

ТЕМА 5. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я

План:

1. Основні складові частини внутрішньої картини здоров'я та її формування.
2. Теоретична модель внутрішньої картини здоров'я.
3. Психічне здоров'я людини та позитивні емоційні стани.
4. 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. Подібні висновки зробили й J.A. Mattera зі співавторами. Суб'єктивні оцінки здоров'я значною мірою впливають на поведінку хворого у лікувальному процесі. 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 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.А. Ананьев розглядав ВКЗ як самоусвідомлення і самопізнання людиною самої себе в умовах здоров'я. 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 проєкцією 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». У процесі здоров'я, здавалося б, змін не відбувається, насправді людина просто не навчена їх реєструвати. Наявність насущних проблем змушує свідомість сучасної людини постійно перебувати на відстані: гроші – престиж – гроші. Спираючись на базові цінності – розум – багатство – влада, – це перешкоджає адекватному сприйняттю сигналів, що виходять із системи раннього повідомлення.

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:

1. **Біоенергетичний:** усі мої хвороби від того, що хтось «вампіризує», «висмоктує» життєву енергію.
2. **Магічний:** усі мої хвороби від того, що хтось «навів порчу», «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, вміння 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.

ВКЗ 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. Нікіфоров 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».

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:

– **раціонально-когнітивний** (фіксує особистий досвід хвороби й одужання, а також певні теоретичні уявлення);

– **емоційно-чуттєвий компонент** (характеризується емоційним реагуванням на прояви здоров'я);

– **сенсорний** (представлений різними сенсорними сигналами тіла, формуючись на основі «схеми тіла» і доповнюючись аудіальними та візуальними сигналами);

– **мотиваційний компонент** (відображає потребу бути здоровим, міру відповідальності за своє здоров'я, готовність до діяльності на благо здоров'я).

В.П. Казначеев запропонував теоретичну модель ВКЗ, яка претендує на врахування холістичного розуміння здоров'я людини: Однак, роблячи акцент на фізичній (біологічній) складовій здоров'я, ця модель не відображає його духовний аспект, а також ті системи, які репрезентують суб'єктивний образ 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 диссоматонозогнозії.

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.

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.

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.

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.

2. 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.

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

ВКЗ – це багатовимірна система, в якій відображаються різні виміри здоров'я людини: фізичний, соціальний, психологічний і духовний. Зокрема, В.М. Смірнов і Т.Н. Резнікова вказують на те, що у структурі ВКЗ можуть існувати образи психічного і фізичного здоров'я. Таке розуміння різновимірності ВКЗ узгоджується із холістичним підходом до трактування здоров'я і відповідає моделям здоров'я за С. Гінгер і R. Schwarzer. При цьому відображення кожного з вимірів здоров'я можливе на рівні кожного з компонентів ВКЗ. Прикладом може слугувати психалгія (нестерпний душевний біль) – це відображення афективного аспекту здоров'я на рівні сенситивного компоненту ВКЗ. Вислів «голова тріщить від думок» демонструє сенситивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, «думку думаю» – когнітивне відображення інтелектуального виміру здоров'я, «тіло обурюється» – емоційне відображення фізичного виміру здоров'я, тощо.

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. Крім того, 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.

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. Такі наші уявлення узгоджуються з позицією Г.С. Нікофірова, який вважає ВКЗ частиною Я-концепції.

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.

Критерії психологічної діагностики внутрішньої картини здоров'я:

- 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).

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. Найчастіше розрізняють два основні діапазони емоційних проявів: неприємний (інакше кажучи, щасливий-сумний) і активаційно-гальмівний (або ступінь інтересу та збудженості).

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

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 не даремно, що її життя переповнене глибоким сенсом. Радісна людина почуває себе коханою, потрібною, вона задоволена собою і світом у цілому. Така людина повна енергії, впевнена в тому, що подолає будь-які 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 виздоровлення. 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 тріумф, 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.

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 адаптації¹.

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.

4. 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.

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 почувають 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. Вони з легкістю пояснюють невдачу стійкими причинами.

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.

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 шукати людей, які відгукуються про них недоброзичливо, підтверджуючи і ще більше підсилюючи тим самим свій низький «Я-образ».

Отже, можна стверджувати, що стан депресії має когнітивний і поведінковий ефекти.

Негативне мислення є причиною депресивного настрою. Багато хто відчуває 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 відчувають підтримку, і падає, коли з'являється загроза.

У тих, хто схильний до депресії, стреси є пусковим механізмом до сумних переживань, зосередженості на собі, самозвинувачення. Подібні переживання породжують депресивний настрій, що змінює думки і вчинки людини, які, у свою чергу, підживлюють негативні переживання, самозвинувачення та депресивний настрій. Депресія одночасно є і причиною, і наслідком негативного пізнання.

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, усесторонній 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 болю і страху, як утрата 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 підвищення втомлюваності і погіршення фізичного самопочуття.