

трактуючи їхні особистісні властивості та психоемоційні стани, не вміючи створювати толерантну атмосферу взаємовідносин. Толерантності потрібно вчитися незалежно від віку та статусу, але таке навчання має виходити з практичного досвіду спілкування та безкорисної допомоги іншим, «інакшим» тощо.

Перспективами подальшого дослідження є створення програми соціально-психологічного супроводу студентської молоді з особливими потребами під час навчання у ВНЗ.

1. Кулеша-Любінець М. М. Соціально-психологічна адаптація студентської молоді з особливими потребами до умов вищого навчального закладу / М. Кулеша-Любінець // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Хмельницький, 25–26 квіт. 2013 р.). – Хмельницький : ХНУ, 2013. – С. 39–41.
2. Кун М. Тест «Хто я?» (модифікація Т. В. Рум'янцевої) [Електронний ресурс] / М. Кун, Т. Макпартленд. – Режим доступу : <http://vsetesti.ru/424>.
3. Лотвіна А. П. Вплив Я-образу на стресостійкість студентської молоді з особливими потребами : магістерська робота / А. П. Лотвіна ; [наук. кер. М. М. Кулеша-Любінець]. – Івано-Франківськ, 2013. – 175 с. – (На правах рукопису).
4. Міністерство соціальної політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mlsp.gov.ua>.
5. Співак Л. М. Діагностика і корекція «Я-концепції» молодших школярів з низьким рівнем навчальних досягнень : навч. посіб. / Л. М. Співак. – 2-ге вид. – К. : Каравела, 2011. – 224 с.
6. Бугрименко А. Г. Соотношение образа «Я» и внутренней учебной мотивации студентов [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : 19.00.07 / Бугрименко Анна Георгиевна. – М., 2007. – 24 с.
7. Иванова Е. А. Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению : автореф. дис. на соискание уч. степени канд психол. наук : спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / Екатерина Александровна Иванова. – Кострома, 2010. – 20 с.
8. Психология самосознания : хрестоматия / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара : Бахрам-М, 2003. – 672 с.

УДК [159.9:613](075.8)

Віктор Пілецький

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я І ПОЗИТИВНІ ЕМОЦІЙНІ СТАНИ

У статті робиться аналіз внутрішньої картини здоров'я, приділяється увага позитивним емоційним станам, як одній зі складових покращення внутрішньої картини здоров'я.

Ключові слова: Внутрішня картина здоров'я, внутрішня картина хвороби, якість життя, якість здоров'я.

The article analyzes the internal picture of health «I paid attention to positive emotional states as one of the components of improving internal picture of health» I said.

Keywords: Internal picture of health, internal picture of disease, quality of life, quality of care.

В умовах переходу до ринкової економіки змінюється ставлення людей до свого здоров'я і своїх хвороб. Усе більша кількість громадян усвідомлює, що їхнє психічне й фізичне здоров'я – це їхній капітал, від якого безпосередньо залежить майбутній добробут, тобто здоров'я можна розглядати як засіб для досягнення життєвих цілей у широкому діапазоні – від вузькоматеріальних до високодуховних. Тому завдання номер один – зберегти, зміцнити й удосконалити своє здоров'я. Останнім часом особлива увага приділяється збереженню здоров'я людини як у фізичному аспекті, так і психологічному. Стало модним вести здоровий спосіб життя, займатися фізичними вправами, відвідувати тренажерні зали, а також покращувати внутрішні психологічні стани за допомогою різноманітних методик. Із цією метою багато дослідників аналізують такі поняття, як внутрішню картину хвороби (ВКХ) і внутрішню картину здоров'я (ВКЗ).

Мета статті – проаналізувати внутрішню картину здоров'я, а також позитивні емоційні стани.

Дослідження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) набуло досить значного поширення як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології. На жаль, інакше складається з вивченням суб'єктивного відображення здоров'я. І це притому, що в сучасній загальноприйнятій концепції здоров'я підкреслюється важливість його суб'єктивної оцінки [7]. У психології здоров'я першочергове значення для оцінки здоров'я має усвідомлення свого стану, тобто суб'єктивна картина здоров'я [2]. Як підкреслює Т.М.Максимова, суб'єктивні оцінки здоров'я можуть розглядатися як один з показників здоров'я населення. Наприклад, результати дослідження С.Р.Sacks і співавторів показали, що суб'єктивне сприйняття рівня свого здоров'я є набагато кращим предиктором появи та перебігу депресії, ніж об'єктивні показники захворювання [6].

Дослідження К.Callahan і J.Secretst довели, що сприйняття здоров'я (perception of health) є найрозумнішою мірою успішності психосоціальної реабілітації хворих з кардіоваскулярною хворобою. Подібні висновки зробили й J.A.Mattera зі співавторами [4]. Суб'єктивні оцінки здоров'я великою мірою впливають на поведінку хворого в лікувальному процесі. Так, Н.С.Wichowski та S.M.Kubsch показали, що існує пряма кореляція між сприйняттям власного здоров'я (self-perception of health) і згодою з лікувальним режимом (комплаєнтністю) [5]. Зазначені поняття – «суб'єктивні оцінки здоров'я», «логічні рівні здоров'я», «усвідомлення стану здоров'я», «сприйняття здоров'я (perception of health)» – узагальнюються більш широким терміном «внутрішня картина здоров'я» (ВКЗ).

У 1986 році В.Є.Каган увів цей термін у науковий обіг, а в 1988 році обґрунтував концепцію внутрішньої картини ВКЗ. ВКЗ, за В.Є.Каганом, – це цілісне уявлення, «для-себе-знання» про здоров'я; це особистісна установка, що визначає здоровий спосіб життя, терміни звертання по допомогу, адресовані медицині очікування, задоволеність отриманою допомогою, а часто і її ефективність [5].

Дослідженням у рамках концепції ВКЗ присвячені праці І.Б.Бовіної, Д.М.Ісаєва, А.М.Ковальчука, Г.Т.Красильникова зі співавторами, Г.В.Кукурузи зі співавторами, Г.С.Нікіфорова-Тараненко та ін. В англомовній науковій літе-

ратурі домінує концепція «сприйняття здоров'я (perception of health)», у рамках якої свої дослідження здійснюють E.Eurenius зі співавторами, R.Goodwin зі співавторами, Ch.Peterson, M.E.De Avila, V.A.Reis, D.W.Zaidel та ін. Різні вчені давали своє визначення ВКЗ. Серед них ми виділимо визначення В.М.Смирнова та Т.Н.Резникова, які описують це поняття як особливе ставлення особистості до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному намаганні його вдосконалення [3]. В.А.Ананьєв розглядав ВКЗ як самоусвідомлення й самопізнання людиною самої себе в умовах здоров'я.

Як указують Г.В.Ложкін, О.В.Носкова, І.В.Толкунова, ВКЗ – це сукупність описів, мисленневих образів, що стосуються сутнісних характеристик людини. Важливо зрозуміти, що ти являєш собою біологічно (конституційно), психологічно (характерологічно), соціально (особистісно). ВКЗ – це усвідомлення своїх біологічних ресурсів, своїх можливостей, бажань, потреб на різних рівнях, ступенів їхнього задоволення, механізмів захисту, а також своїх здібностей, свого призначення. Усіма своїми характеристиками ВКЗ виступає категорією позапсихічною. Однак опора робиться на самосвідомість людини, інтрапсихічні й особистісні здібності [1].

ВКЗ – це одне з базових понять у психології здоров'я, оскільки є своєрідним еталоном здоров'я, що має складну структуру. ВКЗ є визначеним психофізичним простором, де людина здатна оцінити свої біологічні, соціально-психологічні й духовні можливості. Це не тільки знання своїх можливостей, але й уміння користуватись істинними резервами та нерозкритими потенціями. Дослідження внутрішньої картини здоров'я має велике практичне значення і, як підкреслював В.Є.Каган, без розуміння ВКЗ неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби [2].

ВКЗ, тобто аутопластична картина, відображає уявлення особистості про здоров'я загалом і про власне здоров'я зокрема. Г.Мерль розглядає внутрішню картину здоров'я в контексті уявлень про успішне Я, а добре самопочуття ототожнює «з повнотою життя».

Формування ВКЗ пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я в самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я. Формування «внутрішньої картини здоров'я» для здорової людини – більш складне завдання в порівнянні з хворою, яка вміє дати суб'єктивну оцінку змін, що відбуваються, створюючи «внутрішню картину хвороби». У процесі здоров'я, здавалося б, змін не відбувається, насправді людина просто не навчена їх реєструвати. Наявність насущних проблем змушує свідомість сучасної людини постійно перебувати на відстані: гроші – престиж – гроші. Покладатися на базові цінності – розум – багатство – влада, – це перешкоджає адекватному сприйняттю сигналів, що виходять із «системи раннього повідомлення».

Під час побудови людиною власної моделі ВКЗ велике значення має «схема тіла». Здорова модель «схеми тіла» свідчить про відсутність тілесного дискомфорту в якій-небудь частині тіла. Якщо в наявності є «карта» відчуттів,

що відхиляються, то необхідно досліджувати й усвідомити зв'язок тілесних незручностей із психологічними феноменами (емоційними переживаннями, поведінковими реакціями тощо) [1].

У своїй книзі Г.В.Ложкін, О.В.Носкова, І.В.Толкунова виділяють як мінімум сім міфів, якими оперують сучасні люди [1]:

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

2. Магічний: усі мої хвороби від того, що хтось «навів порчу», «наврочив».

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

4. Кармічний: усі мої хвороби за мої гріхи в минулому житті або «несу карму своєї грішної бабусі».

5. Астрологічний: усі мої хвороби через те, що «так невдало розмістилися зірки наді мною».

6. Психоаналітичний:

- усі мої хвороби через невдалі відносини між мною й моїми батьками (З.Фрейд);

- усі мої хвороби через родову травму (О.Ранк);

- усі мої хвороби через невдале походження «пренатальних матриць» (С.Гроф);

- усі мої хвороби через інграм (записані в несвідомій пам'яті моменти болю й дійсної або вдоволеної погрози виживанню) (Р.Хаббард);

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

1. Соціоцентричний: усі мої хвороби від того, що я вже виконав свою місію на цій землі.

У завдання психології здоров'я входить навчання людини «розшифрування» психосоматичного стану, уміння керувати ним у рамках припустимого й корисного. Людині корисно знати свої сильні й слабкі сторони адаптаційно-компенсаторних реакцій, адекватно оцінювати справжній рівень фізичних і психічних можливостей, нарешті, бути господарем долі, перебуваючи в процесі активної життєдіяльності.

Описуючи структуру ВКЗ, П.І.Сидоров й А.В.Парняков виділяють три її рівні: відчуттєвий, інтелектуальний та емоційний, визначаючи її як складову самосвідомості, уявлення про фізичний стан, що супроводжується своєрідним чуттєвим тлом [4].

Структура ВКЗ, за припущеннями М.І.Губанова й Г.І.Царегородцева, є аналогічною до структури ВКХ і включає в себе сенситивний, раціональний, емоційний і мотиваційний компоненти. А поняття ВКЗ і ВКХ є видовими стосовно родового поняття «внутрішня картина організму», яке, у свою чергу, є частиною змісту поняття «образ Я».

Г.Т.Красильников, Л.М.Сич і Л.Л.Галіна визначають ВКЗ як динамічну модель, що відображає процес діалогу людини в самосвідомості зі своїм Я та своїм організмом.

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

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

Н.Є.Тараненко, досліджуючи переживання дітьми хронічного обструктивного захворювання легень, відзначила такі особливості їхніх уявлень про здоров'я: загалом діти сприймають його як емоційно комфортний стан («добре», «радісно»); 12–15-річні в характеристиці здоров'я більше орієнтовані на соціальну активність («можу ходити в школу»); умовами збереження здоров'я діти називають дотримання режиму, особисту гігієну, загартовування; підлітки більшою мірою розуміють необхідність особистої активності для підтримки здоров'я [11].

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

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

За даними відділу здоров'я США та послуг для людей (USDHHS), 90% американців у 1990 р. характеризували своє здоров'я від «позитивного» до «відмінного». Але, як зауважує О.В.Корнієнко, не для всіх прошарків населення оцінка здоров'я може бути такою. Говорячи про населення в цілому, можна зазначити, що більшість людей оцінюють своє здоров'я як «задовільне» чи «погане», якщо їм за 45 років або вони є представниками малозабезпечених соціальних класів [12].

Ряд дослідників вивчають відмінності сприйняття й оцінки здоров'я залежно від функціональної асиметрії тіла людини. Вивчаючи зв'язок профілю латеральної організації мозку з індивідуальними особливостями психічних процесів і станів, О.Д.Хомська визначає суб'єктивне сприйняття здоров'я як «суб'єктивну оцінку здоров'я (ВКЗ)», але не дає йому означення. Дослідження О.Д.Хомської та співавторів показали, що студенти з низьким рівнем адаптації виявляють низьку самооцінку здоров'я й самопочуття; характеризуються тенденцією до вищого рівня тривожності; мають різні скарги, що відображають психологічну й емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади. Представники проміжної групи мають досить високу самооцінку здоров'я й самопочуття на тлі численних скарг на психологічну й емоційну дезадаптацію і вегетативні розлади при переважанні середнього та низького рівнів особистісної й реактивної тривожності. Особи із задовільним рівнем адаптації відзначаються

високою самооцінкою здоров'я і самопочуття, тенденцією до нижчого рівня тривожності, але висловлюють досить багато скарг, частіше щодо вегетативних розладів. Учені також установили, що особи з лівосторонніми ознаками асиметрії проявляють нижчу самооцінку здоров'я й самопочуття, більшу кількість скарг емоційно-вегетативного типу та вищий рівень реактивної тривожності [13].

Оригінальне дослідження взаємозв'язку сприйняття здоров'я (perception of health) і функціональної асиметрії людського обличчя провели V.A.Reis, D.W.Zaidel. Вони виявили, що композити правої сторони обличчя жінок сприймаються як більш здорові, ніж композити лівої сторони, тоді як щодо обличч чоловіків таких відмінностей не спостерігається [13].

Переживання відчуття здоров'я асоціюється не лише із задоволенням від функціонування свого організму, з відсутністю дискомфорту, а й з відповідністю біологічного та психологічного віку людини. У зв'язку із цим, Г.С.Абрамова та Ю.А.Юдчиць пишуть, що побутове уявлення людини про вік, про можливість віку – чуттєвості, дії, ставлення до самого себе – є тим конкретним матеріалом, який визначає зміст ВКЗ [11].

Існує ще один термін, зміст якого перекликається зі змістом ВКЗ – якість життя (поряд із цим уживаються терміни «якість здоров'я» або «пов'язана зі здоров'ям якість життя»). Це – інтегральна характеристика фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини, що ґрунтується на її суб'єктивному відчутті; тобто вона відображає задоволеність людини станом свого організму стосовно умов життя. Якість життя має велике значення і для встановлення рівня здоров'я, і для оцінки результатів лікування та реабілітації хворих, і для передбачення можливого виходу захворювання. Дослідження якості життя у філософії, соціології, психології та медицині набули великого поширення: важливо знати не лише обсяг роботи, який може виконати людина, але й наскільки добре вона себе при цьому почуватиме (якість життя) і скільки може прожити (кількість життя). Зокрема, А.А.Новік зі співавторами зазначає, що повну й об'єктивну характеристику стану здоров'я складають традиційний медичний висновок, зроблений лікарем, і оцінка якості життя, дана самою людиною [13].

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

За результатами досліджень Національного інституту раку США (NCI), якість життя є другим за значенням критерієм оцінки результатів лікування хворих після такого критерію, як виживання [14].

Є.Ф.Кіра зі співавторами висловлюють думку про те, що використання оцінки якості життя в науковій і практичній роботі є новим кроком в об'єктивізації результатів лікування хворих, що дозволяє в низці випадків переглянути лікувальну тактику, визначити зміни фізичної, соціальної, психологічної, емоційної сфер життя у зв'язку з даним захворюванням, якість роботи даного лікувального закладу.

Дослідження якості життя в онкологічних хворих із неоперабельними формами раку привело до появи поняття «якість умирання», що розглядає шляхи полегшення страждань хворих з позицій психології, етики й фінансових питань.

Питання про співвідношення внутрішньої картини здоров'я і внутрішньої картини хвороби поки що залишається відкритим. Так, В.М.Смирнов і Т.Н.Резникова вважають, що ВКЗ існує поряд із ВКХ як протилежна їй модель, своєрідний еталон здорової людини чи здорового органу, чи частини тіла. Цей еталон може бути досить складним і включати різні елементи у вигляді образних уявлень і логічних узагальнень. Ідеал здоров'я також є регулятором поведінки, але інколи формується і раніше від ВКХ. Еталон, який людина приймає за норму, на певних життєвих етапах може змінюватися. Насамперед це пов'язано з віковими змінами самопочуття. При неврозах нерідко відбувається свідоме чи несвідоме витіснення ідеалу здоров'я – «занурення у хворобу», яке в певних ситуаціях є адаптивною реакцією. У випадку анозогнозії, навпаки, образ здоров'я стає жорстким стереотипом, а динамічний образ хвороби або не формується, або витісняється, або деструктуризується. На думку авторів, ВКЗ включається у ВКХ [10].

За концепцією В.Є.Кагана, навпаки, внутрішня картина хвороби постає як частина внутрішньої картини здоров'я: індивідуальні варіації зовнішніх і внутрішніх кордонів семіотичного простору ВКЗ визначають місце в ньому й переживання людиною свого актуального стану як здоров'я чи хвороби. Іншими словами, внутрішня картина хвороби – це внутрішня картина здоров'я в умовах хвороби [6]. Хвороба ніколи не переживається сама по собі, а завжди в контексті життєвого шляху особистості, тобто у зіставленні зі здоров'ям. Людина як суб'єкт здоров'я так чи інакше знає, що таке здоров'я, і порівнює з ним свій актуальний стан.

Здатність пізнавати самого себе припускає не стільки відстеження конкретних поверхових проявів людської природи, скільки вловлювання власної глибинної суті. Ця здатність виражається в умінні бачити себе й світ, а також себе у світі; чути себе та світ, а також себе у світі; відчувати себе й світ, а також себе у світі. Пізнавши, таким чином, свої складники здоров'я і себе здоровим, необхідно будувати подальше життя в гармонії зі своєю внутрішньою сутністю (автентичність – перша категорія ВКЗ). Гармонія обумовлена ще двома категоріями ВКЗ: конгруентністю і мірою [8, с.30].

Бути конгруентним – це значить говорити те, що думаєш, і робити те, про що говориш. («Хороші думки породжують хороші вчинки»). Людині необхідно почувати ступінь своїх можливостей, розглядаючи здоров'я як порядок, як міру стійкої рівноваги між адаптаційними й компенсаторними можливостями.

Незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених проблемі ВКЗ, сьогодні тут залишається багато відкритих питань, зокрема, про співвідношення внутрішньої картини здоров'я з внутрішньою картиною хвороби, про методи дослідження ВКЗ. А існуючі теоретичні моделі ВКЗ, які розроблені на

основі моделей ВКХ і не враховують цілісного підходу до розуміння здоров'я людини, не включають тих компонентів здоров'я, які традиційно виділяються в науковій літературі й так чи інакше знаходять своє відображення на внутрішньому плані особистості. Відтак втрачається повнота розуміння ВКЗ як багатомірного психологічного феномену.

У науковій літературі також бракує чіткого опису функцій внутрішньої картини здоров'я та її типології.

Л.Руїс пише, що людина має потребу в тому, щоб установлювати певні стосунки з тим об'єктом, явищем, з яким вона зустрічається, а в нашому випадку – зі здоров'ям чи з хворобою. Психологічно кожна людина співвідносить власну парадигму з певними моделями ситуацій, при цьому її парадигма зумовлена культурно-історичним особистим досвідом. Тобто при встановленні контакту зі своїм здоров'ям на будь-якому рівні, зокрема, на рівні хвороби, людина співвідносить власну метафору здоров'я, сформовану в процесі соціалізації й набуття особистого досвіду, з тією метафорою, яка сповідується її найближчим оточенням та її етносом. У результаті такого зіставлення часто формуються так звані «соціально-психологічні стереотипи». Як приклад «соціально-психологічного стереотипу», який зустрічається в постраждалих від катастрофи на ЧАЕС, Л.Руїс наводить «внутрішню картину нездоров'я» [9].

Внутрішня картина здоров'я обов'язково є й у хворих осіб: без суб'єктивного відображення здоров'я вони навряд чи могли б розуміти, що захворіли. Д.М.Ісаєв вважає, що без концепції про здоров'я дуже важко створити уявлення про хворобу. Є.А.Шевальов писав, що в період видужання, особливо після гострих захворювань, наростаність здоров'я відчувається й переживається особливо цікаво.

Як показав аналіз даних дослідження думки пацієнтів про стан свого здоров'я, проведеного І.С.Кіцул, чим гірша самооцінка стану здоров'я, тим важче респонденти оцінюють свій стан при поступленні до лікарні. І чим краще респонденти оцінюють свій стан при поступленні, тим сприятливішим є, на їхню думку, вихід лікування. Найбільший відсоток видужання був у групі хворих, котрі оцінили свій стан при поступленні як легкий. Частіше за інших погіршення відзначають особи з важким станом при поступленні [14].

На основі цього розроблено характеристики позитивної ВКЗ (сформульовані на основі критеріїв міри адекватності/неадекватності ставлення до здоров'я [11].

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

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

На ціннісно-мотиваційному рівні: пріоритетність здоров'я в індивідуальній системі цінностей, високий рівень внутрішньої мотивації до здорового

способу життя, домінування бажання «бути здоровим» (на відміну від бажання «не хворіти»), установка на активне ставлення до здоров'я.

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

Існує безліч словесних характеристик, що описують позитивні переживання. N.M.Bradburn виявив, що соціальноактивні люди, емоційний досвід яких відрізняється великою різнобарвністю, частіше переживають позитивні емоції. Високий соціально-економічний статус, що допомагає уникнути одноманітності й монотонності життя, також позитивно корелює з позитивними емоціями. Але вчений відзначив, що гроші й соціальне становище можуть сприяти радості, але не в змозі позбавити смутку [14]. Таке бачення ще раз підтверджує тезу про відносну незалежність позитивної й негативної емоційності.

Позитивний емоційний стан характеризується:

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

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

Глибина й інтенсивність позитивних станів відображають повноту, глибину або інтенсивність переживань і мають багато спільного з «піковими переживаннями», у характеристику яких входять: захопленість, усвідомлення того, що відбувається [6, с.32].

Джерела позитивних емоцій лежать у різній площині:

- прийом їжі, алкоголю;

- відпочинок, сон;
- шлюбні й інші близькі взаємини;
- успіх, задоволеність;
- фізична активність, спорт, відчуття здоров'я, секс;
- виконання діяльності, використання умінь і навичок (водіння автомобіля, столярні роботи, шиття і т. д.);
- читання, музика, перегляд телепередач;
- інтенсивні переживання (естетичні, релігійні) [5].

Висновок. Узагальнивши поняття внутрішня картина здоров'я, можемо зробити висновок, що внутрішня картина здоров'я являє собою сукупність, комбінацію елементів здоров'я й зв'язаних із ними змістовно-психологічних, суб'єктивно-ціннісних методів існування. Внутрішня картина здоров'я – це сукупність інтелектуальних описів (уявлень) здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкових реакцій.

1. Андреева А. Д. Психологическая поддержка в семье / А. Д. Андреева // Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. – 2-е изд. – Екатеринбург : Деловая кн., 2000. – С. 128–135.
2. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1 : Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – С. Пб. : Речь, 2006. – 384 с.
3. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология / Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 248 с. – Серия «Гиппократ».
4. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації) / О. І. Богучарова // Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2002. – Т. IV. – С. 11–20.
5. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як критерій внутрішньої свободи / І. І. Галецька // Психологічні студії Львівського університету. – Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2004. – Вип. 1. – С. 79–85.
6. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность / А. Н. Леонтьев, Д. А. Леонтьев, Е. Е. Соколова. – М. : Смысл, ППП Тип. «Наука», 2005. – 431 с.
7. Кречмер З. Строение тела и характер / З. Кречмер ; пер. с нем. – М. : Эксмо, 2003. – 412 с.
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel : экспериментальные исследования, клинические испытания, анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Морион, 2000. – 320 с.
9. Маковецька Т. І. Виразкова хвороба у жінок: особистісна характеристика та типи ставлення до хвороби / Т. І. Маковецька // Лікарська справа. – 2003. – № 8. – С. 95–97.
10. Никитин В. Н. Энциклопедия тела : психология, психотерапия, педагогика, театр, танец, спорт, менеджмент / В. Н. Никитин. – М. : Алетейа, 2000. – 622 с.
11. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М. : МГУ, 1994. – 419 с.
12. Фадеєнко Г. Д. Функціональні захворювання органів травлення. Сучасний стан проблеми / Г. Д. Фадеєнко // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – № 2. – С. 7–10.
13. Федотова В. Г. Душевное и духовное / В. Г. Федотова // Философские науки. – 1988. – № 7. – С. 50–58.
14. Хаскельберг М. Г. Представление о здоровье и болезни у народных целителей / М. Г. Хаскельберг // Журнал прикладной психологии. – 2005. – № 2–3. – С. 113–119.