

//Психология здоровья /Ред. Г.С.Никифоров. СПб., Изд-во СПбГУ, 2000. (глава в коллективной монографии). С. 240-284.

## **Здоровье как жизненная ценность**

Выше уже отмечалось, что Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье рассматривается как источник благополучной повседневной жизни, а не как цель существования. В принятой видными специалистами медицинской науки концепции здоровья подчеркивается важность субъективно оцениваемого здоровья. Субъективная оценка основывается на имеющихся знаниях и информации, воспринимаемой индивидом с учетом предыдущего жизненного опыта и социокультурных норм.

Приведенное определение здоровья во многом опирается на понятие “благополучие”. Ощущение благополучия в меньшей мере зависит от биологических функций организма и в большей – от самооценки личности и чувства ее социальной принадлежности. Благополучие, как и “позитивное здоровье”, предполагает реализацию физических и духовных потенций человека. Уже довольно длительное время понятие “здоровье” связано не только с медицинскими и психологическими критериями. Его невозможно определить без учета общественных и групповых норм и ценностей, многих других явлений духовной жизни человека (определенного общества, конкретного исторического времени).

Все более распространенной становится точка зрения на здоровье как источник благополучной повседневной жизни. Очевидно, что потребность в здоровье и переживание здоровья как жизненной ценности во многом обуславливают субъективную оценку

здоровья. С учетом значения субъективно-оценочной стороны в ощущении здоровья (или нездоровья) для психологии здоровья как научного направления необходимы точные данные о том месте, которое занимает здоровье в структуре жизненных ценностей. Этот аспект психологии здоровья редко выступал в качестве предмета специального исследования, но еще реже для его рассмотрения привлекались эмпирические данные.

Такое состояние обсуждаемой проблемы дало нам основание считать достаточно актуальным сравнительный анализ потребности в здоровье и других потребностей. Эта глава посвящена анализу полученных нами и нашими сотрудниками данных, позволяющих восполнить недостаток знаний в названном аспекте психологии здоровья. В ней мы опишем некоторые характеристики осознания здоровья как жизненной потребности, как составляющей смысла жизни. Рассмотрим взаимосвязи данной ценности с осознанием смысла жизни. Попытаемся выяснить, какие факторы наиболее часто вызывают эмоциональный дискомфорт и как влияет неудовлетворенность здоровьем на возникновение эмоционального дискомфорта. Эти данные помогут уточнить субъективную картину здоровья и благополучия личности, место этой ценности в ее сознании.

### **Субъективная картина здоровья и болезни**

Духовное, душевное (психическое, ментальное) и телесное бытие человека неразрывно. Слияние этих трех миров в человеческом существе создает его уникальность как космического явления. Любой значимый процесс индивидуального бытия имеет свои проявления в каждой из трех сфер. Экзистенциальный вакуум (термин В. Франкла), душевная (психическая) опустошенность и тягостные телесные ощущения (витальная тоска) могут быть одним и тем же явлением, но

раскрытым с разных сторон и по-разному описанным. Какое проявление поставить в центр внимания, а какое рассматривать как связанное с ним, зависит от выбора предмета и целей исследования. Ошибочно оценивать какое-то из них как более значимое или более достоверное, чем другие. В аспекте психологии здоровья первостепенное значение имеет осознание своего состояния, субъективная картина здоровья.

Отношение к здоровью и болезни, когнитивные и эмоциональные компоненты этого отношения имеют важное значение в сохранении здоровья и преодолении болезни. В.Н.Мясищев и А.Р.Лурия подчеркивали значение "внутренней картины болезни" для исследования механизмов заболеваний и терапевтического процесса. В психотерапии и западной, и восточной ориентации (включая восточные оздоровительные системы) изучению осознания состояний, способам их управления уделялось значительно больше внимания, чем в психологии. В соответствующих разделах психологии не нашли еще достойного места многие аспекты осознания состояний, влияния на них особенностей восприятия себя, принятия и оценки себя как личности, своих социально-психологических характеристик, в том числе важнейших, к которым Б.Г.Ананьев относил статус, роли, направленность, ценностные ориентации.

Проблема сохранения здоровья имеет огромное социальное, экономическое, гуманистическое значение. Решаться она может только совместными усилиями политиков, ученых многих отраслей знания, практиков. В настоящее время в решении этой междисциплинарной проблемы доминируют медицинский и социологический подходы. Во множестве исследований выявлены факторы риска заболеваний, проведен сопоставительный анализ

здорового и неправильного образа жизни, доказана опасность последнего. Получаемые в них данные необходимы для выработки организационных принципов здравоохранения на общегосударственном уровне, они расширяют эмпирическую базу медицинской науки, дают знания для санитарного просвещения. Проводимая просветительская работа – пропаганда здорового образа жизни, призывы, предостережения – ведет к накоплению информации у некоторой части населения, но знания лишь опосредованно могут изменять поведение индивида, в том числе и в области сохранения собственного здоровья. Ценности здоровья могут быть, по выражению Л.С.Драгунской (1989), “знаемыми” ценностями, но необязательно признаваемыми или принятыми и усвоенными. То есть человек может относиться к ним индифферентно, поскольку они отдалены от его главных проблем.

Движущей и направляющей силой поведения являются мотивы и установки. Они определяются потребностями и ценностными ориентациями. Последние служат базой для формирования установок. Высший уровень диспозиционной регуляции поведения личности образует система ценностных ориентаций, цели жизнедеятельности и средства достижения этих целей (Ядов, 1975). Исследованию этих важнейших психологических феноменов поведения личности, направленного на сохранение здоровья, уделяется очень мало внимания.

### **Отношение к здоровью**

Предрасположенность к сохранению или трате здоровья можно рассматривать как личностное качество. В отношении к здоровью у многих (возможно, у большинства) людей скрыты серьезные противоречия. Ценность здоровья достаточно велика и в обыденном сознании, без ссылок на научные доказательства. Однако в установке

на сохранение здоровья (на здоровый образ жизни) выраженность действенного, поведенческого компонента явно не соответствует ни объему знаний о здоровье, ни силе эмоциональных реакций на его ослабление. Активность личности, направленная на сохранение и укрепление здоровья, у многих людей не соответствует интенсивности эмоционального отношения. Причем это свойственно не только для людей здоровых, но и для тех, кто уже имеет достаточно выраженные расстройства здоровья, недуги.

Особенно низкая ответственность за свое здоровье свойственна большей части населения бывших социалистических стран. Хотя государственное устройство и многие социальные институты в этих странах претерпели значительные изменения, общественное и индивидуальное сознание у большинства мало схоже с сознанием жителей стран с устоявшейся рыночной экономикой. В привычный уклад жизни вошел уход за своим жилищем, домашними животными, машинами. Люди привыкли регулярно посещать баню, принимать душ, умываться по утрам, чистить зубы, но не привыкли ухаживать за своей душой. Привычка уделять внимание своей психике, ухаживать за своей душой у большинства из нас еще только формируется.

Слово «гигиена» имеет греческие корни и первоначально означало «целебный, приносящий здоровье». Следовательно, психогигиена – это целительство души, сохранение ее целостности и здоровья. К сожалению, как правило, слово «гигиена» не рождает приятных ассоциаций, не наводит на мысли о чем-то интересном. У многих упрочилась привычка чистить зубы. Вероятно, зубную боль как следствие невнимания к своему рту легче представить. Представить себе так же ярко результаты своего душевного неблагополучия большинство людей не могут. Возможно, играют роль примерно такие рассуждения: психическая уравновешенность

дана от природы, какая есть, такая и есть, и вообще, стоит ли мудрить: при хорошей жизни и психика хорошая, а при плохой – с чего ей быть хорошей?

Для состояния психогигиены в России характерно отсутствие продуманной и научно обоснованной стратегии государственной политики и общественного влияния на эту важнейшую составляющую общественного сознания. В недостаточной популярности гигиенических, в том числе психогигиенических, правил играют роль возникающие у большинства ассоциации, не вызывающие эмоционального притяжения ко всему, что связано со словом “гигиена”. Мощь средств массовой информации, возможности рекламы в формировании здорового образа жизни по-настоящему не использовались и не используются.

Психическое здоровье, внутренняя гармония и гармония с окружающим миром редко даны человеку от природы сполна, чаще для этого требуются старания и соответствующая работа. К этому невозможно прийти без активного творческого отношения к собственной жизни. Отсутствие мотивации к самопознанию, саморегулированию и саморазвитию создает основу для алекситимии – предрасположенности к психосоматическим заболеваниям. Лицам с алекситимией свойственны: слабая дифференцированность эмоциональной сферы, примитивность жизненной направленности, инфантильность и недостаточность рефлексии. Болезни – это следствие образа жизни, расплата за свое невежество. Во многих случаях психологическая компетентность может быть фактором профилактики психических и соматических заболеваний.

С. Крайлер и Х. Крайлер (Kreiler, Kreiler, 1991) изучали психологические особенности лиц с выраженной личностной направленностью на здоровье. Методика для исследования была

разработана на основе теории когнитивной направленности. Она позволяет выявлять представления человека о жизненных целях, усвоенных нормах, представления личности о себе. У мужчин с выраженной направленностью на здоровье обнаружены более высокие по сравнению с остальными испытуемыми показатели привязанности, жизнерадостности, удовлетворенности, враждебности, завистливости. Женщинам с аналогичной направленностью свойственны: эмоциональная реактивность, склонность к позитивным фантазиям, невротизм, у них более низкие показатели депрессии, тревожности, страха, зависти, они реже сообщают о соматических жалобах и симптомах.

Рассмотрим основные составляющие отношения к здоровью – когнитивную, поведенческую и эмоциональную.

### **Когнитивная составляющая отношения к здоровью**

На осознание, понимание своего состояния как здорового или болезненного влияют многие факторы социальной и психологической природы. К числу наиболее значимых относится *психологическая компетентность личности*. Последняя обусловлена особенностями психологической культуры того социума и этноса, к которому принадлежит индивид (Введение..., 1995).

Видное место в психологической культуре занимают формы и методы укрепления психического здоровья – основной жизненной ценности. Социокультурные факторы влияют на определение вида расстройства и оценку его глубины. Различные психологические и психиатрические симптомы получают разную степень одобрения социумом. Эти факторы могут оказывать и искажающее влияние на постановку диагноза.

На объяснение причин и особенностей возникновения психических нарушений влияют национальные, религиозные

традиции и установки, мифология, фольклор, распространенные эпические произведения. Существуют этнические психозы, в основе которых – механизм самовнушения, связанный с бытующим в данном этносе мифом. Так, у китайцев юго-восточной Азии (чаще у мужчин) встречается синдром Коро: резкое нарастание страха, ведущее к панике, в связи с ощущением, что половые органы как бы втягиваются в брюшную полость, полное же втягивание ведет к смерти. Такие субъективные ощущения - следствие определенных убеждений, рожденных культурой: если в организме нарушено равновесие между Ян и Инь – Инь больше Ян, то это отрицательно влияет на мужские особенности тела.

Отношение к психическим болезням связано с традициями психиатрии, влиянием на психиатрию всех других наук о человеке. Например, в китайской психиатрии до недавнего времени были распространены трактовки психических болезней как имеющих органическую или физиологическую природу. Это обусловлено влиянием традиционных представлений о психофизиологической природе человека как основывающейся на взаимодействии потоков энергии внутри организма. Состояние потоков энергии и особенности их взаимодействия с энергией внешнего мира определяют психическое здоровье или нездоровье. При этом социально-психологические причины заболеваний, например депрессий, недооценивались. Менее глубокие психические расстройства (неврозы, ситуативные и острые реактивные состояния) также культурологически обусловлены. Так, обследование жителей пяти азиатских стран (Индонезия, Китай, Таиланд, Тайвань, Япония) выявило значимые различия в ряде симптомов (тревожность, раздражительность, депрессивность, страхи, головные боли, боли в груди и др.) для одних и тех же психических расстройств.

Отсутствие соответствующей психологической компетентности может быть причиной того, что человек не осознает связи между эмоциональным дискомфортом и соматическим расстройством. Представители западной культуры сильнее, чем восточной, склонны драматизировать свои личные и семейные проблемы, что в некоторой степени создает более благоприятную почву для психосоматических расстройств.

На потребность в психотерапевтической и психологической помощи, которую может испытывать человек, оказывает большое и многообразное влияние культурная среда. Определенные направления психологической помощи можно рассматривать как процесс преодоления рассогласования между индивидом и требованиями культуры, в которую индивид погружен.

В культуре каждого этноса есть определенные действия, выполняющие психопрофилактические функции. Многие праздничные ритуалы имеют психопрофилактическое и психогигиеническое значение. В настоящее время особенно сильное влияние на формирование психологической компетентности личности оказывают средства массовой информации, дополняя ее научными и ненаучными представлениями. Актуальное состояние психологической культуры характеризуется не только соотношением научных и обыденных представлений о психике, но и многими специфическими факторами, социально-экономическим и политическим состоянием общества в целом. Предпочитаемый тип психотерапевтического и психогигиенического воздействия находится в тесной связи с уровнем развития общества и особенностями общественного сознания. Здесь важна наполненность сознания различными мифами – мифологизация сознания, которой способствуют увлечения различного рода верованиями, оккультными

науками, астрологией, аномальными явлениями (Зобов, Келасьев, 1994).

### **Поведенческая составляющая отношения к здоровью**

Психологическую культуру современной России характеризует, в частности, распространившееся в последнее время эстрадное целительство: теле - и радиосеансы психотерапии, встречи массовой аудитории с экстрасенсами, магами, колдунами и прочими лицами, использующими суггестивные методы. Широкое распространение различных магических действий и манипуляций, экзотических воздействий и процедур вызвано не только социально-политической напряженностью в нашем обществе (усиливающей стрессовые изменения психики у многих людей), но и несформированными традициями использования услуг квалифицированных специалистов. В известной мере спрос на такого рода услуги тормозится и ограниченным предложением – удельный вес специалистов в области психологического консультирования, психокоррекции, психотерапии в нашей стране очень невысок, по сравнению с высокоразвитыми странами.

Высокий уровень социальной напряженности, характерный для нашей страны, может быть снижен на основе комплексного подхода. Это требует использования разнообразных средств и методов. Большую роль должно сыграть развитие и распространение психологической культуры и психогигиены среди всех слоев населения.

К активным формам повышения психологической компетентности надо отнести также и многие виды занятий в различных группах изучения йоги, овладения “психоэнергетикой”, восточных единоборств, школах общения, клубах психологической культуры, душевного здоровья, духовной практики и т.д. и т.п. Групп

этой направленности, весьма различающихся между собой по количеству членов, по психологической атмосфере внутри и, главное, по подходу и идеологии, сейчас в России огромное множество. (К большому сожалению, важная составляющая формирующегося сейчас менталитета немалой части населения, ее душевного и телесного здоровья остается неизученной и неизучаемой.)

Названия таких групп, формы их организации различны. Большинство тяготеет к известным направлениям восточной философии и психологической культуры. К сожалению, лидеры этих групп очень часто спекулируют на стремлении людей укрепить свое душевное и телесное здоровье. Большинство групп руководят люди, далекие от современной педагогики, психологии, психотерапии, незнакомые с их достижениями, да и не желающие осваивать методы, которые имеют научное обоснование, корректно апробированы. Неприятие научно обоснованных подходов среди них нередко возводится в принцип. В лучшем случае они осваивают ментальную гигиену (гигиену души, ума) сомнительной полезности. Многие из этих групп имеют черты сектантской организации или тенденцию к перерастанию в таковую. Стоит ли говорить о том, что невнимание к этим процессам дорого обходится и еще дороже обойдется государству и обществу.

Руководители и участники таких групп с гордостью утверждают, что они занимаются "духовной практикой". Духовность при этом трактуется весьма своеобразно. В действительности занятия во многих группах такого рода к духовности имеют лишь косвенное отношение. Бесконечное совершенствование себя становится ценным само по себе (самосовершенствование для самосовершенствования) и уводит в тупик духовное развитие участников групп.

Важнейшим аспектом этой проблемы является выяснение мотивов к занятиям в подобных группах. Научные исследования в этом направлении остаются делом будущего. По некоторым нашим наблюдениям значимым здесь является стремление преодолеть душевный дискомфорт и внутреннюю пустоту, которые вызваны осознанной или неосознанной неудовлетворенностью самореализацией.

Присущая человеку активность может быть разделена на два потока – экстраактивность и интраактивность. Когда активность, направленная вовне, встречает какие-либо преграды, она не реализуется полностью. Неудовлетворенность результатами проявления внешней активности приводит к накоплению отрицательных оценок собственных достижений. Это постепенно снижает мотивацию к самореализации себя в делах, в социальном взаимодействии и влиянии. Происходит перераспределение энергии в сторону большей внутренней активности, что проявляется в усилении стремления к самоизменению и самосовершенствованию, в повышенном внимании к своему внутреннему миру. Происходящие в нем события приобретают большее значение. В этой сфере личность более автономна от окружающей социальной среды и поэтому потенциально имеет широкие возможности для проявления активности.

### **Эмоциональная составляющая отношения к здоровью**

Переживания своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, в определении ее “линии жизни”, “плана жизни”, “жизненного стиля”. Наиболее точно роль этих переживаний раскрыта в “индивидуальной психологии” Альфреда Адлера.

В раннем детстве у человека возникает “чувство неполноценности”. Он пытается найти средства, чтобы избавиться от этого чувства и не допустить разоблачения своей несостоятельности. Таким средством является бессознательное продуцирование самим индивидом невротических симптомов, помогающих ему добиться своих целей: уклониться от принятия важных для него, но чреватых риском решений, избегать ситуаций, которые могли бы заставить его еще более усомниться в своих силах, привлечь к себе внимание, сохранить и даже повысить самооценку (“чего бы только я не добился, если бы не болезнь”). С другой стороны, ему обязательно надо самоутвердиться, подчинить остальных своей воле, обрести над ними власть и тем самым компенсировать чувство неполноценности.

Хотя компенсация и сверхкомпенсация чувства неполноценности через стремление к превосходству может приносить свои неожиданные плоды, чаще всего, однако, это стремление остается неудовлетворенным, порождая все новые проблемы и резко ограничивая круг интересов личности. Поэтому, как считает Адлер, в жизни человека должны быть иные ориентиры, другой источник душевной энергии. Таким источником является присущая каждому человеку, врожденная потребность ощущать себя частицей мироздания, человечества в целом – “чувство общности”. Человек не способен без ущерба для себя жить обособленно от других людей, на что обрекает его желание возвыситься над остальными. В этом смысле чувство общности выступает антитезой стремлению к власти, одновременно являясь мерой душевного здоровья и социальной адаптации личности. Благодаря ему создается основа для пробуждения творческого потенциала личности, формирования оптимистического, позитивного мировоззрения, упразднения чувства неполноценности.

Эмоциональная составляющая отношения к здоровью полнее всего раскрывается в доминирующем у личности настроении. Повышенное, бодрое, жизнерадостное настроение приводит к повышению жизненного тонуса и психологической устойчивости, защищает от болезней и создает основу для выздоровления у больных. На этом, например, построен метод визуализации, используемый для преодоления различных заболеваний, в том числе и тяжелых недугов, таких, как онкологические заболевания, синдром хронической усталости. С другой стороны, ощущения своего здоровья, своих душевных и физических сил, телесного благополучия являются очень важным фактором, предрасполагающим к устойчивому, радостному, работоспособному настроению. Настроение отражает особенности телесного, душевного и духовного бытия человека (Куликов, 1996).

Телесное бытие (физическое состояние) человека всегда так или иначе отражено в настроении. Чувственную основу настроения образуют, согласно С.Л.Рубинштейну, органическое самочувствие, тонус жизнедеятельности организма и те разлитые, слабо локализованные органические ощущения (интероцептивной чувствительности), которые исходят от внутренних органов. «Однако это лишь чувственный фон, который у человека редко имеет самодовлеющее значение. Скорее даже и само органическое, физическое самочувствие человека зависит, за исключением резко выраженных патологических случаев, в значительной мере от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающим, как он осознает и расценивает происходящее в его личной и общественной жизни» (Рубинштейн, 1989, с. 177).

### **Смысл жизни и здоровье**

Поскольку здоровье является одной из основных жизненных ценностей, то следует ожидать, что осознание и переживание этой

ценности связано с пониманием и переживанием смысла жизни. В существовании и принятии смысла жизни личностью может доминировать либо понимание, либо чувствование (одно не исключает другого) – это обусловлено особенностями личности и актуальной жизненной ситуации конкретного человека. Акцент на первом или втором не следует рассматривать в аспекте большей или меньшей предпочтительности - важно, чтобы человек в ситуациях значимого выбора имел направляющую нить своего индивидуального бытия, чтобы ощущение смысла своей жизни было достаточно отчетливым и была уверенность в том, что он не будет потерян. От этого во многом зависят возможность ощущать счастье, удовлетворенность жизнью, переживание личного и семейного благополучия, сохранность и полнота здоровья, межличностные отношения, климат в микро- и макросоциуме и т.д.

Для более детального анализа этого аспекта проблемы привлечем материалы проведенного под нашим руководством А.П.Осиповым исследования некоторых характеристик смысла жизни.

С учетом результатов ранее проводившихся нами и под нашим руководством исследований был составлен перечень понятий, имеющих наиболее близкое отношение к осознанию смысла жизни. Мы считали необходимым, чтобы в перечне были понятия каждой из трех основных сфер жизни личности: сфера материального существования (пространство вещей и предметов), сфера душевного существования (психологическое пространство) и сфера духовного существования (важнейшая часть социального пространства личности). По сути это был перечень основных ценностей каждой из трех перечисленных сфер жизни - ценностей, на которые опирается осознание смысла жизни. Для нас было важно выявить ценности, удовлетворение которых позволяет личности ощущать, переживать

полноту жизни, понимать и чувствовать самореализацию, ее успешное (или неуспешное) осуществление.

Испытуемым предлагалось оценить по семибалльной шкале субъективную значимость каждого из перечисленных в перечне понятий для определения смысла жизни. Предлагались следующие понятия: деньги, достаток, еда, жилье, здоровье, статус (должность), чувства, дело, дружба, дети, семья, общение, душа, любовь, творчество, истина, добро, общество, красота, вера, совесть, свобода, дух, родители. Эта методика позволяла нам составить некоторое представление о когнитивном компоненте осознания смысла жизни.

Исследование показало, что для понимания смысла жизни наиболее важны следующие понятия (ценности): душа, добро, дети, семья, любовь, *здоровье*, совесть, общение, дружба. Это девять наиболее важных понятий для определения смысла жизни, у каждого из которых средний балл выше 6,0 по семибалльной шкале.

В каждой из трех основных сфер жизни личности были понятия, имеющие множество связей с остальными. Среди относящихся к сфере материального существования центральное место занимает понятие “жилье”, в сфере душевного – “общение” и “душа”, в сфере духовного – “красота” и “вера”. Здоровье оказалось наиболее тесно связано с понятиями: жилье, достаток, деньги, еда, должность. Этой группе понятий мы дали условное название “ценности материального существования”. Понятие “жилье”, а не “дом” было включено в данный перечень с тем, чтобы отграничить его от понятия “семья”, которое нередко рассматривают как входящее в понятие “дом”. Мы пришли к выводу, что семантическая структура смысла жизни довольно сложна, она включает в себя разные слои осознания жизненных ценностей.

Результаты нашего исследования понимания смысла жизни, проведенного на сравнительно небольшой выборке людей среднего возраста, показали, что наибольшее значение для личности имеют четыре группы ценностей: “ценности душевной жизни”, “ценности материального существования”, “ценности духовной жизни”, “ценности самореализации личности”. Здоровье входит в число основных понятий (ценностей), на которых строится понимание смысла жизни. В аспекте понимания смысла жизни оно наиболее тесно связано с ценностями материального существования.

### **Здоровье в структуре ценностных ориентаций**

Каждый человек по-своему определяет смысл жизни, назначение собственного бытия. Смысл жизни связан с ее целями и основными ценностями жизни, принятыми личностью. Любой социальной группе, от отдельной семьи до всего человечества, присуща направленность на определенные общие ценности – идеальные представления о хорошем, желательном, должном. В этих представлениях обобщен опыт совместной жизни. Усваивая от окружающих взгляды на нечто как на ценность, человек закладывает в себя новые, независимые от своих потребностей регуляторы поведения (Леонтьев, 1993).

Попытаемся выяснить, какое место занимает здоровье в структуре жизненных ценностей личности, как отражается осознание разрыва между потребностью в достижении жизненных целей и возможностью их достижения на самочувствии – ощущении эмоционального комфорта (дискомфорта). Для данного эмпирического изучения нами была использована методика «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах» Е.Б.Фанталовой (1992). Эта методика предназначена для выявления наиболее значимых для субъекта ценностей, а также для

исследования мотивации и внутренних конфликтов, характера и степени их выраженности. Основной методический прием заключается в выявлении степени и характера “разрыва” между “ценностью” и “доступностью” по жизненно важным сферам, что и служит индикатором внутреннего конфликта (в случае более высокого показателя по “ценности”), либо индикатором “внутреннего вакуума” (в случае более высокого показателя по “доступности”). Используется перечень из 12 понятий, каждое из которых означает одну из общечеловеческих ценностей (перечислены в таблице 1). В перечень основных жизненных ценностей входит здоровье.

Под нашим руководством Л. В. Лебедева проводила исследование некоторых особенностей сферы ценностных ориентаций на группе выпускниц медицинского колледжа. Было обследовано 30 женщин в возрасте 19-21 года. Испытуемым был предложен список центральных понятий из 12 сфер жизни. Уровни их “ценности” и “доступности” требовалось оценить по десятибалльной шкале.

Все испытуемые отвечали также на разработанный нами опросник “ДС”. Эта методика предназначена для выявления ряда характеристик относительно устойчивых (доминирующих) состояний. В ней семь основных шкал: спокойствие - тревога; устойчивость - неустойчивость эмоционального тона; раскованность - напряженность; высокий - низкий тонус; бодрость - уныние; активное - пассивное отношение к жизненной ситуации; удовлетворенность - неудовлетворенность жизнью в целом, ее ходом, процессом самореализации. Есть вспомогательная шкала: «положительный - отрицательный образ самого себя», которая позволяет определить критичность самооценивания (низкую или высокую), адекватность восприятия себя.

Были вычислены средние значения по шкалам теста Е.Б. Фанталовой “Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах” (табл. 1).

Таблица 1. Оценки жизненных ценностей и их доступности

Название ценности	«Ценность»	«Доступность»	Разность средних
Активная, деятельная жизнь	6,3	6,6	2,7
Здоровье (физическое и психическое)	9,4	6,8	2,1
Интересная работа	8,1	5,8	2,6
Красота природы, искусства, переживания прекрасного	7,2	8,0	2,3
Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	9,3	6,0	3,1
Материально обеспеченная жизнь, отсутствие материальных затруднений	8,6	4,2	2,7
Наличие друзей	8,7	7,2	2,6
Уверенность в себе, свобода от внутренних противоречий	8,5	5,5	2,4
Познание (возможность расширять образование, культуру, развивать интеллект)	7,3	6,6	2,6
Свобода как независимость в поступках и действиях	6,8	5,7	2,5
Счастливая семейная жизнь	9,2	5,3	3,1
Творчество	6,2	5,2	2,6

Из таблицы видно, что наиболее высокий уровень ценности имеет здоровье. Очень близки оценки ценности любви и счастливой семейной жизни. Судя по малой величине сигмы очень велико сходство в этих оценках для всей группы опрошенных. Наибольшая разность в уровнях ценности и доступности характерна для шкалы (ценности) “Материально обеспеченная жизнь” (“разрыв” 4,4 балла). У 67% испытуемых разность в этой шкале равна шести баллам, что составляет более половины шкалы. Большая разность и в шкале

“Счастливая семейная жизнь” (разность 3,9 балла), причем в обоих шкалах ценность высока, а доступность низка. По шкале “Счастливая семейная жизнь” у 43% разрыв между ценностью и доступностью равен пяти баллам. Разность в шкале “здоровье” также имеет довольно большую величину (2,6). Вероятно, сказывается неудовлетворенность своим здоровьем. Однако абсолютная величина уровня доступности здоровья (6,8) одна из самых высоких в сравнении с ценностями других сфер жизни. Более доступны только “красота...” и “наличие хороших друзей”. Сравнительно юный возраст испытуемых является понятным основанием для оптимистичных ожиданий сохранения здоровья и его улучшения.

Из числа рассматриваемых жизненных сфер возможность вести активную творческую жизнь и переживать прекрасное в сознании молодых женщин наиболее тесно связана с возможностью иметь хорошее здоровье.

С помощью математико-статистических процедур (факторного анализа) были выделены три вида ценностей: “Духовные ценности”, “Коммуникативные” и “Материальная обеспеченность”. “Здоровье” вошло в первый вид, в котором оказались также: “познание”, “красота”, “здоровье”, “творчество”.

В доступности ценностей были выделены такие виды: “Духовные ценности”, “Близкие межличностные отношения” и “Ценности деловой активности”. “Здоровье” оказалось среди “Духовных ценностей”, у него были выявлены слабые связи с остальными признаками. Это говорит о том, что здоровье как ценность включено в общую структуру ценностных ориентаций личности, но доступность освоения жизненных ценностей весьма слабо связывается со здоровьем. И как ценность сама по себе, и как достижимая цель здоровье оказалось теснее связанным с духовными

ценностями, чем с другими (ценностями близких межличностных отношений, материальной обеспеченности).

Возможно, что высокая значимость этой ценности, не имеющая выраженного инструментального смысла для личности, является особенностью, присущей молодому возрасту обследованных (19-21 год). С данным утверждением вполне согласуются и другие результаты проведенного исследования: у выпускниц медицинского колледжа жизненные цели и средства, их координация находятся в стадии формирования. Это проявляется и в преимущественно пассивном отношении к жизненной ситуации, и в разрыве между уровнями ценности и доступности, приводящем к внутреннему напряжению. На наш взгляд, это элемент возрастного кризиса, кризиса начала жизни, трудностей определения жизненного пути, уточнения личностью собственных потенциалов и ресурсов в его начале.

В.И.Новиков (1988), изучая систему ценностей студенческой молодежи, выявил ранговые места 18 терминальных ценностей, в числе которых было и здоровье, среди студентов с различной физкультурно-спортивной активностью. Он сопоставил группы трех уровней данной активности: 1) группу спортивного совершенствования; 2) группу подготовительного отделения; 3) группу студентов с ослабленным здоровьем. Было обнаружено, что "здоровье" как ценностная категория более значима для лиц, избирающих спорт как средство самосовершенствования. Автор пришел к выводу, что круг вопросов, связанных с заботой о своем физическом здоровье, для многих студентов не актуален. Только 15-20% студентов используют спорт как средство своего личностного самосовершенствования. При этом для большинства из них спорт является средством гармонического развития физических и духовных

способностей и не выступает как самооценność. Полученные нами данные о ценности здоровья противоречат результатам исследования ценностных ориентаций студентов МГУ. Таким образом, в начале жизненного пути здоровье не является ценностью с таким же весом, как в последующие периоды жизни. Возможно, такое утверждение нуждается в дополнительной проверке и уточнении.

Полученные данные показывают, что для большинства обследованных молодых женщин характерно пассивное отношение к событиям собственной жизни и низкая готовность к преодолению препятствий. Наименьшую ценность из ряда предложенных имеют активная, деятельная жизнь, свобода и творчество. Такое пассивное отношение оказалось связанным с ощущением увеличенной дистанции соотношения ценности и доступности. Заметим, что весьма сходная картина наблюдалась и при изучении других групп молодых людей. Для большинства из них свойственна повышенная неудовлетворенность самореализацией, событиями своей жизни при низкой активности отношения. Разного рода затруднения самореализации приводят к доминированию неблагоприятных настроений и психических состояний (Игнатова, Куликов, Розанова, 1995).

Выявленные связи между характеристиками ценностей и параметрами доминирующих психических состояний оказались такими, которые, с нашей точки зрения, совсем непросто предсказать, исходя из теоретических соображений. Для рассмотрения названных связей по суммарной величине абсолютных разностей между “ценностью” и “доступностью” были выделены две полярные группы: 11 человек с суммарной разностью не менее 37 баллов и 8 человек с суммарной разностью не более 24 баллов.

У молодых женщин с большими различиями между важностью ценностей и доступностью для них этих ценностей (первая группа) показатели доминирующих настроений и психический состояний очень близки к средним по нормативной выборке. Вероятно, большой разрыв между ценностью и доступностью эмоционально принят этими молодыми женщинами и не вызывает острой реакции, то есть отношение к нему спокойное. Но это принятие разрыва связано с пассивным отношением к жизненной ситуации. Пассивное отношение и неготовность к преодолению препятствий поддерживает данное принятие, а оно, в свою очередь, поддерживает пассивное отношение. У этой группы ровное настроение, выражена уверенность в себе.

Во второй группе устойчивое психическое состояние характеризуется напряжением, доминированием тревоги. Мы полагаем, что в этой группе сильный мотив достижения желаемых жизненных целей приводит к заметному устойчивому напряжению и создает некоторую угрозу здоровью. Возможно, вера в достижимость жизненных целей опирается на готовность преодолевать препятствия, а напряжение выступает как некоторое неизбежное следствие повышенной готовности.

### **Потребность в здоровье**

Анализ потребности в здоровье, место этой потребности среди других потребностей проведем с использованием эмпирических данных о психологических и социальных факторах рассмотрения личностью здоровья как жизненной ценности. Эти данные были получены в руководимом нами в 1993-1994 годах Центре

социально-психологической помощи населению Петроградского района Санкт-Петербурга<sup>1</sup>.

Автором была разработана анкета с целью получения информации о значимых для личности параметрах самосознания, самооценки, потребностно-мотивационной сферы, об общем эмоциональном комфорте или дискомфорте и о ряде других важных измерений личности конкретного человека. Анкетный опрос был анонимным. Анкетирование проводилось в помещениях, где работают сотрудники отдела первичной социальной помощи, на дому, в поликлиниках. На вопросы анкеты ответили 270 респондентов.

### **Здоровье и основные жизненные потребности**

ВОЗ к основным ресурсам здоровья относит денежный доход, жилье и пищу. Улучшение здоровья затруднено без стабильности этих трех основных компонентов. Кроме того, для укрепления здоровья требуются информация и определенные жизненные навыки, благоприятная среда, в которой есть выбор товаров, служб и культурно-бытовых объектов, необходимых для здоровья. Улучшение здоровья предполагает также наличие соответствующих условий экономического, физического и культурного окружения (всего окружения в комплексе). Составляя текст анкеты, мы старались охватить перечисленные ресурсы здоровья.

В первом пункте анкеты респондента просили сообщить, насколько важно для него в настоящее время удовлетворение ряда потребностей. В этом же пункте были перечислены шестнадцать потребностей. Оценить их важность предлагалось по пятибалльной шкале.

Очевидно, что уровень здоровья напрямую связан с возрастом. Следовательно, необходимо предположить, что возраст оказывает

---

<sup>1</sup> Анкетирование было проведено психологами О.В.Ивановым и М.А.Розановой.

влияние и на осознание здоровья как ценности. Поэтому мы сравнивали соответствующие характеристики у людей различных возрастов (табл. 1).

В соответствующих ячейках таблицы возрастные диапазоны групп указаны в упрощенном виде. Точные количественные возрастные параметры групп таковы. В первую группу были отобраны респонденты первого периода среднего возраста (мужского пола в возрасте 22–34 года, женского пола – 21–34 года). Во вторую группу – второго периода среднего возраста (35–59 лет мужского пола и 35–54 года – женского). В третью группу – лица пожилого возраста (60–74 года мужского пола и 55–74 года – женского). В четвертую – лица старческого возраста (75 лет и старше). Сравнивая обсуждаемые характеристики, полученные на подвыборках мужчин и женщин, мы не обнаружили значительных половых различий. Поэтому дальнейшее рассмотрение проведем для групп, включающих респондентов обоего пола. В таблице приведены количественные данные по тем пунктам анкеты, которые имеют непосредственное отношение к предмету нашего обсуждения.

*Таблица 1.*

Выраженность потребностей в разных возрастах

(средние величины оценок по пятибалльной шкале)

№	Перечень потребностей и вопросы	Возрастные группы			
		1	2	3	4
1	<i>Насколько важно для Вас в настоящее время удовлетворение следующих потребностей?</i>	21-3 4	35-5 9	60-7 4	>=7 5
	- наличие друзей, приятелей	4,31	3,97	3,67	3,82
	- возможность независимой, творческой деятельности	3,64	3,37	2,14	1,68
	- профессиональный, должностной рост	3,33	2,93	1,76	1,55
	- участие в общественно-политической деятельности	1,64	1,97	2,18	1,91
	- удовлетворенность работой	4,15	4,00	2,54	1,64
	- умение управлять собой, развивать и укреплять психику	4,36	4,23	3,35	3,50
	- уважение со стороны окружающих	4,38	4,20	4,05	<b>4,55</b>
	- защищенность от угроз и лишений, уверенность	<b>4,51</b>	4,41	3,88	3,82

	в завтрашнем дне				
	- обеспеченность продуктами, товарами, услугами	4,26	4,16	<b>4,12</b>	<b>4,45</b>
	- удовлетворяющее меня жилье	<b>4,51</b>	4,36	3,90	4,09
	- личная жизнь (любовь, отношения в семье, дети)	<b>4,74</b>	<b>4,52</b>	3,60	3,68
	- чистая совесть	4,36	<b>4,55</b>	<b>4,10</b>	4,18
	- общение с единовѣрцами	2,38	2,76	2,44	2,36
	- удовлетворительные отношения с соседями по квартире	3,10	3,65	3,68	3,86
	- интересное проведение свободного времени (досуга)	4,05	3,73	3,33	3,36
	- <b>здоровье</b>	<b>4,69</b>	<b>4,64</b>	<b>4,87</b>	<b>4,68</b>
	<i>Средние баллы всех потребностей</i>	3,90	3,83	3,34	3,32
5	Как складываются Ваши отношения с супругом (супругой)?	3,65	3,49	3,54	3,09
6	Удовлетворяете ли Вы свою потребность в общении?	3,46	3,23	3,41	3,59
7	Насколько Вы знакомы с соседями по дому или двору?	2,54	2,57	3,32	2,77
8	Как Вы оцениваете состояние своего <b>здоровья</b> ?	3,49	3,20	2,21	1,59
12	Насколько Вы удовлетворены своей жизнью?	2,82	2,81	2,86	2,86

Полученные данные позволяют провести количественное сопоставление потребностей по их значимости. (Баллы наиболее значимых потребностей в таблице выделены.) Потребность в здоровье во всех группах очень высока, с возрастом ее выраженность изменяется незначительно. Сильны также потребности в личной жизни, чистой совести и материальные потребности (защищенность от угроз и лишений, обеспеченность продуктами...). Напомним, что понятие “совесть” вошло в перечень важнейших для определения смысла жизни. Вероятно, этим в первую очередь определяется сила данной потребности в разных возрастах. Обращает на себя внимание снижение силы потребностей с увеличением возраста.

В первом периоде среднего возраста с потребностью в здоровье сходна только потребность в личной жизни. Весьма сильна в этом возрасте также потребность в независимой, творческой деятельности, профессиональном, должностном росте, важна удовлетворенность работой. В этом возрасте по сравнению с другими возрастами наиболее сильна потребность в друзьях.

У лиц среднего возраста (и первого, и второго периода) в число наиболее значимых входит потребность быть защищенным от угроз и лишений, иметь уверенность в завтрашнем дне. С увеличением возраста потребность в личной жизни ослабевает. Скорее всего снижение этой оценки связано с изменением характера любовных переживаний, с уменьшением в них такой составляющей, как любовная страсть. С возрастом уменьшается также потребность в интересном проведении свободного времени.

В пожилом и старческом возрасте мало актуализирована потребность в умениях управлять собой, развивать и укреплять психику. Следует заметить, что такого рода умения являются важным средством сохранения здоровья. Это резерв, который недостаточно используется людьми разных возрастов. Даже в пожилом и старческом возрасте, когда проблема сохранения здоровья особенно остра, внимание к нему – слабое.

Перечисленные в первом пункте анкеты шестнадцать потребностей, представляют собой довольно разнородное множество, в котором можно выделить различные виды потребностей. С помощью процедур математико-статистического анализа мы попытались выявить структурирование потребностей.

В группе лиц первого периода среднего возраста четырем видам потребностей были даны такие условные названия: “Обеспеченность”, “Карьера”, “Самореализация”, “Общение (межличностные связи)”. Потребность в здоровье оказалась в первой группе – потребностей в обеспеченности. Сюда вошли также потребности в обеспеченности продуктами, товарами, услугами, удовлетворяющем жилье, защищенности от угроз и лишений и уверенности в завтрашнем дне, личной жизни. Мы полагаем, что в этом возрасте здоровье

оценивается как средство (или источник) материального достатка. Поэтому оно и входит в данную группу потребностей.

В группе второго периода среднего возраста были выделены такие четыре вида потребностей: “Самореализация”, “Общение”, “Обеспеченность”, “Здоровье”. В этом возрасте более половины потребностей вошли в группу “Самореализация”, остальные группы весьма немногочисленны. Группу “Здоровье” образуют всего две потребности. Потребность в здоровье объединяется с потребностью в интересном проведении свободного времени. Мы считаем, что причина этого в специфической связи данной потребности с остальными – эта потребность имеет для личности очень существенное значение, но занимает в определенном смысле обособленное положение. Такая специфичность в этом возрасте проявляется наиболее ярко. Скорее всего в отличие от других возрастных периодов во втором среднем возрасте здоровье имеет самостоятельную ценность и не воспринимается личностью как средство (инструмент) удовлетворения прочих потребностей. Наиболее тесно оценка собственного здоровья (восьмой пункт анкеты) связана с удовлетворенностью супружескими отношениями и удовлетворенностью своей жизнью.

В группе лиц пожилого возраста четырем группам потребностей были даны такие условные названия: “Обеспеченность”, “Активность”, “Авторитет”, “Общение”. В “Активность” вошли потребности: в удовлетворенности работой, возможности независимой, творческой деятельности, участии в общественно-политической деятельности, общении с единовѣрцами. Потребность в здоровье вошла в четвертую группу – “Общение”. В нем представлены еще три потребности: в друзьях, в удовлетворительных отношениях с соседями по квартире, в

интересном проведении свободного времени. Это значит, что в пожилом возрасте здоровье имеет не только самостоятельную ценность – в нем не менее важны те возможности, которые оно дает для сохранения значимых межличностных отношений. В пожилом и старческом возрасте знакомства более широки, чем в обоих периодах среднего возраста (см. величины баллов седьмого пункта анкеты). Оценка собственного здоровья (восьмой пункт анкеты) тесно связана со всеми употреблявшимися нами показателями межличностных связей (пятый, шестой и седьмой пункты анкеты).

Таким образом, потребность в здоровье в разные возрастные периоды имеет одинаково большую ценность, но различную по смыслу. В среднем возрасте до 35 лет здоровье осознается личностью как один из необходимых источников обеспеченности. Во втором периоде среднего возраста оно имеет самостоятельную ценность. В пожилом возрасте здоровье ценится за то, что позволяет поддерживать более широкие межличностные связи.

### **Желание изменений в жизни и используемые средства**

Второй пункт анкеты содержал вопрос: “Что Вы хотели бы улучшить в Вашей жизни?”. Респонденту предлагалось ранжировать в порядке убывания значимости 10 различных сторон жизни. Предложенный перечень можно было дополнять. Количество дополнений оказалось незначительным, поэтому есть основания предполагать, что составленный перечень включает в себя все важнейшие для человека стороны жизни. Проанализируем желания в разных возрастах изменений в жизни и используемые средства.

*Желаемые изменения в жизни в среднем возрасте.* В порядке убывания следуют желания улучшить: *здоровье*; семейную жизнь; финансовое положение (заработок); жилье; работу; отношения с

людьми; брак (спружеский); питание; уровень образования; квалификацию; досуг.

Третий пункт анкеты содержал вопрос: "Что Вы предприняли, чтобы улучшить свою жизнь?". Были получены следующие ответы:

изменил свой образ жизни	31%
обратился за помощью к родственникам	26%
обратился в государственные органы	26%
обратился за помощью к друзьям	25%
перестроил отношения с людьми	12%
занялся другой работой, стал по-другому работать	12%
обратился в общественные организации (включая церковные)	8%
обратился за помощью к специалистам	6%.

Сопоставление состояния сферы потребностей с выявленными желаниями жизненных изменений и предпочитаемыми средствами изменений приводит к выводу, что между ними нет достаточного соответствия, побуждающего к активному, конструктивному поведению. Сила желания материальной обеспеченности не отражена в соответствующей интенсивности желания перестроить основной источник своего материального достатка – свою профессиональную деятельность. Говорить об этом позволяют положение на нижних уровнях иерархии желания изменить уровень образования, квалификацию, не часто встречающаяся потребность творческой деятельности, профессионального продвижения. Вместе с тем сравнение с группой пожилых людей показывает, что в среднем возрасте значительно более высока потребность и готовность принимать ответственность за изменения своей жизни на себя.

Два наибольших по величине желания изменений здоровья и изменений семейной жизни (а также близкие к ним желания изменить отношения с людьми и брак) таковы по своему характеру, что их

удовлетворение прежде всего зависит от самого человека, а потом уже от государства, общества, близкого окружения и т.п. Во всяком случае можно полагать, что это справедливо для человека, сохранившего здоровье и имеющего семью. С другой стороны, здоровье и семейная жизнь человека находятся под влиянием большого числа исторических, экономических, культурных, экологических, социальных факторов. Пропуская некоторые звенья рассуждений и говоря более конкретно: только сам человек строит свою жизнь и вырабатывает свой образ жизни, он свободен в этом выборе и ответствен за него. Социально защищен он будет, если государство и общество создадут условия для этого выбора, не ограничивающего свободы другого человека, и уменьшат для него риск большой ответственности за его выбор образа жизни. И государству, и обществу выгоднее брать на себя заботу о гражданине своевременно, а не после того, когда у него появилось право на социальную защиту. Причем это выгоднее и в социальном, и в экономическом аспекте.

Весьма высокие места устойчиво занимает потребность в улучшении жилья, что не составляет новизны и не требует комментариев. Однако и в научных, и в практических целях важно уточнить значимость этой потребности, соотнести ее с другими.

***Желаемые изменения в жизни в пожилом и старческом возрасте.*** На вопрос: "Что Вы предприняли, чтобы улучшить свою жизнь?" были получены следующие ответы (варианты расположены в порядке убывания процента положительных ответов, справа указаны проценты):

обратился в государственные органы	40%
обратился за помощью к родственникам	29%
обратился за помощью к друзьям	26%
обратился в общественные организации (включая церковные)	13%

обратился за помощью к специалистам	10%
изменил свой образ жизни	7%
перестроил отношения с людьми	5%
занялся другой работой, стал по-другому работать	3%

Чтобы изменить свою жизнь, пожилые менее склонны менять свой образ жизни, работу, а более (склонны) обращаться за помощью в государственные и общественные организации, к родственникам и друзьям.

Дальнейшее сравнение проведем по двум подгруппам пожилых людей: 60–65 лет (39 человек) 70–75 лет (42 человек). Такое сравнение может помочь нам определить тенденцию изменения рассматриваемых психологических особенностей с увеличением возраста.

Значимость потребностей в целом, оцениваемая по средней величине баллов во всех позициях первого пункта анкеты, существенно не изменяется с увеличением возраста и остается примерно на той же отметке, что и в группе среднего возраста. По достаточно понятным причинам с возрастом снижается потребность в независимой творческой деятельности.

Иерархия потребностей в своих главных измерениях сохраняется. Первые три по силе потребности: здоровье, чистая совесть, обеспеченность продуктами (товарами, услугами). За ними следуют потребности: личная жизнь, удовлетворяющее меня жилье, уважение со стороны окружающих, наличие друзей и приятелей. С увеличением возраста несколько преобразуется иерархия стремлений в улучшении своей жизни. В начальном пожилом возрасте над остальными доминирует желание улучшить здоровье. За ним идут желания улучшить: питание, жилье, семейную жизнь, отношения с людьми. В более позднем пожилом возрасте на первом месте

оказывается желание улучшить питание, на втором месте – семейную жизнь, на третьем – отношения с людьми, после них – желание улучшить досуг. Обращает на себя внимание снижение стремления улучшить здоровье, которое уходит из числа наиболее сильных. Вероятно, это связано с уменьшением уверенности в том, что изменения состояния здоровья носят обратимый характер. Потребность же иметь здоровье не ослабевает, как это видно по ответам на первый пункт анкеты, где здоровье, как и в других возрастах, остается главенствующей потребностью.

С увеличением возраста происходят заметные перестройки в активности по обеспечению и улучшению своей жизни. В начальном и позднем пожилом возрасте чаще всего обращаются в государственные органы и к родственникам. С сожалением нужно отметить, что в позднем пожилом возрасте люди практически не обращаются за помощью к специалистам, что свидетельствует, по нашему мнению, о несформированной еще культуре и традиции использования услуг специалистов для изменения своей жизни.

Ответы на вопрос об удовлетворенности потребности в общении оказались для пожилого возраста в рассматриваемом диапазоне такими же, как и в других возрастах. Эти оценки колеблются между 3 и 4 баллами – около 3,5 балла. Этот параметр наиболее тесно связан с удовлетворенностью жизнью, поэтому значимость его весьма велика. Общение с соседями по дому или двору становится в позднем пожилом возрасте более узким и по своему объему приближается к тому, что характерно для лиц среднего возраста. Однако следует добавить, что в среднем возрасте доверительное общение с друзьями больше представлено в структуре общения. Так, например, оно играет важную роль в восстановлении душевного равновесия. В пожилом возрасте этого нет, а потребность в

друзьях и дружеской поддержке, как уже было отмечено, весьма велика.

С увеличением возраста меняются средства восстановления душевного равновесия. В среднем возрасте чаще всего помогают восстановить душевное равновесие занятие каким-либо делом, доверительное общение, сон, развлечения, воспоминания о чем-то приятном. На первое место в пожилом возрасте выходят лекарственные средства восстановления душевного равновесия. Реже, чем в среднем возрасте, используются для восстановления душевного равновесия сон и воспоминания о чем-то приятном; не используются – психологические приемы; развлечения; средства, соответствующие религиозной вере; физкультура; алкогольные напитки. Неизменно важным средством для всех рассмотренных возрастов остается занятие каким-либо делом.

Наиболее важной чертой личности респондентов разных возрастов является недостаточно активная личностная позиция в организации своей жизни. По упомянутым выше особенностям видно, что и в потребностях, и в устремлениях, и в выбираемых средствах изменения своей жизни – везде значителен разрыв между мотивацией потребления (в широком понимании – включая желания обеспеченности, защищенности...) и мотивацией активного преобразования, изменения образа жизни. Интенсивность желания иметь хорошее жилье, питание вполне понятна и естественна, но она не уравновешена столь же интенсивным желанием активизировать для этого средства достижения этих благ – сменить работу, начать работать по-другому, повысить свою квалификацию, образование и т.д. Велико ожидание, что благополучие должен обеспечить кто-то другой. Вероятно, это проявление феномена "выученной беспомощности", то есть приобретенного в ходе жизни и развития

всех социальных установок и навыков перекладывания ответственности за свою жизнь на какие-то силы социального окружения.

Таким образом, в числе важнейших жизненных потребностей оказались: *здоровье* – универсальная ценность человеческой жизни, независимая от исторического времени или географического пространства; витальные потребности, что достаточно понятно и вряд ли требует какого-либо комментария; потребности, удовлетворение которых поддерживает устойчивость личности, сохранность ее ядра, – самоуважение и уважение окружающих, постоянные межличностные связи.

Полученные данные говорят о том, что приоритетным направлением деятельности в социальной сфере должна быть разносторонняя работа по восстановлению, сохранению и укреплению здоровья жителей. Субъективные переживания – важнейшая характеристика состояния общественного сознания, групповых настроений, ожиданий, отношений. Без их учета невозможно выстроить научно обоснованную социальную политику, социальное управление, социальное планирование.

Для различных возрастных групп характерна неудовлетворенная потребность в общении, что в значительной степени определяет удовлетворенность жизнью в целом. Решение этой проблемы необходимо не только исходя из общих принципов гуманизма, гармонизации душевного состояния человека и т.п., но и принимая в расчет более конкретные задачи укрепления нервно-психического здоровья человека, повышения его социальной адаптации и расширения возможностей изменения своей жизни (в частности, семейного статуса), снижения стресса, структурирования свободного времени, отдыха, досуга. У разных групп населения

весьма высока потребность в улучшении отношений с людьми, изменении имеющихся межличностных отношений, что тесно связано с общей удовлетворенностью своей жизнью.

Происходящие в стране события являются не только переломным моментом исторического развития, но, одновременно, для многих россиян являются кризисным этапом собственного жизненного пути, своего личностного развития, серьезным испытанием психологической устойчивости, самостоятельности, зрелости. Это увеличивает значение психологической помощи и поддержки, которая может быть реализована практическим психологом, социальным работником, психотерапевтом.

## **Состояние здоровья как причина эмоционального дискомфорта**

В повседневной жизни нередко находятся поводы для неприятных переживаний. Оторвавшаяся во время лекции от костюма преподавателя пуговица, забрызганная грязью юбка спешащей на свидание девушки, автомобильная пробка в то утро, когда непременно нужно приехать без опоздания, и т.п. – все это обычные причины, вызывающие неприятные эмоции. Без них вряд ли кому удастся прожить хотя бы месяц или даже неделю. У человека есть определенный резерв психологической устойчивости, который позволяет более или менее спокойно воспринимать события такого рода как неизбежные помехи.

Психическое состояние в той или иной мере обуславливают причины разного масштаба, и мелкие, проходящие (как названные выше), и серьезные, длительные. Согласно нашему пониманию настроения основное внимание в рассмотрении причин эмоционального дискомфорта следует уделить факторам длительного действия, причинам, имеющим личностный смысл.

Сам факт значимости здоровья для переживания, ощущения эмоционального комфорта вряд ли вызывает сомнения. Однако для психологии здоровья важны также количественные характеристики того, как отражено здоровье в сознании личности. Здоровье (нездоровье) и комфорт (дискомфорт) – явления тесно взаимосвязанные. С одной стороны, снижение здоровья у большинства людей вызывает эмоциональный дискомфорт. А с другой – затяжные состояния эмоционального дискомфорта в той или иной степени отрицательно влияют на здоровье.

М.Ю.Долина и М.С.Дмитриева под нашим руководством проводили исследование значимости различных источников

дискомфорта, большинство которых можно считать действующими относительно постоянно. Нами была составлена анкета, содержащая перечень наиболее частых стрессоров. За основу была взята шкала трений (всяких неудачных обстоятельств) Каннера. На наш взгляд, в исходном виде шкала довольно громоздка, кроме того, она не учитывает особенности российского образа жизни. М.Ю.Долина перевела ее на русский язык и сделала первичную апробацию на группе 12 человек. Апробация дала нам материал для того, чтобы выделить наиболее актуальные для отечественной популяции причины дискомфорта.

Респондентам предлагалось оценить по семибалльной шкале степень беспокойства, доставляемого каждым из перечисленных в перечне факторов. Ответы давали врачи, работники детских дошкольных учреждений, студенты. Всего было опрошено 117 человек (105 женщин и 12 мужчин). Все респонденты – с высшим или незаконченным высшим образованием. Испытуемые отвечали также на представленный выше опросник «ДС».

При обработке данных были вычислены средние баллы субъективных оценок значимости стрессоров (табл. 3).

С помощью процедур математико-статистического анализа были выделены пять групп причин эмоционального дискомфорта.

1. Причины межличностных отношений: столкновения с начальством, физический недуг, проблемы в общении с сотрудниками на работе, неудовлетворенность внешним видом, *заботы о здоровье вообще*, раскаяние по поводу прошлых решений, сексуальные проблемы, проблемы с подчиненными, осуждение и дискриминация со стороны других, беспокойство о надежности места работы, неприятные соседи, неудовлетворенность своей работой.

*Таблица 3. Значимость причин эмоционального дискомфорта*

№	Причины эмоционального дискомфорта	Балл
1	Забота о состоянии <b>здоровья</b> кого-либо из членов семьи	4,64
2	Финансовая ненадежность	4,29
3	Трудности с возможностью выразить себя	4,00
4	Перегруженность делами	4,00
5	Беспокойство, вызванное внутриличностными конфликтами	3,90
6	Раздумья о смысле жизни	3,87
7	Недостаточность отдыха	3,80
8	Неудовлетворенность внешним видом	3,74
9	Проблемы с сексуальным партнером	3,72
10	Недостаток активности, энергии	3,71
11	Проблемы в общении с сотрудниками на работе	3,61
12	Неудовлетворенность своей работой	3,56
13	Проблемы с детьми	3,56
14	Растущие цены	3,56
15	Нехватка времени для семьи	3,54
16	Проблемы с покупками	3,49
17	Сексуальные проблемы	3,49
18	Заботы о <b>здоровье</b> вообще	3,47
19	Чувство одиночества	3,47
20	Проблемы с родителями	3,46
21	Раскаяние по поводу прошлых решений	3,41
22	Физический недуг	3,33
23	Перегруженность семейными обязанностями	3,29
24	Проблемы с транспортом	3,24
25	Беспокойство о надежности места работы	3,20
26	Осуждение и дискриминация со стороны других	3,20
27	Беспокойство по поводу обстановки в стране	3,19
28	Столкновения с начальством	3,04
29	Неприятные соседи	2,92
30	Проблемы с подчиненными	2,66
31	Проблемы с местом работы из-за своего пола	2,49

2. Внутриличностные причины: беспокойство, вызванное внутриличностными конфликтами; трудности с возможностью выразить себя; проблемы с сексуальным партнером; чувство одиночества; недостаток активности, энергии; проблемы с родителями.

3. Причины перегруженности делами: перегруженность семейными обязанностями; проблемы с детьми; нехватка времени для семьи; перегруженность делами; раздумья о смысле жизни.

4. Социально-бытовые причины: проблемы с покупками; растущие цены; проблемы с транспортом; беспокойство по поводу обстановки в стране.

5. Причины незащищенности: проблемы с местом работы из-за своего пола; *забота о состоянии здоровья кого-либо из членов семьи*; финансовая ненадежность.

Анализ взаимосвязей признаков анкеты и показателей доминирующих психических состояний показал, что наибольшее число связей у группы внутриличностных причин. Таким образом, ***наиболее сильные причины дискомфорта находятся внутри самой личности***, а средовые влияния менее сильны. Также со всеми показателями доминирующих психических состояний оказались связаны стрессоры межличностных отношений. Причина такой высокой значимости скорее всего в том, что межличностные взаимодействия выступают как основные звенья, опосредующие социальную адаптацию личности, реализующие возможность социальной поддержки в трудных жизненных ситуациях, в ситуациях преодоления.

Анализ взаимосвязей в группе факторов, связанных с переживанием внутреннего дискомфорта выявил, что центральное место в ней занимает “чувство одиночества”. Стрессоры, входящие в эту группу оказались довольно тесно связанными между собой. Чувство одиночества можно рассматривать как связующую нить двух основных групп – внутреннего дискомфорта и дисгармонии межличностных отношений. Это дает основание заметить, что многие обсуждаемые факторы дискомфорта могут быть обозначены как “внутриличностные” лишь условно. За внутриличностной локализацией таких причин дискомфорта необходимо видеть

социально-психологические корни, влияние особенностей межличностных связей в микросоциуме.

Со всеми показателями доминирующих психических состояний связаны причины дискомфорта, касающиеся здоровья. Потребность сохранения и улучшения здоровья наиболее актуализирована и интенсивна, она часто является причиной устойчивого напряжения, общего эмоционального дискомфорта личности.

Признаки “забота о состоянии здоровья кого-либо из членов семьи” и “заботы о здоровье вообще” в определенной степени обособлены от других факторов дискомфорта. В пространстве всех рассмотренных признаков (всего 31) они имеют малое число тесных связей с остальными.

Выше мы отметили отсутствие значимых связей потребности в здоровье и оценки собственного здоровья с показателями других пунктов анкеты потребностей и самочувствия. Высказали также предположение о специфической связи данной потребности с остальными потребностями. Вероятно, названная специфичность обусловлена в первую очередь особой значимостью данной потребности для человека и в связи с этим ее обособленным местом в структуре потребностей человека.

Результаты статистического анализа подтвердили высказанные ранее суждения о ведущем значении среди множества факторов гармонии внутреннего мира личности и гармонии межличностных взаимодействий. Заботы о семье, детях современные россияне видят во взаимосвязи с ситуацией в стране. Последний фактор имеет высокую субъективную значимость для людей, вошедших в выборку.

Далее мы более детально оценили силу влияния факторов дискомфорта на параметры психических состояний. На уровень тревоги наибольшее влияние оказывают факторы внутреннего

дискомфорта и семейные стрессоры. Устойчивость эмоционального тона больше всего зависит от стрессоров, связанных со здоровьем и работой. Напряженность более всего определяется социальными и экономическими стрессорами, причинами, связанными со здоровьем и с переживаниями внутреннего дискомфорта. Тонус в наибольшей степени зависит от стрессоров, связанных со здоровьем и коммуникативных стрессоров. Уныние возникает прежде всего из-за причин, связанных со здоровьем, из-за внутреннего дискомфорта и факторов, связанных с работой. На активное отношение к жизненной ситуации и готовность преодолевать препятствия более всего влияют социальные, экономические и семейные стрессоры.

Непринятие себя, критичность самооценивания возрастают из-за факторов нездоровья, коммуникативных и семейных стрессоров.

Факторы беспокойства о здоровье, включая физические недуги, и стрессоры внутреннего дискомфорта (трудности с возможностью выразить себя, заботы о смысле жизни, раскаяние по поводу прошлых решений) вносят наибольший вклад в снижение настроения и формирование устойчивых состояний дискомфорта.

Проведенный нами сравнительный анализ значимости причин дискомфорта дал весьма ценные сведения для углубления наших представлений о субъективном благополучии личности – центральном понятии в определении здоровья. Многие факторы, приводящие к дискомфорту, напряжению, достаточно точно идентифицируются личностью как стрессоры. Об этом говорит значительная согласованность субъективных оценок своего настроения с осознанием их вероятных причин. Есть сходство и в реакциях разных людей на одни и те же жизненные события и обстоятельства. Заметим, что этот вывод в большей мере относится к процедуре научного исследования, использующего специальные методы. В

жизнейских ситуациях, в повседневном самонаблюдении далеко не всегда люди способны достаточно точно осознавать действительные причины изменения самочувствия, состояния здоровья.

Итак, проведенное исследование позволило нам уточнить многие важные особенности осознания личностью здоровья как жизненной ценности. Понимание своего состояния как здорового или болезненного обусловлено целым рядом факторов социальной и психологической природы. Во многом оно зависит от психологической компетентности личности. Последняя обусловлена особенностями психологической культуры того социума и этноса, к которому принадлежит индивид. В психологической культуре любого социума и этноса формы и методы укрепления психического здоровья занимают видное место. Эмоциональная составляющая отношения к здоровью полнее всего раскрывается в доминирующем у личности настроении.

Для понимания смысла жизни наибольшее значение имеют четыре группы ценностей: “ценности душевной жизни”, “ценности материального существования”, “ценности духовной жизни”, “ценности самореализации личности”. Здоровье входит в число основных понятий (ценностей), на которых строится понимание смысла жизни. В аспекте понимания смысла жизни оно наиболее тесно связано с ценностями материального существования.

Среди различных групп потребностей личности довольно явно доминируют желания материальной обеспеченности и улучшения здоровья. Причем одно лишь желание улучшения здоровья по своей силе практически равно всем потребностям материальной обеспеченности. Удовлетворенность жизнью в значительной степени обусловлена характером межличностных отношений и состоянием

собственного здоровья, но весьма слабо зависит от материального обеспечения и финансового положения личности.

Потребность в здоровье в разные возрастные периоды имеет одинаково большую ценность, но различную по смыслу. В среднем возрасте до 35 лет здоровье осознается личностью как один из необходимых источников обеспеченности. Во втором периоде среднего возраста (35-60 лет) здоровье имеет самостоятельную ценность. В пожилом возрасте здоровье ценится за то, что позволяет поддерживать более широкие межличностные связи.

Здоровье как ценность включено в общую структуру ценностных ориентаций, но доступность освоения жизненных ценностей в сознании личности весьма слабо связана с собственным здоровьем (по данным для выборки женщин в возрасте 19-21 года). И как ценность сама по себе, и как достижимая цель, здоровье оказалось теснее связанным с духовными ценностями. В юношеском возрасте здоровье слабо связано с ценностями межличностных отношений и ценностями материальной обеспеченности, имеющими высокую значимость на протяжении всей жизни.

Потребность сохранения и улучшения здоровья в ряду других потребностей наиболее актуализирована и интенсивна (в перечне рассмотренных нами 16 потребностей). Она часто является причиной устойчивого напряжения, общего эмоционального дискомфорта личности. Здоровье относится к числу важнейших факторов, обуславливающих устойчивость эмоционального тона, уровень настроения, ощущения повышенной утомляемости. Непринятие себя, критичность самооценивания возрастают при неудовлетворенности здоровьем.

## **Литература**

*Введение в этническую психологию: Учеб. пособие /Ред. Ю.П.Платонов. СПб., 1995.*

*Драгунская Л.С. Медицинская психология, аксиология и проблемы психодиагностики //Психологический журнал. 1989. Т. 10, № 3.*

*Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Мифы нашего сознания //Россия сегодня: новые горизонты сознания /Под ред. В.Н.Келасьева. СПб., 1994.*

*Игнатова Е.Н., Куликов Л.В., Розанова М.А. Социальные и социально-психологические аспекты стрессоустойчивости личности //Теоретические и прикладные вопросы психологии. Вып. 2. Ч.2 /Под ред. А.А.Крылова. СПб., 1995.*

*Куликов Л.В. Психологическая структура настроения //Психология: итоги и перспективы: Тез. научно-практ. конф. 28-31 октября 1996 г. СПб., 1996.*

*Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. М., 1993.*

*Новиков В.И. Здоровье и физическое состояние в системе ценностей студенческой молодежи //Физкультура и здоровье студентов. М., 1988.*

*Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2 т., Т.1. М., 1989.*

*Судаков К.В., Шумский Н.Г. Эмоции //Большая медицинская энциклопедия. М., 1986. Т. 28.*

*Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов //Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 1.*

*Частотный словарь русского языка /Под ред. Л.Н.Засориной. М. 1977.*

*Ядов В.А.* О диспозиционной регуляции социального поведения личности //Методологические проблемы социальной психологии. М., 1975.

*Kreiler S., Kreiler H.* The psychological profile of the health-oriented individual //European Journal of Personality. 1991. Vol. 5, № 1.