

## Тема № 3: «Внутрішня картина здоров'я».

### План

1. Основні складові частини внутрішньої картини здоров'я та її формування .
2. Психічне здоров'я людини та позитивні емоційні стани.
3. Психічне здоров'я людини й депресивні стани .

### 1. Основні складові частини внутрішньої картини здоров'я та її формування .

Дослідження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) набуло досить значного поширення як у вітчизняній, так і у зарубіжній психології. Нажаль, інакше складається із вивченням суб'єктивного відображення здоров'я. І це при тому, що у сучасній загальноприйнятій концепції здоров'я підкреслюється важливість суб'єктивної оцінки здоров'я. У психології здоров'я першочергове значення для оцінки здоров'я має усвідомлення свого стану, тобто суб'єктивна картина здоров'я. Як зазначає Т.М. Максимова, суб'єктивні оцінки здоров'я можуть розглядатися як один з показників здоров'я населення.

Наприклад, результати дослідження С.Р. Sacks та співавторів показали, що суб'єктивне сприйняття рівня свого здоров'я є набагато кращим предиктором появи та перебігу депресії, ніж об'єктивні показники захворювання.

Дослідження К. Callahan та J. Secrest довели, що сприйняття здоров'я (perception of health) є найрозумнішою мірою успішності психосоціальної реабілітації хворих з кардіоваскулярною хворобою.

Так, Н.С. Wichowski та S.M. Kubsch показали, що існує пряма кореляція між сприйняттям власного здоров'я (self-perception of health) і згодою з лікувальним режимом (комплаєнтністю).

Зазначені поняття – "суб'єктивні оцінки здоров'я", "логічні рівні здоров'я", "усвідомлення стану здоров'я", "сприйняття здоров'я (perception of health)" - узагальнюються більш широким терміном "**внутрішня картина здоров'я**" (ВКЗ).

У 1986 році В.Є. Каган увів даний термін у науковий обіг, а у 1988 році обґрунтував **концепцію внутрішньої картини здоров'я ВКЗ. ВКЗ, за В.Є. Каганом – це цілісне уявлення, "для-себе-знання" про здоров'я; це особистісна установка, що визначає здоровий спосіб життя, терміни звертання по допомогу, адресовані медицині очікування, задоволеність отриманою допомогою, а часто і її ефективність.**

В англійській науковій літературі домінує концепція "сприйняття здоров'я (perception of health)", в рамках якої свої дослідження здійснюють Е. Eurenus зі співавторами, Р. Goodwin зі співавторами, Ч. Peterson, М.Е. De Avila, V.A. Reis.

Різні вчені давали своє визначення ВКЗ. Серед них ми виділимо визначення **В. М. Смірнова та Т. Н. Резнікова**, які описують це поняття як особливе ставлення особистості

до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному намаганні його вдосконалення.

Як указують *Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова*, ВКЗ – це сукупність описів, мисленневих образів, що стосуються сутнісних характеристик людини. Важливо зрозуміти, що ти являєш собою біологічно (конституціонально), психологічно (характерологічно), соціально (особистісно). ВКЗ – це усвідомлення своїх біологічних ресурсів, своїх можливостей, бажань, потреб на різних рівнях, ступенів їхнього задоволення, механізмів захисту, а також своїх здібностей, свого призначення. Усіма своїми характеристиками ВКЗ виступає категорією позапсихічною. Однак опора робиться на самосвідомість людини, інтрапсихічні й особистісні здібності.

**ВКЗ** – це одне з базових понять у психології здоров'я, оскільки являється своєрідним еталоном здоров'я, що має складну структуру. ВКЗ є визначеним психофізичним простором, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні і духовні можливості. Це не тільки знання своїх можливостей, але й уміння користуватись істинними резервами та нерозкритими потенціями.

Дослідження внутрішньої картини здоров'я має велике практичне значення і, як підкреслював В. Є. Каган, без розуміння ВКЗ неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби.

**ВКЗ**, тобто аутопластична картина, відображає уявлення особистості про здоров'я загалом та про власне здоров'я зокрема.

Г. Мерль розглядає внутрішню картину здоров'я у контексті уявлень про успішне Я, а добре самопочуття ототожнює “з повнотою життя”. *Уявлення про різні сфери життя* – основні положення, взаємодію яких оцінюють з урахуванням ступеня реалізації (полівалентної самооцінки). *Уявлення стосується* індивідуально визначених критеріїв успішності таких аспектів:

- сенсу життя; – статевої ідентичності;
- духовних засад; – оточення; – екологічних умов;
- професійної діяльності;
- дружби;
- сексуальних стосунків;
- інтимності; – партнерських стосунків;
- батьківства; – прабатьківства; – стосунків із зовнішнім світом;
- стосунків із флорою і фауною.

Важливим елементом картини здоров'я є уявлення про успішне Я відносно інших. На фоні цих загальних уявлень виокремлюються уявлення про вдалу Я-автономію як відповідь на поставлені особою самій собі питання, наскільки:

- Я є Я;
- Я – незалежний;
- Я – можу бути сам собою;
- Я – можу відстояти себе.

Формування ВКЗ пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я в самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я. Формування “внутрішньої картини здоров'я” для здорової людини – більш складне

завдання в порівнянні із хворою, яка здатна дати суб'єктивну оцінку змін, що відбуваються, створюючи внутрішню картину хвороби. Формування внутрішньої картини здоров'я припускає:

- усвідомлення й ідентифікацію власного внутрішнього динамічного стану гомеостазу, ототожнення себе з образом здорового цілого;
- усвідомлення ознак будь-якого стійкого порушення гомеостазу, тобто ідентифікація в собі індикаторів предхвороби.

Під час побудови людиною власної моделі **ВКЗ** велике значення має «схема тіла». Здорова модель «схеми тіла» свідчить про відсутність тілесного дискомфорту в якій-небудь частині тіла. Якщо в наявності є карта відчуттів, що відхиляються, то необхідно досліджувати й усвідомити зв'язок тілесних незручностей із психологічними феноменами (емоційними переживаннями, поведінковими реакціями тощо).

У формуванні ВКЗ особливу роль відіграють не тільки соціальні компоненти, а й інтелектуальні та вольові. На основі досвіду кожна людина виробляє для себе особливу концепцію здоров'я. Вона включає причини, механізм розвитку, симптоми відхилення, прогноз просування до здоров'я. У відсутності справжнього знання і досвіду може скластися перекручене розуміння здоров'я, що призводить до різноманітних форм невротичного реагування на здоров'я, наприклад, фанатизм стосовно свого здоров'я, створення міфів про природу й лікування захворювань.

У своїй книзі Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова виділяють як мінімум сім міфів, якими оперують сучасні люди [12, 28]:

1. **Біоенергетичний**: усі мої хвороби від того, що хтось «вампіризує», «висмоктує» життєву енергію.

2. **Магічний**: усі мої хвороби від того, що хтось “навів порчу”<sup>1</sup>, “наврочив”.

3. **Сакральний** (християнський): усі мої хвороби за мої гріхи.

4. **Кармічний**: усі мої хвороби за мої гріхи в минулому житті, або “несу карму своєї грішної бабусі”.

5. **Астрологічний**: усі мої хвороби через те, що “так невдало розмістилися зірки наді мною”.

6. **Психоаналітичний**: “усі мої хвороби через невдалі відносини між мною і моїми батьками” (З. Фрейд);

- “усі мої хвороби через родову травму” (О. Ранк),

- “усі мої хвороби через невдале походження “ пренатальних матриць” (С. Гроф);

- “ усі мої хвороби через інграм (записані у несвідомій пам'яті моменти болю і дійсної або удаваної погрози виживанню) (Р. Хаббард);

– усі мої хвороби через погану психічну спадковість (психогенетика – Ч. Тойч).

7. **Соціоцентричний**: усі мої хвороби від того, що я уже виконав свою місію на цій землі. У завдання психології здоров'я входить навчання людини —розшифровці психосоматичного стану, уміння керувати ним у рамках припустимого і корисного. Людині корисно знати свої сильні й слабкі сторони адаптаційно-компенсаторних реакцій, адекватно оцінювати справжній рівень фізичних і психічних можливостей, нарешті – бути господарем долі, перебуваючи у процесі активної життєдіяльності.

Узагальнивши визначення **ВКЗ**, можемо зробити висновок, що **внутрішня картина здоров'я** являє собою сукупність, комбінацію елементів здоров'я й зв'язаних із ними змістовно-психологічних, суб'єктивно-ціннісних методів існування. **Внутрішня картина здоров'я** – це сукупність інтелектуальних описів (уявлень) здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкових реакцій. У цьому визначенні можна побачити всі доданки трьохкомпонентної структури особистості: когнітивний, емоційний і поведінковий, тобто можна побачити елемент цілісності у сприйнятті себе. Розглядаючи **ВКЗ** із психологічних позицій, можна виділити **три її основні грані**:

**1. Когнітивна.** Раціональна сторона **ВКЗ** являє собою сукупність суб'єктивних або міфологічних умовиводів, думок про причини, зміст, можливі прогнози, а також оптимальні способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я. Г.С. Никифоров стверджує, що когнітивний рівень передбачає уявлення про стан здоров'я, що значною мірою залежить від віку людини і рівня її інтелекту. Концепція Р. Бернса розкриває **когнітивний** компонент як знання людини про свої можливості, в тому числі й фізичні. Це і сприйняття людиною свого зовнішнього образу, свого тіла, своїх фізичних якостей (сила, витривалість, спритність тощо). Когнітивний компонент не тільки формує уявлення про самого себе, але й включає ставлення до себе, відображає рівень самоповаги. Розвиток цього компонента значною мірою залежить від соціального оточення, особливостей сприйняття, життєвого досвіду.

**2. Емоційна.** Чуттєва сторона містить у собі переживання здорового самопочуття, пов'язане з комплексом відчуттів, що формують емоційне тло (спокій, радість, умиротворення, воля, легкість, симпатія й ін.). Г.С. Нікіфоров зазначає, що емоційний рівень пов'язаний із різними видами емоційного реагування на здоров'я, що визначається індивідуально-типологічними та індивідуально- психологічними характеристиками людини, а також особливостями її емоційного реагування на різні життєві ситуації. Р.Бернс виділяє **емоційно-оціночний компонент** (самооцінку), яка відображає результати порівняння людини (себе) з іншими людьми. Онтогенез оціночних образів “Я” пов'язаний із формуванням у людини диференційованих узагальнених знань про себе в процесі діяльності й спілкування з оточуючими. Афективна оцінка уявлень про свої можливості може володіти різною інтенсивністю. Конкретні негативні чи позитивні характеристики образу —Я можуть викликати більш чи менш сильні емоції, пов'язані з їх прийняттям або відторгненням.

**3. Поведінкова.** Це сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій здорової людини, обумовлених системою вірувань і спрямованих на досягнення суб'єктивно значимих цілей. За Г.С. Нікіфоровим поведінковий рівень пов'язаний з актуалізацією діяльності людини зі збереження здоров'я. Це найвищий рівень ставлення до здоров'я і вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження і підтримку свого здоров'я. За Р. Бернсом, поведінковий компонент включає в себе конкретні дії, які можуть

викликатися образом —Я і самооцінкою. Це дуже важливий компонент в адаптації людини до оточуючої дійсності.

**Описуючи структуру ВКЗ**, П.І.Сидоров і А.В.Парняков виділяють три її рівні: **відчуттєвий, інтелектуальний та емоційний**, визначаючи її як складову самосвідомості, уявлення про фізичний стан, що супроводжується своєрідним чуттєвим тлом.

**Структура ВКЗ**, за припущеннями М.І.Губанова і Г.І.Царегородцева, є аналогічною структурі ВКХ і включає в себе **сенситивний, раціональний, емоційний і мотиваційний компоненти**. А поняття **ВКЗ і ВКХ** є видовими стосовно родового поняття "внутрішня картина організму", яке у свою чергу є частиною змісту поняття "образ Я" [42].

Г.Т.Красильников, Л.М.Сич та Л.Л.Галіна визначають ВКЗ як динамічну модель, що відображає процес діалогу людини у самосвідомості зі своїм Я та своїм організмом. **У функціональній структурі ВКЗ автори виокремлюють кілька компонентів:**

1. **раціонально-когнітивний** (фіксує особистий досвід хвороби й одужання, а також певні теоретичні уявлення);
2. **емоційно-чуттєвий** компонент (характеризується емоційним реагуванням на прояви здоров'я);
3. **сенсорний** (представлений різними сенсорними сигналами тіла, формуючись на основі "схеми тіла" і доповнюючись аудіальними та візуальними сигналами);
4. **мотиваційний** компонент (відображає потребу бути здоровим, міру відповідальності за своє здоров'я, готовність до діяльності на благо здоров'я).

Немало досліджень присвячено віковим особливостям **ВКЗ**. Відомо, що потреба в здоров'ї в різному віці має однаково велику цінність, але різну за змістом. Досліджуючи **ВКЗ** у соматично хворих дітей, В.Є.Каган дійшов висновку, що її особливе значення у цей віковий період полягає у визначенні великою мірою психосоматичного потенціалу індивіда, з яким пов'язана міра і якість його здоров'я в майбутньому. Формування **ВКЗ** у дітей лише починається, крім того воно опосередковане сімейними і батьківськими ефектами, а також лікарським впливом. Як наголошує автор, частка діалогу **ВКЗ** всередині терапевтично-комунікативної системи "лікар-сім'я-дитина" у лікувальному процесі настільки велика, що ігнорування його обертається лікувальною помилкою, яка має ще й значні негативні психологічні наслідки. За даними В.Є.Кагана, дітям найчастіше притаманні гіпо- і диссоматонозо-гнозії.

Д.М.Ісаєв, аналізуючи особливості **ВКЗ** дітей помітив, що діти в цілому знають про обмежені можливості збереження здоров'я, однак не мають стійких уявлень про ймовірність порушення здоров'я.

Н.Є.Тараненко, досліджуючи переживання дітьми хронічного обструктивного захворювання легень, відзначила такі особливості їхніх уявлень про здоров'я: в цілому діти сприймають його як емоційно комфортний стан ("добре", "радісно"); 12-15-річні в характеристиці здоров'я більше орієнтовані на соціальну активність ("можу ходити в школу"); умовами збереження здоров'я діти називають дотримання режиму, особисту

гігієну, загартовування; підлітки більшою мірою розуміють необхідність особистої активності для підтримки здоров'я.

Припущення про те, що уявлення про здоров'я в дітей виникає, головним чином, під материнським впливом Д.М.Ісаєв вважає невиправданим. На його думку, значним вкладом у формування ВКЗ у дітей є телевізійні передачі.

Т.М.Максимова у своїх дослідженнях суб'єктивної оцінки здоров'я виявила зниження з віком частки осіб з високою та зростання частки осіб з низькою самооцінкою здоров'я. Авторка також зазначає, що в групах осіб, які низько оцінили своє здоров'я, спостерігається вища частота хронічної пато-логії.

За даними відділу здоров'я США та послуг для людей (USDHHS), **90%** відсотків американців у **1990** р. характеризували своє здоров'я від "позитивного" до "відмінного". Але, як зауважує О.В.Корнієнко, не для всіх прошарків населення оцінка здоров'я може бути такою. Говорячи про населення в цілому, можна зазначити, що більшість людей оцінюють своє здоров'я як "задовільне" чи "погане", якщо їм за 45 років або вони є представниками малозабезпечених соціальних класів.

Ряд дослідників вивчають відмінності сприйняття й оцінки здоров'я в залежності від функціональної асиметрії тіла людини. Вивчаючи зв'язок профілю латеральної організації мозку з індивідуальними особливостями психічних процесів і станів, О.Д.Хомська визначає суб'єктивне сприйняття здоров'я як "суб'єктивну оцінку здоров'я (ВКЗ)", але не дає йому означення.

Дослідження О.Д.Хомської та співавторів показали, що студенти з низьким рівнем адаптації виявляють низьку самооцінку здоров'я і самопочуття; характеризуються тенденцією до вищого рівня тривожності; мають різні скарги, що відображають психологічну та емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади. Представники проміжної групи мають досить високу самооцінку здоров'я і самопочуття на тлі численних скарг на психологічну та емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади при переважанні середнього та низького рівня особистісної і реактивної тривожності. Особи із задовільним рівнем адаптації характеризуються високою самооцінкою здоров'я і самопочуття, тенденцією до нижчого рівня тривожності, але висловлюють досить багато скарг, частіше щодо вегетативних розладів. Вченими також встановлено, що особи з лівосторонніми ознаками асиметрії проявляють нижчу самооцінку здоров'я і самопочуття, більшу кількість скарг емоційно- вегетативного типу і вищий рівень реактивної тривожності.

Оригінальне дослідження взаємозв'язку сприйняття здоров'я (perception of health) і функціональної асиметрії людського обличчя провели V.A.Reis, D.W.Zaidel. Вони виявили, що композити правої- правої сторони обличчя жінок сприймаються як більш здорові, ніж композити лівої-лівої сторони, тоді як щодо облич чоловіків таких відмінностей не спостерігається.

Переживання відчуття здоров'я асоціюється не лише із задоволенням від функціонування свого організму, з відсутністю дискомфорту, а й з відповідністю біологічного та психологічного віку людини. У зв'язку з цим Г.С.Абрамова і Ю.А.Юдчиць пишуть, що побутове уявлення людини про вік, про можливості віку – чуттєвості, дії, ставлення до самого себе – є тим конкретним матеріалом, який визначає зміст ВКЗ.

Деякі автори згадують наявну у індивіда афективну модель здоров'я, яка самостійно регулює оптимум життєдіяльності за певних умов.

Існує ще один термін, зміст якого перекликається зі змістом **ВКЗ** – **якість життя** (поряд з цим вживаються терміни "якість здоров'я" або "пов'язана зі здоров'ям якість життя"). **Це інтегральна характеристика фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини**, що ґрунтується на її суб'єктивному відчутті; тобто вона відображає задоволеність людини станом свого організму стосовно умов життя.

Якість життя має велике значення і для визначення рівня здоров'я, і для оцінки результатів лікування та реабілітації хворих, і для передбачення можливого виходу захворювання. Дослідження якості життя у філософії, соціології, психології та медицині набули значного поширення: важливо знати не лише об'єм роботи, який може виконати людина, але й наскільки добре вона себе при цьому почуватиме (якість життя) та скільки може прожити (кількість життя). Зокрема, А.А.Новік зі співавторами зазначає, що повну й об'єктивну характеристику стану здоров'я складають традиційне медичне заключення, зроблене лікарем, і оцінка якості життя, дана самою людиною.

А.В.Штрахова наголошує, що оцінка якості життя (суб'єктивна оцінка здоров'я) відповідає уявленням людини про те, яке місце вона займає у континуумі "здоров'я-хвороба".

За результатами досліджень *Національного інституту раку США (NCI)*, якість життя є другим за значенням критерієм оцінки результатів лікування хворих після такого критерію як виживання.

Є.Ф.Кіра зі співавторами висловлюють думку про те, що використання оцінки якості життя в науковій і практичній роботі є новим кроком в об'єктивізації результатів лікування хворих, що дозволяє в низці випадків переглянути лікувальну тактику, визначити зміни фізичної, соціальної, психологічної, емоційної сфер життя у зв'язку із даним захворюванням, якість роботи даного лікувального закладу. Дослідження якості життя в онкологічних хворих із неоперабельними формами раку призвело до появи поняття "якість умирання", що розглядає шляхи полегшення страждань хворих з позицій психології, етики й фінансових питань.

*Питання про співвідношення ВКЗ і ВКХ поки що залишається відкритим.*

Так, В.М.Смирнов і Т.Н.Резнікова *вважають, що ВКЗ існує поряд із ВКХ як протилежна їй модель*, своєрідний еталон здорової людини, чи здорового органу, чи частини тіла. Цей еталон може бути досить складним і включати різні елементи у вигляді образних уявлень і логічних узагальнень. Ідеал здоров'я також є регулятором поведінки,

але інколи формується і раніше **ВКХ**. Еталон, який людина приймає за норму, на певних життєвих етапах може змінюватися. Насамперед це пов'язано з віковими змінами самопочуття. При неврозах нерідко відбувається свідоме чи несвідоме витіснення ідеалу здоров'я – "занурення у хворобу", яке у певних ситуаціях є адаптивною реакцією. У випадку анозогнозії, навпаки, образ здоров'я стає жорстким стереотипом, а динамічний образ хвороби або не формується, або витісняється, або деструктуризується. На думку авторів, **ВКЗ** включається у **ВКХ** [181].

За концепцією В.Є.Кагана, навпаки, *внутрішня картина хвороби постає як частина внутрішньої картини здоров'я*: індивідуальні варіації зовнішніх і внутрішніх кордонів семіотичного простору **ВКЗ** визначають місце в ньому і переживання людиною свого актуального стану як здоров'я чи хвороби. Іншими словами, внутрішня картина хвороби – це внутрішня картина здоров'я в умовах хвороби [61]. Хвороба ніколи не переживається сама по собі, а завжди у контексті життєвого шляху особистості, тобто у співставленні зі здоров'ям. Людина як суб'єкт здоров'я так чи інакше знає, що таке здоров'я, і порівнює з ним свій актуальний стан.

*Слід зазначити, що гарний загальний стан здоров'я – це завжди гармонійна рівновага фізіологічних, психічних і соціальних аспектів людської індивідуальності. Адже здоров'я означає, власне, цілісність особистості.*

У санскриті, одній із найстарших мов, для позначення здоров'я слугує слово "свастхія". "Сва" значить "власне Я" а "стхія" можна перекласти приблизно як "міцно збитий". Отже, здорова людина, можна сказати, – це людина, —міцно вибудована у власному "Я".

Ставлення до здоров'я може визначатись як віковими характеристиками, так і типом особистості людини, а також ставленням до здоров'я у важливому для людини оточенні – мікросоціальному середовищі, до якого вона належить.

Здоровий організм зрозуміло й чітко може повідомляти про те, що він вважає для себе важливим, необхідним на сьогоднішній момент, який вибір зробити для повного благополуччя. Здатність пізнавати самого себе припускає не стільки відстеження конкретних поверхових проявів людської природи, скільки вловлювання власної глибинної суті.

## **2. Багатовимірна теоретична модель внутрішньої картини здоров'я**

Узагальнюючи існуючі в науковій літературі дані про структуру суб'єктивного відображення здоров'я і хвороби, сучасні українські дослідники ВКЗ доповнили модель В.Є.Кагана і представили власну багатовимірну модель ВКЗ, компоненти якої конкретизуються і доповнюються по мірі усвідомлення людиною свого рівня здоров'я і свого ставлення до здоров'я (*Лісова*).

**По-перше, це сенситивний компонент.** У його основі лежить схема тіла, зокрема психологічний образ тіла, який проявляють себе у відчуттях фізичного комфорту чи



дискомфорт, розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом. Крім того, схема тіла безпосередньо впливає на формування актуального та ресурсного стану людини. Актуальний стан – це той стан, у якому індивід перебуває у конкретний момент чи відрізок часу; він визначає характерні для індивіда поставу, ходу, спосіб дихання, міміку і жести, а також звичну міру фізичної активності. Ресурсний стан – це той оптимум фізичних можливостей, на який здатна людина і який вона може відчувати.

**По-друге, емоційний компонент:** він представляє особливості і звичні способи переживання людиною власних життєвих ситуацій та ситуацій інших людей і те емоційне тло, яке забарвлює її щоденне існування. Переживання життєвих ситуацій може здійснюватися декількома способами, серед яких на передній план виступають асоціація і дисоціація. Асоціація – це інтенсивне, “включене” переживання даної ситуації, коли людина перебуває безпосередньо всередині подій і активно реагує на них. Дисоціація, навпаки, передбачає відсторонену позицію щодо ситуації, неначе погляд на неї очима іншої людини, при цьому інтенсивність переживань знижується. Звичний емоційний настрій великою мірою залежить від субдомінальностей – якісних характеристик внутрішнього світу, дрібних часточок-складових, які використовуються для кодування суб’єктивного досвіду. Зміна субдомінальностей веде до зміни структури досвіду і, разом з тим, до зміни його сенсу і внутрішніх реакцій, аж до реакцій фізіологічного рівня.

**По-третє, когнітивний компонент.** Його складають знання, уявлення, переконання особистості про здоров’я. А.Ж. Christensen зі співавторами, проводячи валідацію опитувальника ірраціональних думок щодо здоров’я, дійшли висновку, що високі когнітивні трансформації у бік ірраціональних думок корелюють із недостатнім досвідом здоров’я і в той же час із низьким рівнем прояву позитивних і високим – негативних емоцій.

На основі попередніх компонентів формується особиста метафора здоров’я. Це вже **четвертий, ціннісно-мотиваційний компонент.** Він являє собою ядро **ВКЗ**. Різні метафори передбачають різні способи мислення і дій (у даному випадку стосовно здоров’я), тому немає правильних чи неправильних метафор – є метафори, які сприяють вибору конструктивної стратегії поведінки чи, навпаки, передбачають дії, спрямовані на зниження рівня здоров’я. За метафорою здоров’я стоїть насамперед ціннісна орієнтація особистості. Переконання і цінності є одним із самих сильних “фільтрів”. Людина може знати, що робити (поведінка) і як робити (здібність), але нічого не робити, тому що це не є для неї цінністю, чи вона переконана, що це нічого не змінить. Якщо здоров’я насправді займає першу позицію у системі цінностей людини, тоді її поведінка ініціюється і спрямовується специфічним мотивом, який ми називаємо волею до здоров’я.

Ціннісно-мотиваційний компонент має надзвичайно важливе значення для формування і реалізації **ВКЗ**. Чітко викристалізоване ядро означає конкретно визначену позицію стосовно здоров’я і наявність сильного вольового потенціалу.

Відсутність мотивації, за словами Г.С. Абрамової та Ю.А. Юдчиць, у тому числі і мотивації до здорового способу життя, є великою трагедією, яка немов би переслідує сучасну людину і руйнує всі її життєві устої.

Вплив ціннісних орієнтацій на здоров'я наочно демонструють дослідження В.І. Чиркова й Е.Л. Дісі, які на російській вибірці підтвердили дані, отримані американськими вченими під час вивчення зв'язку між життєвими прагненнями студентів та рівнем їхнього психічного здоров'я. *Дослідники встановили, що респонденти, орієнтовані на зовнішні цінності* (матеріальний добробут, популярність, фізичну привабливість) всупереч внутрішнім (особистісне зростання, служіння суспільству, здоров'я), мають низькі показники психічного здоров'я, яке оцінювалося за допомогою опитувальників самоактуалізації, самоповаги, депресії, життєвої енергії та задоволеності життям. При цьому зв'язки між психічним здоров'ям і цінностями не залежать від статі, віку, достатку .

Результати опитуванняз метою дослідження цінностей „здорового життя” в структурі мотивації поведінки показують, що **ВКЗ** пересічних громадян властиві суперечності між вербальним визнанням цінності здоров'я та одночасним її ігноруванням при виборі способу діяльності.

Запропоновану О.С. Лісовою модель **ВКЗ** представили сферою з шарами (починаючи із зовнішнього)

*сенситивний компонент*

*емоційний компонент*

*когнітивний компонент*

*ціннісно-мотиваційний компонент*

а також поверхневою структурою шару:

*Суб'єктивний образ фізичного здоров'я*

*Суб'єктивний образ афективного здоров'я*

*Суб'єктивний образ інтелектуального здоров'я*

*Суб'єктивний образ соціального здоров'я*

*Суб'єктивний образ духовного здоров'я*

Здоров'я є природним і звичайним для людини. Ю.Г. Фролова пише, що здоровій людині не властиво звертати увагу на тілесні прояви. Тому **ВКЗ** практично здорової особи, яка не займається активно своїм здоров'ям, може бути не настільки чіткою та емоційно яскравою.

За таких обставин **ВКЗ** може не мати сформованого ядра, тобто ціннісно-мотиваційного компоненту. Коли ж рівень здоров'я різко знижується, і людина хворіє, у структурі **ВКЗ** з'являються нові елементи, за участю яких відображається новий стан організму – хвороба: певна частина **ВКЗ** трансформується у **ВКХ**. Оскільки хвороба як незвичайна реальність стає домінантою, вона породжуватиме яскравіші образи, її внутрішня картина буде чіткішою і глибшою. Поряд з цим, остаточно формуються й активізуються ціннісно-мотиваційне ядро **ВКЗ** та образ ресурсного стану, адже переживання хвороби завжди тісно пов'язане з переживанням здоров'я як цінності.

Можливо припустити, що у процесі вікового розвитку відбувається поступова диференціація компонентів **ВКЗ**: з існуючого у **ВКЗ** дитини сенситивного компоненту у перші місяці життя відділяється емоційно-оціночний, пізніше з формуванням свідомості й накопиченням певного досвіду диференціюється когнітивний компонент, останнім, вже у

відносно зрілому віці, виокремлюється ціннісно-мотиваційний компонент. Тобто формування ВКЗ відбувається шляхом диференціації і поглиблення суб'єктивного сприйняття образу здоров'я і хвороби.

*Розуміння ВКЗ як повністю автономного, незалежно функціонуючого утворення було б хибним. Це складна багаторівнева структура, очевидно, сама є структурним елементом самосвідомості. Вважаємо ВКЗ частиною Я-концепції.*

На нашу О.С. Лісової, **ВКЗ** має також тісний зв'язок з етнічною картиною світу. Останнім часом етнічна картина світу означається і досліджується через поняття цінності й ціннісної орієнтації. Очевидно, **ВКЗ** присутня в етнічній картині світу як загальноприйнята для конкретної групи людей метафора здоров'я.

Дослідження культуральних аспектів сприйняття здоров'я, проведене J.S. Jarallah і S.A. Al-Shammari, показують, що погане сприйняття здоров'я властиве для жінок-жительок Саудівської Аравії, старших 75 років. Це пов'язано з такими чинниками як кількість діагнозів і відвідин лікаря, а також з нездатністю виявляти позицію прохача. У свою чергу, названі чинники впливають із традиційного для цієї країни статусу жінки у суспільстві як об'єкта, особи, яка не має права скаржитися і претендувати.

*Внутрішня картина здоров'я обов'язково є і в хворих осіб: без суб'єктивного відображення здоров'я, вони навряд чи могли б розуміти, що захворіли.*

Д.М. Ісаєв вважає, що без концепції про здоров'я дуже важко створити уявлення про хворобу.

Є.А. Шевальов писав, що у період видужання, особливо після гострих захворювань, наростаність здоров'я відчувається і переживається особливо цікаво.

Як показав аналіз даних дослідження думки пацієнтів про стан свого здоров'я, проведеного І.С. Кіцул, *чим гірша самооцінка стану здоров'я, тим важче респонденти оцінюють свій стан при поступленні до лікарні*. І чим краще респонденти оцінюють свій стан при поступленні, тим сприятливішим є, на їхню думку, вихід лікування. Найбільший відсоток видужання був у групі хворих, котрі оцінили свій стан при поступленні як легкий. Частіше інших погіршення відзначають особи з важким станом при поступленні.

Так R. Goodwin і M. Olfson виявили, що сприйняття свого здоров'я як поганого пов'язано з істотним збільшенням *ризиків самогубства* навіть за відсутності загальних душевних та фізичних розладів [244]. Ch. Peterson, M.E. De Avila у своїй роботі показали, що особи, які схильні більш оптимістично пояснювати проблеми зі здоров'ям (погані події пов'язують з зовнішніми нестійкими і специфічними причинами), мають менше ризиків порушення здоров'я [261].

*Для розвитку здоров'я значення ВКЗ полягає у тому, що вона є потенціалом, який активізує усі сутнісні сили людини для якісних перетворень.*

К. Сельченюк посилається на результати дослідження, які проводилися А.С. Роменом в Алма-Аті у зв'язку із вивченням феномену так званого активного

самонавіювання. У ході даних досліджень виявилось, що відтворюваний в уяві образ здоров'я має надзвичайний оздоровчий потенціал.

У зв'язку із цим наводимо відомий вислів Гете: "В нас розквітає те, що ми підживлюємо".

*С. Hufeland стверджував: "Ніхто не сумнівається, що можна захворіти від уявлення про хворобу. Чому ж не уявити себе здоровим, щоб видужати? Чому не спробувати керувати своїми уявленнями?"*.

*Представимо характеристики позитивної ВКЗ (сформульовані на основі критеріїв міри адекватності/неадекватності ставлення до здоров'я).*

**На сенситивному рівні:** відчуття бадьорості, здатності до активності, енергійність, відсутність відчуття дискомфорту чи болю.

**На емоційному рівні:** насолода здоров'ям і відчуттям наявності енергетичного резерву, оптимальний рівень тривожності за своє здоров'я, адекватна самооцінка здоров'я.

**На когнітивному рівні:** висока міра поінформованості й компетентності у сфері здоров'я, знання критеріїв здоров'я і "здорової поведінки", основних саногенних чинників і чинників ризику, розуміння ролі здоров'я для життя людини.

**На ціннісно-мотиваційному рівні:** пріоритетність здоров'я в індивідуальній системі цінностей, високий рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя, домінування бажання "бути здоровим" (на відміну від "не хворіти"), установка на активне ставлення до здоров'я.

На основі проведеного емпіричного дослідження О.С. Лісова розробила *критерії діагностики внутрішньої картини здоров'я* (Критерії психологічної діагностики і типологія внутрішньої картини здоров'я // Психологічні перспективи: Зб. наукових праць Волинського національного університету ім. Лесі Українки. Вип. 14. – Луцьк, 2009. – С. 15 – 24):

- міра відчуття тілесного комфорту, енергетичного резерву;
- чіткість диференціації своїх почуттів та можливість їх вираження;
- рівень тривожності, пов'язаної зі своїм здоров'ям;
- ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я;
- характер самооцінки здоров'я; місце здоров'я у системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності/доступності;
- рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя;
- міра активності позиції людини щодо власного здоров'я; міра суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного, інтелектуального, соціального, духовного).

**Відповідно до зазначених критеріїв виділено 6 типів ВКЗ:**

- інфантильно-оптимістичний;
- ціннісно-продуктивний (зрілий);
- ціннісно-адаптивний (умовно зрілий);
- інфантильно-песимістичний;
- ціннісно-заперечуючий;
- іпохондрично-сенситивний (див. табл. 1)

Таблиця 1.

## Типи ВКЗ та їх діагностичні критерії

<b>Типи ВКЗ Критерії</b>	Інфантильно - оптимістичний	Ціннісно-продуктивний (зрілий)	Ціннісно-адаптивний (умовно зрілий)	Інфантильно-песимістичний	Ціннісно-заперечуючий	Іпохондрично - сенситивний (перехідний у ВКХ)
Міра відчуття тілесного ком-фарту, енергетичного резерву	Не-диференційовані відчуття	Чітка диференціація ком-фарту-диском-фарту й наявних резервів	Чітка диференціація ком-фарту-диском-фарту й наявних резервів	Як правило, відчуття помірного дискомфорту й дефіциту резерву	Не-диференційовані відчуття	Відчуття вираженого дискомфорту й відсутності резерву
Чіткість диференціації своїх почуттів та здатність до їх ефективного вираження	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів	Чітко усвідомлює свої почуття і вміє їх ефективно виражати	Усвідомлює свої найбільш "безпечні" емоційні переживання і прагне їх виражати	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів	У звичних умовах усвідомлення та адекватне вираження почуттів не доступні	Знижена здатність до диференціації та адекватного вираження почуттів
Рівень тривожності, пов'язаної зі своїм здоров'ям	Низький Переважає ейфорія	Оптимальний, в межах норми	Помірно вищий норми	Високий	Низький Переважає апатія	Високий
Ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я	Не систематизований набір інтроєктованих знань	Високий: системні критично осмислені знання	Достатній: критично осмислені знання	Різностороння, як правило, несистематизована та не осмислена	Низький. В окремих випадках може бути достатньо високий	Різностороння, як правило, несистематизована та не осмислена критично

				критично інформаци		інформація. Нерідко – низький
Характер самооцінки здоров'я	Неадекватно завищена	Адекватна	Адекватна	Неадекватно занижена	Суперечлива	Низька
Місце здоров'я у системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності-доступності	Формально пріоритетне: "мотиваційний вакуум"	Пріоритетне. Гармонійне співвідношення цінності-доступності	Поступається іншим цінностям. Гармонійне співвідношення цінності-доступності	Формально пріоритетне: внутрішній конфлікт у сфері здоров'я	Його цінність заперечується: "мотиваційний вакуум"	Пріоритетне: внутрішній конфлікт у сфері здоров'я
Рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя	Мотивація імпульсивна	Високий	Помірний	Низький	Внутрішня мотивація відсутня	Помірний
Міра активності позиції людини щодо власного здоров'я	Позиція суперечлива	Активна	Пасивна	Пасивна	Апатична	Пасивна
Міра суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного інтелектуального, соціального, духовного)	Демонстративно висока	Рівномірно висока	Нерівномірно висока	Нерівномірно висока	Низька	Нерівномірно низька

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури та емпіричне дослідження дозволили виділити ряд функцій внутрішньої картини здоров'я (Лісова).

Серед функцій, які виконує **ВКЗ** у внутрішньому житті особистості, потрібно насамперед зазначити такі (7 функцій).

- *направляюча* – дана функція задає вектор життєдіяльності людини відповідно до того, які цінності вона сповідує: якщо здоров'я стає для особи справжньою цінністю, то воно перетворюється на рушійну силу, що визначає спрямованість особистості та її основну мотивацію – ствердження у житті, сенсу життя, свободи, насолоди, самоактуалізації; саме такі мотиви, за спостереженнями О.С. Лісової, характерні для психологічно здорової особистості з адаптивною **ВКЗ**; заперечення життя чи однаково байдуже ставлення до життя і смерті не сумісні з високим рівнем духовного здоров'я;

- *регулятивна функція* – реалізується через залучення внутрішніх психофізіологічних ресурсів людини та ініціацію, здійснення і контроль (на основі відповідної мотивації) активності, спрямованої на забезпечення здоров'я; тут важливо, якому прагненню підкоряється людина – "бути здоровою" чи "не хворіти"; для більш зрілої (адаптивної) **ВКЗ** властиве прийняття на себе відповідальності за власне здоров'я і бажання "бути здоровою";

- *когнітивно-структуруюча функція* – **ВКЗ** значною мірою визначає вибірковість сприйняття інформації з оточуючого середовища; у відповідь на потреби, які формують мотиваційний компонент **ВКЗ**, на загальному тлі вимальовується фігура, релевантна задачам індивідуального виживання, відповідно до змістового наповнення **ВКЗ** відбувається компонування і структурування унікального досвіду особистості;

- *прогностична функція* – через **ВКЗ** конструюється і задається часово-просторова перспектива існування особистості;

- *креодизуюча функція* – внутрішня картина здоров'я виступає одним з "каналів" між соматичним і психічним, через який психологічна свобода (чи напруження) реалізуються на соматичному рівні у вигляді тілесної конгруентності й пластичності (чи тілесного розладу) й, навпаки, тілесне знаходить свій вияв на рівні афекту, характеру тощо; Y. Jang зі співавторами на підставі своїх досліджень також вважають що сприйняття здоров'я (perception of health) виконує роль посередника між фізичним і ментальним здоров'ям;

- *саногенна (потенціуюча) функція* – **ВКЗ** являється тим внутрішнім потенціалом людини, який використовується нею для подолання проблем, пов'язаних зі здоров'ям: повністю сформована позитивна (адаптивна) **ВКЗ** сама по собі сприяє підвищенню рівня здоров'я людини; переважання **ВКЗ** над **ВКХ** у хворих оптимізує процес лікування та покращує якість життя пацієнтів; описана функція узгоджується з думкою В.Є. Кагана, котрий писав, що **ВКЗ** являється психосоматичним потенціалом особистості, який великою мірою визначає рівень її здоров'я; подружжя Саймонтонів також вказують на те, що при переважанні у самосвідомості онкохворих образу здоров'я над образом хвороби більш ймовірні позитивні прогнози перебігу хвороби; у нашому

дослідженні ця теза підтверджується наявністю прямого кореляційного зв'язку між загальним обсягом **ВКЗ** і показниками соматичного самопочуття;

- **комунікативно-оптимізуюча функція** – **ВКЗ** визначає позицію людини у спілкуванні; переважання **ВКЗ** у самосвідомості особистості позитивно спрямовує її соціальні контакти, оздоровлює взаємовідносини з іншими, сприяє її привабливості для оточуючих; у зв'язку з цим згадується висловлювання Ліхтенберга: "Здоров'я заразне".

Отже, внутрішня картина здоров'я – це структурно складне динамічне утворення у самосвідомості людини, яке розбудовується та диференціюється на основі сенситивних вражень, містить сенситивний, емоційний, когнітивний і мотиваційно-ціннісний компоненти; на рівні кожного з них представлені суб'єктивні образи фізичного, афективного, інтелектуального, соціального й духовного здоров'я; **ВКЗ** виявляє себе через направляючу, регулятивну, когнітивно-структуруючу, прогностичну, креодизуючу, саногенну та комунікативно-оптимізуючу функції.

### 3. Психічне здоров'я людини та позитивні емоційні стани

Існує безліч словесних характеристик, що описують позитивні переживання. Один із типових прикладів подібних досліджень подано у табл. 2, що дає підстави для висновку про існування двох основних діапазонів емоційних проявів: неприємний (інакше кажучи, щасливий-сумний) і активаційно-гальмівний (або ступінь інтересу та збудженості).

Таблиця 2.

#### Два виміри емоцій

<ul style="list-style-type: none"> <li>•Напружений</li> <li>•Наляканий</li> <li>•Стривожений</li> <li>•Неспокійний</li> <li>•Сердитий</li> <li>•Розчарований</li> <li>•Пригнічений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Припіднятий</li> <li>•Збуджений</li> <li>•Здивований</li> <li>•Радісний</li> <li>•Щасливий</li> <li>•Задоволений</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Нещасливий</li> <li>•Сумний</li> <li>•Сонний</li> <li>•Загальмований</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Покірний</li> <li>•Розслаблений</li> <li>•Спокійний</li> <li>•Безпосередній</li> </ul>



•Втомлений	•Урівноважений
•В'ялий	

Розрізняють кілька видів позитивних емоцій. Основному вимірові позитивних емоційних станів відповідає:

**1. Почуття радості, що асоціюється:**

- із посмішкою на обличчі;
- із задоволенням від спілкування з іншими людьми; –
- із відчуттям прийняття навколишніми;
- з упевненістю в собі та спокоєм;
- із відчуттям здатності справитися із життєвими проблемами.

За С.М. Meadows, *радісна людина стає впевненішою в собі, починає розуміти, що вона живе недаремно, що її життя переповнене глибоким сенсом*. Радісна людина відчуває себе коханою, потрібною, вона задоволена собою і світом у цілому. Така людина повна енергії, впевнена в тому, що подолає будь-як труднощі. Радісна людина бачить світ у його красі й гармонії, сприймає людей у їх кращих проявах. Вона схильна отримувати задоволення від об'єкта, а не аналізувати і критично осмислювати його. Радість змушує людину з особливою гостротою відчувати свою єдність зі світом. Це не просто позитивне ставлення до світу та до себе, це своєрідний зв'язок між людиною і світом. Радість часто супроводжується відчуттям енергії і сили. Відчуття енергії, яке супроводжує радісне переживання, викликає в людини почуття компетентності, впевненості у власних силах. С. Meadows передбачає, що власне взаємозв'язок між радісним переживанням, відчуттям енергії і почуттям компетентності й викликає те трансцендентне почуття свободи, яким часто супроводжується емоція радості, – почуття виходу за межі власного "Я" і за межі реальності. У стані радості людина відчуває незвичайну легкість, енергійність, їй хочеться літати, все набуває іншої перспективи, іншого значення, іншого сенсу.

Інший дослідник позитивних почуттів, R.A. Spitz, зазначав, що радісні переживання корисні та благотворні для людського організму. Коли людина переживає радість, усі системи її організму функціонують легко і вільно, розум та тіло перебувають у розслабленому стані, і цей відносний фізіологічний спокій дає змогу відновити витрачену енергію. За свідченням багатьох людей, які перенесли те чи інше захворювання, радісні переживання прискорюють процес выздоровлення. Клінічні дослідження показують, що відсутність позитивної соціальної стимуляції, що слугує джерелом позитивних емоцій інтересу й радості, може викликати в людини серйозні психічні й фізичні порушення.

*З іншого боку, якщо радість викликана перемогою над іншим і являється єдиним її джерелом*, то це, як указує Е. Керрол, може свідчити про серйозні психологічні проблеми. *Радість перемоги* – це прекрасне, чудове переживання, але лише в тому випадку, якщо ця перемога отримана над самим собою, якщо це особистий триумф, пов'язаний із досягненням важливої, значимої мети. Але якщо єдиним джерелом радості є можливість

узяти верх над ближнім, то така стратегія може коштувати людині фізичного та душевного здоров'я.

N.M. Bradburn виявив, що соціально-активні люди, емоційний досвід яких відрізняється великою різнобарвністю, частіше переживають позитивні емоції. Високий соціально-економічний статус, що допомагає уникнути одноманітності й монотонності життя, також позитивно корелює з позитивними емоціями. Але вчений відзначив, що гроші й соціальне становище можуть сприяти радості, але не в змозі позбавити смутку.

***Таке бачення ще раз підтверджує тезу про відносну незалежність позитивної і негативної емоційності.***

***II. Позитивний емоційний стан***, який характеризується:

1. Інтенсивністю і глибиною переживань, що базуються на почутті прихильності до інших людей.
2. Напрямом збудження й інтересу. Цей вид переживань спричиняється прослуховуванням музики, читанням і спілкуванням із природою.
3. Задоволеністю та почуттям комфорту.

Якщо описувати *емоцію інтересу*, то можна відзначити що вона відіграє досить важливу роль в еволюції людини, виконуючи різноманітні адаптаційні функції. Формування і розвиток соціальних стосунків значною мірою пов'язані з тим інтересом, який переживає людина до представників свого виду, – із всіх явищ нашого світу людину найбільше цікавить людина. ***Інтерес*** сприяє досягненню сексуальної насолоди і слугує стабілізуючим фактором сексуальних і сімейних стосунків. Він необхідний для розвитку навиків і умінь, а значить, відіграє важливу роль в інтелектуальному розвитку людини. ***Викривлений розвиток емоції інтересу*** – збудження, може створювати психологічні й навіть психопатологічні проблеми. Маніакальні хворі, як правило, відрізняються підвищеним рівнем інтересу – збудженням. Аномально високе чи низьке вираження мотиву пошуку відчуттів може бути індикатором завищеного чи заниженого порогу емоції інтересу та може викликати порушення адаптації .

***Глибина й інтенсивність*** позитивних станів відображають повноту, глибину або інтенсивність переживань і мають багато спільного з піковими переживаннями, у характеристику яких входять: захопленість, усвідомлення того, що відбувається.

***Джерела позитивних емоцій лежать*** у різній площині:

- прийом їжі, алкоголю;
- відпочинок, сон;
- шлюбні й інші близькі взаємини;
- успіх, задоволеність;
- фізична активність, спорт, відчуття здоров'я, секс;
- виконання діяльності, використання умінь і навичок (водіння автомобіля, столярні роботи, шиття і т. д.);
- читання, музика, перегляд телепередач;
- інтенсивні переживання (естетичні, релігійні).

Відповідно до деяких досліджень, існують два джерела задоволення: **цільове й парацільове**.

1. **Цільове** – люди переслідують серйозні цілі, піклуються про майбутнє.

2. **Парацільове** – пошук джерел руху. Людей цікавить дія як така, не важливо, куди вона може привести.

До основних як позитивних, так і негативних емоцій належать:

- відчуття щастя;
- сум;
- роздратованість;
- страх;
- відраза;
- презирство;
- подив;
- інтерес;
- почуття сорому.

*Вплив позитивних емоцій на психічне здоров'я відбувається за такими ознаками:*

1. **Характеристики позитивного мислення:**

- 1) доброзичливий опис соціальних ситуацій;
- 2) сприйняття себе як соціально-компетентної особистості;
- 3) почуття впевненості в собі й самоповага.

2. **Пам'ять.** У гарному настрої легше згадати радісні події в житті, слова, наповнені позитивним змістом.

3. **Рішення проблем.** Люди в гарному настрої відрізняються підвищеною реакцією, здатністю виробляти найпростішу стратегію рішення. Стимулювання гарного настрою або позитивних емоцій приводить не тільки до оригінальних рішень, а й до різноманітних словесних асоціацій, що свідчить про творчий діапазон.

4. **Допомога й альтруїзм.** Дослідження показали, що для щасливих людей властиві такі риси, як щедрість і готовність прийти на допомогу. Гарний настрій стимулює думки про доброзичливу поведінку.

5. **Симпатії стосовно навколишніх.** Багато людей, перебуваючи в гарному настрої, схильні оцінювати позитивно оточуючих. Ця характеристика складається з емоцій, переживань.

***Настрій** – загальний емоційний стан, що протягом певного часу змальовує переживання і діяльність людини; причина такого стану не завжди усвідомлюється та трактується як беззвітна. Позитивні емоційні стани можуть змінюватися негативними, інколи – депресивними станами. Далі розкриємо взаємовплив депресивних станів та психічного здоров'я.*

### **3. Психічне здоров'я людини й депресивні стани**

**Депресивні стани** передбачають складну комбінацію емоцій, уявлень, споминів і думок. Окрім цього, депресія включає в себе різноманітні соматичні симптоми. Найчастіше депресія пов'язана з утратою, коли людина відчуває, що не здатна справитися з утратою, і досить часто вона дійсно буває нездатною подолати це. Окрім того, депресія може бути викликана не лише фізичною втратою (смертю коханої людини), її причиною може стати втрата самоповаги, роботи, втрата дружніх чи близьких стосунків тощо. Причиною депресії може бути соціальна ізоляція і самотність, переживання почуття провини.

Як указують Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова, для людей у стані депресії характерний негативізм. Їхній погляд на життя можна окреслити як такий, що забарвлений у темні кольори. Люди з важкою формою депресії відчувають нікчемність, апатію, байдужність до друзів і родини, вони не можуть нормально спати. Надмірно песимістичний погляд на світ змушує їх перебільшено переживати погане і зводити до мінімуму гарне.

В основі мислення людей у стані депресії лежить атрибуція відповідальності. У людей у стані депресії легше знайти негативний стиль пояснення, ніж у людей без депресії (рис. 2).

	<b>Оптимістичний стиль атрибуції</b>	<b>Чи буде невдача...</b>	<b>Депресивний стиль атрибуції</b>	
	“Це просто тимчасова невдача...”	постійною ?	“Так, це буде продовжуватися ...”	
<b>Немає депресії</b>	“Ні, поки все в порядку...”	глобальною ?	“Так, це мене вб’є ...”	<b>Депресія</b>
	“Ні, це не моя провина ...”	внутрішньою?	“Так, це моя провина...”	

Рис. 2. Залежність стилю пояснення від емоційного стану особистості

На основі рис. 2 можемо зробити такі висновки:

**Депресивний настрій** є причиною негативного мислення. Коли ми відчуваємо себе щасливими, то бачимо і згадуємо гарне. Але якщо наш настрій стає похмурим, то наші думки починають рухатися іншим шляхом. Рожеві окуляри ховаються у футляр, а на світло витягаються чорні. Тепер поганий настрій викликає в пам’яті негативні події. Здається, що наші взаємини зіпсувалися, наш “Я – образ” погіршився, наші надії на майбутнє похмурі, вчинки людей огидні. Таким чином, коли депресія наростає, спогади й очікування стають важкими; коли депресія йде на спад, мислення прояснюється.

Американські дослідники продемонстрували, як поганий настрій, викликаний невдачею, може затьмарити мислення. Дослідники просили болільників спрогнозувати результати майбутніх ігор команди і свою власну поведінку. Після поразки команди люди досить похмуро оцінювали не тільки її майбутнє, а й своє власне.

**Депресивний настрій впливає і на поведінку.** Замкнута, похмура і невдоволена людина не отримує радості й співчуття від інших. Виявлено, що люди в стані депресії усвідомлюють, що інші не схвалюють їхню поведінку. Їхні песимістичні погляди й, особливо, їхній поганий настрій викликають соціальне відторгнення. Депресивна поведінка може також викликати відповідну депресію в інших. Тому для людей у стані депресії існує ризик розлучення, звільнення з роботи або небажання спілкуватися з іншими. Вони також можуть вишукувати людей, які відгукуються про них недоброзичливо, підтверджуючи і ще більше підсилюючи тим самим свій низький “Я-образ”.

***Отже стверджуємо, що стан депресії має когнітивний і поведінковий ефекти***

**Негативне мислення є причиною депресивного настрою.** Багато хто почуває депресію, коли переживає важкі стреси: втрату роботи, розлучення або розрив із близькою людиною, страждання під час фізичної травми – усе, що підриває почуття власної значимості. Однак сумні міркування можуть бути й адаптивними – прозріння, що відбулося під час депресивної бездіяльності, може пізніше породити кращі стратегії для взаємодій зі світом. Разом із тим люди, схильні до депресії, реагують на погані події, зосереджуючись на собі й обвинувачуючи себе. Але їхня самоповага швидко зростає, коли вони почувають підтримку, і падає, коли з’являється загроза.

Дослідження дітей, підлітків і дорослих підтверджують, що ті, у кого песимістичний стиль поведінки, з більшою імовірністю впадуть у депресію, якщо відбудуться неприємні події. У тих, хто схильний до депресії, стреси є пусковим механізмом до сумних переживань, зосередженості на собі, самозвинувачення. Подібні переживання породжують депресивний настрій, що круто змінює думки і вчинки людини, які, у свою чергу, підживлюють негативні переживання, самозвинувачення та депресивний настрій.

Значить, **депресія одночасно є і причиною, і наслідком негативного пізнання** (див. рис. 3).

	<b>Зосередження на собі і самозвинувачення</b>	
<b>Негативні переживання</b>		<b>Депресивний настрій</b>
	<b>Наслідки, що проявляються в поведінці й пізнанні</b>	

Рис. 3. Порочне коло депресії

Неможливо дати повну картину депресії без урахування її біогенетичних, соціокультурних і когнітивних аспектів. А.Н. Країнес досить детально розробив біогенетичну теорію депресії. Етіологія депресії розглядалася ним головним чином із точки зору спадковості й ендокринних факторів. Щодо спадковості депресії, то вчений наводить приклад, що коли один із однояйцевих близнюків страждає психотичною депресією, то у 70–96 % випадків існує ймовірність що інший теж захворіє.

Результати ряду досліджень свідчать про явний зв'язок соціокультурних факторів із поширенням депресії. Так, С. Silverman виявив, що в Африці і в Ірландії депресія поширена значно менше, ніж в Англії. За даними досліджень, африканці страждають депресією значно менше, ніж європейці. Значить, треба мати на увазі такі соціокультурні фактори, як особливості виховання та етнічність, що тісно переплітається зі спадковими і конституційними факторами.

Вичерпною когнітивною теорією депресії є теорія А.Т. Векс. Когнітивні процеси, на думку вченого, є первинною детермінантою емоцій, настрою і поведінки. Сприйняття індивідом самого себе, сприйняття світу і майбутнього розглядається як первинна тріада когнітивних факторів. У силу негативного самосприйняття депресивна людина вважає себе:

- неадекватною;
- нікчемною;
- ущербною;
- нещасливою.

Негативний погляд на світ змушує її сприймати свою взаємодію з ним як перелік провалів і поразок, а негативне сприйняття майбутнього виражається в тому, що людина бачить попереду лише нескінченне продовження мук. Більшість типових депресивних симптомів, такі як параліч волі, суїцидальні спроби і занижена самооцінка, пояснюються А.Т. Векс як результат дії того чи іншого когнітивного фактора.

*Першопричиною депресії, на думку А.Т. Векс є не емоції, а когнітивна організація, схема, яка диктує депресивне сприйняття і депресивну концептуалізацію об'єкта чи ідеї.* Його модель депресії заснована на таких характеристиках, як особистісна ущербність і негативні очікування. Окрім того, вчений провів детальний, всесторонній аналіз симптомів і проявів депресії. Він виділив **чотири основні групи характеристик депресивного стану:**

1. **Емоційні** (горе, сум, пригнічений настрій).
2. **Когнітивні** (відмова самому собі від найбільш важливих особливостей).
3. **Мотиваційні** (пасивність, залежність, уникання, параліч волі).
4. **Фізіологічні** (утрата апетиту, розлади сну).

Отже, психічне здоров'я людини і депресивні стани взаємопов'язані. Депресія в основному розглядається як стан безпорадності, постійної тривоги, очікування болі і

страху, як втрата окремих навиків адаптаційної поведінки і заміщення їх реакціями уникання. Депресія в основному виникає унаслідок втрати, причому не лише фізичної, а й втрати самоповаги, впевненості у собі та почуття власної гідності. Депресія є складним патерном базових емоцій, що включає в себе передусім емоцію горя, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому. Окрім того, враховується роль інших афективних факторів, таких як зниження сексуального інтересу, підвищення втомлюваності і погіршення фізичного самопочуття.

### **Питання для самоконтролю**

1. Психологічні складники внутрішньої картини здоров'я.
2. Механізм формування внутрішньої картини здоров'я.
3. Види позитивних емоцій і їхній вплив на психічне здоров'я.
4. Депресивний настрій як причина негативного мислення.

### **Література**

1. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проб лематизації) // Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України.– Т. IV.– Ч. 1.– 2002.– С. 11–20.
2. Васильєва О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Уч. пос. для студ. высш. уч. завед.– М.: Изд. центр —Академия, 2001.– 352 с.
3. Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: анализ критических ситуаций // Психол. журн.– 1995.– Т. 16.– № 3.– С. 90– 101.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).– М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.– 200 с.
5. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика.– Л.: Вид. центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2006.– 338 с.
6. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопр. психологии.– 1993.– № 1.– С. 86–88.
- 7 Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: [за ред. І. Я. Коцана]. – Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2011. – 316 с. 8. Лісова О.С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу // Медицинская психология. – 2008. – Т.3, № 1. – С.44 – 50.
9. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Пер. с англ.– СПб.: Евразия, 1999.–478 с.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство.– М.: МЕД-пресс, 1998.– 592 с.
11. Мясичев В. Н. Психические состояния и отношения человека // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.– 1996.– № 1–2.
12. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт / Пер. с англ., нем.– М.: Смысл, 1993.– 332 с.

13. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра // Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии.– М.: Академия; СПб.: Петербург XXI век, 1997.– 448 с.
14. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова / Под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.
15. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.
16. Beck A. T. Depression.– New York, Harper & Row, 1967.– P. 167.
17. Bradburn N. M. The Structure of Psychological Well-Being.– Chicago, Aldine, 1969.– P. 137.
18. Kraines A. H. Mental Depression and their Treatment.– New York, Macmillan, 1957.– 344 p.
19. Meadows C. M. Joy in Psychological and Theological Perspective: A Constructive Approach.– Unpublished Doctoral Dissertation, Princeton Theological Seminary, Princeton, NJ, 1968.
20. Silverman C. The Epidemiology of Depression.– Baltimore, Johns Hopkins Press, 1968.– 340 p.
21. Spiltz R. A., Wolf K. M. The Smiling Response: A Contribution to the Ontogenesis of Social Relations.– Genetic Psychology Monographs, 1946.– P. 34, 57–125.