

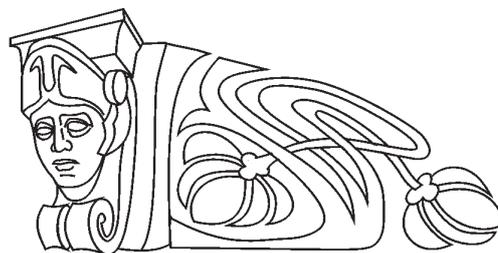


- religiosity). *Psikhologicheskij zhurnal* (Psychological Journal), 1996, vol. 17, no. 6, pp. 119–122.
8. Bogdanovskaya I. M. *Smyslovaya organizatsiya sovremennogo religioznogo opyta lichnosti*: dis. ... kand. psikhol. nauk (The semantic organization of the modern religious experience of the person: Dissertation of the PhD {Psychology}). St.-Petersburg, 2002. 217 p.
 9. Suchkova O. V. *Sotsialno-psikhologicheskiye aspekty religioznosti molodezhi v kontekste psikhologicheskoy bezopasnosti*: dis. ... kand. psikhol. nauk (The social-psychological aspects of the youth's religiosity in the context of the psychological safety: Dissertation of the PhD {Psychology}). St.-Petersburg, 2009. 227 p.
 10. Dvoynin A. M. *Tsenostno-smyslovyye oriyentatsii lichnosti v kontekste religioznoy very*: dis. ... kand. psikhol. nauk (The Value-sense orientations of the person in the context of religious faith: Dissertation of the PhD {Psychology}). Moscow, 2007. 215 p.
 11. Smirnov D. O. *Opisaniye protsedury standartizatsii psikhometricheskoy metodiki – «Oprosnik religioznoy aktivnosti»* (The description of the standardization procedures of psychometric techniques – «Questionnaire religious activity»). *Paskhi. Nauchnyy psikhologicheskij zhurnal* (Paschi. Scientific Psychological Journal), 1999, no. 1–2, pp. 159–172.
 12. Gruzdev N. V., Spivak D. L. *Religiozno-psikhologicheskiye oriyentatsii sovremennykh rossiyan i amerikantsev: novyye dannyye* (The religio-psychological orientation of the modern Russians and Americans: new data). *Tochki–Puncta* (Points), 2004, vol. 4, no. 3–4, pp. 274–284.
 13. Chumakova D. M. *Metodiki diagnostiki religioznosti lichnosti. Sovremennaya psihodiagnostika v izmenyayushcheysya Rossii*: sb. tez. Vseros. nauch. konf. 2008. Available at: http://dep.psytest.ru/ru/Poleznaja_informacija/Stati/Chumakova_D.M._Metodiki_diagnostiki_religioznosti_lichnosti (accessed 17 August 2013).
 14. Underwood L. G., Teresi J. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 2002, vol. 24, no. 1, pp. 22–33.

УДК 316.6+159.9:61

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК СИСТЕМНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Орлова Мария Михайловна –
кандидат психологических наук,
доцент кафедры консультативной психологии,
Саратовский государственный университет
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru



Статья посвящена анализу субъективных характеристик ситуации болезни у больных ишемической болезнью сердца с точки зрения оценки качества жизни. Качество жизни рассмотрено как междисциплинарное понятие. Автор подчеркивает значимость оценки качества жизни в контексте восприятия ситуации болезни как преграды в самореализации и трансформации адаптационных стратегий. Исследована специфичность оценки качества жизни и его роли в трансформации личности у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия или отсутствия фактора инвалидности. Отмечается значимость роли семейной поддержки в формировании субъективной составляющей ситуации болезни. Показана специфичность отношения к здоровью в зависимости от ситуации болезни. Данное исследование выполнено в рамках субъектно-социального подхода к исследованию внутренней картины болезни.

Ключевые слова: качество жизни, ситуация болезни, самоотношение, адаптация.

Современное исследование особенностей внутреннего мира больных соматическими за-

болеваниями характеризуется многоплановостью подходов, общей тенденцией к созданию интегративных и системных моделей [1]. Это выражается в понятии внешней и внутренней картин болезни, объективного и субъективного качества жизни, ситуации и смысла болезни.

Понятие «качество жизни», связанное со здоровьем, является междисциплинарным. Оно включает социологические [2], социально-психологические [3] и медико-психологические [4] подходы. М. Edlund с соавторами [2] объясняет интерес к этой проблеме в социологии медицины, прежде всего, необходимостью соблюдения прав пациента в терапевтической практике и приоритета оптимального качества жизни больного. Такая ориентация на гуманизацию терапевтического процесса отвечает современным представлениям о задачах здравоохранения.

Анализ влияния социальных факторов на формирование здоровья и отношения к нему



обычно включает: возраст [3], пол [5–7], семейную поддержку [5], значимость и характер профессиональной деятельности [5], социально-классовую позицию [8], образование [3], уровень дохода [9].

Принципиальным является то, что с помощью понятия качества жизни, как подчеркивает Т. В. Рогачева [10], оценивают не тяжесть течения болезни, а характер переживания пациентом своего заболевания, т. е. качество жизни можно рассматривать как субъективную оценку благополучия жизни. Длительное течение заболевания может привести к привыканию и возникновению возможности воспринимать болезнь как обычное явление в своей жизни, что приведет к повышению оценки качества жизни без объективного улучшения состояния. И вместе с тем длительность страдания может привести к восприятию своего состояния как фатального несчастья и негативной оценке собственных перспектив. Таким образом, качество жизни – это объективный показатель субъективности.

Психологический аспект изучения понятия «качество жизни» связан, прежде всего, с индивидуальными мотивами жизнедеятельности [11] и когнитивными характеристиками восприятия [12].

Социально-психологический подход к проблемам здоровья выражает санцентрическую парадигму современной медицины, приходящую на смену патоцентрической парадигме [3]. Адаптационный смысл этой парадигмы связан с возвращением больного в полноценную, а не ограниченную среду.

На наш взгляд, оценка качества жизни больными должна анализироваться вместе с другими составляющими ситуации болезни, в частности, с идентичностью, самоотношением и характером адаптационных стратегий. Это позволит более эффективно выстроить объяснительные модели субъективного оценивания ситуации.

Психосоциальные объяснительные модели болезней в значительной мере связаны с работами G. L. Engel [13, 14]. В 1977–1980 гг. он предложил биопсихосоциальную модель, в рамках которой болезнь и здоровье рассматривались через понимание человека как сложной системы, способной к самоуправлению и самореализации, а также к активности в отношениях с внешним миром. Это подчеркнуло значимость субъектности в отношениях «человек – болезнь», что актуально для современных исследований.

Социокультурная контекстуализация в исследовании внутреннего мира здоровых и больных людей дает возможность многомерного понимания проживаемой субъектом ситуации [15]. В совладании с трудными жизненными ситуациями стресс определяется когнитивной оценкой и чувством субъективного контроля либо над ситуацией, либо над собой в определенном ситуационном контексте [15]. Такая позиция позволяет психологу наметить терапевтические мишени в оказании психологической помощи больному в ситуации болезни, а пациенту – в возможности сохранить контроль за собственной жизнью. Социальное пространство больного рассматривается как объективно существующая устойчивая система связей между субъектами социума, проявляющая себя через взаимосвязь всех видов деятельности как социообразующих феноменов [16]. Исследования социальных факторов здоровья проводятся в контексте понятий образа жизни, уровня жизни, качества жизни, стиля жизни, субъективного благополучия.

Всемирная организация здравоохранения характеризует качество жизни в сфере здоровья как способность индивидуума функционировать в обществе и получать удовлетворение от этого [17]. Оценка качества жизни связана с системой отношений личности. Психологические механизмы влияния болезни на личность и ее благополучие должны рассматриваться с точки зрения анализа субъективного смысла болезни как события в жизни [18]. Исследования качества жизни в сфере здоровья носят многомерный характер в контексте объективной и субъективной плоскости рассмотрения. Чувство благополучия, на основе которого возникает оценка качества жизни, весьма значимо для внутреннего, субъективного мира личности, что определяется в большей мере психологическими, социальными факторами, нежели биологическими функциями организма [19].

Исследований, объясняющих взаимосвязь между понятиями внутренней картины болезни и удовлетворенности жизнедеятельностью больного человека, явно недостаточно [20]. Выявленные особенности привлекают внимание к содержательному и структурному сходству этих понятий [21]: оба реализуют объективную и субъективную реальность болезни, оба связаны с мотивационной структурой личности больного. Оценка качества жизни при этом может выступать как метасистема по отношению к внутренней картине болезни [22].



Таким образом, оценка качества жизни может рассматриваться как восприятие собственной жизни в параметрах благополучия, удовлетворенности или неблагополучия и неудовлетворенности. Критериями благополучия выступают социальные и физические составляющие жизнедеятельности, рассматриваемые как с объективной, так и с субъективной точек зрения. В этом отношении понятие качества жизни имеет сходство с понятием социально-психологической ситуации. Качество жизни как психологический феномен реализует субъектность и субъективность внутреннего мира человека и связано как с прошлым опытом, так и с целями и ценностями.

Оценка качества жизни, на наш взгляд, может рассматриваться как промежуточное когнитивное звено между объективной и субъективной сторонами ситуации болезни. Как интегральное отношение личности качество жизни является ценностным переживанием, которое определяет субъективный характер ситуации здоровья и болезни, связанный с оценкой этой ситуации в отношении смыслообразующих мотивов и структуры идентичности, что определяет адаптационные стратегии больного.

В данной работе мы рассмотрели связь качества жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с адаптационными стратегиями, самоотношением и взаимодействиями с семейным окружением.

Были исследованы мужчины и женщины, больные ИБС, – 37 человек – и больные ИБС – инвалиды второй группы – 19 человек. В качестве контрольной группы выступили здоровые люди, как мужчины, так и женщины – 186 человек. Использовались следующие методы: исследование идентичности по методике «Кто Я», методика «Незаконченные предложения», «Методика исследования самоотношения», исследование психологических защит Келлермана–Плутчика–Конте, «Исследование копинг-стратегий» А. Лазаруса, методики «Адаптивность» А. Г. Маклакова, «Шкала семейного окружения» (адаптирована С. Ю. Куприяновым, 1985), «Исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни» М. М. Орловой. При анализе полученных данных были использованы следующие статистические методы: подсчет среднеарифметических значений, стандартных отклонений, достоверности различий между группами согласно t -критерию Стьюдента с достоверностью 0,05 и 0,01, а также метод корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 (с достоверностью 0,05 и 0,01).

Сравнительный анализ показал, что качество жизни у больных ИБС во всех сферах снижено, по сравнению со здоровыми людьми: физическая сфера (10/14; $t = 8$; $p < 0,01$), психическая сфера (12/17; $t = 5,7$; $p < 0,01$), уровень независимости (13/16; $t = 8,7$; $p < 0,01$), социальные взаимодействия (14/15; $t = 2,7$; $p < 0,01$), окружающая среда (11/13; $t = 5,3$; $p < 0,01$), духовная сфера (13/16; $t = 4,7$; $p < 0,01$), общее качество жизни (74/88; $t = 8$; $p < 0,01$).

Корреляционный анализ показал, что снижение качества жизни в физической сфере у больных ИБС коррелирует с повышением гиперкомпенсации (0,361), снижением коммуникативной адаптивности (–0,347), возможностью выражать негативные эмоции в семье (–0,413) и семейной организации (–0,330), значимостью идентификации себя с эмоциональными и интеллектуальными характеристиками (–0,426). По-видимому, снижение качества жизни в сфере телесности в связи с болезнью приводит к попытке решать проблемы за счет волевого усилия и дистанцирования от семьи.

Ухудшение качества жизни в психической сфере также коррелирует со снижением самопринятия (–0,474) и других сфер качества жизни, что отражает претензии по отношению к себе и своим возможностям.

Снижение уровня независимости коррелирует с представлением о том, что быть здоровым – это быть счастливым (–0,414) и повышением оценки здоровья как возможности работать (0,417). По-видимому, работа может рассматриваться как способ сохранить независимость.

Уменьшение удовлетворенности социальными взаимодействиями коррелирует с возрастающим представлением, что быть здоровым – это быть полноценным (0,390), работать (0,565). Таким образом, снижение качества жизни в сфере социальных взаимодействий стимулирует представления, которые мобилизуют активность личности, направленную на сохранение социальных возможностей.

Снижение удовлетворенности качеством жизни в сфере окружающей среды коррелирует с повышением значимости переживания болезни (0,463), идентификацией с социальными ролями (0,343) и повышением претензий к своим личностным качествам (0,379). Возможно, недовольство своей жизнью обостряет претензии к себе и страх перед болезнью, при этом социальные роли становятся способом сохранения личностной устойчивости.



Понижение удовлетворенности качеством жизни в духовной сфере повышает страх болезни (0,360) и значимость сохранения социальных возможностей здорового человека (0,489).

Снижение общего уровня качества жизни коррелирует с повышением значимости переживания болезни, с представлением, что быть здоровым – это работать (0,570), снижением коммуникативной адаптивности (–0,353), повышением значимости социальных ролей (0,463).

Можно сделать вывод, что снижение удовлетворенности жизнью у больных ИБС связано со страхом болезни и стремлением сохранить социальные позиции за счет волевого преодоления ситуации.

Для больных ИБС, имеющих инвалидность, также характерно снижение показателей качества жизни: физическая сфера (10/14; $t = 6,6$; $p < 0,01$), психическая сфера (12,4/14,6; $t = 4,1$; $p < 0,01$), уровень независимости (11/16; $t = 10$; $p < 0,01$), социальное взаимодействие (12,8/15; $t = 3,1$; $p < 0,01$), окружающая среда (11,3/13; $t = 14,9$; $p < 0,01$), духовная сфера (13,2/15,5; $t = 3,4$; $p < 0,01$), общее качество жизни (68/88; $t = 7,7$; $p < 0,01$).

Снижение качества жизни в физической сфере у инвалидов, больных ИБС, коррелирует со снижением: значимости представления, что быть здоровым – это наслаждаться жизнью (–0,526), адаптивности (–0,485), повышением отрицания как формы психологической защиты (0,610), значимости негативных последствий болезни (0,496). Видимо, неудовлетворенность своим физическим состоянием смещает фокус значимости восприятия здоровья на актуальность болезни на фоне снижения общей адаптивности.

Уменьшение удовлетворенности качеством жизни в психической сфере коррелирует с повышением значимости переживания болезни (0,700) и снижением экспрессивности в семейных отношениях (–0,661), т. е. эмоциональные проблемы больных сочетаются со страхом болезни и снижением опоры на семейные отношения, что может свидетельствовать об уходе в пессимистические ожидания от реальных отношений.

Снижение качества жизни относительно уровня независимости коррелирует с повышением позитивного самоотношения, в том числе самоуважения (0,514) и аутосимпатии (0,483), снижением выраженности представления о значимости здоровья как источника радости и наслаждения (–0,534), активности поиска социальной поддержки (–0,599) и восприятия

себя как общительного человека (–0,635), т. е. зависимость становится залогом позитивного самоотношения.

Неудовлетворенность в сфере социального взаимодействия коррелирует со снижением значимости идентификации себя с личностными качествами (–0,545), в том числе снижаются и претензии к себе (–0,538). Возможно, это связано с изменением социальной роли, которую играет инвалид, что смещает акцент восприятия с отношения к себе на отношения с окружением.

Снижение качества жизни в сфере окружающей среды повышает: пессимизм в отношении здоровья, который выражается в представлениях, что здоровью ничто не поможет (0,471), здоровью помогает вера в Бога (0,457); копинг-стратегию «планирование решения» (0,467); снижает опору на семейные отношения, что выражается в уменьшении ориентации на семейные достижения (–0,807) и идентификации себя с общительным человеком (–0,457), т. е. снижение качества жизни в сфере окружающей среды способствует утрате опоры на близких людей и предполагает опору на свои решения и веру в Бога.

Ухудшение качества жизни в духовной сфере повышает значимость переживания болезни (0,718), представлений о психологических страданиях больного человека (0,491) и о том, что здоровье – это возможность наслаждаться жизнью (0,531), снижает самоконтроль (–0,548), претензии к личностным качествам (–0,511), т. е. неудовлетворенность качеством жизни в духовной сфере повышает страх перед болезнью, значимость здоровья, способствует утрате опоры на свои силы.

Снижение общего качества жизни коррелирует с повышением представления, что здоровье – это удовольствие (0,489), снижением самоконтроля (–0,504). По-видимому, ухудшение качества жизни вызывает обостренное чувство утраты здоровья.

Можно сделать вывод, что снижение качества жизни у инвалидов, больных ИБС, создает двусмысленное отношение к здоровью, которое выражается в обостренном чувстве его утраты, страхе болезни и вместе с тем снижении его значимости; возникают: двусмысленное восприятие семейных отношений – при повышении зависимости от семьи наблюдается уменьшение субъективной возможности рассчитывать на ее помощь; двусмысленное самоотношение, заключающееся в стремлении опереться на себя, и склонности к зависимому поведению.



Сравнение особенностей качества жизни больных ИБС во второй (при хроническом соматическом заболевании) и третьей (при хроническом соматическом заболевании, отягощенном инвалидностью) ситуациях болезни свидетельствует о том, что вторая ситуация рассматривается как та, которая требует преодоления и возвращения прежних социальных возможностей, а третья воспринимается как ситуация утраты здоровья, неуверенности в возможности опереться на семейные отношения, кризиса идентичности здорового человека и формирования зависимых отношений с социальным окружением.

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что оценка качества жизни может рассматриваться как субъективный компонент ситуации болезни, преграда для самореализации и условие трансформации идентичности во взаимоотношениях с социальным окружением.

Список литературы

1. *Алехин А. Н., Трифонова Е. А., Чумакова И. О., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н.* Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение // Психологические исследования. 2011. № 5 (19). URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/550-alekhin-et-al19> (дата обращения: 25.05.2014).
2. *Кром И. Л.* Инвалидизация трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения как социальный процесс. Саратов, 2006. 238 с.
3. *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья : дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1997. 376 с.
4. *Щелкова О. Ю.* Основные направления научных исследований в Санкт-Петербургской школе медицинской (клинической) психологии // Вестн. Санкт-Петербург. ун-та. Сер. 16. Психология. Педагогика. 2012. Вып. 1. Март. С. 53–90.
5. Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2006. 607 с.
6. *Waldron I.* Gender and health-related behavior // Health behavior : Emerging research perspectives / ed. D. S. Gochman. N.Y., 1988. P. 193–208.
7. *Боярский А. П., Чернова Т. В.* Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 1993. № 7. С. 5–7.
8. *Pierret J.* What social groups think they can do about health // Health behaviour research and health promotion / ed. by R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. V. McQueen, J. Turner. Oxford, 1988. P. 45–52.
9. *Anderson R.* The development of the concept of health behavior and its application in recent research // Health behavior research and health promotion / ed. by R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. V. McQueen, J. Turner. Oxford, 1988. P. 22–35.
10. *Рогачева Т. В.* Смысловая реальность болеющей личности : структурно-функциональный анализ : дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2004. 376 с.
11. *Зараковский Г. М.* Качество жизни населения России : психологические составляющие. М., 2009. 320 с.
12. *Трифорова Е. А.* Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск : проблема копинг-компетентности // Изв. РГПУ им. А. И. Герцена. 2013. № 155. С. 71–83.
13. *Engel G. L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196, № 4286. Apr. 8. P. 129–136.
14. *Engel G. L.* The biopsychosocial model and medical education : who are to be the teachers? // New England journal of medicine. 1982. Vol. 306, № 13. Apr. 1. P. 802–805.
15. *Крюкова Т. Л., Шаргородская О. В.* Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни // Вестн. Костром. гос. ун-та им. Некрасова. Сер. Психология. Педагогика. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2012. № 4. С. 135–142.
16. *Кром И. Л., Андриянова Е. А., Дорогойкин Д. Л.* Пространственный подход к анализу социализации лиц в условиях соматических ограничений (обзор) // Саратов. науч.-мед. журн. 2012. Т. 8, № 1. С. 122–128.
17. *Кон Я. И., Либис Р. А.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 1993. № 5. С. 66–72.
18. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю.* Психодиагностика в соматической клинике : проблемы «личностных смыслов» и качество жизни больных // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике : сб. науч. ст. Вып. XI. СПб., 2011. С. 38–43.
19. *Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977. 111 с.
20. *Кувшинова Н. Ю.* Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Самара, 2011. 28 с.
21. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А.* Внутренняя картина болезни как структурный компонент метасистемы качества жизни // Психосоматические и соматопсихические расстройства в общемедицинской практике : материалы конф. СПб., 2007. С. 17–19.
22. *Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика : теория, практика, обучение. СПб. ; М., 2003. 736 с.

Situation of Disease and Quality of Life as its System Characteristic

M. M. Orlova

Saratov State University
83, Astrakhanskaya str., Saratov, 410012, Russia
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru



This article uses the context of life quality assessment to analyze subjective perception of disease situation by patients suffering from coronary heart disease. Quality of life is considered to be an interdisciplinary concept. It has been analyzed, how quality of life is connected with the concepts of «internal picture of disease» and «situation of disease». The present research employs personal-social approach to study the internal picture of disease. The author underlines the importance of life quality assessment for the patients who perceive the situation of disease as a barrier to self-realization and transformation of adaptation strategies. The article studies how the factor of physical disability influences the specific of life quality assessment and, hence, personality changes in people suffering from coronary heart disease. The present research shows interdependency between quality of life and such phenomena as self-perception, identifications, adaptation strategies and family resources. It also marks the importance of family support and its influence on the subjective perception of disease situation. The article shows how the situation of disease changes patients' attitude toward their health.

Key words: quality of life, situation of disease, self-perception, adaptation.

References

1. Alekhin A. N., Trifonova E. A., Chumakova I. O., Lebedev D. S., Mikhaylov E. N. Klinicheskiye faktory kachestva zhizni bolnykh s fibrillyatsiyey predserdiy, prokhdoyashchikh interventsiionnoye lecheniye (Clinical factors determining life quality of patients with atrial fibrillation, undergoing intervention treatment). *Psikhologicheskkiye issledovaniya* (Psychological research), 2011, no. 5 (19). Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/550-alekhin-et-al19> (accessed 25 May 2014).
2. Krom I. L. *Invalidizatsiya trudosposobnogo naseleniya pri boleznyakh sistemy krovoobrashcheniya kak sotsialnyy protsess* (Disability growth among working-age population, suffering from circulatory diseases as a social process). Saratov, 2006. 238 p.
3. Gurvich I. N. *Sotsialnaya psikhologiya zdorovya: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* (Social health psychology: Synopsis of the dissertation of PhD {Psychology}). St.-Petersburg, 1997. 376 p.
4. Shelkova O. Yu. Osnovnyye napravleniya nauchnykh issledovaniy v Sankt-Peterburgskoy shkole meditsinskoy (klinicheskoy) psikhologii (Principal areas of research in St. Petersburg school of clinical psychology). *Vestnik Sankt-Peterburgskogo un-ta. Ser. 16. Psikhologiya. Pedagogika* (Vestnik of Saint Petersburg University. Ser. 16. Psychology. Pedagogy), 2012, iss. 1. March, pp. 53–90.
5. *Psikhologiya zdorovya: ucheb. dlya vuzov* (Psychology of health: University textbook). Ed. by G. S. Nikiforova. St.-Petersburg, 2006. 607 p.
6. Waldron I. Gender and health-related behavior. *Health behavior: Emerging research perspectives*. Ed. by D.S. Gochman. New York; London, 1988, pp. 193–208.
7. Boyarskiy A. P., Chernova T. V. Obschestvennoye mneniye o sostoyanii individualnogo zdorovya i kachestve meditsinskoy pomoshchi (Public opinion on personal health condition and quality of healthcare). *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* (Healthcare in Russian Federation), 1993, no. 7, pp. 5–7.
8. Pierret J. What social groups think they can do about health. *Health behaviour research and health promotion*. Ed. by R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. V. McQueen, J. Turner. Oxford, 1988, pp. 45–52.
9. Anderson R. The development of the concept of health behavior and its application in recent research. *Health behavior research and health promotion*. Ed. by R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen, J. Turner. Oxford, 1988, pp. 22–35.
10. Rogacheva T. V. *Smyslovaya realnost boleyushchey lichnosti: strukturno-funktionalnyy analiz: dis. ... d-ra psikhol. nauk* (Conceptual reality of an ill person: structural-functional analysis: Dissertation of PhD (Psychology). Tomsk, 2004. 376 p.
11. Zarakovski G. M. *Kachestvo zhizni naseleniya Rossii: psikhologicheskkiye sostavlyayushchiye* (Quality of life in Russia: psychological aspects). Moscow, 2009. 320 p.
12. Trifonova E. A. Adaptatsionnyy potentsial lichnosti i psikhosomaticheskiiy risk: problema koping-kompetentnosti (Adaptation potential of person and psychosomatic risk: Problem of coping competence). *Izvestiya RGPU im. A. I. Gertsena* (Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences), 2013, no. 155, pp. 71–83.
13. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, vol. 196, no. 4286, Apr. 8, pp. 129–136.
14. Engel G. L. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? *New England journal of medicine*, 1982, vol. 306, no.13, Apr. 1, pp. 802–805.
15. Kryukova T. L., Shargorodskaya O. V. Sotsiokulturnyy kontekst sovladaniya v situatsii bolezni (Sociocultural context of coping in the situation of disease). *Vestnik Kostrom. gos. un-ta im. N. A. Nekrasova. Ser. Pedagogika. Psikhologiya. Sotsialnaya rabota. Uvenologiya. Sotsiokinetika* (Vestnik of Nekrasov Kostroma State University. Ser. Pedagogy. Psychology. Social work. Juvenology. Sociokinetics), 2012, no. 4, pp. 135–142.
16. Krom I. L., Andriyanova E. A., Dorogoykin D. L. Prostranstvennyy podkhod k analizu sotsializatsii lits v usloviyakh somaticheskikh ogranicheniy (obzor) (Spatial approach to sociological analysis of persons in somatic restrict conditions {review}). *Saratov. nauch.-med. shurnal* (Saratov Journal of Medical Scientific Research), 2012, vol. 8, no. 1, pp. 122–128.
17. Kon Ya. I. Kachestvo zhizni u bolnykh s serdechno-sosudistymi zabolovaniyami (Quality of life among patients suffering from cardiovascular diseases). *Cardiologia* (Cardeology), 1993, no. 5, pp. 66–72.
18. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Trifonova E. A., Shelkova O. Yu. Psikhodiagnostika v somaticheskoy klinike: problemy «lichnostnykh smyslov» i kachestvo zhizni bolnykh (Psychodiagnosics in somatic medicine: «personal meanings» and life quality problems of patients). *Aktualnyye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoy*

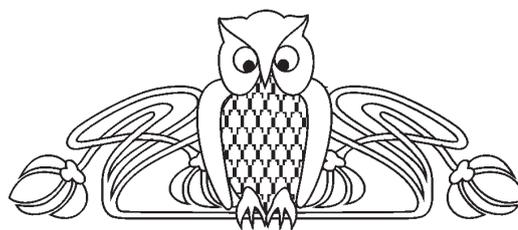


- praktike*: sb. nauch. st. (Current issues of psychosomatics in general medical practice: collection of scientific articles). Iss. 11. St.-Petersburg, 2001, pp. 38–43.
19. Luria A. R. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya* (Internal picture of disease and pathogenic diseases). Moscow, 1977. 111 p.
20. Kuvshinova N. Yu. *Psikhokorreksionnaya rabota s bolnymi ishemicheskoy boleznyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni*: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk (Psychocorrective work with coronary heart disease patients based on life quality characteristics: Synopsis of the dissertation of PhD {Psychology}). Samara, 2011. 28 p.
21. Vasserman L. I., Trifinova E. A. *Vnutrennyaya kartina bolezni kak strukturnyy komponent metasistemy kachestva zhizni* (Internal picture of disease as a structural component of a life quality metasystem). *Psikhosomaticheskiye i somatopsikhicheskiye rasstroystva v obshchemeditsinskoy praktike*: materialy konf. (Psychosomatic and somatopsychic disorders in general medical practice: Conference proceedings). St.-Petersburg, 2007, pp. 17–19.
22. Vasserman L. I., Shelkova O. Yu. *Meditsinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika, obuchenije* (Medical psychodiagnostics: theory, practice, learning). St.-Petersburg, 2003. 736 p.

УДК 159.9:316.6

ОБРАЗНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СВОЕЙ СТРАНЕ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РОССИИ И КАЗАХСТАНА

Фролова Светлана Владимировна – кандидат философских наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский государственный университет
E-mail: frolovasv71@mail.ru



Автором статьи предлагается понимание психологической приверженности стране как когнитивно-эмоционального динамически целостного образования. Ключевая идея генезиса психологической приверженности стране сводится к значащим переживаниям связанных с ней образов. Для оценки рисков формирования разобщенности со своей страной использовалась разработанная автором образно-ассоциативная методика. Результаты эмпирического исследования, проведенного с представителями России и Казахстана, позволили выявить одинаково высокие значения этнокультурной интегрированности образной сферы для лиц, приверженных своим странам. Потенциальные эмигранты обеих стран характеризуются одинаково низкими значениями этнокультурной интегрированности образной сферы. Предлагаемый автором подход может быть использован для оценки рисков миграционных тенденций и дальнейшей разработки социально-психологических программ управления миграционными тенденциями.

Ключевые слова: приверженность личности своей стране, эмиграционные намерения, значащие переживания образов, этнокультурная интегрированность образной сферы.

Приверженность стране является одним из типов возможных связей личности и социальной общности, имеющей свою историю, культуру, материальные и духовные ресурсы, обеспечивающие условия для существования ее индивидов. В широком значении приверженность – это привязанность индивида к некоему образу действий, лицу или группе [1]. Психологическая приверженность стране может быть

определена как когнитивно-эмоциональное динамическое целостное образование, выражающееся в субъективных представлениях индивида о ценности для него данной страны, ее привлекательности, перспективности в удовлетворении его ведущих потребностей, а также желании и намерении строить свою дальнейшую жизнь в ее пределах.

В качестве противоположного по направленности типа связи личности и социальной общности страны выступает суверенное эмиграционное намерение – желание по собственной воле покинуть страну и строить свою дальнейшую жизнь за ее пределами. Проблема миграции актуальна не только для отдельных государств, за последние десятилетия она стала предметом многих научно-психологических работ представителей разных стран [2–5]. Миграционное поведение в современном мире приобретает масштабы макросоциального явления, что обусловлено рядом причин: смешением культур и всевозможными общественными кризисами, появлением нового типа глобальной социальной идентичности [6], а также развитием всевозможных технических средств, способствующих как ускорению передвижения