

Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья



English version: [Tsvetkova I.V. The problem of studying the inner picture of health](#)

Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Обсуждаются концепции внутренней картины болезни, анализируются ее структура и происхождение. Особое внимание уделяется рассмотрению роли социальных стереотипов в формировании внутренней картины здоровья – как в варианте нормы, так и при патологическом развитии.

Ключевые слова: психология здоровья, психология телесности, внутренняя картина здоровья, представления о здоровье, культурные стереотипы, культурная патология

Значимость изучения проблемы здоровья настоятельно требует более глубокого, концептуального, психологического изучения. Классическое определение Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [Устав ... , 2006, с. 1]. Данная дефиниция недостаточно функциональна для использования в психологических исследованиях, так как в этом случае пришлось бы признать, что здоровье человека является, в сущности, совокупностью всех недостижимых в реальности совершенств, подобно определению Бога в некоторых религиозных системах.

Стоит отметить, что область психологического знания, связанная с изучением психосоматических явлений, в том числе феномена здоровья, развивается иначе, чем другие отрасли психологии [Николаева, Арина, 1996]. Исторически первыми исследуются патологические феномены, разного рода психосоматические симптомы. В то время как в других областях психологии первоначально создается модель нормального развития, и лишь затем патологического. Таким образом, на данный момент в психосоматике и психологии телесности преобладают знания о дисгармоничных, искаженных вариантах развития психосоматического феномена, а область науки, посвященная явлениям нормального развития, носит фрагментарный характер.

Это связано со спецификой рефлексии телесных феноменов в норме, на базе которых могут строиться психологические модели телесности, образа тела, феномен здоровья для субъекта. В повседневной жизни здоровый человек часто не фиксирует свое внимание на собственной телесности. Тело напоминает о себе в кризисных ситуациях, например при болезни, стрессе, чрезмерной физической нагрузке. Различного рода телесные практики встречаются в области искусства, например танца, в области религиозных переживаний, спорта. Сексуальность человека также служит одним из источников рефлексии телесного опыта.

Взросшее число запросов практики также подчеркивает необходимость исследований психосоматических феноменов в норме. Актуальность этой проблемы обуславливается ростом числа психосоматических заболеваний, неврозов, а также с расширением альтернативной

медицины. Кризис современной лечебной практики, неспособной объяснить широкий спектр патологии органическими нарушениями органов и систем, провоцирует интерес среди популяции к использованию альтернативных способов лечения [Astin, 1998; Bausell, Berman, 2002; Verhoef, Best, 2004].

Опыт специалистов в области психосоматики и психологии телесности указывает на то, что манипуляции с телом могут рассматриваться субъектом в качестве средства воздействия на его психику. Например, изменение психологического самоощущения индивида в результате переживания телесной боли, трансформированное отношение к телу в результате различного рода психологического неблагополучия [Дорожевец, Соколова, 1991].

Подобный ракурс рассмотрения телесного и психического возможен не только при грубых нарушениях, таких как при транссексуализме, при нервной анорексии, булимии и т.д., но и при рассмотрении доклинических, то есть не связанных с психиатрией, форм расстройств.

Эта проблема особенно актуальна в век таких современных технологий, как коррекция внешности и тела с помощью фитнес-индустрии, косметологи и пластической хирургии. Потребители этих областей сферы услуг стремятся преобразить и исправить внешность целиком или отдельные, не удовлетворяющие их идеалам и социокультурным стереотипам, части тела, например прибегают к коррекции объемов губ, груди, формированию гипертрофии мышечной массы и т.д.

Можно предположить, что данная проблема тесно связана с влиянием социокультурных стереотипов на самооценку индивида [Соколова, 1989] путем создания таких идеалов и норм красивого и здорового тела, недостижимых с помощью естественных методов, а требующих вмешательства специалистов.

Также актуальность изучения влияния социокультурных стереотипов на психосоматическое единство, чем является человеческое тело, связано с возрастающей популярностью парамедицины. Приверженцы парамедицины, пропагандируемой средствами массовой информации, пытаются воздействовать на свое «внутреннее тело», например, проводя различные очищающие процедуры; предполагают, что подобные ритуалы служат гармонизации психического состояния, являются средством борьбы с тревогой.

В обоих случаях, как в отношении к внешнему, так и внутреннему телу, ярко выражен элемент аутодеструктивного поведения субъекта в отношении собственного тела.

Концепция здоровья задает модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья. Что и определяет значимость изучения субъективных представлений о здоровье индивида и выявления степени влияния социокультурных норм, ценностей и идеалов. Степень осознанности в отношении к собственному здоровью напрямую зависит от социокультурного контекста. Различаются критерии и нормы здоровья при смене исторических эпох. Примером может служить античная эпоха, когда требование гармоничного развития человека распространялось и на совершенство его телесного облика. Современное общество также накладывает свой отпечаток на отношение к здоровью и приемлемым способам его поддержания, а также детерминирует нормы красоты и здоровья.

Практическая значимость изучения субъективных представлений о здоровье связана с пониманием того, что сохранение и преувеличение здоровья индивида и нации в целом не может быть обеспечено только с помощью медицины, без развитых социальных и индивидуальных представлений об адекватном поведении, связанном со здоровьем. Постоянное ухудшение экологических условий, рост психологической нагрузки и стрессов в современном обществе обязывает к более глубокому изучению психологического аспекта феномена здоровья.

Проблема, стоящая перед исследователями, заключается в необходимости разработки адекватного

теоретического аппарата для целостного изучения феномена здоровья. В данный момент доминируют научные знания, посвященные проблеме дисгармоничного, отклоняющегося развития человека, а феномен здоровья как бы выпущен из фокуса внимания. В другом же случае существует достаточно большое количество теоретических моделей, основывающихся на анализе и доминировании лишь одного элемента психологического содержания здоровья, например самоэффективности, самооценки и т.д.

Важной задачей является обоснование приоритета личностных процессов в проблеме здоровья. Это влечет за собой необходимость исследования не столько достижения социального и физического благополучия, сколько рефлексии мотивационно-личностных процессов и сферы переживания субъектом себя в качестве здоровой личности.

Изучение проблемы здоровья: основные теоретические концепции

Психология здоровья – область психологического знания, посвященная проблеме сохранения здоровья, проведения профилактических программ и организации превентивных мер в отношении различных заболеваний. Психология здоровья изучает биологические, социальные, когнитивные, аффективные основания здоровья и болезни, а также государственную политику в отношении здоровья и системы здравоохранения [Belar et al., 2003]. Это широкое поле для исследования поведенческих факторов риска развития болезней, способа реагирования на болезнь, влияния социальной поддержки и культурного влияния на здоровье. В компетенцию психологов входит разработка превентивных программ, участие в программах по продвижению идеи здоровья и здорового образа жизни, а также формирование рекомендаций по социально-психологической реабилитации больных [Бовина, 2008].

Большое количество психологических факторов опосредует поведение человека в отношении собственного здоровья. С учетом этих факторов строятся различные психологические модели в психологии здоровья. Ниже остановимся на более подробном рассмотрении некоторых из них.

Концепция самоэффективности

Согласно А.Бандуре [Bandura, 1997] в рамках теории социального научения концепция самоэффективности играет определяющую роль в поведении индивида, так как детерминирует как начало деятельности, так и ее протекание. Под самоэффективностью следует понимать убежденность в эффективности собственных действий, в результате которых ожидается успех. Согласно этой теории люди избегают тех видов активности, где они оценивают свои ресурсы как недостаточные для достижения поставленной цели. И, наоборот, с большей вероятностью включаются в деятельность, по их убеждению, потенциально успешную и соответствующую их способностям и возможностям. Самоэффективность детерминирует количество затраченных усилий для достижения желаемой цели, а также настойчивость при встрече с трудностями и преградами. Самоэффективность является специфичной для разных видов деятельности, но восприятие собственной эффективности может расширяться на другие, незнакомые области жизнедеятельности.

Основной мишенью психотерапевтических интервенций является повышение убежденности индивида в самоэффективности в области заботы о своем здоровье. Это наиболее актуально для ряда хронических заболеваний, например сахарного диабета, при котором грамотный контроль своего состояния позволяет пациентам жить полноценной жизнью.

В рамках рассмотрения проблемы зависимостей самоэффективность рассматривается как

предиктор отдаленных реакций на лечение широкого спектра заболеваний, включая курение и алкоголизм [Condiotte, Lichtenstein, 1981; Kavanagh et al., 1996].

Исследования показывают, что люди с ожирением достигают лучших результатов, если имеют высокие показатели самооффективности, а также менее склонны возвращаться к имевшей место в прошлом нездоровой диете [Bagozzi, Edwards, 1998; Gollwitzer, Oettingen, 1998; Schwarzer, Renner, 2000].

К ограничениям модели можно отнести преимущественную ориентацию на описание лишь отдельного элемента поведения человека в отношении собственного здоровья, без учета эмоционально-личностных аспектов деятельности. Высокий разброс способов операционализации понятия самооффективности затрудняет сопоставление данных, полученных в ходе исследования этой проблемы разными авторами. Еще одним ограничением данной концепции является преимущественная верификация в условиях лабораторного эксперимента. Что затрудняет перенос полученных результатов в область практического применения.

Локус контроля и здоровье

Понятие локуса контроля – одна из популярных концепций, используемых для объяснения поведения людей в отношении своего здоровья. Данный термин обозначает представления индивида относительно детерминант его поведения [Rotter, 1966]. Основываясь на предыдущем опыте, человек предполагает, что исход конкретной ситуации зависит либо от внешних факторов (судьбы, случая), либо от внутренних, например, его черт характера или поведения. Бандура, разграничивающий понятия локуса контроля и самооффективности, утверждает, что локус контроля является общим представлением об образе Я, в то время как понятие самооффективности касается лишь конкретной ситуации и убежденности человека в собственной эффективности в данных условиях. Таким образом, локус контроля определяет поведение человека в новой, неожиданной для него ситуации.

Применительно к проблеме изучения психологии здоровья был предложен термин «локус контроля здоровья» [Wallston et al., 1976] и разработана специальная процедура для оценки степени убежденности индивида, какие факторы ответственны за его здоровье – внешние или внутренние.

Локус контроля здоровья позволяет предсказать поведение субъекта в отношении собственного здоровья, например, интернальный локус контроля положительно коррелирует с регулярностью физических нагрузок [Norman et al., 1997], здоровым питанием [Steptoe, Wardle, 2001] и превентивными мерами в отношении СПИДа. В случае актуализации представлений, характерных для внутреннего локуса контроля, например веры в удачу, судьбу, принято связывать с низкой вовлеченностью в профилактические мероприятия и депрессивным состоянием перед лицом хронического заболевания.

В рамках данной концепции не учитывается многогранность организации и регуляции поведения человека с преимущественной опорой на рациональность субъекта. Игнорирование мотивационных и эмоциональных процессов приводит к тому, что ошибки при оценке риска событий для здоровья объясняются несовершенством процесса переработки информации.

Теория причинного действия и теория запланированного поведения

Теория причинного действия [Ajzen, Fishbein, 1980] была разработана с целью изучения лежащих в основе поведения психологических процессов, а именно аттитудов индивида. Субъект рассматривается как рациональный в своих суждениях и использующий всю доступную

информацию в ходе принятия решения относительно своего поведения. Предполагается, что индивид предвосхищает последствия своих действий до того, как включается в какую-либо активность. Установка в рамках этой концепции является определяющим фактором в предсказании поведения человека – чем сильнее интенция в отношении какого-либо поведения, тем, как предполагается, успешнее будет результат этой деятельности.

Айзен и Фишбейн [Ajzen, Fishbein, 1980] предложили разделить интенции поведения на две группы:

1. Аттитюд – это положительная или отрицательная установка в отношении успешности выполнения определенного поведения.
2. Субъективные нормы – это воспринимаемое социальное давление, представления о том, одобряют или нет значимые близкие поведение человека.

Понимание некоторых ограничений теории причинного действия [Godin, Kok, 1996] привели к ее модификации в виде теории запланированного поведения [Ajzen, 1991]. Главное ограничение теории причинного действия вызвано переживанием низкого уровня контроля в отношении собственного поведения и установок. Контроль включает как внутренние (например, способности, возможности, эмоциональные состояния и т.д.), так и внешние факторы (например, обстоятельства). В связи с чем был добавлен еще один объяснительный элемент – воспринимаемый поведенческий контроль, описывающий степень убежденности индивида в том, насколько легко может быть осуществлено поведение.

Эти концепции используются для предсказания и понимания интенции, поведения и его эффективности в отношении здоровья, включая похудение, алкоголизм, курение, физическую активность и т.д.

Основным ограничением этих двух теорий является положение об исключительной рациональности индивида, а также о волевом контроле над собственным поведением. Интерференция других факторов, помимо интенции, затрудняет предвосхищение поведения по сравнению с достаточно высокой вероятностью предсказания самой интенции.

Модель убеждений о здоровье

С целью исследования психологических оснований игнорирования превентивных мер, например профилактических осмотров, Розенстоком и соавторами [Rosenstock, 1974] была разработана модель убеждений о здоровье, которая на данный момент является наиболее распространенной в сфере психологии здоровья [Glanz et al., 2002].

Модель убеждений о здоровье акцентирована на двух аспектах индивидуальных представлений о здоровье и здоровьесберегающем поведении – восприятии угрозы и оценке поведения. Восприятие угрозы включает два основных убеждения: 1) представление о восприимчивости к болезни; 2) ожидаемая тяжесть болезни. Оценка поведения также содержит два различных блока убеждений – представление об эффективности рекомендуемых мер для борьбы с болезнью и оценка требуемых усилий для осуществления этого поведения. Для реализации здоровьесберегающего поведения необходимы запускающие механизмы, в качестве которых могут выступать как внутренние условия, например внутренние симптомы, так и внешние – обучающие программы в отношении здоровья и влияния окружения, летальный исход в схожей ситуации болезни.

Позднее модель была дополнена с помощью понятия общей мотивации здоровья или обеспокоенности в отношении здоровья [Becker et al., 1977]. Таким образом, в модели представлений о здоровье не уточняется структурная связь всех шести компонентов (тяжесть заболевания, предполагаемая успешность лечения, мотивация здоровья, барьеры на пути к успешному выздоровлению, эффективность лечения и триггерные механизмы), а рассматривается совокупность факторов, на основе которой можно предсказать поведение индивида в отношении его

здоровья.

Модель убеждений о здоровье применялась для прогнозирования различного рода поведения, связанного со здоровьем, и широкого круга испытуемых [Ayers et al., 2007]. Наиболее часто выделяют следующие области исследовательского интереса.

1. Поведение, направленное на предупреждение заболеваний: а) формирование привычек здорового образа жизни, например соблюдение сбалансированной диеты и графика регулярных тренировок; б) борьба с рискованным поведением, например табакокурением, или пропаганда вакцинации и контрацепции.
2. Формирование адекватных установок и привычек в условиях заболевания, например соблюдение медицинского режима.
3. Широкое применение в клинической практике, например профилактические медицинские осмотры с целью первичной диагностики.

Недостаточная объяснительная способность модели убеждений о здоровье привела к росту дополнений теоретической модели. Например, Кинг [Ayers et al., 2007] в рамках своего исследования гипертонии дополнила модель убеждений о здоровье элементами атрибутивной теории, обратив внимание на то, как субъекты объясняют причину повышенного кровяного давления. Розенсток, Стречер и Векер [Rosenstock et al., 1988] предположили, что понятие самоэффективности дополнит модель убеждений о здоровье в качестве значимого предиктора здоровьесберегающего поведения, что было подтверждено последующими исследованиями [Hay et al., 2003]. Однако подобная модификация не привела к переосмыслению изначальной теории, наоборот, было показано, что конструкты модели убеждений о здоровье имеют косвенное влияние на поведение субъекта, так как они определяют в большей степени переживание контроля ситуации и интенцию к активности, что и принято рассматривать как более существенные детерминанты поведения.

Модель убеждений о здоровье являлась теоретической основой для исследования когнитивных предпосылок широкого круга поведения в течение более тридцати лет. Однако в рамках объяснительной модели недостаточно внимания уделено причинным отношениям между поведением и когнитивными конструктами. Не отражены также вопросы влияния социоэкономических факторов и культурных особенностей, характерных для различных представителей популяции.

Модель саморегуляции Левентала

Согласно теории здравого смысла предполагается, что субъект осуществляет самостоятельную деятельность по формированию ментальных представлений о своей болезни, основываясь на различного рода информации – полученной из собственного опыта или из значимых источников, с целью осмысления болезни и выработки стратегий совладания. Интерпретация этой информации – первый шаг на пути поиска помощи со стороны индивида, выбора адекватного копинг-поведения.

Представления о болезни формируются на основе трех источников информации [Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 1984]. Первый из них представляет собой всю совокупность информации уже ассимилированной в ходе социального взаимодействия и культурных представлений о болезни. Второй источник – это значимые близкие и авторитетные фигуры, например представители медицины. Последний ресурс для получения информации – это индивидуальные представления о болезни, основанные на личном опыте перенесенных заболеваний, включающие положительный опыт преодоления болезни. Имеют значение также такие факторы, как личностные особенности человека и социокультурные особенности [Diefenbach, Leventhal, 1996].

Ассимилированная информация из всех трех источников опосредует осмысление болезни и формирование репрезентаций о состоянии индивида. Согласно Левенталю, этот процесс носит симметричный характер, когда согласуется информация практического и абстрактного уровней. Например, переживание соматического симптома может приводить к поиску в индивидуальном опыте информации, связанной с возможным заболеванием.

Содержание представлений о болезни можно представить в виде следующих аспектов.

1. Идентичность – категоризация непривычных ощущений или симптомов в соответствии с представлением о болезни. Субъект, обнаружив субъективно незнакомые ощущения в теле, пытается «назвать» это состояние, приписав его симптому болезни.
2. Причина – индивидуальные представления индивида относительно причин или условий, вызывающих ту или иную болезнь. Были выделены следующие подтипы: а) биологические, когда причины болезни приписываются нарушениям в функционировании иммунной системы, поломкам на генетическом уровне или действию вирусов [Heijmans, 1998]; б) эмоциональные причины, в качестве которых можно выделить негативное влияние стресса и депрессии [Moss-Morris et al., 1996]; в) загрязнение окружающей среды отходами производства [Heijmans, 1998; Heijmans, De Ridder, 1998]; г) психологические причины в виде переутомления, доминирующих установок и других особенностей личности [Moss-Morris et al., 2002].
3. Тяжесть последствий болезни – субъективные представления о возможных последствиях в результате перенесенной болезни и влияния на физическое самочувствие и социальный статус в будущем.
4. Временные ограничения – представления индивида о сроках и типе течения болезненного состояния – хроническом, остром или рецидивирующем. Данное убеждение корректируется со временем и переоценивается в процессе переживания болезненного состояния.
5. Контроль и методы лечения – представления субъекта о возможности излечения болезни и степени доступного контроля над течением и исходом болезни. Этот пункт тесно пересекается с рассмотренными выше понятиями о самоэффективности и локусе контроля.

Левенталь и соавторы предполагали, что для людей в большинстве случаев характерно одновременное формирование когнитивных и эмоциональных представлений о болезни. В связи с чем представления о болезни включают не только когнитивные аспекты, рассмотренные ранее, но и эмоциональные представления, оказывающие значительное влияние на эмоциональное состояние в целом [Moss-Morris et al., 2002].

В рамках модели здравого смысла исследовались связи между описанными аспектами болезни и поведением человека с целью адаптации к болезни в виде копинг-стратегий. Предполагается, что представления о болезни выступают в качестве фильтра и основы для интерпретации доступных источников информации о болезни и определяют реакцию на субъективное восприятие опасности болезни. В ряде исследований [Moss-Morris et al., 1996; Kemp et al., 1999] было установлено, что переживание субъектом своей болезни как процесса контролируемого связано с активными проблемно-ориентированными стратегиями совладания. И, наоборот, чувство отсутствия контроля, представления о хроническом протекании болезни с большим количеством симптомов преимущественно коррелирует с избеганием и отрицанием проблемной ситуации.

Внутренняя картина болезни

Под внутренней картиной болезни принято понимать совокупность субъективных представлений

человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения. Впервые в отечественной науке термин был введен А.Р.Лурией (1944), развивавшим идеи А.Гольдштейна (1926) об «аутопластической картине заболевания», то есть субъективной составляющей общей картины соматического заболевания. В ситуации болезни, помимо обнаруживающих себя объективных проявлений болезней, например дискомфорта, боли, ограничения повседневной активности, в психической сфере формируется представление о болезни, сопровождающиеся эмоциональными изменениями.

Изучение субъективной стороны заболевания представлено в работах многих авторов, в рамках которых было предложено множество терминов – «отношение к болезни» [Рохлин, 1972], «соматонозогнозия» [Квасенко, Зубарев, 1980] и многие другие. Однако метаанализ вышеперечисленных концепций позволяет установить, что каждое понятие описывает и объясняет лишь один аспект такого сложного явления, как субъективная реакция на болезнь [Николаева, 1987]. С целью более полного отражения этого феномена было предложено понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ).

Внутренняя картина болезни является результатом активности субъекта в ситуации болезни и имеет специфические особенности, обусловленные как содержанием болезни, так и личностными чертами индивида. Несмотря на то что внутренняя картина болезни является средством адаптации человека к изменившейся ситуации существования, в ряде случаев может утяжелять течение болезни и препятствовать проводимому лечению.

Существует множество вариантов при рассмотрении структуры внутренней картины болезни. В.В.Николаевой [Николаева, 1987] предложена концепция внутренней картины болезни, в которой выделяются следующие уровни.

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни – совокупность всех телесных феноменов и симптомов, связанных с переживаемой болезнью.
2. Эмоциональный уровень отражает специфику реагирования субъекта на его заболевание, ограничения и условия развития, а также аффективное предвосхищение возможных последствий.
3. Интеллектуальный уровень – это объективные знания и представления человека о своем заболевании, его течении, причинах и последствиях.
4. Мотивационный уровень ВКБ представляет собой реорганизацию мотивационно-потребностной сферы индивида в новых условиях его функционирования, что влечет за собой изменение образа жизни и актуализацию здоровьесберегающего поведения.

Выделение уровней предполагает разграничение и классификацию феноменов, характерных для формирования внутренней картины болезни. Важно учитывать, что ВКБ является целостной структурой, в рамках которой все элементы связаны и оказывают влияние друг на друга.

Иной вариант уровней организации предложен Г.А.Ариной и А.Ш.Тхостовым, который представляет ВКБ в виде сложного многоуровневого образования, включающего в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл [Тхостов, Арина, 1990; Тхостов, 2002]. Отдельно обсуждается вопрос генеза внутренней картины болезни, который носит симметричный характер – и от чувственной ткани через означение к личностному смыслу, и в обратном порядке.

В случае порождения субъективной картины болезни на основе соматических ощущений происходит первичная категоризация малодифференцированных телесных симптомов. Затем путем первичного означения ощущения становятся конкретными, локализованными, определяется

модальность, а также вербализуются в усвоенной культурной традиции. Несколько более сложен процесс формирования интрацептивных ощущений. Согласно Г.Е.Рупчеву, внутренние телесные симптомы представляют собой метафору экстрацептивных образов и имеют схожую с ними структуру [Рупчев, 2001]. Возможность дифференциации образов чувственной ткани возрастает с приобретением опыта болезни и усвоения все большего количества социокультурных эталонов для соотнесения с экстра- и интрацептивными ощущениями.

Иной путь формирования чувственной ткани возможен благодаря уже имеющемуся значению. Подобное легко иллюстрировать на примере заболеваний, долгое время протекающих бессимптомно и обнаруженных по воле случая. В результате полученной информации об имеющемся заболевании пациент начинает испытывать физический дискомфорт, локализованный в соответствии с объективными данными.

Вторичное значение – это процесс построения концепции болезни, когда телесные ощущения перестают существовать сами по себе, а являются «доказательством» болезни. Этот процесс в большей мере обусловлен социокультурным контекстом, в котором человек формирует представление о собственном состоянии; это представление может приобретать парамедицинский или даже мистический характер (порча, сглаз и т.п.).

Личностный смысл болезни отражает мотивы, порождаемые жизненными отношениями человека [Леонтьев, 1975]. Ситуация болезни в преобладающем числе случаев воспринимается субъектом в качестве преграды, ограничения функционирования и развития, а порой и угрозы жизни. Преградный личностный смысл болезни актуализирует психологические защиты субъекта, что затрудняет комплаентность пациентов и блокирует возможность успешности лечения.

Таким образом, личностный смысл болезни может различаться, будучи опосредованным различным социокультурным контекстом; его регулирующие и смыслообразующие функции требуют пристального внимания с целью коррекции неадаптивных форм поведения.

Учет особенностей внутренней картины болезни в клинической практике позволяет реализовать холистический подход к изучению человека и является актуальным в ситуации кризиса современной медицины, проявляющейся в увеличении популярности парамедицины и альтернативных способов лечения.

Внутренняя картина здоровья

Внутреннюю картину здоровья неверно рассматривать лишь как нечто обратное внутренней картине болезни. Внутренняя картина здоровья – это самостоятельный продукт познавательной и личностной активности субъекта, которую можно определить как совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов. Наоборот, рассмотрение внутренней картины болезни следует вести в рамках модификации внутренней картины здоровья, но в условиях болезни [Каган, 1993]. В этом контексте важно изучение субъективных представлений человека о своем здоровье, усвоенных им норм и ценностей, критериев самооценки физического и психического благополучия. Для вышеперечисленных задач наиболее подходящей является концепция внутренней картины здоровья, так как позволяет учитывать взаимосвязь аффективных процессов, когнитивных представлений и мотивационных особенностей субъекта, опосредующую поведение человека относительно собственного здоровья.

Здоровье, представляющее собой ценность и на общегосударственном уровне, и на уровне индивида, объективируется телесностью человека. «Одной из базовых составляющих аксиологии здоровья выступает аксиология человеческой телесности, поскольку именно тело человека, его состояние и

степень развития, характер его функционирования и динамика изменений, его сопряженность или же разбалансированность с социальным бытием субъекта являются важным индикатором здоровья» [Быховская, 2007, с. 54].

Телесность индивида, в свою очередь, формируется и трансформируется аналогично другим высшим психическим функциям – прижизненно, в ходе социального взаимодействия, в первую очередь с близким взрослым. Ребенок постепенно путем интериоризации усваивает социально приемлемые способы контроля и регуляции собственных телесных проявлений.

Далее ребенок включается в более широкий социальный контекст, где социумом задаются представления об идеалах внешности, эталоны здоровья. Современные технологии предлагают различные формы контроля над своим самочувствием, биотехнологии определяют индивидуальное самочувствие индивида [Тищенко, 2001]. Поэтому необходимым условием адекватного рассмотрения феномена внутренней картины здоровья является изучение влияния социокультурных норм и стереотипов на субъективные представления человека о собственном здоровье.

Основной функцией внутренней картины здоровья является регуляция деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни. Следует отметить, что для осуществления регулирующей функции внутренняя картина здоровья, подобно внутренней картине болезни, должна носить непротиворечивый характер. Однако этому препятствуют достаточно агрессивные потоки одинаково релевантной информации, обрушивающиеся на индивида со стороны средств массовой информации.

Сознание индивида представляет собой разнородную структуру, которая сочетает в себе пласты, имеющие различную знаковую опосредованность. Подобная гетерогенная структура позволяет носителю сознания эффективно адаптироваться к имеющейся реальности и строить непротиворечивую картину мира. Одним из таких пластов является обыденное сознание, которое содержит искажения, логические противоречия и непоследовательности, но обеспечивает эффективную адаптацию человека к реальности [Улыбина, 2001].

В отношении представлений о здоровье существует множество стереотипов и мифов, что ярко проявляется в росте популярности нетрадиционной и альтернативной медицины. Представители этих направлений пропагандируют не только бесполезные, но и порой опасные способы лечения и оздоровления.

Выделяют следующие мифы, отражающие индивидуальные представления и социокультурные стереотипы о здоровье и болезни [Нелюбина, 2009]: 1) органические мифы, в которых преобладает сравнение тела человека с механизмом, причины болезни воспринимаются как поломка, сбой нормального способа функционирования. Такое представление о теле как о машине, механизме влечет за собой дальнейшее расщепление в сознании индивида телесного и психического, что служит источником развития конверсионных и диссоциативных расстройств; 2) психологические мифы в основном связаны с житейским пониманием стресса и его разрушительного действия на организм. В рамках данного мифа со страниц журналов, посвященных здоровью, звучат призывы избегать негативных эмоций. Следует отметить, что полнейшее избегание стрессовых ситуаций, к которым в академической психологии относят не только отрицательные, но и сильные положительные переживания, невозможно. Поэтому данный совет ставит человека перед неразрешимой задачей, что может снижать и без того неустойчивую самооценку пользователя подобных изданий; 3) в рамках сакральных мифов причины болезни видятся в таких понятиях, как рок, порча, сглаз, карма, нарушение биологического поля и т.д. В данном случае лечению подвержено не само тело, организм, а его фантом, что опять же ведет к расщеплению физических и психических явлений в сознании индивида.

Заключение

Внутренняя картина здоровья задает модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья и перспектив его развития. Современное общество жестко диктует стандарты и нормы личностного отношения к здоровью и приемлемые способы его поддержания, а также идеалы красоты и успешности.

Вследствие несоответствия индивидуальному многообразию конституциональной и психологической организации субъекта современные социальные ценностные стандарты и стереотипы, активно навязываемые СМИ, зачастую детерминируют ригидное, стрессогенное, дисгармонизирующее поведение индивида [Цветкова, 2010]. Данный феномен служит примером «обратной стороны социализации», в результате которой натуральные психические функции не только приобретают свойства высших психических функций, но также претерпевают патологические изменения в ходе своего развития [Тхостов, Сурнов, 2005]. Подобные виды телесной патологии сопровождаются переживаниями дисгармоничности собственной личности, несоответствия общепринятым стандартам, формированием зависимости от предлагаемых индустрией здорового образа жизни (и глянцевыми журналами) средств удовлетворения потребностных состояний.

Ярким примером подобного современного культурного стереотипа является «социальная ипохондрическая практика» – включающая в себя всевозможные профилактические и оздоровительные процедуры и направленная на сохранение здоровья организованная деятельность, которая может инициироваться и в отсутствие проблем со здоровьем [Тхостов, 2005].

Экспансивное продвижение социокультурных стереотипов, связанных со здоровьем, посредством современных телекоммуникационных технологий оказывает значительное влияние на построение картины мира в целом и на субъективные представления и переживания человека о своем здоровье.

Требуется расширение теоретических представлений и модернизация психологического мониторинга процесса интеграции новейших технологий в жизнь личности с целью формирования представлений человека о том, к каким конкретным целям следует стремиться в процессе деятельности по совершенствованию здоровья, чтобы избежать ловушек агрессивного, манипулятивного внешнего управления этим интимным личностным процессом, чтобы сохранить и развить в себе способность к личному усилию, личной компетентности и личной ответственности [Сурнов, Цветкова, 2010].

Практическая значимость изучения субъективных представлений о здоровье связана с пониманием того, что сохранение и приумножение здоровья индивида и нации в целом не может быть обеспечено только с помощью медицины. Необходима специально организованная работа по формированию развитых социальных и индивидуальных представлений о здоровье. В связи с ухудшением экологических условий, ростом психологической нагрузки и стрессов в современном обществе проблема понимания психологического аспекта феномена здоровья становится одной из важнейших.

[Литература](#)

Арина Г.А., Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа // Психология телесности. Между душой и телом / ред.-сост.: В.П.Зинченко, Т.С.Леви. М.: Аст, 2007. С. 222–235.

Бовина И.Б. Социальные представления молодежи о больных СПИДом // Вопросы психологии. 2008. N 5. С. 95–106.

Быховская И.М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении // Психология телесности. Между душой и телом / ред.-сост.: В.П.Зинченко, Т.С.Леви.

М.: Аст, 2007. С. 53–66.

Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления // Телесность человека: междисциплинарные исследования / под ред. В.В.Николаевой, П.Д.Тищенко М.: Изд-во ФО СССР, 1991.

Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. N 1. С. 86–88.

Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Ленинград: Медицина, 1980.

Клиническая психология. Словарь / под ред. Н.Д.Твороговой. М.: Пер Сэ, 2007.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2005.

Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.

Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.

Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Моск. ун-та. Серия 14, Психология. 1996. N 2. С. 8–17.

Орлов А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции // Вопросы психологии. 1991. N 5. С. 129–130.

Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (На модели соматоформных расстройств): дис. ... канд. психол. наук. М., 2001.

Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования ВКБ // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград: Медицина, 1983. С. 38–61.

Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995.

Сурнов К.Г., Цветкова И.В. Психологический мониторинг интеграции современных технологий в жизнь социума как метод формирования оптимальной внутренней картины здоровья // Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития России в условиях преодоления глобального кризиса. Материалы II межрегион. науч.-практ. конф., Москва, 11–13 ноября 2010 г. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2010. Кн. 1. С. 62–64.

Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. М.: ИФРАН, 2001.

Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. С. 32–38.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Тхостов А.Ш. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // Психологический журнал. 2005. N 2. С. 102–107.

Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Современные технологии и новые границы социальных детерминаций нормы и патологии // Психология. Современные направления междисциплинарных исследований. М.: ИПРАН, 2003. С. 66–79.

Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Обратная сторона социализации. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации // Психологический журнал. 2005. Т. 26, N 6. С. 16–24.

Улыбина Е.В. Психология обыденного сознания. М.: Смысл, 2001.

Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. [Электронный ресурс] // ВОЗ: сайт. 2006. URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 27.02.2012).

Фромм Э. [Fromm E.] Иметь или быть? М.: Прогресс, 1990.

Цветкова И.В. Трансформация внутренней картины здоровья под влиянием культурных стереотипов [Электронный ресурс] // Материалы Междунар. молодеж. науч. форума «Ломоносов – 2010» (Москва, 12–15 апреля 2010 г.) / отв. ред. И.А.Алешковский и др. М.: МАКС Пресс, 2010. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational Behaviour and Human Decision Processes. 1991. Vol. 50(2). P. 179–211.

Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

Astin J. A. Why patients use alternative medicine: results of a national study // Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 279. P. 1548–1553.

Ayers S., Baum A., McManus Chr. (Eds.). Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge: University Press, 2007.

Bagozzi R.P., Edwards E.A. Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight // Psychology and Health. 1998. Vol. 13. P. 593–621.

Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997.

Bausell R.B., Berman B.M. Commentary: alternative medicine: is it a reflection of the continued emergence of the biopsychosocial paradigm? // American Journal of Medical Quality. 1998. Vol. 17(1). P. 28–32.

Belar C.D., McIntyre T., Matarazzo J.D. Health psychology // I.B. Weiner (Ed.-In-Chief), D.K. Freedheim (Vol. Ed.). Handbook of psychology. New York: Wiley, 2003. Vol. 1: History of psychology. P. 451–464.

Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. London; New York: Routledge, 2003.

Conditte M.M., Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1981. Vol. 49. P. 648–658.

- Diefenbach M.A., Leventhal H.* The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations // *Journal of Social Distress and the Homeless*. 1996. Vol. 5. P. 11–38.
- Fishbein M.* Behavioral science and public health: a necessary partnership for HIV prevention // *Public Health Reports*. 1996. Vol. 111(1). P. 5–10.
- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M.* Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Wiley, 2002.
- Godin G., Kok G.* The theory of planned // *American Journal of Health Promotion*. 1996. Vol. 11(2). P. 87–98.
- Gollwitzer P. M., Oettingen G.* The emergence and implementation of health goals // *Psychology and Health*. 1998. Vol. 13. P. 687–715.
- Hagger M.S., Orbell S.* A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations // *Psychology and Health*. 2003. Vol. 18(2). P. 141–184.
- Hay J. L., Ford J. S., Klein D.* Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women // *Journal of Behavioral Medicine*. 2003. Vol. 26. P. 553–576.
- Heijmans M.* Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions // *Journal of Psychosomatic Research*. 1998. Vol. 45. P. 39–51.
- Heijmans M., de Ridder D.* Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature // *Journal of Behavioral Medicine*. 1998. Vol. 21. P. 485–503.
- Kavanagh D.J., Sitharthan T., Sayer G.* Prediction of outcomes in correspondence programs for controlled drinking // *Addiction*. 1996. Vol. 91. P. 1539–1545.
- Kavanagh D.J., Sitharthan T., Spilsbury G., Vignaendra S.* An evaluation of brief correspondence programs for problem drinkers // *Behavior Therapy*. 1999. Vol. 30. P. 641–656
- Kemp S., Morley S., Anderson E.* Coping with epilepsy: do illness representations play a role? // *British Journal of Clinical Psychology*. 1999. Vol. 38. P. 43–58.
- Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.* The common-sense model of self-regulation of health and illness // L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behavior*. London; New York: Routledge, 2003. P. 42–65.
- Leventhal H., Leventhal E., Cameron L.D.* Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive approach // A.Baum, T.Revenson, J.Singer (Eds). *Handbook of Health Psychology*. New York: Erlbaum, 2001. P. 19–48.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D.* The common sense representation of illness danger // Rachman S. (Ed.). *Contributions to medical psychology*. New York: Pergamon Press, 1980. Vol. 2. P. 7–30.
- Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J.* Illness representations and coping with health threats // A.Baum, J.Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984. P. 219–252.
- Moss-Morris R., Petrie K., Weinman J.* Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? // *British Journal of Health Psychology*. 1996. Vol. 1. P. 15–25.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health*. 2002. Vol. 17. P. 1–16.

Norman P., Bennett P., Smith C., Murphy S. Health locus of control and leisure-time exercise // *Personality and Individual Differences*. 1997. Vol. 23(5). P. 769–774.

Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. 1974. Vol. 2(4). P. 328–335.

Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // *Health education quarterly*. 1988. Vol. 15(2). P. 175–183.

Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychological Monographs*. 1966. Vol. 80 (Whole N 609).

Schwarzer R., Britta R. Social-cognitive predictors of health // *Health Psychology*. 2000. Vol. 19(5). P. 487–495.

Stephoe A., Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries // *British Journal of Psychology*. 2001. Vol. 92(4). P. 659–672.

Verhoef M.J., Best A. Complementary and alternative medicine // N.Anderson (Ed.). *Encyclopedia of Health and Behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004. P. 209-213.

Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D., Maides S.A. The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976. Vol. 44. P. 580–585.

Поступила в редакцию 22 июня 2011 г. Дата публикации: 29 февраля 2012 г.

Сведения об авторе

Цветкова Ирина Владимировна. Аспирант, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, д. 11, стр. 9, ул. Моховая, 125009 Москва, Россия.
E-mail: [tsvetkovaiv@gmail.com](mailto:tvetkovaiv@gmail.com)

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования, 2012, No. 1(21), 11. <http://psystudy.ru>. 0421200116/0011.

ГОСТ 2008

Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. 2012. № 1(21). С. 11. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421200116/0011.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

