадки посредством всевозможных воздействий на организм и психику (В.М. Розин, 2000 с. 15-22). Согласно В. М. Розину, под действием медицинского дискурса современный человек привыкает решать все проблемы, связанные со здоровьем, исключительно «техническим путем» – употреблением медикаментов, обращением к специалисту-медику (В.М. Розин, 2000, с. 22).

Подводя некий промежуточный итог сказанному можно дать определение феномену «болезнь» с позиции естественнонаучной, объектной интерпретации – болезнь предстает как объективный, наблюдаемый и распознаваемый по внешним признакам природный феномен.

Но человек, является не только представителем биологического вида, но и частью социума, поэтому говоря о характеристиках любого явления присущего человеку нельзя отбросить социальные характеристики. Поэтому вполне логичным элементом типологии интерпретаций понятия «болезнь» О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова является «социологическая интерпретация».

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) отмечают, что диагноз – это имя, превращающее заболевание в конкретный фиксируемый социальный факт.

Диагноз, согласно умозаключениям О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001) – это специфическое социальное отношение, оценка личности ее социокультурным окружением, которое персонифицируется в фигуре медика. Постановка диагноза приводит к отчуждению болезни. В расчет берутся, главным

образом, факторы и причины, напрямую не зависящие от личности, внешние по отношению к ней. Так, болезнь признается результатом генетической ошибки, деформирующего влияния внешней среды или чужеродного вредоносного вторжения. Личность, превращаясь в пассивную жертву объективных процессов, ожидающую медицинской помощи – вмешательства извне. Тем самым указанные авторы приходят к умозаключению о том, что «болезнь закономерна, т. е. подчинена законам природы, как и здоровое функционирование, и, соответственно, знание ее законов позволяет выработать социальную практику обращения с ней. Болезнь локализуема и если еще не объяснена, то все же подлежит четкому описанию, инвентаризации, входит в тот или иной класс, включается в систему. Обществу ясно, что в данном случае предпринимать – изолировать, лечить, подавлять; индивиду ясно, чего следует избегать, дабы не идти на конфронтацию с социальным окружением. Вследствие этого забота о себе сменяется обеспокоенностью по поводу своей нормальности и включенности в социум» (О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов, 2001, с. 118).

Рациональное знание о заболевании открывает обществу путь к властвованию над ним. Объективирующая, социологическая интерпретация имеет одно существенное преимущество: обращая смутные болезненные переживания в различимые и выраженные симптомы, указанная позиция способствует преодолению той пугающей неопределенности, которая делает человека безоружным перед лицом болезни. Болезнь перестает быть необъяснимым кошмаром и суровой карой. Она становится объектом интенсивного познания и преобразования.

При этом рассуждения о специфике объективирующей интерпретации неизбежно приводят нас к выделению не только, безусловно, прогрессивных, выводящих на новый уровень анализа феномена «болезнь», характеристик, но и положений, которые не дают возможности развиваться вектору, позволяющему эффективно противодействовать негативному влиянию того или иного заболевания. Одним из основных таких положений является пассивность заболевшего. То есть, в соответствии с указанным типом интерпретации, болезнь – это некое самостоятельное природное или социальное явление, которое внедряется в жизнь человека и меняет ее тем или иным образом, человек пассивен, его «задача» страдать от болезни или исследовать ее. А в случае успешного лечения, «болезнь», как некое самостоятельное явление, просто пропадает, и человек продолжает свое существование. Тем не менее, любой человек, который хотя бы раз в жизни болел, знает, что в действительности все обстоит совсем не так. Болезнь, особенно если она тяжелая, неизбежно оказывает влияние на людей, которые ее перенесли. И человек не может быть просто носителем некоего заболевания, он неизбежно «вступает» с болезнью в некие «отношения»: борется с ней, впадает в отчаянье от того что не может с ней справиться, привыкает к болезни, а иногда даже благодарен ей и т.д.

В мировой культуре, согласно О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001), можно встретить распространенные представления о болезни как о необходи-

мом испытании, которое посылается высшими силами или судьбой сильному и духовно развитому человеку ради его самосовершенствования. В свете этих воззрений болезнь не только ограничивает свободу и блокирует жизнедеятельность человека, она способна также открывать иные измерения духовного опыта и новые горизонты развития. Сам факт заболевания может означать переход на новый уровень духовного бытия и обретение новых духовных качеств.

В рамках решения задачи представления некоего унифицированного определения понятия «болезнь» нецелесообразно погружаться в рассмотрение болезни как признака одаренности, хотя теоретических доказательств этому достаточно (труд Ц. Ломброзо «Гениальность и помешательство», исследования К. Ясперса, рассуждения Платона о «священном бреде» и ряд других).

Исследование сложного, многогранного понятия «болезнь» привели О.С. Васильеву и Ф.Р. Филатова (2001), к необходимости выделения третьего типа интерпретации исследуемого феномена – «телеологической интерпретации». И это вполне правомочно, потому что мало говорить о том что «болезнь» – это некое состояния личности, мало говорить, что «болезнь» – это некое природное или социальное явление, теоретическая мысль подвела нас к необходимости посмотреть на определяемое воззрения совершенно с другой точки зрения. В рамках которой, «болезнь» рассматривается как этап духовного становления личности и личностного роста. При этом она приобретает позитивное значение и порою играет решающую роль в процессе трансформации личности. У нее появляется собственный скрытый смысл и определенная направленность: она ведет человека путем страдания к некой, еще неведомой цели его индивидуального развития.

Платон, как и Ницше, говорит о болезни не как о чем-то разрушительном и низшем по сравнению со здоровьем, а как о «более полной, высокой, творческой форме бытия» (К. Ясперс 1997, с. 938).

Карл Густав Юнг выделял в неврозе потенциально позитивный аспект, который не может быть сведен к «слепому страданию» и представляет собой мучительный поиск нового, еще не постигнутого разумом смысла существования. В своем знаменитом труде «Метаморфозы и символы Либидо» К. Юнг утверждал, что «невроз есть не что иное, как индивидуальная, пусть даже неудачная, попытка решить универсальную проблему» (К. Юнг, 1994).

Любой болезненный симптом (в юнгианском понимании) представляет собой не только выражение душевного неблагополучия индивида, но и «попытку психической саморегуляции» (К. Юнг, 1994, с. 373), и особый знак, указывающий направление дальнейшего развития личности.

Многие психологи, от У. Джеймса до С. Грофа, отмечали поразительное внешнее сходство патологических проявлений личности и духовных кризисов, подчеркивая их качественное различие. В монументальном труде У. Джемса «Разнообразие религиозного опыта» приводится множество ярких примеров религиозных и мистических озарений, которым предшествовали тяжело переносимые болезненные переживания.

Эрик Г. Эриксон (1958) в своей психоаналитической биографии «Молодой Лютер», рассматривая конкретные эпизоды из жизни великого проповедника, наглядно показывает, как болезненно переживаемый духовный кризис, сопровождающийся ярко выраженными патологическими проявлениями, приводит молодого человека к формированию оригинального мировоззрения и способствует раскрытию великих духовных возможностей личности. Согласно Э. Эриксону, именно болезнь и кризис позволяют осознать всю сложность человеческого организма; повышенная чувствительность, обостренное восприятие и страдание выступают в качестве основных предпосылок более глубокого самопознания и неустанного поиска себя, который может успешно завершиться обретением подлинной идентичности. Э. Эриксон полагал, что переживание глубокого кризиса и внутреннего конфликта составляет необходимый компонент взросления и предстоит любому молодому человеку, перед которым стоит основная жизненная задача – обретение собственного неповторимого Я.

Ролло Мэй (1997) подобно Ломброзо, анализирует факты из жизни великих людей, сопряженные с опытом болезни и страдания. Так он приходит к понятию «творческая болезнь», постулируя, что «есть позитивные стороны во всех без исключения заболеваниях, как психических, так и физических» (Р. Мэй, 1997, с. 96). Он пишет: «Можно сказать, что страдание необходимо для того, чтобы показать нам путь в глубины, из которых рождается творчество...».

Вводя третий тип интерпретации «болезни» О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) указывают, что болезнь далеко не всегда умаляет силы человека, воплещая беспомощность и упадок; в ряде случаев она может способствовать духовному росту, трансформации и преображению. Это находит подтверждение как в современных западных учениях и системах психотерапии, так и в архаических представлениях о болезни и целительстве.

При этом, рассуждая о потенциальном влиянии болезни на личность, указанные выше авторы излишне увлеклись позитивным воздействием, тем не менее, физические и нравственные страдания могут выступать как психологическая травма со всем сектором негативных воздействий.

Согласно определению Б.Д. Карвасарского (2004) под психической травмой понимают жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Болезнь может стать препятствием для реализации жизненных планов, ограничивая сферу деятельности, круг интересов, изменяя характер и содержание общения, влияя на направленность и ценностные ориентации личности. Б.Д. Карвасарский (2004) указывает, что любое хроническое соматическое заболевание может рассматриваться в качестве самостоятельной психической травмы, приводящей к эмоциональным нарушениям и формированию наслаивающихся на основное заболевание невротических симптомов.

Конечно, после, так называемой, адаптации к болезни, человек может перейти на новый уровень душевного развития, описанный О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым (2001) в рамках «телеологической» интерпретации понятия «болезнь», но, к сожалению, как мы знаем из практики, это происходит не всегда.

Конечно, представленный анализ понятия «болезнь» не достаточно полон и может быть расширен. «Болезнь» существовала во все времена и, зачастую, определяла существование человека. Но, если попытаться систематизировать все взгляды на анализируемое явление, можно выделить два ключевых основания:

- «болезнь» как состояние организма;
- «болезнь» как состояние личности.

В рассмотрении болезни через призму первого основания вполне логично вписываются все определения данные в различных интерпретирующих источниках, а также биологический аспект и наследственная обусловленность (как причина возникновения заболевания), выделенные в концепции В.Н. Мясищева и его последователей Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпов. Определяется исследуемое понятие с опорой на указанное основание и в рамках «объективирующей интерпретации» описанной О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым. Основной характеристикой человека страдающего от того или иного заболевания, в рамках рассмотрения «болезни» в соответствии с первым основанием – пассивность. То есть человек отражает появившиеся симптомы и обращается за помощью к специалисту в области медицины. В контексте указанного вектора анализа понятия «болезнь» активен врач, осуществляющий лечение. Он исследует болезнь, вычленяет причины ее возникновения, описывает ее (в рамках истории болезни), вылечивает больного, назначая определенный спектр лечебных мероприятий, то есть устраняет «неисправность» психофизиологического механизма (в соответствии с точкой зрения В.М. Розина).

Понятие «болезнь», с точки зрения определенного состояния личности включает в себя весь спектр характеристик описанных в рамках «собственно причинно-следственная обусловленности» выделенной в концепции В.Н. Мясищева и его последователей Б.В. Иовлева и Э.Б. Карпова, а также «субъектной» и «телеологической» интерпретаций описанных О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым.

В отличие от трактовки логоса «болезнь» в соответствии с первым основанием, основной характеристикой заболевшего, с опорой на второе основание, является активность. И от характера и вектора направления активности, а также от ее степени зависит исход болезненного состояния.

В интерпретацию понятия «болезнь», с точки зрения определенного состояния личности, легко вплетается описание личностных особенностей, которые, через специфику поведения, формируют условия внешней среды жизнедеятельности, определяющие, в свою очередь, уровень здоровья человека, а также особенности личности, влияющие на психофизиологические состояния, которые, изменяют физиологический гомеостаз. Внутри личностное рассогласование (состояние хаоса), описанное в рамках «античного» истолкования, и «внутренний раздор», представленный в «метафизическом» истолковании «субъектной» интерпретации, также дополняют определение понятия «болезнь», с учетом второго основания. И, в этом случае, именно определенное со-



стояние личности способствует выздоровлению, равно как диаметрально противоположное состояния личности провоцирует возникновение болезни или затрудняет избавление от нее.

Таким образом, подводя итог всему выше сказанному, мы попытаемся дать некое обобщенное определение понятия «болезнь».

Болезнь – это физиологическое и психологическое состояние человека, которое сопровождается изменениям в функционирование тех или иных органов, проявляющееся в болевых ощущениях, потери трудоспособности и т.д. Указанные изменения провоцируют возникновение определенного психологического состояния личности, которое определяет вектор активности человека и либо способствует выздоровлению, либо затрудняет его.

Схематично вышесказанное можно представить следующим образом:

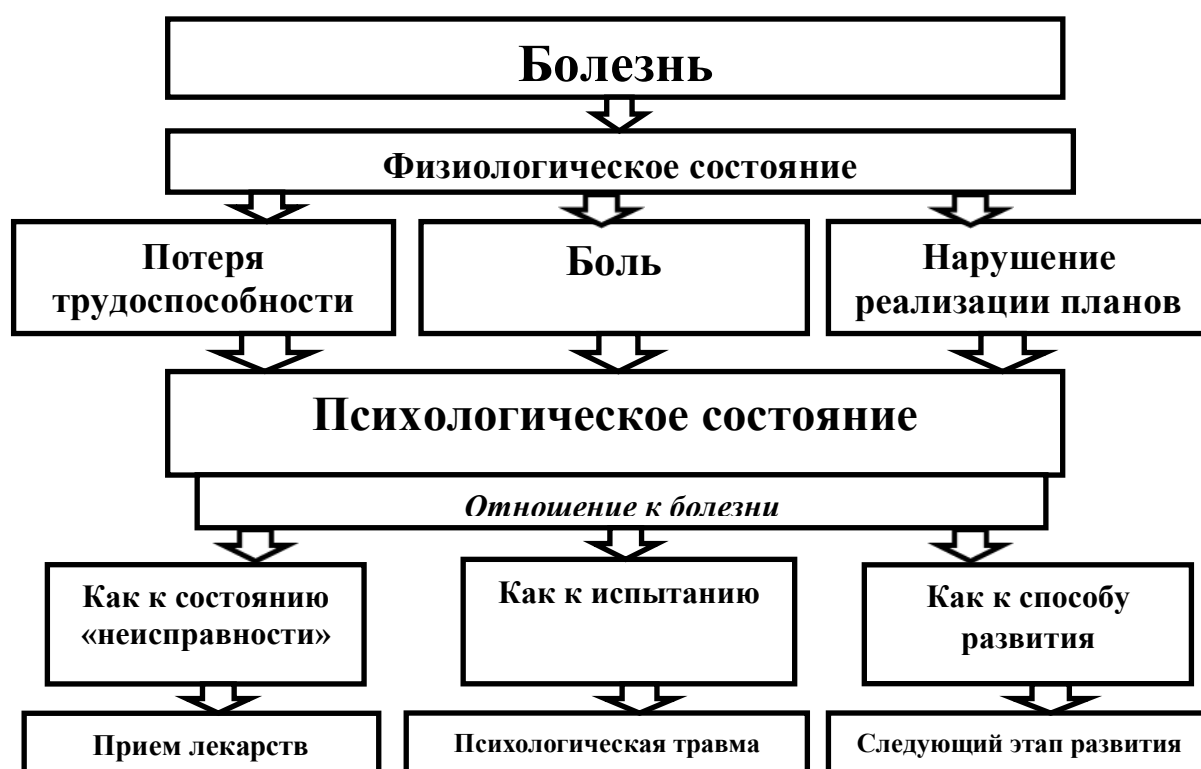


Рис. 4.

Представленное выше определение понятия «болезнь» и схематическое представление данного определения приводит нас к необходимости рассмотрения такого психологического конструкта как «отношение к болезни» о чем мы будем говорить в следующем параграфе.

### 3.2. Субъективная сторона заболевания или внутренняя картина болезни

Как было отмечено в предыдущем параграфе, болезнь не может быть сведена только к физиологическим изменениям в организме человека. Те или иные

патологии в функционировании органов неизбежно провоцируют возникновение определенного психологического состояния, которое, зачастую, определяет вектор активности заболевшего в направлении изменения сложившейся картины состояния здоровья, то есть, либо способствует выздоровлению, либо затрудняет его. Указанную активность вполне можно назвать реагированием на болезнь. Считается, что тип реагирования на заболевание связан с субъективной оценкой пациентом его тяжести. Именно поэтому изучению оценки человеком своего состояния здоровья посвящено значительное количество исследований. В. Бергман (1930), считал, что изучение внутреннего «я» больного человека не менее важно, чем факты, которые с большой точностью можно зарегистрировать методикой естественных наук. И хотя то, что можно получить в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического исследования, нередко этот материал превосходит последние тонкостью симптома. Поэтому, говорит В. Бергман, субъективные жалобы больного часто являются важнейшим, а нередко и единственным феноменом его болезненного состояния.

Субъективная сторона заболевания обозначается различным образом: А. Гольдшейдером, было введено понятие «аутопластическая картина болезни», Р.А. Лурия – «внутренняя картина болезни», Е.А. Шевалевым, В.В. Ковалевым – «переживание болезни», Е.К. Краснушкиным – «чувство болезни», Л.Л. Рохлиным – «сознание болезни», «отношение к болезни», Д.Д. Федотовым – «реакция на болезнь», Е.А. Шевалевым, О.В. Кербиковым – «реакция адаптации», Я.П. Фрумкиным, Й.А. Мизрухиным, Н.В. Ивановым – «позиция к болезни», В.Н. Мясищевым, С.С. Либихом – «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» и другие.

Остановимся на некоторых из перечисленных:

«Переживание болезни» (Е.А. Шевалев, В.В. Ковалев, 1936). Под типом переживания болезни понимаем общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. Причем авторы подчеркивают, что понятие «переживание болезни» не идентично понятию «сознание болезни», хотя и тесно связано с ним.

«Позиция к болезни» (Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин, 1970). По мнению авторов, основой позиции по отношению к болезни является реакция личности на возникновение патологических проявлений. Причем наибольшее значение имеет позиция больных к наиболее важным симптомам, которые более полно отражают патогенетическую сущность болезни. Говоря о «позиции к болезни», данные авторы сбиваются на понятия «отношение к болезни» и «реакция на болезнь», не давая четкого определения ни одному из понятий.

«Значение болезни» (Z.J. Lipowski, 1983) – реакция на информацию о заболевании. Личностное значение болезни является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание, наряду с эмоциональной реакцией и

способом адаптации (coping) к болезни. З. Липовски выделил различные виды личностных значений болезни:

1. Болезнь как препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы или социального статуса).

2. Болезнь как враг, угрожающий целостности личности.

3. Болезнь как наказание за прошлые грехи.

4. Болезнь как проявление врожденной слабости организма.

5. Болезнь как облегчение (может приветствоваться, т.к. позволяет уйти от социальных требований, ответственности; например, болезнь, освобождающая юношу от воинской обязанности).

6. Болезнь как стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получения денежной компенсации).

7. Болезнь как невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной).

8. Болезнь как положительная ценность, помогающая личности обрести более возвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облегчение, наказание.

Разное «значение болезни», по З. Липовски, может быть источником широкого спектра реакций: противодействие, тревога, уход, борьба, депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, угнетенность, стыд, гнев и т.д.

По сходной классификации А. Вервердта (A. Verwoerd, 1972) в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентаций, потребностей болезнь может выступать как: враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба.

«Отношение к болезни» (Л.Л. Рохлин, 1957). Оно определяется, как считает автор, понятием «сознание болезни». Сознание болезни включает:

- гнозис болезни (познание на основе: сигнализации из внутренней среды, интероцептивных ощущений, личного опыта, представлений и знаний данной личности, получаемых сведений);

- общие сдвиги в психике больного;

- отношение больного к заболеванию, которое определяется рядом факторов: спецификой заболевания, особенностями личности и нервной системы заболевшего и факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение заболевших.

Л.Л. Рохлин указывает, что в борьбе с болезнью отношение больного к своему заболеванию имеет важное значение. В это понятие входят восприятие больным своей болезни, ее оценки, связанные с ними переживания и, вытекающие из такого отношения к болезни, намерения и действия. Автор говорит об осознании болезни и реагировании на нее. В структуру отношения к заболеванию входят суждения по поводу заболевания и комплекс возникающих в связи с ним, непосредственно вызванных болезнью переживаний.

На значительную роль «Отношения к болезни» указывают Н.Д. Лакосина (2007), Н.А. Сирота, В.Д. Вагнер, М.В. Шлыков (2011). Согласно исследованиям Н.Д. Лакосиной (2007) отношение к болезни и лечению в одних случаях играет роль оптимизатора, определяющего поведение, которое направлено на преодоление болезни, в других носит неадекватный характер – от полного игнорирования с недооценкой тяжести состояния, до «ухода» в болезнь с переоценкой ее тяжести. При этом согласно Р.М. Войтенко (1998), Н.В. Львовой (2007), именно отношение пациента к своему заболеванию является центральным психологическим образованием, на которое в первую очередь необходимо направить психологическое воздействие в том случае, когда отношение к болезни неадекватно, препятствует адаптации, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации.

Следует отметить, что именно «отношение к болезни» наиболее близко (по общей характеристике и совокупности структурных элементов) понятию «внутренняя картина болезни» и ряд исследователей используют данные понятия как синонимичные.

Как уже было отмечено выше существует достаточно широкий спектр понятий, которые в той или иной мере описывают особенности реагирования человека на функциональные изменения в его организме, так в работах В.П. Зайцева, Н.Д. Лакосиной, Г.К. Ушакова, А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, Р. Конечный, М. Боухал, В. Вондрачек, Р. Баркер, А. Гулек, Д. Г. Бирн описаны различные реакции на болезнь. А Н.И. Рейнвальд, А.Д. Степанов, Л.Н. Лежепёкова и П.Я. Якубов описывают несколько типов отношения к болезни, имея в виду главным образом характер взаимодействия, складывающегося при этом между врачом и пациентом. Но, в рамках данного параграфа, перед нами стояла задача показать, как такой психологический комплекс как субъективная оценка своего, измененного болезнью, состояния может повлиять на поведение человека, в том числе в направлении улучшения здоровья.

Поэтому, подводя некий промежуточный итог, можно прийти к выводу: существует многообразная терминология, отражающая в той или иной степени субъективную сторону заболевания, и в качестве основных компонентов, в очень обобщенном виде, можно выделить:

- отражение тех или иных симптомов болезни;
- эмоциональную оценку данных ощущений;
- реакцию на болезнь, которая может выражаться в намерениях и в действиях, которые обусловлены «своей» концепцией болезни, причем намерения и действия не всегда носят конструктивный характер.

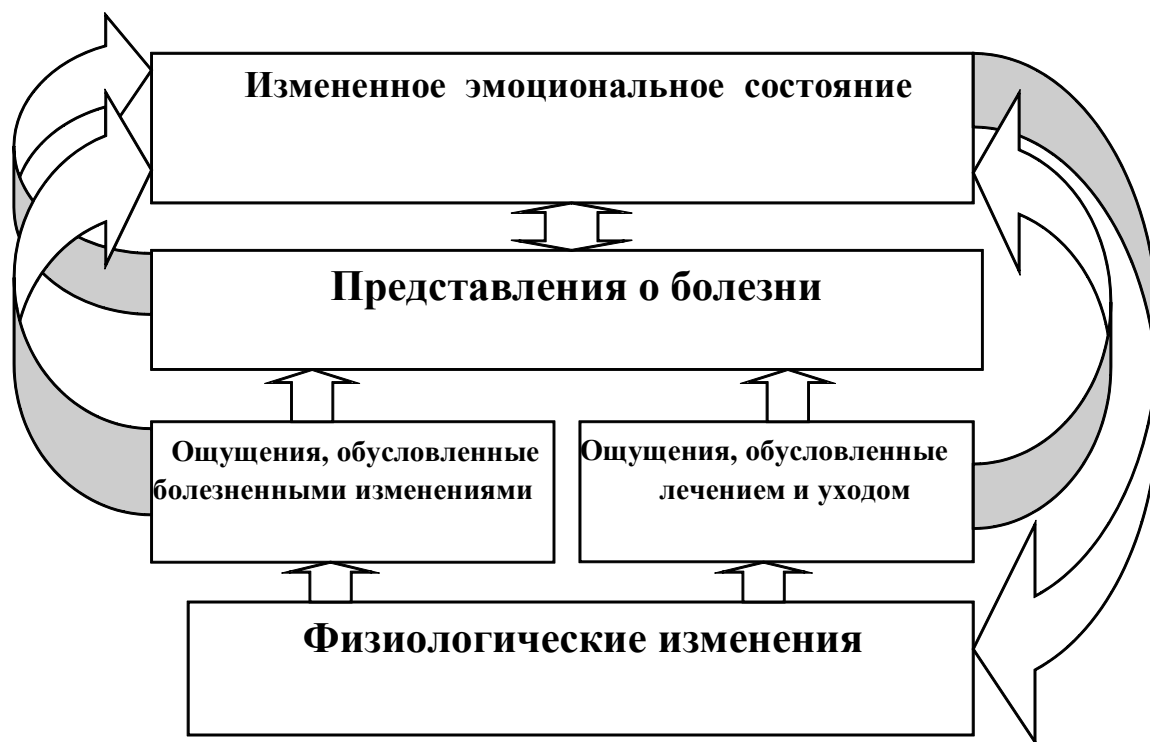
Проведенный анализ позволяет утверждать, что в представленных выше исследованиях делается акцент на так называемых «внешних» характеристиках субъективной стороны заболевания, которые не могут в полной мере отразить все компоненты «своей» концепцией болезни заболевшего индивида. На наш взгляд, наиболее полно отражают исследуемый нами феномен понятия введенные А. Гольдшейдером и Р.А. Лурия.

А. Гольдшейдер (1929) использует термин «аутопластическая картина заболевания». Согласно А. Гольдшейдеру «аутопластическая картина заболевания» – это совокупность болезненных переживаний со всеми их аффективными и интеллектуальными осложнениями, которая представляет собой достаточно сложный психологический комплекс. Данный комплекс никоим образом не является отображением подлинных болезненных биологических процессов, так как человек не обладает таким внутренним органом, при помощи которого он мог бы их наблюдать; но, для сознания больного, эта совокупность переживаний и являет собою самую болезнь. Через этот комплекс больной приходит к восприятию, к осознанию своей болезни, и по нему судит о дальнейшем ходе последней.

А. Гольдшейдер выделял аффективную и интеллектуальную сторону аутопластической картины.

Как психический комплекс, аутопластическая картина болезни по А. Гольдшейдеру представляет собою открытое поле для всяких психических влияний, откуда бы они ни исходили.

Схематично «аутопластическую картину болезни» по А. Гольдшейдеру можно представить следующим образом:



*Рис. 1.*

А. Гольдшейдер считал, что эмоциональное состояние, обусловленное ощущениями (связанные как с болезненными изменениями в организме человека, так и с лечением) и представлениями о болезни, определяет, а, зачастую, и усугубляют физическое состояние человека.

Теоретические положения А. Гольдшейдер получили свое развитие. Так, используя в качестве основного понятие «аутопластическая картина болезни», Р. Конечный и М. Боухал (1982) предлагают следующую классификацию ее типов:

- а) нормальная (соответствует объективному состоянию больного);
- б) пренебрежительная (недооценка тяжести болезни);
- в) отрицающая (игнорирование факта болезни);
- г) нозофобная (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может);
- д) ипохондрическая (погружение, уход в болезнь);
- е) нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- ж) утилитарная (получение известной выгоды от болезни – материальной или моральной).

В отечественной психологии большее развитие получил термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ), который был введен Р.А. Лурия (1944).

Внутренней картиной болезни Р.А. Лурия называет: «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Р.А. Лурия, 1977, с. 37).

Вслед за А. Гольдшейдером Р.А. Лурия рассматривает чувствительную и интеллектуальную части внутренней картины болезни. Первую, согласно Р.А. Лурия, составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного. Вторая является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своем самочувствии и состоянии.

Если на чувствительном уровне ВКБ больной только отражает возникшие у него в ходе заболевания ощущения, то на интеллектуальном, по Р.А. Лурия, больной сам надстраивает над своими ощущениями, т.е. над тем, как соматический процесс отражается на психике. Возникает сложный клубок психических процессов. Интеллектуальная часть, по мнению Р.А. Лурия, имеет огромное влияние не только на функции органов, но и на течение органических процессов в них.

Детально рассматривая как чувствительную и так интеллектуальную части внутренней картины болезни Р.А. Лурия исключает дуализм психических и соматических процессов в организме. То есть, согласно Р.А. Лурия, психическое состояние может быть обусловлено физиологическими изменениями в организме человека, так же как психическое состояние может вызвать физиологические изменения в организме человека. Р.А. Лурия считал, что в физиологии человека (а тем более в патологии) нельзя противопоставлять рецепторы, воспри-

нимающие раздражения внешней среды, рецепторам, воспринимающим раздражения внутренней среды. Поэтому наряду с учением о круговом ритме и учением о взаимодействии экстеро- и интерорецепторов в основу концепции о внутренней картине болезни в обеих ее частях – чувствительной и интеллектуальной – Р.А. Лурия положил учение о кортикальных регуляциях соматических процессов. Р.А. Лурия считал, что чувствительная часть внутренней картины болезни передается по интерорецепторам, интеллектуальная – по экстерорецепторам, но в значительно более широком их понимании, включая не только внешние раздражения, но и мышление человека, возникающее под влиянием внешних раздражений.

То есть физиологические изменения в организме человека дают толчок к развитию чувствительного уровня ВКБ в виде субъективных болезненных ощущений и тесно связанных с ними определенных эмоциональных состояний. Над чувствительным уровнем надстраивается интеллектуальный, который включает в себя как осознание болезни, в полном смысле этого слова, так и наличие или отсутствие мотива к выздоровлению. Именно интеллектуальный уровень оказывает влияние на физиологическое состояние человека, то есть, по мнению Р.А. Лурия, данный уровень может либо запустить или затормозить выздоровление человека.

Схематически внутреннюю картину болезни по Р.А. Лурия можно представить следующим образом:

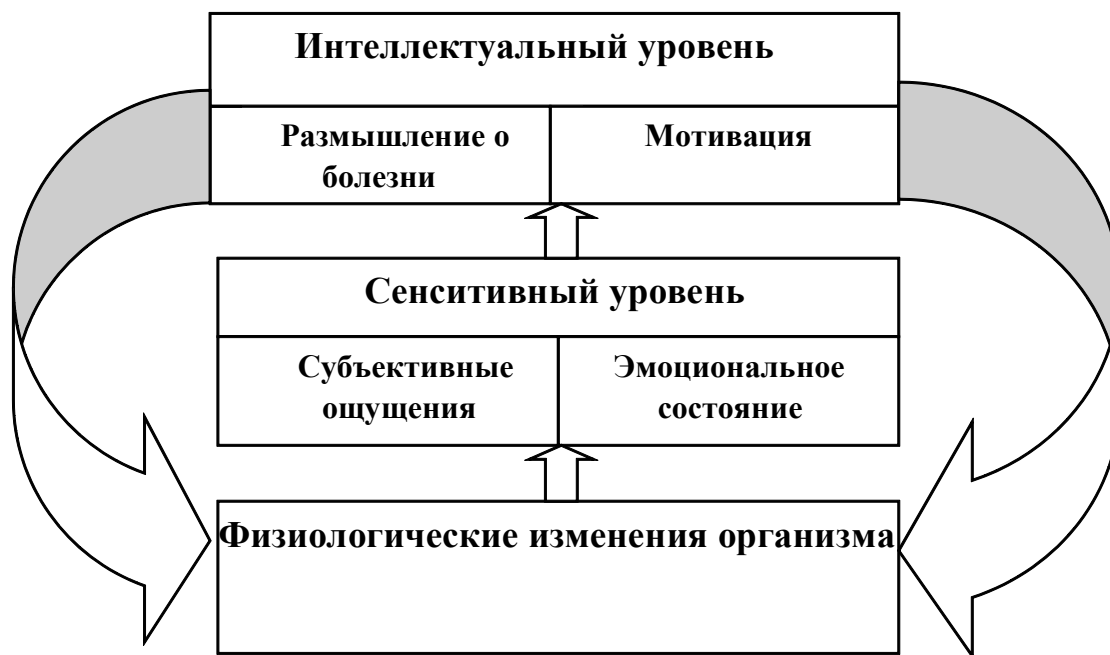


Рис. 2.

Как видно из представленной схемы, Р.А. Лурия, в отличие от А. Гольдшейдера считал, что не эмоциональный, а интеллектуальный уровень ВКБ

определяет, и зачастую усугубляют физическое состояние человека. Данный уровень включает в себя как размышление о болезни, так и мотивацию.

А.В. Петровский (1967) и М.Г. Ярошевский (1974) определяют внутреннюю картину болезни как «возникающий у больного целостный образ своего заболевания». Данные авторы указывают, что с психологической точки зрения формирование этого целостного образа осуществляется в несколько этапов.

На первом этапе, при возникновении дисгармонии, нарушении согласованной деятельности различных органов и систем, появлении признаков морфофункциональных расстройств развиваются субъективные состояния с ощущениями необычного, неопределенного характера. Эти ощущения, будучи предвестниками соматической болезни, обуславливают состояние, обозначаемое как дискомфорт. Нарушения психофизиологического тонуса, изменения настроения в ряде случаев могут быть ранним симптомом отдельных форм соматических заболеваний. Наряду с диффузными (неопределенными) субъективными ощущениями дискомфорта, возможен локальный дискомфорт (в области сердца, желудка, кишечника). Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения.

На следующем этапе эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и конструирование логической схемы, концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит.

На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо медицинских работников, пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное; он читает научно-популярные журналы по медицине; смотрит и слушает научно-популярные передачи.

В результате сконструированная больным концепция заболевания (рациональный компонент внутренней картины болезни) может оказаться субъективной и далекой от реальности. Свое представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезненного состояния: он идет на прием к врачу, к представителю альтернативной медицины или занимается самолечением (мотивационный, или волевой компонент внутренней картины болезни).

По сути «целостный образ заболевания», описанный А.В. Петровским и М.Г. Ярошевским, мало отличается от описания ВКБ Р.А. Лурия. Главным, безусловно конструктивным, отличием является введение авторами в указанную концепцию всего сектора источников информации, из которых страдающий недугом получает необходимые для него знания о специфике заболевания.

Особого внимания заслуживает описание «внутренней картины болезни» представленное в исследованиях В.М. Смирнова, Т.Н. Резниковой (1976), так как их концепция ВКБ значительно отличается от представленных выше взглядов на описание субъективной оценки больными своего состояния.



В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова (1976) указывали, что в психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания. Ее можно рассматривать также как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности, определяемые патологией.

В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова (1976) ввели принципиально новое понятие, ставшее центром их конструкции, – понятие информационного поля болезни, которое напоминает понятие «когнитивная карта». Ими было выделено два варианта этого информационного поля болезни: церебральное информационное поле болезни (ЦИПБ) и возникающая на его основе психологическая зона информационного поля болезни (ПЗИПБ).

ЦИПБ – относительно стабильная функциональная мозговая структура, которая формируется на основе, относящейся к заболеванию информации, это сохраняемая в долгосрочной памяти мозга информация о проявлениях болезни, о тех ограничениях, которые она накладывает на деятельность организма и личности. Материальный субстрат ЦИПБ – матрицы долгосрочной памяти (МДП), фиксирующие информацию о нарушении процессов жизнедеятельности организма. Названные матрицы или их комплексы могут включаться в информационные системы мозга и благодаря этому влиять на различные стороны работы мозга, а, следовательно, и психики. Информационное поле мозга (ИПМ) – это нейрональные, главным образом кортикальные, поля мозга, воспринимающие, хранящие и перерабатывающие информацию, на основе которой мозг принимает решения с учетом данной информации. В более узком смысле информационное поле мозга – это та его структурно функциональная зона, которая обеспечивает переработку информации, необходимой для принятия решения, имеющего отношение к заболеванию. Наиболее стабильной частью этого поля является функциональная структура своего «Я» с его многочисленными отношениями к другим информационным системам (внутренним и внешним). Самосознание – наиболее стабильный элемент в информационном поле мозга, поскольку основой самосознания является такая психологическая структура, как комплекс «Я». Вместе с этим комплексом ряд тесно связанных с ним информационных структур образуют именно тот стержневой аппарат личности, по которому все другие образования информационного поля мозга ранжируются как наиболее близкие, менее близкие и далекие от «Я», приятные или опасные, нужные или бесполезные. Информационное поле может участвовать в механизмах и сознательной, и неосознаваемой психической деятельности.

В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова (1976) говорят о генеральном церебральном информационном поле болезни, то есть совокупности мозговых информационных полей, в которых фиксирована информация о ранее перенесенных заболеваниях и о частном церебральном информационном поле болезни как совокупности информационных полей, содержащих информацию о данном заболевании.

В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова (1976) считают, что церебральное информационное поле болезни в определенных условиях способно активно влиять на информационные процессы мозга, контролирующее состояние внутренней среды организма и поведение. Такие влияния в одних случаях способствуют адаптационным процессам, в других – вызывают дезадаптацию. По-видимому, церебральное информационное поле болезни содержит информацию не только о патологических явлениях, но и механизмах и путях их преодоления, нормализации.

Таким образом, опыт организма и личности, полученный в условиях болезни и фиксированный в матрицах долгосрочной памяти церебрального информационного поля болезни, служит структурно-функциональной основой психологической зоны информационного поля болезни (ПЗИПБ). Психологическая зона информационного поля болезни формируется на основе доминирующих мотиваций, эмоций и связанных с заболеванием представлений.

Согласно концепции В.М. Смирнова, в структурно-функциональной организации ЦИПБ особое место занимает система «схема тела» – мозговой аппарат, важнейшим звеном которого является таламо-париетальная система (Смирнов В. М., Шандурина А. Н., 1973, 1975), с помощью которой разнообразные неприятные ощущения, зоны дискомфорта и боли вписываются в систему пространственных координат тела. В.М. Смирнов считал, что для понимания внутренней картины болезни следует учитывать психологический образ тела, который имеет большее значение, чем сенсорный, так как он в большей степени определяет структуру поведения больного и развитие ВКБ. В.М. Смирнов указывает, что переживание телесного дискомфорта способствует развитию модели симптомов в определенном направлении. В этом отношении большое значение имеет проекция психологического образа тела в будущее (что имеет значение для прогноза заболевания и формирования жизненных планов).

В представленном выше описании отражен только начальный элемент общей достаточно сложной системы ВКБ В.М. Смирнова, Т.Н. Резниковой, который отвечает за переработку поступающей информации и создание некоего субъективного отношения к ней.

Схематически указанное отношение можно представить следующим образом:

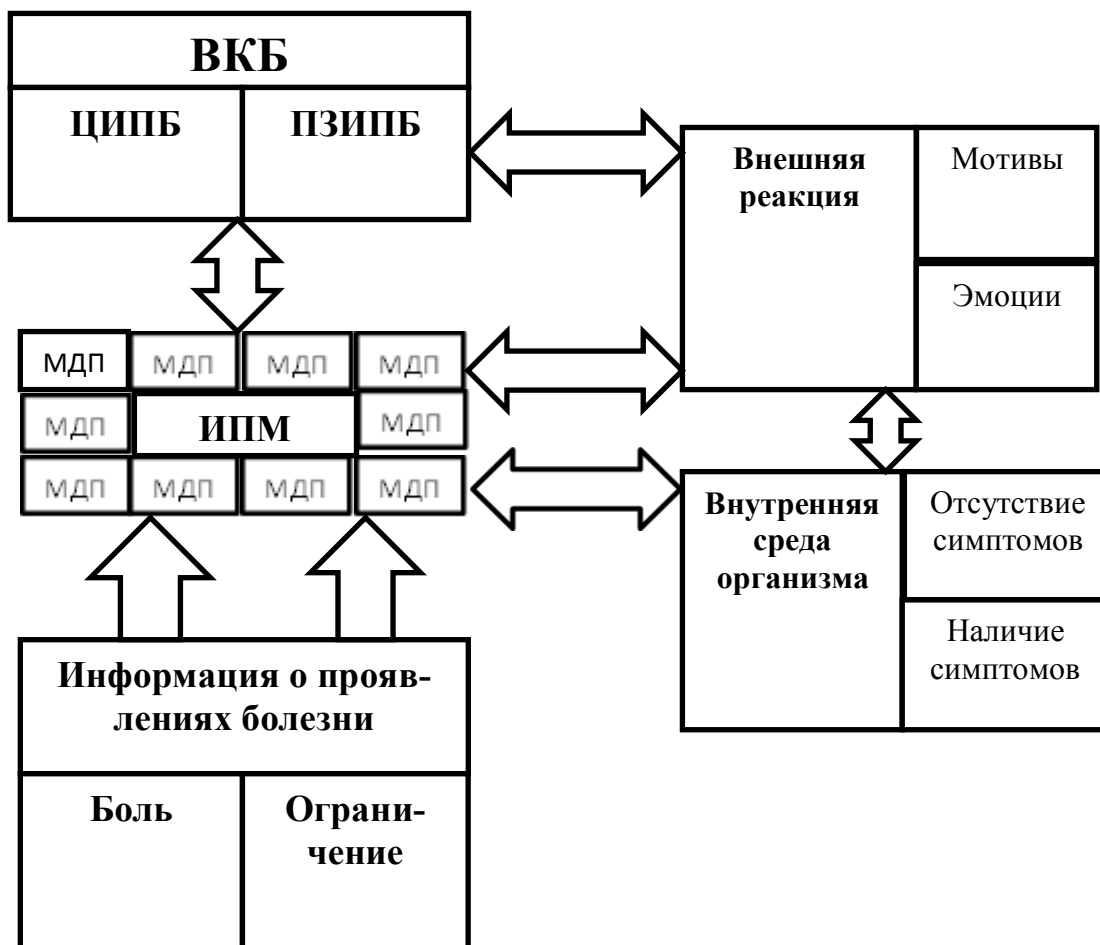


Рис. 3.

Субъективное отношение к болезни определяет поведенческие реакции человека. В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова выделяют, «функциональный центр», который локализуется в психологической зоне ЦИПБ. Функциональный центр и является «моделью болезни». Данная модель включает в себя субмодели:

- сенсорно-эмоциональную субмодель,
- логическую субмодель,
- субмодели ведущих нарушений (синдромов).

Формирование сенсорно-эмоциональной субмодели ВКБ происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни и их течением. Эта же информация используется и для формирования логической субмодели.

Но при этом В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова отмечают, что в формировании логической субмодели существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни.

Полная модель ВКБ создается, по В.М. Смирнову, Т.Н. Резниковой, лишь тогда, когда складывается система и логических, и эмоционально-мотивационных отношений к болезни, порождающих определенные потребности: сохранение жизни, возвращение здоровья и работоспособности и т. д.

Образование модели болезни и потребность в преодолении болезни, согласно концепции В.М. Смирнова, Т.Н. Резниковой, ведет к формированию программ, целей личности, направленных на борьбу с патологией. Потребность избавиться от определенных проявлений болезни, организует эмоционально-мотивационное поведение, направленное на получение соответствующего лечения. При этом создается «модель прогноза» заболевания, а на ее основе – «модель ожидаемых результатов лечения». В дальнейшем возникает «модель получаемых результатов лечения». Ведущую роль в формировании ВКБ отводится личности. «ВКБ может отражать защитно-приспособительные, компенсаторные механизмы личности» (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983, с. 161).

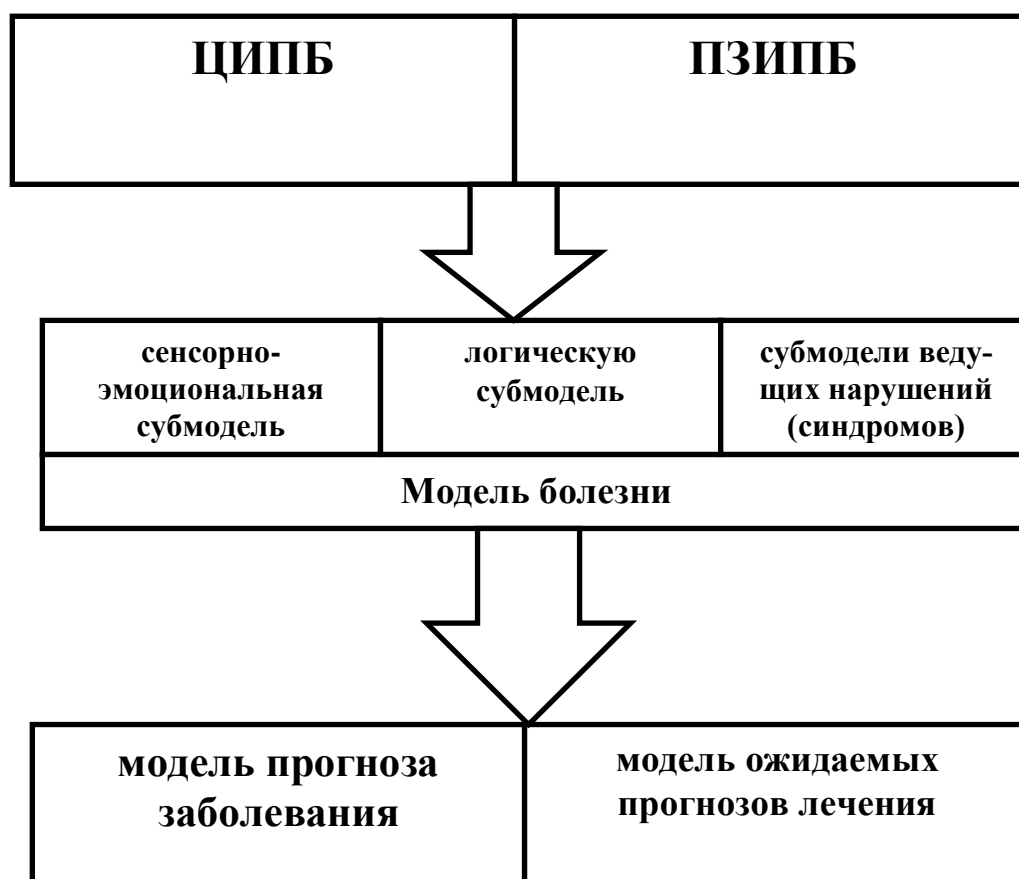
То есть, если обратиться к концептуальным представлениям о ВКБ Р.А. Лурия и сравнить их умозаключениями В.М. Смирнова, Т.Н. Резниковой, то внутренняя картина болезни по Р.А. Лурия вполне соотносится с «моделью болезни» представленной указанными авторами.

Но, согласно В.М. Смирнову, Т.Н. Резниковой, помимо, уже описанной выше, «модели болезни» следует выделять еще:

- модель прогноза заболевания;
- модель ожидаемых прогнозов лечения.

То есть, как уже отмечалось выше, образование модели болезни, связанная с ней осознанная и неосознанная потребность избавиться от ее проявлений, угрозы инвалидизации и смерти ведут к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуются модель прогноза заболевания (МПр) и модель ожидаемых результатов лечения (МОРЛ). Эти психологические структуры личности явно адаптационного типа формируются на основе жизненного опыта, иногда с помощью врача, медицинской литературы и др.

Схематически это можно представить следующим образом:



*Рис. 4.*

Модель прогноза, согласно В.М. Смирнову, того или иного заболевания выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного об ее вероятном течении и исходе. В зависимости от жизненного опыта, интеллекта, эмоциональной структуры личности больные по-разному проецируют течение своего заболевания во времени. При этом полярными параметрами являются полное выздоровление и смерть, между ними могут быть «промежуточные модели» – результаты с частичным выздоровлением. С моделью прогноза могут быть связаны различные обстоятельства, меняющие для больного принципы принятия решений жизненных ситуаций. На основе модели аутопрогноза заболевания и с учетом представлений о возможных результатах лечения, часто подсказанных врачом, больной создает психологическую модель ожидаемых результатов лечения – комплекс доминирующих (эмоционально окрашенных) представлений, отражающий желаемую степень восстановления нарушенных функций.

Модель ожидаемых результатов лечения (МОРЛ) – образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает сам больной или который был внушен ему окружающими или врачом. На некоторых этапах заболевания модель ожидаемых результатов лечения может в значительной мере определять поведение больных. В этих случаях они способны

преодолевать значительные трудности. Авторы приводят ряд примеров иллюстрирующих подобное поведение. Особенно ярким и часто встречающимся является стремление заболевшего попасть в определенную клинику, «прорваться» к знаменитому профессору, от которого, по мнению, страдающего от болезни зависит его выздоровление. Такая сложившаяся модель ожидаемых результатов лечения оказывается весьма стойкой психологической структурой личности. И, согласно В.М. Смирнову, все попытки изменить ее на более адекватную, встречают сильное эмоциональное сопротивление. В физиологическом плане на определенной стадии заболевания модель ожидаемых результатов лечения проявляет себя как доминанта, организующая поведение. Тем не менее, В.М. Смирнов отмечает, что у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, долго и неэффективно лечившихся, наблюдаются своеобразная «коррозия» модели ожидаемых результатов лечения, ее распад с отказом от лечения или, наоборот, появляются обладающие значительной жесткостью неадекватные и даже нереальные попытки лечения.

Внутренняя картина болезни, согласно Кабанову М.М., Личко А.Е., Смирнову В.М. (1983) – это не только совокупность субъективных моделей проявлений заболевания, но и концепция данной болезни – реальная или ложная.

Реальные модели болезни более или менее адекватно отражают наличные расстройства и динамику заболевания и т. д. Среди ложных моделей болезни встречаются, Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. в качестве примера приводят мнимые болезни при ятрогениях, фиктивные модели болезни при симуляции. Последние имеют иногда явно защитный характер. При аггравации, согласно Кабанову М.М., Личко А.Е., Смирнову В.М., модель болезни частично фиктивна, при симуляции и ятрогении – фиктивна полностью. При этом указанные авторы отмечают, что у симулянта церебральное информационное поле болезни отсутствует, а психологическая зона информационного поля болезни фиктивна.

Согласно концепции В.М. Смирнова, результаты лечения во многом зависят от ВКБ. Оценка результатов лечения, в соответствии с исследованиями Кабанова М.М., Личко А.Е., Смирнова В.М., на личностном уровне осуществляется путем сличения двух психологических моделей: модели ожидаемых результатов лечения и модели получаемых результатов лечения. При этом совпадение названных моделей вызывает положительные эмоции удовлетворения, а несовпадение, когда модель полученных результатов лечения ниже модели ожидаемых результатов лечения, – отрицательные эмоции, неудовлетворение. Такие эмоции могут быть причиной свертывания модели ожидаемых результатов лечения с отказом от лечения данным методом и депрессией или перестройкой психологической зоны информационного поля болезни с заниженными моделями прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения. Если же болезнь прогрессирует и переходит в более тяжелую стадию или осложняется серьезным интеркуррентным заболеванием, то в этих случаях мо-

гут формироваться новые церебральные информационные поля и психологическая зона информационного поля болезни.

Одним из достоинств представленной концепции внутренней картины болезни являлось то, что ставился вопрос о механизмах адаптации, то есть, согласно В.М. Смирнову, Т.Н. Резниковой эти модели носят адаптационный характер.

В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова указывают на то, что модель должна быть отражением реально существующего сложного психологического комплекса у больного человека. Такой комплекс составляет сущность ВКБ и неразрывно связан с информационными процессами мозга и психики. ВКБ, согласно описанной концепции, может выступить регулятором поведения, но ее роль в этом процессе не однозначна и зависит от ряда условий: от индивидуальных особенностей структуры личности больного, от складывающихся жизненных ситуаций и течения заболевания. При длительно протекающих заболеваниях происходят различные перестройки ВКБ, связанные не только с особенностями течения болезни, но и со сложными процессами адаптации и дезадаптации личности к своему заболеванию, к тем жизненным ситуациям, которые связаны с болезнью. В этих условиях личность формирует психологические структуры, имеющие адаптивный, защитный характер и вступающие в сложные отношения с другими психологическими структурами. Будучи активной психологической формацией личности, ВКБ способна активно влиять на систему интерперсональных и социальных отношений человека.

Идеи В.М. Смирнова, Т.Н. Резниковой рассмотрения ВКБ как некоего психологического конструкта способствующего приспособлению к болезни получила свое развитие. Так В.А. Ташлыков (1984) рассматривает внутреннюю картину болезни как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. По мнению автора, внутренняя картина болезни создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. Но, при описании структуры ВКБ, В.А. Ташлыков все же склоняется к классической модели предложенной Р.А. Лурия, и выделяет познавательный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты.

В.В. Николаева(1987), исследуя феномен субъективного отражения человеком своей болезни, также использует термин «внутренняя картина болезни». Согласно В.В. Николаевой, ВКБ – это сложное, структурированное образование, включающее в себя четыре уровня психического отражения болезни.

Первый уровень – чувственный, уровень ощущений.

Второй уровень – эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.

Третий уровень – интеллектуальный, связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

Четвертый уровень – мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

То есть, В.В Николаева, в отличие от Р.А. Лурия и А. Гольдшейдера включает в ВКБ мотивационный уровень, при этом указывает, что между компонентами возможны различные соотношения.

В.В. Николаева, в своих дальнейших исследованиях указывала, на то, что болезнь оказывает влияние на структуру личности заболевшего. Так в ходе ее совместных с Б. Т. Соколовой (1995) изучениях ВКБ, был сформулирован вывод о том, что являясь продуктом собственной творческой активности субъекта (пациента) внутренняя картина болезни проходит длительный путь становления, формирования. Этот путь представляет собою процесс более или менее развернутой познавательной активности субъекта, направленной на понимание новой жизненной ситуации – ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах.

Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова (1998) так же утверждают, что личностные изменения при болезни наиболее отчетливо проявляются во внутренней картине болезни. Исследователи указывают, что клинические факты убеждают в том, что биологические закономерности у человека не существуют вне связи с личностью, при заболевании личность может оказаться измененной. Как в результате прямого воздействия патологического процесса на центральную нервную систему (посредственная соматогения) так и соматическая болезнь может вызвать у больного переживание болезни и таким образом влиять на личность (опосредованная соматогения). Опосредованная соматогения, согласно Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржовой, и есть «внутренней картины болезни».

Б. Д. Карвасарский (2004) термином «Внутренняя картина болезни» обозначает личностные механизмы, определяющие системный ответ человека на болезнь, возможности его выздоровления и улучшения качества жизни. При неблагоприятном стечении обстоятельств, предшествующего психологического развития, человек может рассматривать свою болезнь как трудно- или неизлечимую, что, по мнению Б. Д. Карвасарского, скажется на результативности лечебно-реабилитационных мероприятий. В своих рассуждениях о влиянии указанного личностного механизма, автор отмечает, что примерно у 60% пациентов, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, прогноз во многом зависит от отношения заболевшего к своему состоянию.

Так же Б.Д. Карвасарский утверждает, что насколько строго и пунктуально пациент будет придерживаться рекомендаций врача, во многом зависит от субъективной оценки им своего состояния, от того, что он сам думает о своей болезни, как оценивает перспективы выздоровления и свою роль в этом процессе.

Б. Д. Карвасарский указывает на необходимость использования внутренней картины болезни для установления функционального диагноза.



ВКБ, согласно О.Ю. Щелковой (2008) в существенной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения пациента.

Я.М. Бухаров, М.В. Голубев (2008) отмечают, что ВКБ «занимает место «акцептора результатов», не только отражающего уже возникшие болезненные явления, но и направляющего дальнейшее их развитие» (Я.М. Бухаров, М.В. Голубев, 2008, с. 24).

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова (2008) определяют ВКБ как целостный, структурно сложный и многомерный психологический феномен, отражающий особенности глубинных переживаний пациента в связи с болезнью, ее личностный смысл.

Н.А. Сирота, М.А. Ярославская (2011), на основании анализа исследований Л.И. Вассерман (2008) и А.В. Штрахова (2009) определяют ВКБ следующим образом. «ВКБ представляет собой интегральную многоуровневую систему личности больного, сформировавшуюся вследствие динамического психического отражения ее актуального состояния, включающую в себя такие компоненты как: знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии, механизмы защиты в связи с заболеванием».

Большое число работ посвящено исследованию ВКБ в рамках протекания конкретной болезни и специфике ее течения.

Так Barker R. с соавт. (1946) исследовали группу женщин с физическими недостатками и предложили одну из классификаций отношения больных к заболеванию. Они выделили пять типов подобного отношения:

а) избегание дискомфорта, сопровождаемое часто уходом себя, аутизацией, которые обычно характерны для пациентов нешироким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также возникают при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста;

б) замещение, при котором больной самостоятельно находит новые средства достижения жизненных целей, заменяющие утраченные в условиях болезни возможности. Этот тип отношения авторы связывают с наличием высокого уровня интеллекта;

в) игнорирующее поведение, для которого характерно стремление больного подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью. Этот тип поведения, по мнению авторов, чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем;

г) компенсаторное поведение; при этом авторами выделяются четыре его разновидности: 1) циклическое приспособление, для которого характерны периоды «подъема и спада»; 2) фаталистическое отношение, главным образом, к будущему; 3) параноидное приспособление, с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих; 4) выраженные агрессивные реакции;

д) невротические реакции.

Есть мнение, что особенности поведенческих реакций при инфаркте миокарда могут даже служить средством дифференциальной диагностики со стенокардией на догоспитальном этапе. Гулый В.К., 1981 и соавт. провели сравнительное исследование реакций на болезнь в случае витальной угрозы и у больных хроническими заболеваниями, не угрожающими жизни (артрит, дерматит). Показано, что у больных раком и инфарктом миокарда чаще встречались активные реакции на болезнь: поиск информации, попытки сопротивляться болезни, критичное оценивание состояния. Реакции избегания вопросов, связанных здоровьем, отсутствие надежды, смирение чаще отмечалось у больных неопасными для жизни соматическими заболеваниями. Хотя точка зрения авторов о том, что адаптация к болезни в большей степени зависит от характера болезни, представляется спорной, важно, что внимание заостряется на характере заболевания – угроза для жизни, внезапность, так как в большинстве исследований психологическая сторона тяжелых заболеваний не учитывается (Feifel H., Sfrack S., Tong Nagy V., 1987).

Герасименко В.Н., Марилов В.В., Артюшенко Ю.В., Марилова Т.Ю. (1978), описывая особенности субъективной реакции на болезнь онкологически больных, выделяют ряд фаз: потрясения, депрессии после сообщения пациенту диагноза. Указанные фазы сменяется анозогнозической реакцией, которую авторы условно объясняют искажением ВКБ. Вследствие данного искажения возникают чувства вины, собственной неполноценности, обреченности. Затем постепенно происходит адаптация к новой жизни.

Отмечается наибольшая частота тревожных и обсессивных типов отношения к болезни у больных злокачественными опухолями, неврастенических, эгоцентрических, паранойяльных – в клинике бронхиальной астмы, эйфорических и эргопатических – у больных, перенесших инфаркт миокарда (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

Выраженность косметического дефекта при некоторых кожных заболеваниях, например, псориазе, обуславливает возникновение вторичных симптомов ВКБ – аутизации, эмоциональной неустойчивости (Николаева В.В., Рыбина Г.Ф., Елецкий В.Ю., 1984).

Губачев Ю.М. с соавт. считают, что существует зависимость уровня личностной и ситуационной тревожности от нозологии. Так, больные ишемической болезнью сердца (ИБС) характеризуются большей тревожностью, чем больные язвенной болезнью, что объясняется различной целевой ориентацией больных ИБС (стремление к успеху), в отличие от стремления больных язвенной болезнью оградить себя от неуспеха, и большей неопределенностью прогноза при ИБС (Губачев Ю.М., Симаненков В. И., Ананьев В.А., 1985).

Цивилько М.А. с соавт.(1981), характеризуя ВКБ больных хронической почечной недостаточностью в поздних стадиях болезни с использованием гемодиализа, выделяет:

- «бедную» ВКБ с недооценкой тяжести состояния, где большой вес имеют личностные черты, возраст, ситуация лечения;

- адекватную ВКБ;
- ВКБ с переоценкой тяжести.

В этой работе показана динамика ВКБ: «бедная» ВКБ отмечалась в период осознания состояния болезни и при неблагоприятной динамике заболевания, при улучшении состояния этот тип ВКБ сменялся адекватной ВКБ или ВКБ с переоценкой тяжести состояния (Цивилько М.А., Коркина М.В., Цивилько В.С. и другие, 1981).

Так же мы не можем обойти своим вниманием исследования посвященные причинам обусловившим формирование ВКБ.

Так, Hulek А. (1969) предлагает учитывать следующие факторы в качестве важнейших при возникновении реакции на заболевание:

- а) продолжительность заболевания;
- б) тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений;
- в) вид инвалидности;
- г) возраст перехода на инвалидность;
- д) уровень интеллектуального развития;
- е) особенности преморбидной личности.

В свою очередь Р. Конечный и М. Боухал (1982) отмечают, что внутренняя картина болезни зависит от влияния таких факторов:

- а) характера болезни (острая или хроническая болезнь, наличие или отсутствие болей, косметических дефектов и т. д.);
- б) обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т.д.);
- в) преморбидной личности (здесь, в частности, ставится вопрос о влиянии возраста больного);
- г) социального положения больного.

На основании всего выше сказанного, можно сказать, что ВКБ – основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного.

У любого человека, который хоть раз в жизни болел, тем или иным образом сформирована ВКБ. И хотя существуют большое количество исследований посвященных специфике ВКБ больных страдающих конкретным недугом, можно думать, что независимо от нозологической специфики субъективное отражение болезни имеет одни и те же этапы становления, одни и те же закономерности формирования.

На основании проведенного анализа можно заключить, что существуют две полярные точки зрения на природу влияния ВКБ на ход болезни и выздоровление. Р.А. Лурия, Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова, Н.А. Сирота, М.А. Ярославская и др. указывают, что данный психологический

комплекс выступает, главным образом в роли генератора разнообразных невротических реакций, в том числе ятрогений. В связи с этим авторы видели только отрицательную роль ВКБ. В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова, Кабанов М.М., Личко А. Е. отмечают, что ВКБ может быть и мощным оптимизатором, регулирующим поведение пациента, направленное на преодоление болезни.

Именно влияние ВКБ на модель поведения человека, страдающего от того или иного недуга, обусловило появление большого количества работ, посвященных исследованию ВКБ для совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях (Клубова Е.Б., 1995; Штрахова А.В., 1997; Смулевич А.Б. и др., 1999; Аристова Т.А., 2004; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. 2004; Васильева И.А., Иовлев Б.В. и др., 2008; Федорова В.Л. 2009, и др.). В рамках Психологии здоровья необходимо остановиться на том, как субъективная оценка своего состояния здоровья влияет на дальнейшее поведения человека. Указанному аспекту посвящено ряд исследований.

Virne D. (1982) полагает, что реакция на болезнь зависит от характера и прогноза заболевания. Выделяет восемь типов:

- а) фиксация на болезни;
- б) психосоциальные переживания;
- в) аффективный срыв;
- г) аффективное торможение;
- д) осмысление болезни;
- е) субъективное напряжение;
- ж) уход в болезнь;
- з) вера во врача.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента. Когнитивный стиль преодоления характеризуется:

- а) преуменьшением личностной значимости болезни, либо
- б) пристальным вниманием ко всем ее проявлениям.

Поведенческий стиль также имеет несколько разновидностей:

- а) борьба или активное сопротивление;
- б) капитуляция перед болезнью;
- в) попытка «ухода».

А.Ш. Тхостов (2002) отмечает, что «личностный смысл» болезни может быть преградным (негативным), позитивным или конфликтным. Негативный личностный смысл, по А.Ш. Тхостову, заключается в том, что в структуре личности пациента начинают преобладать психологические защиты. И в качестве негативного влияния психологических защит указывает отрицание, приводящие к изменению степени осознанности угрожающего стимула. И. Харди (1974) причиной возникновения реакции отрицания называет, так называемую, невыносимость действительного положения вещей, особенно, если у пациента ярко выражены проявления немотивированного страха и тревоги.

Указывают на негативное влияние «отрицания» и А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин (2005). Исследователи указывают на то, что если отрицание заболевания выступает в рамках стойких сверхценных образований, возможно развитие дезадаптивного поведения, по типу патологического отрицания болезни, препятствующих получению своевременной медицинской помощи. Таким образом, при негативном личностном смысле болезнь препятствует нормальному функционированию индивидуума.

Позитивный личностный смысл, согласно Н.А. Сироте, М.А. Ярославской (2011), характеризуется стремлением индивидуума извлекать «выгоду» из своего состояния. Позитивный смысл имеет именно болезнь, а не его симптоматика.

Конфликтный смысл, по А.Ш. Тхостову, возникает в ситуации, когда болезнь способствует достижению одних мотивов и препятствует достижению других. Так, автор приводит пример: в ситуации угрозы смертельного исхода от заболевания, у пациентов актуализируется мотив сохранения жизни, который занимает ведущую позицию по отношению к их деятельности.

В свою очередь В.В. Соложенкин (2003) указывает, что характер эмоциональных переживаний, уровень интеллектуальной переработки, мотивационные, потребностные влияния будут достаточно различными в зависимости от состояния больного.

Если заболевший находится на пике своей удачи, если работа, которая многие годы была для него важна, идет очень успешно, если ему ясно, как ее можно продолжить, то при этом может возникнуть определенная внутренняя картина болезни с отрицанием ее и снижением прогноза опасности. А если болезнь возникает в период неудач или в период, когда человеку нужна передышка от жизненных трудностей, то может привести к другой внутренней картине болезни. Эти перечисленные факторы – интрапсихические факторы. К ним же относится и преимущественный тип реагирования на затруднительную ситуацию, на так называемую фрустрацию, т.е. ситуацию, воспринимаемую как трудноразрешимую.

У каждого человека есть предпочитаемый репертуар ответов на фрустрацию. В.В. Соложенкин (2003), в рамках исследования ВКБ, выделяет две основные формы поведения: бегство и нападение. При взаимодействии с окружающим миром болезнь может использовать этот репертуар поведения в ситуации фрустрации. В одних случаях это будет нападение на окружающий мир с помощью болезни: «...вы должны создать мне льготы, вы виноваты в моей болезни и т.д.» В других случаях – это бегство от болезни, когда человек не хочет признавать ее, или бегство от окружающего мира, если трудности при взаимодействии с ним значительней, чем те страдания, которые человек испытывает от болезни, – это так называемое «бегство в болезнь». Факторы, влияющие на репертуар поведения человека в зависимости от его внутренней картины болезни, во многом определяются опытом предшествующего реагирования на другие виды фрустрации. Механизмы психической адаптации, в частности, психологические защиты, возникающие во внутренней картине болезни, будут исходить

из репертуара защит, которые человек наиболее часто использовал в своей жизни, поскольку у каждого человека есть более или менее излюбленный набор применяемых им психологических защит. И в ситуации болезни человек использует этот, наиболее часто применяемый репертуар. Но, кроме факторов интрапсихического реагирования, в формировании внутренней картины болезни участвуют и факторы внешнего, окружающего мира (Соложенкин В.В. 2003, с. 227-237).

В ряде работ специально прослеживается связь между реакциями на болезнь и эффективностью восстановления, «выхода» из болезни. Речь идет о поведении больного (Illness Behavior), которое определяется представлением о заболевании, оценкой его прогноза, демографическими характеристиками, общей медицинской культурой (Leigh H., Reiser. – М., 1985). Выделено 8 факторов IllnessBehavior, среди которых: соматическое состояние, аффективная реакция на болезнь, принятие роли больного, вера в доктора и др. Подчеркивается, что важно строить профили для каждого больного, выявляя «вес» каждого фактора. (Byrne D., 1987).

Особое направление работ посвящено описанию феноменологии эмоциональных реакций на болезнь, смены различных реакций по мере течения заболевания. Так Е. Сау, описывая эмоциональные реакции на болезнь, отмечает, что в клинике инфаркта миокарда выраженные эмоциональные расстройства отмечаются в 2/3 случаев, при этом внешних выражений указанной реакции не наблюдается. При этом автор указывает, что без соответствующего вмешательства нарушения закрепляются и сохраняются в течение года у 25% выживших (Сау Е., 1982).

По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев (Florkiewicz M., 1984). У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт (Nasilowska-Barud A., Markiewicz, 1984). Возникновение эмоциональных реакций связывается со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я».

Самыми распространенными и выраженными симптомами у больных инфарктом миокарда являются тревога и депрессия (Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П., 1978; Balestvoni Y., Lopriore V., Lotti A. et al., 1987; Levenson J., Hamer R., Silverman J. et al 1986/87), причем тревожные реакции преобладают в период госпитализации, а депрессивные – после возвращения домой, что обусловлено страхом повторного приступа, психологической неподготовленностью к быстрой утомляемости, необходимостью соблюдения режима, отсутствием постоянного медицинского наблюдения (Hackett T., Cassen N., 1978; Grewisse M., 1982). Депрессивные реакции, отмечавшиеся на этапе лечения в клинике, сохранялись через год у 70% больных (Stern M., Pascale L., Loone J., 1976).

К наиболее тяжелым психическим осложнениям, например, при инфаркте миокарда, относятся психозы (Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П., 1978); у 10% больных наблюдался делирий, причиной которого считают сен-

сорную депривацию в отделении реанимации, метаболические изменения в организме, действия лекарств (Steinhart M., 1984). После перевода в общую палату из отделения интенсивной терапии может наблюдаться эйфория (Зайцев В.П., 1975; Cay E., 1982), у тяжелых больных описаны агрессивные реакции, которые интерпретируются в рамках психоаналитической теории: пациент относится к доктору как к отцу, который не может избавить его от страданий (Cramond W., 1970).

В другой работе оценивались факторы «качества жизни», вызывающие неприятные переживания у больных инфарктом миокарда. Ими оказались: необходимость избегать эмоционального напряжения, ограничить физические усилия, выполнять врачебные рекомендации (Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г., 1982).

До определенного момента считалось, что реакция на болезнь обусловлена личностными характеристиками или чертами заболевшего. И в зависимости от личностных черт больного выделялись различные реакции на заболевание. Так, дисгармоничные личности, особенно в молодом возрасте (до 41 года), чаще обнаруживают психопатологические реакции на болезнь (Урсова Л.Г., 1973). Депрессивные, ипохондрические, фобические типы переживаний болезни отмечаются у тревожно-мнительных личностей, дистимические – у лиц с признаками психического инфантилизма, эйфорически-анозогнозические – часто определяются интеллектуальной недостаточностью (Ковалев В.В., 1972). Больные инфарктом миокарда, которым свойственны работоспособность, развитые волевые качества, характеризуются адекватным отношением к болезни, в отличие от больных с повышенной впечатлительностью, невротической переработкой информации, которые «уходят в болезнь» (Ганелина И.Е., Краевский Я.М., 1971). Зайцев В.П. также считает, что сильные в эмоционально-волевом отношении люди дают адекватную или невротическую реакцию на болезнь, которая преодолевается без специального лечения. С возрастанием психопатологических преморбидных черт снижается вероятность того, что психическое состояние спонтанно нормализуется (Зайцев В.П., 1971). Ряд исследований посвящены изучению такой личностной характеристики, связанной с характером причинного объяснения заболевания (Бажин Е.Ф. и другие, 1985), как локус контроля. Показано, что внутренний локус контроля коррелирует с низким уровнем депрессии, положительно влияет на психологическое и клиническое восстановление (Feifel H., Straek S., Tong Nagy V., 1987; Maeland J., Navic O., 1987).

В рамках указанного вектора исследований рассматривалось, как особенности личности влияют на отношение к лечебным процедурам. Так В.С. Волков и А.Е. Цикулин (1989) изучали особенности больных гипертонической болезнью и их реакции на лечение. Данные авторы пришли к выводу, что у указанных больных, согласившихся на длительную терапию, в меньшей степени была выражена демонстративность, реже встречались акцентуации характера, неудовлетворенность в сфере значимых отношений, чаще отмечался гармонический

тип отношения к болезни. В группе отказавшихся от лечения имело место психопатоподобное поведение, сочетание противоположных качеств – честолюбия, решительности и эмоциональной неустойчивости, неверия в эффективность лечения.

Помимо, представленных выше, исследований конкретных реакций на факт наличия болезни, проявляющихся как в наличии повышенного уровня тревожности или депрессии, так в конкретных поведенческих реакциях, к примеру: «отказ от лечения» или наоборот «уход в болезнь» существует точка зрения, согласно которой ВКБ становится доминирующим, автономным образованием сознания и определяет поведение человека. То есть ВКБ перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса. Согласно Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдчиц (2006) сама внутренняя картина болезни способствует развитию тревоги и вытесняет все ценности человека, сама становясь сверхценностью. В этом случае можно говорить о нозогностической информации по данному заболеванию.

Таким образом, можно заключить, что внутреннюю картину болезни рассматривали как личностный психологический конструкт, определяющий системный ответ человека на болезнь. Условно можно выделить три основные точки зрения на ВКБ как ответную реакцию на заболевание:

В рамках первой точки зрения исследовались психологические реакции человека на конкретные болезни (чаще всего это онкологические заболевания, различные болезни сердца и пищеварительной системы), в данном случае ВКБ, чаще всего, определяется характером заболевания.

Согласно второй точки зрения, внутренняя картина болезни рассматривается как совокупность неких реакций на болезнь любого рода (независимо от нозологии) специфика реагирования определяет статью или уровень ВКБ на котором находится человек, страдающий от того или иного заболевания.

В рамках третьей точки зрения, внутреннюю картину болезни рассматривают как некий психологический механизм, оказывающий значительное влияние на ход болезни и динамику выздоровления, то есть характер ВКБ определяет скорость выздоровления.

Говорить о необходимости придерживаться той или иной точки зрения не рационально. Так как для определения некой унифицированной модели ВКБ необходимо учесть специфику субъективной оценки и индивидуального реагирования на то или иное заболевание. При этом субъективная реакция на болезнь не может не меняться в зависимости от времени появления симптомов ее тяжести и длительности переживания человеком тех или иных патологических изменений, которые определяют уровень ВКБ и динамику перехода заболевшим с уровня на уровень. И наконец, модель внутренней картины болезни, так и останется некой теоретической моделью и не будет иметь дальнейшего развития, без введения в нее динамического элемента определяющего положительный вектор движения в направлении выздоровления, поэтому самым востребованной, во все времена, является точка зрения определяющая ВКБ как ме-



ханизм определяющий ход болезни и ее положительный результат, те есть «победа» над болезнью и выздоровление человека.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, подводя итог всему вышесказанному, мы можем с уверенностью утверждать, что потребность решения проблемы здоровья, то есть сохранения и улучшения его качества в настоящее время общепризнана. Тем не менее, решение данной проблемы на текущий момент, как правило, сфокусировано на одном, безусловно, важном, векторе здоровьесбережения – это пропаганда здорового образа жизни и информирование населения о состоянии их здоровья. При этом очевидным является тот факт, что говоря о здоровье и здоровьесбережении нельзя рассматривать данную проблему только с позиции «осведомлен, значит вооружен». Зачастую люди даже знающие о необходимости соблюдения определенных правил поведения, которые позволят им не страдать от симптомов болезней, все же выбирают неконструктивную модель поведения: либо «активное отбрасывание мысли о болезни», либо «уход от болезни в работу». Данное утверждение подтверждено проведенным нами исследованием отношения к собственному здоровью как фактору «больного» поведения представителей разных групп здоровья. В ходе исследования мы пришли к следующим выводам (О.Е. Ельникова 2014):

- у подавляющего большинства людей, участвующих в исследовании (как здоровых, так и страдающих хроническими заболеваниями), диагностируется анозогностический тип отношения к болезни, который характеризуется следующим образом: «активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного»;

- практически не наблюдается разницы между типами отношения к болезни у людей, страдающих хроническими заболеваниями, и здоровыми людьми.

Полученные нами данные доказывают необходимость более глубокого и детального рассмотрения проблемы здоровья и здоровьесбережения именно через призму изучения модели так называемого «больного» поведения.

Считается, что тип реагирования на заболевание, равно как и построение поведения в направлении здоровья, связан с субъективной оценкой человеком своего состояния здоровья.

Субъективная сторона заболевания, как уже было отмечено в третьей главе данного учебного пособия, обозначается различным образом: А. Гольдшейдером, было введено понятие «аутопластическая картина болезни», Р.А. Лурия – «внутренняя картина болезни», Е.А. Шевалевым, В.В. Ковалевым – «переживание болезни», Е.К. Краснушкиным – «чувство болезни», Л.Л. Рохлиным – «сознание болезни», «отношение к болезни», Д.Д. Федотовым – «реакция на болезнь», Е.А. Шевалевым, О.В. Кербиковым – «реакция адаптации», Я.П. Фрумкиным, Й.А. Мизрухиным, Н.В. Ивановым – «позиция к болезни», В.Н. Мясищевым, С.С. Либихом – «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» и другие. И как мы уже говорили, большинство представленных выше понятий позволяет не только более объективно понять истинное состоя-

ние человека, но и прогнозировать вектор его активности. То есть либо в сторону избавления от симптомов, заставляющих человека страдать, меняющих его социальный статус и т.д. Либо в сторону пассивного принятия заболевания, и удовлетворенностью ролью больного. Прогнозирование того или иного вектора активности возможно потому, что одним из структурных компонентов внутренней картины болезни является мотивационный уровень ВКБ, который и позволяет определить направление активности субъекта.

Все выше сказанное в полной мере можно отнести и к внутренней картине здоровья. Так как поведенческая или мотивационно-волевая сторона ВКЗ представляет с собой совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей в направлении здоровья.

То есть мы можем заключить, что изучение в рамках психологии здоровья двух взаимодополняющих психологических по своей природе конструктов позволит более детально и конструктивно изучить здоровье человека и позволить, хотя бы частично понять причины его потери.

## ГЛОССАРИЙ

**Аггравация** (от лат. *aggravare* – отягощать) – клиническое нарушение. Преднамеренное преувеличение тяжести фактически имеющихся болезненных симптомов и субъективных болезненных ощущений. В отличие от симуляции в основе аггравации все же лежит действительно болезненное расстройство. По мнению С.С. Корсакова, аггравация обусловлена и заболеванием (часто это может быть истерия), и личностью самого больного.

**Адаптация** – процесс активного приспособления индивида, его психофизиологической и психосоциальной организации к условиям и требованиям окружающей биосоциальной среды. На биологическом уровне адаптация предполагает приспособление строения и функций организма к меняющимся внешним условиям, обеспечивающее поддержание гомеостаза – постоянства и подвижного равновесия всей физиологической системы организма. Социально-психологический аспект адаптации заключается в усвоении индивидом норм, традиций, ценностных ориентации определенной социальной группы или общества.

**Акме** – центральное понятие акмеологии, обозначающее высшие («вершинные») достижения личности, в которых реализуются предельные возможности человеческой природы, а также психологические механизмы самосовершенствования индивида в различных сферах деятельности и обретения им социальной и личностной зрелости. Термин «акме» часто используется как характеристика опыта зрелых людей, переживающих «звездные часы», достигших вершин мастерства и «пика» самореализации.

**Аксиология** – междисциплинарная теория ценностей; в центре ее изучения – приоритетные блага, объекты, приобретающие определенную значимость для субъекта или сообщества в ходе культурно-исторического или онтогенетического развития. При аксиологическом подходе ценности и ценностные ориентации личности рассматриваются как детерминанты или факторы ее психологического становления и духовного самоопределения.

**Акцептор результатов действия** – (лат. *acceptor* принимающий, воспринимающий) термин, предложенный П.К. Анохиным для обозначения физиологического аппарата предвидения и оценки результатов действия, который формируется на основе предшествующего опыта в результате афферентного синтеза и принятия решения к действию.

**Анозогностическая реакция** – отмечается отрицание болезни с игнорированием лечебных рекомендаций и грубыми нарушениями режима.

**Антропоцентризм** – характерное для философии Нового Времени представление о Человеке и его духовном предназначении как о центральном феномене, задающем систему координат и ценностных ориентиров в познании действительности (новоевропейская редакция прославленного античного тезиса: «Человек есть мера всех вещей»).

**Бессознательное** – относительно автономная область психической жизни, включающая недоступные сознанию ментальные содержания; иначе – подструктура личности, часть ее психического аппарата, неподвластная и неподконтрольная сознательному Я (Эго). З. Фрейд относил к сфере бессознательного биологические влечения индивида, желания и импульсы, неприемлемые с точки зрения его социального окружения, а также травматические переживания и воспоминания, вытесняемые в силу их болезненного воздействия на Эго. Иными словами, по Фрейду, бессознательное одновременно является источником витальной психической энергии (преимущественно сексуальной) и резервуаром (хранилищем) вытесненного психического материала. К.Г. Юнг расширил представления о бессознательном, выделив в нем, наряду с личностным, коллективный уровень, определяющий общечеловеческие, универсальные формы опыта. Согласно Юнгу, бессознательное следует рассматривать не только как изначально оппозиционную психическую инстанцию, находящуюся в постоянном противоборстве с сознанием, но и как автономную творческую активность души, подчиняющуюся собственным законам, и в значительной степени определяющую конструктивное развитие индивида. Целью индивидуального развития Юнг считал синтез Эго и бессознательного.

**Болезнь** – состояние организма, характеризующееся повреждением органов и тканей в результате действия патогенных факторов, развертыванием защитных реакций, направленных на ликвидацию повреждений; обычно сопровождается ограничением приспособляемости организма к условиям окружающей среды и снижением или потерей трудоспособности.

**Внешняя саморегулируемость** обеспечивает возможность адекватной адаптации как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям, воздействиям окружающей среды.

**Внутренняя картина болезни** – термин, введенный в нашей стране А.Р. Лурия (1974), описывает ментальное представление человека о том, что представляет собой его болезнь, излечима ли она, и если – да, то какими методами. Это ментальная модель, внутренний комплекс ощущений, восприятий, эмоций, конфликтных представлений и травмирующих переживаний относительно болезни. Внутренняя картина болезни включает 4 уровня:

- 1) перцептивный, представляющий собой набор болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный, то есть переживания, связанные с возникновением заболевания и ограничениями, которые оно накладывает на человека;
- 3) интеллектуальный, то есть знания о заболевании и оценка его причин и последствий;
- 4) мотивационный, то есть создание определенного отношения к заболеванию, система побуждений к изменению ситуации или, напротив, сохранения ее.

**Внутренняя картина здоровья** – конструкт, предложенный Ю.Н. Некрасовой (1984) для описания ментальных моделей, повышающих порог возникновения заболевания у человека. Она включает в себя 3 уровня психического отражения здоровья: когнитивный, эмоциональный и поведенческий (Ананьев В.А., 2000):

1. Когнитивный компонент: совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья.

2. Эмоциональный компонент: переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость, симпатия и др.)

3. Мотивационно-поведенческий компонент: совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей (Никифоров Г.С., 2006).

**Внутренняя саморегулируемость** – это свойство личности, которое делает доступным свободный и легкий переход от одного функционального уровня к другому, дает возможность находиться на уровне, требующем меньшего психологического напряжения, а затем вновь возвращаться на более высокий уровень.

**Вытеснение** – один из механизмов «психологической защиты», представляющий собой неосознаваемый психический процесс, в результате которого неприемлемые для индивида или его социального окружения мысли, желания, воспоминания и переживания «изгоняются» из сознания и переводятся в сферу бессознательного, продолжая, однако, влиять на его поведение и проявляясь в форме напряжения, страха, тревоги и т. п. Вытеснение является патогенным процессом и приводит к возникновению различных психических расстройств. Термин «вытеснение» был введен в теорию психоанализа З. Фрейдом.

**Гетерогенный** – неоднородный по составу, включающий разнородные компоненты (противоположность – гомогенный).

**Гомеостаз** – (homeostasis; греч. homoios подобный, тот же самый + stasis состояние, неподвижность), – относительное динамическое постоянство внутренней среды (крови, лимфы, тканевой жидкости) и устойчивость основных физиологических функций (кровообращения, дыхания, терморегуляции, обмена веществ и так далее) организма человека и животных. Саморегуляция, способность открытой системы сохранять постоянство своего внутреннего состояния посредством скоординированных реакций, направленных на поддержание динамического равновесия. Стремление системы воспроизводить себя, восстанавливать утраченное равновесие, преодолевать сопротивление внешней среды. Регуляторные механизмы, поддерживающие физиологическое состояние или свойства клеток, органов и систем целостного организма на оптимальном уровне, называются гомеостатическими.

**Гнозис** – в буквальном смысле слова означает узнавание. Процесс непрерывного обновления, уточнения, конкретизации образа, хранимого в матрице памяти, под влиянием повторного сопоставления его с принимаемой информацией.

**Диагноз** (греч. *diagnōsis* распознавание) – медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме) или причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных действующей классификацией болезней, а также об особых физиологических состояниях организма или об эпидемическом очаге.

**Дефиниция** – определение понятия, раскрытие его содержания путем перечисления его существенных признаков. Дефиниция входит в концептуальное ядро любого структурированного (научного или философского) представления о каком-либо феномене. Поэтому прояснение представления требует обращения к лежащим в его основе дефинициям. Различия в дефинициях здоровья порождают многообразие научных концепций и моделей этого феномена. В то же время для обыденного сознания характерна специфическая ошибка в дефиниции здоровья – определение через отрицание (здоровье – это отсутствие болезней или свобода от недуга).

**Дискурс** – понятие, отражающее основные принципы организации информации в рамках определенной языковой структуры, например текста или сообщения. Дискурс, согласно Т. Ван-Дейку, это не просто связная последовательность предложений или речевых актов, но сложная, иерархическая система, включающая кроме текста еще и экстралингвистические факторы (знания о мире, мнения, установки, цели адресата), необходимые для понимания текста. Дискурс является сложным единством языковой формы, значения и действия и может быть определен как коммуникативный акт или коммуникативное событие. Дискурс предполагает также определенные правила редукции информации и, как показал в своих исследованиях М. Фуко, всегда связан с системой властных отношений, запретов и ритуалов, поддерживающих некоторый социальный порядок. Дж. Фиске использует понятие «дискурс» для изучения процесса производства текста. Дискурс определяется им как «язык или система репрезентации, которая развилась в ходе определенных социальных процессов и которая создает и поддерживает когерентный набор смыслов относительно какого-либо важного предмета».

**Дискурсивная модель** – сложившаяся в ходе культурно-исторического развития определенных сообществ устойчивая система общих правил, принципов и способов интерпретации (объяснения и описания) какого-либо феномена или группы феноменов. Данная система выявляется в различных текстах, научных концепциях и социальных практиках, построенных по законам того или иного дискурса, т. е. предполагающих использование специализированного языка описания, который является традиционным для конкретной культурной группы.

**Диспозитив**, согласно М. Фуко, – структура устойчивого представления о каком-либо социальном объекте или явлении, сформированная некоторой группой на определенном этапе ее социокультурного развития под влиянием доминирующей системы дискурсов, гетерогенное образование, включающее различные (явные и скрытые) содержательные планы и смысловые измерения.

**Здоровье** (определение Всемирной организации здравоохранения) – это отсутствие психических, физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие.

**Здоровьесбережение** – это сохранение и укрепление здоровья детей, улучшение их двигательного статуса с учётом индивидуальных возможностей и способностей; формирование у родителей, педагогов, воспитанников ответственности в деле сохранения собственного здоровья.

**Здоровый образ жизни** – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей.

**Здоровьеформирование** – формирование осознанного ценностного отношения к заботе о своем здоровье, понимание взаимосвязи между состоянием здоровья и образом жизни, использование навыков здоровьесбережения в самостоятельной деятельности.

**Интеркуррентные заболевания** – возникающее на фоне уже имеющейся болезни и по происхождению не связанное с ней.

**Интерналы** (внутренний локус контроля) – человек интерпретирует значимые события как результат собственных усилий.

**Инфекционные болезни** – группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов, вирусов и прионов. Для того чтобы патогенный микроб вызвал инфекционное заболевание, он должен обладать вирулентностью (ядовитостью; лат. *virus* – яд), то есть способностью преодолевать сопротивляемость организма и проявлять токсическое действие. Одни патогенные агенты вызывают отравление организма выделяемыми ими в процессе жизнедеятельности экзотоксинами (столбняк, дифтерия), другие – освобождают токсины (эндотоксины) при разрушении своих тел (холера, брюшной тиф).

**Карма** – одно из центральных понятий в индийских религиях и философии, вселенский причинно-следственный закон, согласно которому праведные или греховные действия человека определяют его судьбу, испытываемые им страдания или наслаждения. Карма лежит в основе причинно-следственного ряда, называемого сансарой, и используется в основном для понимания связей, выходящих за пределы одного существования.

**Когнитивная карта** (англ. *cognitive map*) – субъективное представление о пространственной организации внешнего мира, о пространственных отношениях между объектами, об их положении в среде. Когнитивная карта играют важную роль в практической деятельности человека. Они служат основой ориентации в пространстве, позволяя двигаться в нем и достигать цели.

**Кортикальная регуляция** – корковое (относящийся к коре больших полушарий головного мозга) упорядочение, нормализация.

**Механизмы психологической защиты** – согласно психоаналитическому учению З. Фрейда, особая регулятивная система, обеспечивающая стабильность эго и направленная на устранение или минимизацию чувства тревоги, связанного с осознанием внутриличностного конфликта. Функция защитных механиз-



мов состоит в «ограждении» сферы сознания от негативных, травмирующих субъекта переживаний и неприемлемых желаний, противоречащих нормам общества. Защитные механизмы (вытеснение, отрицание, рационализация и др.) препятствуют достижению полноты осознания негативных и травматических аспектов индивидуального опыта.

**Метамотивация** – согласно теории А. Маслоу, сфера высших ценностей и потребностей человека (она включает в себя потребности и ценности роста или метапотребности и метаценности). Метамотивы определяют направленность человеческого поведения на поиск смысла, истины, красоты, самопознание и самосовершенствование. Метамотивация часто принимает форму посвящения себя определенным высшим идеалам или целям. По Маслоу, такого рода мотивация присуща самоактуализирующимся людям, у которых удовлетворены более низкие потребности. Неудовлетворение (фрустрация) высших метапотребностей (таких, как потребность в совершенстве, справедливости, красоте, правде, подлинности и т.д.) или утрата человеком основополагающих ценностных ориентиров приводит к расстройствам, которые Маслоу называет общей и частной метапатологией. «Человек нуждается в ценностной системе отсчета, в такой философии, в соответствии с которой можно жить и понимать жизнь, в той же мере, в какой он нуждается в солнце, в кальции и в любви».

**Нозоло́гия** (греч. *nosos* болезнь + *logos* учение) – учение о биологических и медицинских основах болезней, включающее вопросы их этиологии, патогенеза, номенклатуры и классификации. Базисным понятием нозологии является нозологическая единица (нозологическая форма) – определенная болезнь, которую выделяют в качестве самостоятельной на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-анатомических проявлений, отражающих преимущественное поражение тех или иных органов и систем организма.

**Норма** – 1) среднестатистический, общий для всех представителей конкретной популяции фиксируемый показатель жизнедеятельности человека, предполагающий оптимальное функционирование организма и психики в определенных условиях внешней среды;

2) предписание, правило или образец поведения, в соответствии с которым осуществляется оценка конкретных поведенческих актов. Норма представляет собой продукт определенной культуры и выступает как фактор регуляции межличностного взаимодействия и общения. Нормы рассматриваются в качестве общих принципов, предписывающих поведение в определенных ситуациях в рамках той или иной культуры и разделяемых членами данной культуры. Нормы включают в себя: а) коллективную оценку того, каким должно быть поведение представителя данной культуры, б) коллективную интерпретацию того, что значит то или иное поведение, в) частные реакции на поведение, включая попытки наложения санкций на «нежелательные» варианты поведения.

Культуры различаются по степени жесткости норм и правил. Так, например, открытые культуры меньше понуждают своих членов к конформности поведения, чем закрытые.

**Нормоцентризм** – характерный для традиционной медицины и психиатрии подход, согласно которому здоровье индивида определяется степенью соответствия его индивидуальных особенностей общим нормам функционирования и поведения, характеризующим определенную популяцию или культурную группу (фокусировка на норме как основном критерии оценки каких-либо биологических, психологических и социальных феноменов).

**Обсэссия** (лат. *obsessio* – «осада», «охватывание») – синдром, представляющий собой периодически, через неопределённые промежутки времени, возникающие у человека навязчивые нежелательные произвольные мысли, идеи или представления. Человек может фиксироваться на таких мыслях, и при этом они вызывают негативные эмоции или дистресс, причём от таких мыслей трудно избавиться или управлять ими. Obsессии могут быть (но не обязательно) связаны с компульсиями – навязчивым поведением. Согласно современным представлениям, к obsессиям не относятся иррациональные страхи (фобии) и навязчивые действия (компульсии).

**Отношение к здоровью** (Березовская Р.А.) – система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или угрожающими здоровью людей, и также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния.

**Отношение к здоровью на уровне общества** – это система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния общественного здоровья на различных уровнях управления.

**Отношение к здоровью на уровне группы** объединяет в себе черты двух приведенных определений, поскольку специфика данного вида отношения заключается в трансляции индивиду сложившейся в обществе системы социальных норм и мнений, но с учетом реальной индивидуальной оценки здоровья членами группы.

**Патогенез** – (*pathogenesis*; греч. *pathos* страдание, болезнь + *genesis* зарождение, происхождение) совокупность процессов, определяющих возникновение, течение и исход болезней.

**Патологические проявления** – болезненное, отклоняющееся от норм, болезненно-ненормальное выражение, обнаружение каких-нибудь внутренних состояний, качеств, свойств.

**Преморбидное состояние** (от лат. *prae* – перед и *morbus* – болезнь) (предболезнь) – состояние организма, предшествующее развитию болезни (напр., предынфарктный период).

**Психическое здоровье**, по Г.С. Никифорову, в качестве составного элемента здоровья в целом включает в себя совокупность психических характери-

стик, обеспечивающих динамическое равновесие и возможность выполнения социальных функций. Следовательно, психически здоровый человек адаптирован к социуму и может успешно функционировать в нем.

**Психопатология** – учение о психических болезнях, дисфункциях и нарушениях функционирования психики. Вспомогательная психологическая дисциплина, исследующая феноменологию и динамику патогенных процессов, выявляющая причины и факторы психических расстройств и находящая практическое применение в психиатрии; основа патодиагностики.

**Самоактуализация** – согласно теории А. Маслоу, процесс всесторонней реализации человеческих возможностей, поступательное движение личности к полноте творческого самораскрытия, актуализация индивидом изначально заложенного в нем природного и духовного потенциала. Самоактуализация относится к числу базовых потребностей человека; фрустрация этой потребности оборачивается различными формами психопатологии. Определяя самоактуализацию как стремление к «вочеловеченности», А. Маслоу полагал, что подлинно здоровой может быть признана лишь самоактуализирующаяся личность, полноценно реализующая собственный потенциал.

**Самообладание** – способность человека сохранять психическую устойчивость и осуществлять деятельность в дезорганизирующих условиях, оказывающих влияние на эмоционально-волевую сферу личности.

**Саморегуляция** – процесс внутренней регуляции активности живой системы на разных уровнях ее организации, направленный на обеспечение оптимального режима функционирования и целесообразности поведения. Активное поддержание упорядоченности и стабильности внутренней среды организма и психики, устойчивости их структурных взаимосвязей.

**Соматическое заболевание** – (от др.-греч. σῶμα – тело) – телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию. В данную группу заболеваний объединяют болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней является именно соматическими, так, например, все травмы и генетические наследственные болезни являются соматическими.

**Стресс** – термин, используемый для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры). Первоначально понятие «стресс» возникло в физиологии и обозначало неспецифическую реакцию организма («общий адаптационный синдром») в ответ на любое неблагоприятное воздействие (Г. Селье). Позднее стало использоваться для описания состояний индивида, возникающих в экстремальных условиях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях. В зависимости от вида стрессора и характера его влияния выделяют различные виды стресса. В наиболее распространенной классификации различаются физиологический и психологический стресс. Последний подразделяется на информационный и эмоциональный. Информационный стресс возникает в

ситуациях информационных перегрузок, когда человек не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе при высокой степени ответственности за последствия принятых решений. Эмоциональный стресс появляется в ситуациях угрозы, опасности, фрустрации и пр. При этом различные его формы (импульсивная, тормозная, генерализованная) приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения. Стресс может оказывать как мобилизующее, так и негативное влияние на деятельность, вплоть до ее полной дезорганизации (дистресс). Поэтому оптимизация любого вида деятельности должна включать комплекс мер, предупреждающих причины возникновения стресса.

**Стрессор** – фактор, вызывающий состояние стресса. Различают физиологические стрессоры (чрезмерная физическая нагрузка, болевые стимулы, затруднение дыхания и т.д.) и психологические стрессоры – факторы, воздействующие своим сигнальным значением: угрозой, опасностью, фрустрацией, информационной перегрузкой и пр.

**Стрессоустойчивость** – способность выдерживать определенные психофизические нагрузки и переносить стресс без существенного ущерба для организма и психики.

**Таламо-париетальная ассоциативная система мозга** – ядра таламуса, проецирующиеся в теменную или париетальную кору; представляет собой; а) центральный аппарат первичного одновременного анализа и синтеза, обстановочной афферентации и запуска механизмов ориентационных движений глаз и туловища; б) один из центральных аппаратов схемы тела и сенсорного контроля текущей двигательной активности в) аппарат предпусковой интеграции, участвующий в формировании целостных полимодальных образов.

**Ценность** – принятое в философии, этике, эстетике, социологии и психологии понятие, с помощью которого характеризуется исторически сложившееся значение (для некоторого сообщества) и личностный смысл (для конкретного субъекта) определенных феноменов или аспектов существования. Ценность указывает на индивидуальную или социальную значимость какого-либо феномена, его положение и «удельный вес» в иерархической системе индивидуальных отношений с миром или в структуре социальных взаимодействий. Критерии оценки тех или иных аспектов реальности в качестве ценностей носят конкретно-исторический характер и детерминированы культурным своеобразием той или иной социальной группы. В то же время в гуманитарных исследованиях предпринимаются попытки выделить и описать ценностные универсалии, имеющие непреходящее объективное значение (например, такие, как любовь, доброта, красота, уважение, традиция, гармония, правда и т.д.). Согласно психодинамическому подходу, доминирующие ценности на индивидуальном уровне определяют характер распределения психической энергии, ее вклад в те или иные психические содержания. На интерперсональном уровне ценности

выступают как факторы социальной регуляции поведения личности и взаимоотношений между людьми.

**Фасилитация** (от англ. facilitate – помогать, облегчать, способствовать) – стиль управления. Фасилитация отличается от простого управления тем, что её способ не директивный, то есть таковой, который не выходит за рамки самоорганизации управляемой системы.

**Физическое здоровье** – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

**Функциональный диагноз** – это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом. В формировании функционального диагноза, наряду с критериями биологического значения, важную роль играют психологический и социальный аспекты, отражающие психологические факторы функциональной недостаточности и внешние условия адаптации, связанные с особенностями психосоциальных воздействий окружения на больного.

**Хронические заболевания** – это заболевания внутренних органов, которыми люди болеют длительное время. Чаще всего излечиться от этих заболеваний невозможно, можно лишь добиться стойкой ремиссии – отсутствие обострений заболевания в течение длительного времени (иногда несколько лет).

**Человек** – высшая ступень живых организмов на земле, субъект общественно-исторической деятельности культуры; человек – это высшее из земных созданий, одаренное разумом, свободной волей и словесной речью; человек – есть живая система, в основе которой лежат: физическое и духовное, природное и социальное, наследственное и приобретенное начала.

**Человечность индивида** – сущностная характеристика психологического здоровья – понимается как жизнестойкость, основанная на любви к качеству жизни и воле к совершенству во всех ее областях.

**Экстерналы** (внешний локус контроля) – человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил, случая, обстоятельств, других людей и т.п.

**Эмоциональный интеллект** – способность к пониманию и управлению своими и чужими эмоциями, выделяется внутриличностный и межличностный эмоциональный интеллект (Люсин, 2004; Матвеева, Горшенин, 2007).

**Эндогенный** – возникший в результате внутренних предрасположений или причин. Применительно к болезни – вызванный нарушениями (дисфункциями) и патогенными процессами в самой системе организма и психики. Противоположность – экзогенный.

**Этиопатогенез** – совокупность знаний о причинах возникновения и механизмах развития болезни.

**Ятрогения** (ιατρός — врач + др.-греч. γενεά — рождение) — изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология больного человека. Социальное и индивидуальное в болезни. Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З. – СОМАТОПСИХОЛОГИЯ. – Хрестоматия, 2006
2. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
4. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья // Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика. Юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РГПУ им. И.А. Герцена / Под ред. Ананьева В.А., Кулакова С.А. – СПб.: Издательство ПП «Стратегия будущего», 2006. – С. 64-82.
5. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: учеб. пособие / В.А. Ананьев; С.-Петербур. мед. акад. последиплом. образования. – СПб.: Балт. пед. акад., 1998. – 146 с.
6. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384с.
7. Ананьев В.А. Структурные составляющие ВКЗ // Тезисы докладов VI Национального конгресса по профилактической медицине и валеологии. – СПб., 1999. – С. 127-129.
8. Березовская Р.А. Отношение менеджеров к своему здоровью как к фактору профессиональной деятельности: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2001. – 240с.
9. Бехтерев В.М. Личность и условия ее развития и здоровья / Вестник психологии. № 6. – Спб., 1905.
10. Блюм В.В. Структура внутренней картины здоровья у школьников: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2011. – 258с.
11. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. – СПб.: Речь, 2002. – 448с.
12. Большая советская энциклопедия - <http://enc-dic.com>
13. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
14. Бухаров Я.М., Голубев М.В. Группа кластеров «самочувствие» в семантической структуре внутренней картины болезни у пациентов с артериальной гипертонией // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2008. – № 1-2. – С. 24-27.
15. Васильева О. С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб.пособие для студ. высш. учеб, заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.

16. Васильева О.С. Экспериментальное исследование внутренней картины здоровья в юношеском возрасте // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – № 14, том 69, 2006. – С. 316-324.
17. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.
18. Внутренняя картина сексуального здоровья у женщин с сексуальными дисфункциями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Тагильцева Алла Викторовна; [Место защиты: Рос.гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена]. – СПб, 2010. – 237с.
19. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии в социальной медицине и медико-социальной экспертизе: методический глоссарий / Р. М. Войтенко. – СПб.: СПбИУВЭЖ, 1998. – 26 с.
20. Ганеман С. Органон врачебного искусства. – М., 1992. – С. 54-60.
21. Ганнушкин П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Избр. труды. – М., 1964. – С. 97-108.
22. Гольдшейдер, А. Боевые вопросы врачевания: пер. с нем. / А. Гольдшейдер. – М.: Госиздат, 1929. – 95 с.
23. Гуманитарные науки в современном обществе: Педагогика, Психология и Социология // Материалы Региональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Красноярск, 2010.
24. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
25. Давыдовский И. В. Общая патология человека. – М., 1969. – С. 387.
26. Дмитриева Н.Б. Психология здоровья личности: учебное пособие для студентов. – Казань: ТГГПУ, 2010. – 61 с.
27. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук. – М., 2005. – 434 с.
28. Закон причин и последствий, объясняющий человеческую судьбу (карма). – Рига, 1991. – С. 27-47.
29. Иванова Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся. Ежегодник – 2005/ Отв.ред. Л.М. Дробужева. – М.: Институт социологии РАН, 2006. – С. 110-133.
30. Иванова М.Г., Портнова А.Г. Здоровье как предмет исследования в психологии // Психологическая наука и образование. – 2006. – №3. – С. 99-102.
31. Кабаева В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Рос. гос. гуманитар. ун-т (РГГУ). – М., 2002. – 32 с.
32. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
33. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – №1. – С. 86-88.



34. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник. – 2004 г.  
<http://koob.ru>
35. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л., 1980.
36. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
37. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учеб.пособие для вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
38. Леонтьев А.Н. Психическое развитие ребенка в дошкольном возрасте // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста. – М.; Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1948.
39. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – С. 37-52.
40. Львова Н.В. Функциональные резервы психики больных сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 14.00.51 / Н.В. Львова. – М., 2007.
41. Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства. – СПб.: Речь, 1993.
42. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: речь, 2003. – 400 с.
43. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
44. Медицинская энциклопедия - <http://dic.academic.ru> ,  
<http://www.medical-enc.ru>
45. Мэй Р. Раненый целитель // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. – № 2.
46. Мясищев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. – М., 1960. – Т. 2. – С. 110-125.
47. Мясищев В.Н. Понятие личности и его значение для медицины // Методологические проблемы психоневрологии. – Л., 1966. – С. 25-55.
48. Мясищев В.Н. Структура личности и отношения человека к действительности // Психология личности: тексты / Под ред. А.А. Пузыря. – М., 1982. – С. 35-38.
49. Никифоров Г.С. Практикум по психологии здоровья. – СПб.: Питер, 2005. – 177 с.
50. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.
51. Николаева Е.И., Федорук В.И. Внутренняя картина здоровья ребенка как прогностический фактор общего здоровья // Человек, субъект, личность в современной психологии. Материалы межд. науч. конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – Т. 2. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – С. 452-455.

52. Николаева, В.В. Влияние хронических болезней на психику. Психологическое исследование. – М.: Издательство московского университета, 1987.
53. Ожегов, Ефремов - <http://tolkslovar.ru>
54. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 352 с.
55. Петровский А.В. История советской психологии. – М., 1967.
56. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Основы теоретической психологии. – М.: Инфра-М, 1998. – 525 с.
57. Платон. Тимей // Собр. соч.: В 4 т. – М., 1994. – С. 421-501.
58. Психологи – <http://www.b17.ru/article/10549/>
59. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005.
60. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. Питер, 2006. – 607 с.
61. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. – 2000. – № 1(2). – С.12-30.
62. Рохлин Л. Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина, № 9, 1957. – С. 11-20
63. Рубанова Е.Ю. Взаимосвязь психического здоровья личности и субъективной оценки качества жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.01 / Дальневост. гос. ун-т путей сообщ. – Хабаровск, 2004. – 22 с.
64. Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии. / С.Я. Рубинштейн. – М., 1970.
65. Русская энциклопедия «Традиция» - <http://traditio-ru.org>
66. Сайко Э.В. Здоровье как явление социального бытия и основание действенной силы человека в его эволюции // Мир психологии. – 2000. – №1(21).- С. 3-11.
67. Священник Валентин Жохов. Христианское отношение к болезни и врачеванию. – М., 1996. – С. 7-11.
68. Секач М.Ф. Психология здоровья. – М.: Академический проект, 2005. – 192 с.
69. Сирота Н.А., Вагнер В.Д., Шлыков М.В. Клинические и социально-демографические особенности формирования отношения к болезни и лечению у больных стоматологического профиля. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).
70. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).
71. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Методы психоло-

гической диагностики и коррекция в клинике / Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. – Л.: 1983. – С. 38-62.

72. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – С. 784.

73. Соколова Б.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SVR-Аргус, 1995. 156 с.

74. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений. – М., 2003. – С. 227-237

75. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984.

76. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

77. Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Абрахам Маслоу и психология самоактуализации // Хрестоматия по гуманистической психотерапии. – М., 1995. – С. 111-152.

78. Фрумкин, Я.П. Личность и психическое заболевание. / Я.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин // Проблемы личности: материалы симпозиума. – Т. 3. – М., 1970.

79. Фуко М. Забота о себе: (История сексуальности-III). – М., 1998. – С. 45-79.

80. Фуко М. Рождение клиники. – М., 1998. – С. 310.

81. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Третье, стереотипное издание. – Akadémiai Kiadó, Budapest, 1974. – С. 25-38.

82. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. – № 2. – 1999. – С. 61-74.

83. Шевалев Е.А. О переживании болезни // Советская психоневрология. – N 4, 1936. – С.19-34.

84. Шпренгер Я., Инститорис Г. Молот ведьм. – Саранск, 1991. – С. 262-264.

85. Штрахова А.В. Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – № 30. – С. 76-82.

86. Щелкова О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2008. – № 32-2. – С. 81-90.

87. Юдин Б.Г. Здоровье: факт, норма и ценность // Мир психологии. – 2000. – № 1 (2). – С. 55-68.

88. Юнг К. Г. Либи́до, его метаморфозы и символы. – СПб., 1994.

89. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – С. 1056.

90. Bergmann, V. Psychophysische Vorgänge im Bereiche der Klinik. – «Dtsch. med. Wschr.», 1930, N 40.

91. Lipowski, Z.J, Psuchosocial reactions to physical illness. Can. Med. Assoc. J, 1983, v,128.

92. Luszczynska A., Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement // *Journal of Health Psychology*. – 2005. – vol.10. – № 5. – p. 633-642.
93. Marks D., Murray M., Evans B., Willing C. *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. – L., 2000. – P. 7-28.
94. Meland E., Haugland S., Breidablic H. Body image and perceived health in adolescence // *Health Education Research*. – 2007. – vol. 22. – №3. – P. 342-350.
95. Nikolaeva E.I., Elnikova O.E. Attitude to the disorders of the people with different health levels. In: 5th WORLD CONFERENCE on PSYCHOLOGY, COUNSELING and GUIDANCE (WCPCG-2014). May 01-02, 2014 Royal Princess Hotel Conference Center Dubrovnik, Croatia. – P. 41.
96. Schwarzer R. Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behavior: The role of optimism, goals and threats // *Journal of Health Psychology*. –1999. – Vol. 4. – № 2. – P. 115-127.
97. Schwarzer R., Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy // *Health Psychology*. – 2000. – Vol. 19. – № 5. – P. 487-495.
98. Vervoerd A. Psychopathological responses to the stress of Physical illness // *Adv. in Psychosom. Med.* – V. 8. Basel, 1972. - P. 26
99. White S., Chen J., Atchison R. Relationship of Preventive Health Practices and Health Literacy: A National Study // *American Journal of Health Behavior*. – 2008. – Vol. 32. – № 3. – P. 227-242.

## ТЕСТОВОЕ ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ

**Задание № 1** – Выберите один вариант ответа.

В формулировке, предложенной экспертами Всемирной Организации Здравоохранения: «Здоровье - это...

Варианты ответов:

- 1) неповрежденный организм
- 2) отсутствие каких-либо болезней и дефектов
- 3) нормальное состояние
- 4) состояние полного физического, психического и социального благополучия

**Задание № 2** – Выберите один вариант ответа.

Нормоцентрический подход: здоровье рассматривается как ...

Варианты ответов:

- 1) продукт определенного дискурса
- 2) совокупность среднестатистических норм
- 3) социокультурная переменная
- 4) здоровье понимается как обретаемая в процессе становления целостность

**Задание № 3** – Выберите один вариант ответа.

Кросс-культурный подход: здоровье рассматривается как ...

Варианты ответов:

- 1) продукт определенного дискурса
- 2) совокупность среднестатистических норм
- 3) социокультурная переменная
- 4) здоровье понимается как обретаемая в процессе становления целостность

**Задание № 4** – Выберите один вариант ответа.

Сколько наиболее распространенных «эталона здоровья» выделено?

Варианты ответов:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

**Задание № 5** – Выберите один вариант ответа.

В психологии здоровья выделили такие направления исследований как ...

Варианты ответов:

- 1) формирование внутренней картины здоровья
- 2) научные знания
- 3) формирование внутренней картины болезни
- 4) психических состояний

**Задание № 6** – Выберите один вариант ответа.

Психология здоровья – это наука ...

Варианты ответов:

- 1) о видах болезней
- 2) о психологических причинах болезни
- 3) о психике человека
- 4) о психологических причинах здоровья

**Задание № 1** – Выберите один вариант ответа.

Физическое здоровье – это...

Варианты ответов:

- 1) психическое состояние человека
- 2) нормы-регуляторы
- 3) биологический феномен
- 4) состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания

**Задание № 2** – Выберите один вариант ответа.

К основным факторам физического здоровья человека относятся:

Варианты ответов:

- 1) уровень физического развития
- 2) общую осведомленность
- 3) уровень психического развития
- 4) качественный анализ

**Задание № 3** – Выберите один вариант ответа.

Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

Варианты ответов:

- 1) уровень физического развития
- 2) социальную значимость тех или иных заболеваний
- 3) уровень психического развития
- 4) качественный анализ

**Задание № 4** – Выберите один вариант ответа.

К специфичным, социальным механизмам воздействия на здоровье относятся:

Варианты ответов:

- 1) сознание
- 2) образовательный статус
- 3) перцептивный механизм
- 4) чувствительную ткань

**Задание № 5** – Выберите один вариант ответа.

Психическое здоровье должно характеризоваться:

Варианты ответов:

- 1) раздражимостью
- 2) патологическим функциональным состоянием
- 3) возрастным развитием психики
- 4) отсутствием психических или психосоматических заболеваний

**Задание № 6** – Выберите один вариант ответа.

Психологическая устойчивость предстает как сложное качество личности, в состав которого **не** входит:

Варианты ответов:

- 1) уравновешенность
- 2) раздражимость
- 3) стабильность
- 4) сопротивляемость

**Задание № 1** – Выберите один вариант ответа.

При болезни ...

Варианты ответов:

- 1) организм не поврежден
- 2) не нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма, которые наблюдаются в норме
- 3) нормальное состояние
- 4) нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма, которые наблюдаются в норме

**Задание № 2** – Выберите один вариант ответа.

Понятие «аутопластическая картина болезни» ввел:

Варианты ответов:

- 1) А. Гольдшейдер
- 2) Р.А. Лурия
- 3) Е.А. Шевалев
- 4) Е.К. Краснушкин

**Задание № 3** – Выберите один вариант ответа.

Понятие «Внутренней картиной болезни» ввел:

Варианты ответов:

- 1) А. Гольдшейдер
- 2) Р.А. Лурия
- 3) Е.А. Шевалев
- 4) Е.К. Краснушкин

**Задание № 4** – Выберите один вариант ответа.

В структуру «Внутренней картиной болезни» **не** входит:

Варианты ответов:

- 1) чувственный уровень
- 2) эмоциональный уровень
- 3) мотивационный уровень
- 4) физиологический уровень

**Задание № 5** – Выберите один вариант ответа.

Феномен, связанный с медикаментозным лечением называется...

Варианты ответов:

- 1) эффект плацебо
- 2) панацея
- 3) эффект Пигмалиона
- 4) эффект параллкса

**Задание № 6** – Выберите один вариант ответа.

Совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре называется ...

Варианты ответов:

- 1) синдром Грефе
- 2) синдром госпитализма
- 3) синдром Горнера
- 4) синдром Туретта



## КЛЮЧ

№/элементы Содержания	Психология здоровья как новое научное направле- ние.	Физическое, пси- хическое и соци- альное здоровье.	Влияние болезни на психику чело- века.
1	4	4	4
2	2	1	1
3	3	2	2
4	3	2	4
5	1	4	1
6	4	2	2

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Введение в проблематику психологии здоровья.....	6
1.1. Современное понимание проблематики здоровья.....	6
1.2. Цели и задачи психологии здоровья, основные направления исследования.....	21
Глава 2. Здоровье человека как предмет исследования.....	26
2.1. Определение понятия «здоровье».....	26
2.2. Внутренняя картина здоровья.....	41
Глава 3. Болезнь. Её значение, проблема интерпретации.....	57
3.1. Определение понятия «болезнь».....	57
3.2. Субъективная сторона заболевания или внутренняя картина болезни.....	73
Заключение.....	98
Глоссарий.....	100
Список литературы.....	111
Тестовое задание для самостоятельной проверки знаний.....	117

Учебное издание

**Оксана Евгеньевна Ельникова,**

**Вера Сергеевна Меренкова**

# **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

*Технический редактор – О.А. Ядыкина  
Техническое исполнение – В. М. Гришин  
Книга печатается в авторской редакции*

Лицензия на издательскую деятельность  
ИД № 06146. Дата выдачи 26.10.01.  
Формат 60 x 84 /16. Гарнитура Times. Печать трафаретная.  
Печ.л. 7,6 Уч.-изд.л. 7,1  
Тираж 300 экз. (1-й завод 1-30 экз.). Заказ 134

Отпечатано с готового оригинал-макета на участке оперативной полиграфии  
Елецкого государственного университета им. И. А. Бунина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина»  
399770, г. Елец, ул. Коммунаров, 28,1