

## **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕМ СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА**

Г.С. Корытова (Иркутск)

**Аннотация.** Рассматриваются психосоциальные аспекты проблемы отношения человека к своему здоровью, излагаются результаты эмпирического исследования социальных представлений о здоровье в молодежной среде.

**Ключевые слова:** здоровье; болезнь; психология здоровья; внутренняя картина здоровья; здоровый образ жизни; социальные представления.

История человечества неразрывно связана с появлением, распространением и исчезновением болезней. Практически каждый человек имеет личный опыт болезни и ее лечения, владеет собственными способами диагностики своего состояния, апеллируя к самым разнообразным знаниям, представлениям о здоровье и болезни. Люди всегда стремились понять болезнь, установить причины и найти способы защиты от нее, быть здоровыми. Во все времена здоровье занимало одну из самых высоких позиций в иерархии ценностей человека, хотя и не всегда очень хорошее здоровье и продолжительная жизнь были единственными ориентирами в жизни, исключительными регуляторами поведения. Тем не менее по мере развития общества осознание ценности здоровья только возрастало. Широкая распространенность проблемы здоровья в общественном дискурсе с течением времени изменила его изначально биомедицинское значение, трансформировав в социальную категорию.

Социальные аспекты проблемы здоровья оказались в центре пристального внимания представителей социальных наук (культурной антропологии, философии, социологии и др.) вскоре после окончания Второй мировой войны, однако систематическое изучение данного направления в рамках психологического знания стало возможным лишь с 70-х гг. XX в., когда на Западе возникла новая самостоятельная область знания – психология здоровья (Health Psychology). Ее появление было ознаменовано образованием секции психологии здоровья в составе Американской психологической ассоциации, а также изданием в 1979 г. Дж. Стоуном, Ф. Козном и Г. Адлером первого учебника по психологии здоровья и выходом в свет в 1982 г. периодического издания «Journal of Health Psychology» [2].

Одной из главных предпосылок появления психологии здоровья как прикладной области психологического знания явился прогресс медицины, а также новое понимание здоровья и болезни, закрепленное в уставных документах Всемирной организации здравоохранения.

В частности, этому способствовало изменение глобальной парадигмы здоровья, вызванное тем, что в XX в. на смену биомедицинской модели, господствовавшей в течение нескольких веков, пришла биопсихосоциальная, детально разработанная в трудах американского исследователя и врача Дж. Эйнджела. Согласно биомедицинской модели, признающей дуализм тела и психики, все болезни рассматривались как соматические явления, а здоровье – как отсутствие болезни. В пору своего создания ВОЗ, опираясь на биопсихосоциальную модель, определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия человека, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Эта широко известная дефиниция приводится в преамбуле к Уставу ВОЗ, принятому Международной конференцией здравоохранения в Нью-Йорке и подписанному 22 июля 1946 г. представителями шестидесяти одной страны, в том числе СССР. С этого времени определение понятия «здоровье» в нем не изменялось.

Необходимость появления новой научной дисциплины – психологии здоровья – объяснялась и экономической политикой в области здоровья: более выгодным оказалось не излечение от имеющихся болезней с сопутствующими высокими затратами на медицинское лечение и обслуживание, но их предотвращение, пропаганда здорового поведения и здорового образа жизни. Значимым для этого оказалось и психологическое знание, предлагающее свои решения в отношении ряда проблем в области профилактики здоровья. Размышляя о социокультурных и исторических предпосылках возникновения новой дисциплины, И.Б. Бовина указывает на существование еще одной причины, связанной «...с развитием самой психологии, с тем, что в этот момент имелось то самое необходимое знание, ...которое потенциально было способно объяснить то, что было не под силу медицине» [2. С. 40].

Активизация исследований в области психологии здоровья в России произошла в середине 1990-х гг. (хотя на ее актуальность и высокую социальную значимость еще задолго до этого указывали многие выдающиеся представители отечественной медицины, что способствовало формированию в рамках медицинской (клинической) психологии нового научного направления – «Психология здоровья». В первом российском издании учебного пособия «Психология здоровья» (2002), посвященном интенсивно развивающемуся направлению исследований, Г.С. Никифоров дал описание его предметной области, рассмотрел критерии психического и социального здоровья, обозначил некоторые характеристики осознания здоровья как жизненной потребности и составляющей смысла жизни, а также попытался выяснить, как влияет неудовлетворенность здоровьем на возникновение эмоционального дискомфорта. В рамках данного понимания был проведен ряд эмпирических исследований и сравнительный анализ потребности в здоровье и других потребностей [5].

В настоящее время в нашей стране идет процесс становления данного направления, российским специалистам еще предстоит установить его понятийный аппарат, определить методологические основания, классифицировать исследовательские методы, но уже ясно, как отмечает В.А. Ананьев, что «психология здоровья» – понятие значительно более глобальное и масштабное, чем «психогигиена» или «психопрофилактика». Она имеет «...более широкое поле теоретических и практических задач и включает в себя не только предупреждение развития психической и соматической патологии, но и общее совершенствование человека. Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» [1. С. 9]. Предпринимаемые в рамках данного направления попытки изучения социального феномена здоровья и понимания его сущности на первый план неизбежно выводят его субъективные психологические аспекты, которые раскрываются через «отношение к здоровью» (Р.А. Березовская), «внутреннюю картину здоровья» (В.А. Ананьев, И.И. Мамайчук, В.Е. Каган), «социальные представления о здоровье» (И.Б. Бовина, О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов и др.).

Проводимые исследования убедительно показывают, что предметная область психологии здоровья шире, чем только выполнение действий, непосредственно связанных со здоровьем и совершенствованием человека. Вполне очевидно, что она включает анализ социальных отношений, стратегий поведения, изучение аттитюдов, убеждений, ценностей, социальных представлений, ориентирующих, направляющих и оправдывающих те или иные действия, связанные со здоровьем (равно как и с болезнью). Это является одним из центральных аргументов в пользу необходимости теории, которая позволила бы проанализировать здоровье и болезнь через призму отношений «индивид – общество». Ряд авторов полагает, что адекватной теорией, которая позволила бы учесть эти грани проблемы здоровья и болезни, является теория социальных (обыденных) представлений, разработанная С. Московиси, в фокусе которой сосредоточены обыденные представления, на которые люди опираются, коммуницируя друг с другом, принимая решения о выполнении или невыполнении того или иного действия [2]. Согласно С. Московиси, социальные представления – это сеть понятий и утверждений, своего рода цепочка идей, метафор и образов, более или менее свободно связанных друг с другом, что обеспечивает им большую подвижность. Социальные представления рождаются в повседневной жизни в ходе межличностной коммуникации, их основной целью является осмысление, интерпретация человеком феноменов социальной жизни. Как считает И. Маркова, «социальность» представлений заключается в том, что они коллективно выработаны, активно используются, а не только в том, что их можно обнаружить у каждого. Представления содержат противоречивые элементы, однако

это не мешает человеку в повседневной жизни, так как люди живут не в одном гомогенном мире, но во многих мирах, каждый из которых имеет свою собственную форму дискурса и мышления. Источниками социальных представлений о здоровье и болезни являются научные и обыденные знания, основанные на опыте межперсональных отношений, разговоров, каждодневной рутины. Некоторые представления базируются преимущественно на убеждениях, которые зачастую коренятся в национальной культуре, традициях, обычаях и передаются из поколения в поколение посредством коллективной памяти, коммуникаций, языка. Убеждения не требуют фактов для своего опровержения и подтверждения, несмотря на имеющиеся противоречия, они остаются неизменными и могут быть заменены только на другие, более сильные [2].

За полвека, прошедшие с момента первой публикации теории в широко известной работе С. Московиси «Психоанализ: его образ и публика» (1961), она получила дальнейшее развитие, при этом исследователи всего мира внесли свой вклад в проверку положений и разработку методологии исследования социальных представлений. Однако по-прежнему остается ряд идей, высказанных С. Московиси, которые ждут последующего эмпирического уточнения и дополнения. Многообразие исследовательских приемов изучения социальных представлений можно наблюдать в рамках различных подходов, предложенных представителями Женевской (динамический подход В. Дуаза), Парижской (регулятивный подход Д. Жоделе) и Экс-ан-Прованской (структурный подход Ж.-К. Абрика) научных школ. Аналитический обзор работ, в которых теория социальных представлений получила свое преимущественное развитие, дает основание полагать, что в наибольшей степени методология эмпирического исследования разработана в Экс-ан-Прованской научной школе. В русле структурного подхода французскими исследователями (Ж.-К. Абрик, К. Фламан, М.-Л. Рукет и др.) достаточно четко сформулированы научные принципы, разработаны способы проверки предположений, изучения процессов зарождения и изменения социальных представлений.

Изучение проблемы отношения человека к своему здоровью показало, что обязательным моментом является формирование внутренней картины здоровья – особого отношения к здоровью, выражающегося в осознании ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенству. Понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ) по аналогии с понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ) было предложено в 1983 г. В.Н. Смирновым и Т.Н. Резниковой. Внутренняя картина болезни являет собой структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Данный термин в научный обиход ввел А.Р. Лурия в 1929 г. в русле развития идей А. Гольдштейна об «аутопластической (внутренней) картине заболевания» – субъективном компоненте общей

картины соматического заболевания. Как отмечает А.Ш. Тхостов, наряду с объективно обнаруженными изменениями и связанными с ними ощущениями, обширная зона психической активности заболевшего человека начинает фокусироваться на страдании. Став фактом сознания, аллопластическая (объективная) картина болезни, отражая функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием, начинает подчиняться и законам субъективного [6]. В начале 1980-х гг. В.Н. Смирнов и Т.Н. Резникова писали: «...одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель – внутренняя картина здоровья, своеобразный эталон здоровья человека. Этот эталон может быть достаточно сложным, включая различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений» [2. С. 120]. В последующем понятие внутренней картины здоровья в расширенном варианте рассматривалось В.Е. Каганом, А.Б. Орловым, В.П. Казначеевым, В.А. Ананьевым, И.И. Мамайчук и др. В частности, В.Е. Каган подчеркивал: «Исчерпывающая дефиниция здоровья подобна горизонту, но каждый человек представляет себе, что такое здоровье, и способен так или иначе соотнести с этим представлением свое актуальное состояние. Это представление, “для себя знание”, мы обозначаем как внутреннюю картину здоровья. В ней здоровье и болезнь не противопоставлены, а сопоставлены так, что понятие болезни характеризует не количественный, а качественный аспект здоровья, и внутренняя картина болезни предстает как частный случай проблемы ВКЗ» [3. С. 202].

Внутренняя картина здоровья не является врожденной, она формируется как личностное развивающееся образование в ходе социализации человека с ранних этапов онтогенетического развития. На основе опыта окружающих (бытового представления), информации, почерпнутой из средств массовой информации и литературных источников, чаще медицинского (научного) направления, каждый человек вырабатывает свою субъективную концепцию здоровья. Она включает в себя причины, механизмы развития, признаки самочувствия, симптомы отклонения, в том числе доминирующее представление о будущем и некоторые спланированные ступени к нему, прогноз продвижения к здоровью. Являя собой совокупность субъективных представлений (интеллектуальных описаний) о здоровье человека в виде комплекса эмоциональных переживаний, ощущений и поведенческих реакций, внутренняя картина здоровья соотносится с тремя составляющими структуры личности (когнитивной, эмоциональной, поведенческой), что отражает элемент целостности в восприятии себя. Формирование внутренней картины здоровья, по мнению В.А. Ананьева, предполагает:

1) осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического состояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового психосоматического целого;

2) осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, т.е. идентификацию в себе индикаторов предболезни,

предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья [1. С. 121].

Основной функцией внутренней картины здоровья является регуляция деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни. Она задает модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья, что и определяет значимость изучения субъективных представлений о здоровье индивида и выявления степени влияния социокультурных норм, ценностей и идеалов. С точки зрения И.В. Цветковой, степень осознанности в отношении к собственному здоровью напрямую зависит от социокультурного контекста, при этом различаются критерии и нормы здоровья при смене исторических эпох. Примером может служить античная эпоха, когда требование гармоничного развития человека распространялось и на совершенство его телесного облика. Современное общество также накладывает свой отпечаток на отношение к здоровью и приемлемые способы его поддержания и детерминирует нормы здоровья [7].

Здоровье, представляющее собой ценность и на общегосударственном уровне, и на уровне индивида, объективируется телесностью человека. В научной психологии сегодня отсутствует однозначное понимание телесности, а имеет место множественное толкование термина «телесность»: означенный опыт интрацептивных ощущений (А.Ш. Тхостов); компонент самосознания, «Я-телесное» (Е.Т. Соколова, Д.А. Бескова); основа идентичности (Т.А. Ребеко) и др. Аксиология человеческой телесности выступает одной из базовых составляющих аксиологии здоровья, поскольку, согласно И.М. Быховской, «...именно тело человека, его состояние и степень развития, характер его функционирования и динамика изменений, его сопряженность или же разбалансированность с социальным бытием субъекта являются важным индикатором здоровья» [2. С. 54]. Клинико-психологический анализ телесности предполагает обращение не только к выявлению закономерностей осознания телесного опыта, но и к пониманию его в контексте целостной жизни человека. На необходимость анализа смысловых аспектов телесного опыта (здоровья, болезни и др.), связи его с субъективной картиной жизненного пути личности указывают В.В. Николаева, О.Г. Мотовилин, В.Е. Каган, С.А. Кулаков, Т.Д. Василенко.

Телесность индивида формируется и трансформируется аналогично другим высшим психическим функциям – прижизненно, в ходе социального взаимодействия, в первую очередь, с близким взрослым. Ребенок постепенно путем интериоризации усваивает социально приемлемые способы контроля и регуляции собственных телесных проявлений. Далее подросток включается в более широкий социальный контекст, где социумом задаются представления об идеалах внешности, эталоны здоровья. Современные технологии предлагают различные

формы контроля над своим самочувствием, биотехнологии определяют индивидуальное самочувствие индивида. Поэтому, на наш взгляд, необходимым условием адекватного рассмотрения феномена внутренней картины здоровья является изучение влияния социокультурных норм и стереотипов на внутреннюю картину здоровья (субъективные представления человека о собственном здоровье) и социальных представлений о нем на различных этапах и периодах жизненного пути личности (персоногенеза), в том числе в период студенческой юности.

Период обучения студентов в вузе представляет интерес для нашего исследования, в первую очередь, в связи с тем, что в этой возрастной группе происходит изменение стратегий поведения, касающегося здоровья и болезни. Проводимые в России опросы общественного мнения отражают противоречивые факты: молодежь чаще других возрастных групп декларирует заботу о своем здоровье, однако в восприятии остальных возрастных групп именно молодежь является источником угрозы своему здоровью; этот возраст считают наиболее уязвимым в отношении распространения инфекционных заболеваний, употребления наркотиков и др. [2]. Безусловно, проблемы со здоровьем в целом в наибольшей степени свойственны пожилым людям, молодежь не считает их актуальными для себя, однако вполне очевидно, что выполнение мер по поддержанию здоровья в молодом возрасте позитивно сказывается на состоянии здоровья в более зрелом возрасте. Кроме того, есть основания говорить, что для студенчества характерны низкий уровень заботы о здоровье, а также низкая информированность о способах его поддержания. По данным ряда исследований, состояние здоровья в этой возрастной группе вызывает определенную тревогу и опасения. Так, Ю.В. Кузьмина, Г.В. Залевский доказывают объективную необходимость формирования ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и факторам здорового образа жизни, которое должно быть построено на комплексном подходе, включающем психологическое отслеживание уровня здоровья и образа жизни, а также психологическое сопровождение профилактики, охраны и укрепления здоровья [4].

Таким образом, наличие двойственной картины – осознание ценности здоровья и низкий уровень заботы о здоровье в студенческой среде – вызывает закономерные вопросы: как молодежь представляет себе здоровье и оценивает свое собственное здоровье, что для нее является здоровым образом жизни и как она заботится о здоровье.

Проводя эмпирическое исследование социальных представлений молодежи о здоровье, мы обратились к упомянутому выше структурному подходу Ж.-К. Абрика, который утверждает, что любое социальное представление состоит из ядра – неизменной части, обеспечивающей устойчивость представлений группы, и постоянно меняющейся периферии, способствующей адаптации к изменениям, происходящим

в окружающем мире. Стабильность ядра поддерживается за счет коллективной памяти, периферическая же система опирается на индивидуальную память и характеризуется вариативностью и изменчивостью. Согласно концепции Ж.-К. Абрика, структура представления зависит от изменения аттитюда, при котором трансформируется только периферия, а ядерная система остается стабильной. Изменения в социальных представлениях являются в той или иной степени результатом изменений в культуре, они существуют столь долго, сколько группа верит в них. В этом контексте информативным является изучение социальных представлений человека о здоровье, усвоенных им норм и ценностей, критериев оценки физического и психического благополучия.

Осуществленное нами эмпирическое исследование имело своей целью выявление, описание и обсуждение структуры социальных представлений о здоровье в молодежной среде. В психодиагностической процедуре приняли участие 128 студентов гуманитарных специальностей и направлений ФГБОУ ВПО «Восточно-Сибирская государственная академия образования» (г. Иркутск). 86% исследовательской выборки составили лица женского и 14% – мужского пола в возрасте от 18 до 24 лет. Для выявления структуры представлений использовалась модифицированная методика прототипического анализа, предложенная в 1992 г. П. Вержесом [2]. В ходе исследования каждого респондента просили зафиксировать пять ассоциаций с объектом «здоровье», которые затем нужно было проранжировать в порядке уменьшения их значимости от 5 до 1 (5 – самый высокий ранг, 1 – самый низкий). Также испытуемым предлагалось ответить на ряд вопросов, с помощью которых выяснялись содержательные и смысловые характеристики внутренней картины здоровья. Все полученные ассоциации (262) были систематизированы и представлены в виде единого перечня, включающего 19 обобщенных понятий, по каждому из которых рассчитывались два математико-статистических описательных параметра: частота появления понятия (Ч) и его усредненный ранг (Р). Затем полученные результаты соотносились с квадрантами (областями) «координат Вержеса», образованными в результате пересечения двух «осей» (параметров) – медианы частоты и среднего ранга понятия (рис. 1).

Нетрудно видеть, что пересечение двух обозначенных параметров на плоскости образует четыре области, соотносящиеся со структурой социальных представлений. В частности, те элементы (высказывания), которые попадают в квадрант II (ВРВЧ – с высокими рангами и высокими частотами), образуют зону ядра социального представления студентов о здоровье. Элементы, оказывающиеся в зоне ядра, имеют наибольшее число связей с другими элементами, т.е. выполняют функцию организации представления. Остальные квадранты (I, III и IV) образуют периферию, однако здесь прослеживается своя иерархия. В частности, квадрант I и квадрант III образуют первую (ближнюю)

периферическую систему, которая является областью изменения и трансформации социальных представлений. Она объединяет высказывания категории НРВЧ (низкий ранг, высокая частота), ассоциирующиеся с объектом значительным числом испытуемых (но не в первую очередь), и высокочастотные высказывания ВРНЧ (высокий ранг, низкая частота), соответственно отражающие позицию меньшинства. И, наконец, квадрант IV, состоящий из ассоциаций с низким рангом и низкой частотой (НРНЧ), образует вторую (дальнюю), наиболее подвижную периферическую систему, репрезентирующую разнообразие индивидуальных (субъективных) представлений.

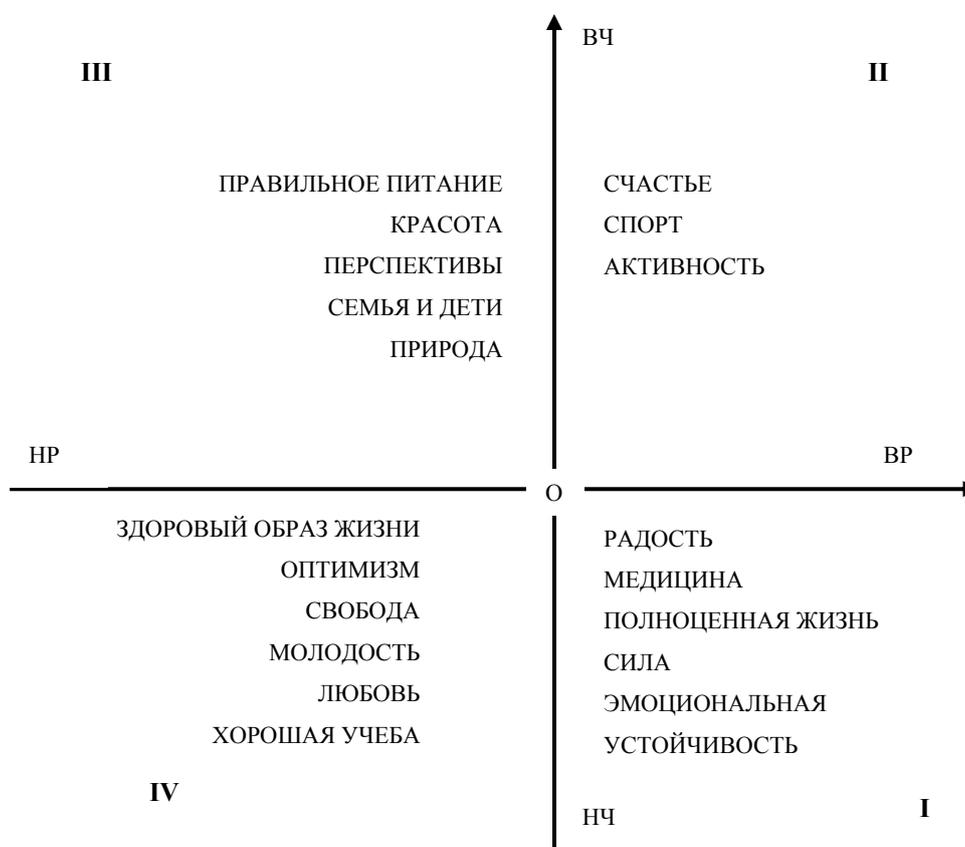


Рис. 1. Ядро и периферия социальных представлений о здоровье.  
 Цифрами на рисунке обозначены: I – зона ядра социального представления;  
 II, III – потенциальная зона изменения; IV – зона периферии социального представления.  
 Сокращения на рисунке: О – точка пересечения медианы частоты и среднего ранга;  
 ВЧ – высокая частота ассоциации; НЧ – низкая частота ассоциации;  
 ВР – высокий ранг ассоциации; НР – низкий ранг ассоциации

Среди элементов, образующих ядерную структуру объекта «здоровье» (квадрант I), в нашем исследовании оказались понятия «счастье» (43; 3,04), «спорт» (32; 3,27), «активность» (31; 3,66). Наиболее

часто цитируемый в нашем исследовании элемент, ассоциативно соотносимый студентами со здоровьем, – «счастье» – высказан каждым третьим испытуемым, самый высокий ранг (3,66) отмечен у элемента «активность». Из полученных результатов вполне очевидно, что «счастье» является наиболее согласованным и устойчивым элементом в социальных представлениях студентов о здоровье. Стоит заметить, что в «Философском энциклопедическом словаре» (1983) счастье определяется как чувственно-эмоциональная форма идеала, обозначающая такое состояние человека, которое соответствует наибольшей внутренней удовлетворенности условиями своего бытия, полноте и осмысленности жизни, осуществлению своего человеческого назначения. У А. Шопенгауэра встречаем мысль о том, что среди факторов, обуславливающих счастье человека, в первую очередь нужно назвать здоровье и красоту человека, что практически напрямую соотносится с полученными нами эмпирическими результатами.

Несколько реже, но оставаясь в пределах квадранта I (зоны ядра социального представления), студенты педагогического вуза связывают здоровье с занятиями спортом (смысловые ассоциации: «тренировки», «бег», «зарядка», «гимнастика»), с физической активностью и трудоспособностью. Таким образом, на уровне устойчивых социальных представлений можно констатировать, что в понимании студенческой молодежи здоровье аффективно окрашено и сопряжено с фелицитарными переживаниями; оно поддерживается активным образом жизни, занятиями спортом, ему сопутствует высокая работоспособность.

Высказывания, образующие квадрант II (ВРНЧ) и являющие собой первую периферическую систему элементов, составляющих потенциальную зону изменения социальных представлений о здоровье, – это, в первую очередь: «радость» (18; 3,98), «медицина» (16; 2,97), а также «полноценная жизнь» (13; 3,14), «сила» (10; 3,03), «эмоциональная устойчивость» (9; 3,00). Оценивая математико-статистические показатели частот встречаемости и средние ранги обозначенных понятий, можно видеть, что в зоне потенциальных изменений и трансформации социального представления конструкт «здоровье» у молодежи чаще всего ассоциируется с позитивными эмоциональными проявлениями («веселье», «хорошее настроение», «смех», «юмор», «отдых», «улыбки», «развлечения» и т.п.), достижениями и возможностями современной медицины. В области изменения социального представления присутствуют и другие элементы, в частности, указывающие на высокую ценность и даже на экзистенциальную значимость здоровья («здоровье = жизнь»), отраженные в таких ассоциациях, как «желание жить», «долгая жизнь», «жизнь», «жажда жизни», «жизнелюбие», «полноценная жизнь».

Еще одна зона, входящая в первую периферическую систему социального представления о здоровье, – зона высоких частот и низких

рангов (квадрант III) – включает такие элементы, как «правильное питание» (36; 2,91), «красота» (27; 2,63), «перспективы» (23; 1,94), «семья и дети» (22; 2,85), «природа» (19; 1,32). На уровне первой периферической системы формируется представление о здоровье как о феномене, имеющем физические очертания (смысловые ассоциации: «красота», «привлекательность», «цветущий вид», «блеск в глазах», «здоровый цвет лица» и т.п.), соотносимом со здоровым образом жизни, и, прежде всего, в представлении молодых, с правильным питанием. Зона потенциальных изменений социальных представлений студентов о здоровье отражает его связь с окружающей человека средой обитания: ближним и дальним социумом (смысловые ассоциации: «семейное счастье», «идиллия в семье», «домашняя обстановка», «дети», «родители», «коллеги по работе», «дружный коллектив», «хороший начальник» и др.), а также с природой, оказывающей релаксирующее воздействие на психологическое и физическое самочувствие (смысловые ассоциации: «цветы», «ромашки», «бабочки», «птицы», «лето», «весна», «солнце», «чистый воздух»). Здоровье социально значимо, оно оказывается необходимой составляющей успешности человека: элемент «перспективы» имеет большое количество смысловых связей («огромные возможности», «успех», «перспективное будущее», «удача», «все успеваешь», «хорошая карьера», «профессиональный рост» и т.п.). Необходимо заметить, что элементы, образующие зону потенциальных изменений (I и II квадранты), объединяют более половины (52,6%) всех высказанных ассоциаций, что, на наш взгляд, отражает вариативность, смысловую подвижность и мобильность социального представления «здоровье» в юношеском возрасте.

Собственно периферическая система социальных представлений о здоровье (квадрант IV) образована понятиями: «здоровый образ жизни» (17; 2,05), «оптимизм» (14; 1,94), «свобода» (14; 2,40), «молодость» (12; 1,33), «любовь» (10; 1,99), «хорошая учеба» (11; 2,38). Наиболее частотным показателем второй периферической системы социальных представлений о здоровье является ассоциация «здоровый образ жизни». Этот элемент конкретизируется через такие ассоциации, как «занятия спортом», «отсутствие вредных привычек», «без наркотиков», «здоровая пища», «санаторий», «полноценный сон», «соблюдать режим» и др. Попытка систематизации ассоциаций, указывающих на здоровый образ жизни, позволяет выделить несколько направлений:

1) конкретные действия, предпринимаемые для достижения и поддержания здоровья («утренняя зарядка», «поход в фитнес-клуб», «правильное питание», «отказ от вредных привычек», «бросить курить», «часто не употреблять пиво и алкоголь»);

2) отсутствие симптомов и проявлений болезни («полноценный сон», «ничто не беспокоит», «ничего не болит», «норма», «жизнь со здоровым сердцем», «нет препятствий для путешествий», «отсутствие противопоказаний для активного отдыха»);

3) набор лечебно-профилактических и медицинских мер, напрямую связанных с лечением («регулярное посещение врача», «профилактика», «санаторий», «диспансеризация», «аптека», «прием витаминов», «повысить иммунитет»);

4) гармония физического и психического («в здоровом теле – здоровый дух», «полное благоприятное психическое и физическое состояние», «равновесие»).

Сходные результаты встречаем у других авторов. Так, кластерный анализ определений, полученных И.Б. Бовиной на московской выборке студентов, продемонстрировал попадание в один кластер таких мер, как занятие спортом и правильное питание; чуть более удаленным от этого кластера было отсутствие вредных привычек [2].

Возвращаясь к описанию элементов дальней периферии социальных представлений о здоровье, можно констатировать, что их набор отражает присущие юношескому возрасту и объективно актуальные для молодых аспекты студенческой жизни, такие как «свобода», «молодость», «любовь», «хорошая учеба», «оптимизм». Студенты акцентируют роль здоровья, оптимизма и уверенности в будущем: «если есть здоровье, то все получится», «когда здоров, то и с учебой все ладится». Здоровье дает человеку ощущение свободы и полноты жизни, предоставляет широкий спектр возможностей в любой ситуации. Можно видеть, что перечисленные элементы отражают наличие физической, эмоциональной и поведенческой составляющей в социальных представлениях студентов о здоровье. Вместе с тем расположение обозначенных элементов в потенциальной зоне изменения может указывать на существование альтернативных представлений, разделяемых меньшинством. Понятия, составляющие дальнюю периферию социального представления о здоровье, объясняют лишь 31% от всех высказанных ассоциаций. Невысокий процент согласованных элементов скорее всего указывает на существование у студентов разнообразного индивидуального опыта и говорит в пользу его вариативности и разнообразия.

Резюмируя сказанное выше, можно утверждать, что в обыденных представлениях студентов педагогического вуза здоровье является некой данностью, которая не нуждается в объяснении и не имеет причин. В современном обществе оно является несомненной ценностью и даже обязанностью людей «быть здоровыми». Здоровье ассоциируется с активностью, оптимизмом и требует приложения заметных усилий, выполнения определенного поведения и соблюдения превентивных мер. Оно поддерживается активным образом жизни, занятиями спортом, ему сопутствует высокая работоспособность. Дискурсивный ряд ассоциативных высказываний студентов позволяет констатировать: здоровье – это самое дорогое, что есть у человека, это счастье.

## Литература

1. *Ананьев В.А.* Основы психологии здоровья. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
2. *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М. : Аспект Пресс, 2008. 263 с.
3. *Каган В.Е.* Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86–88.
4. *Кузьмина Ю.В., Залевский Г.В.* Здоровье в системе ценностей студенческой молодежи // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. С. 20–23.
5. *Никифоров Г.С.* Психология здоровья : учеб. пособие. СПб.: Речь, 2002. 256 с.
6. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с.
7. *Цветкова И.В.* Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. 2012. № 1(21). URL: <http://psystudy.ru>

INTERNAL PICTURE OF HEALTH AND SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT IT OF STUDENTS OF PEDAGOGICAL HIGH SCHOOL

Korytova G.S. (Irkutsk)

**Summary.** In article psychosocial aspects of a problem of the relation of the person to the health are considered, results of empirical research of social representations about health in the youth environment are stated.

**Key words:** health; illness; health psychology; an internal picture of the health; a healthy way of life; social representations.