

Теория и методология Theory and methodology

DOI: 10.51217/npsyresearch_2024_04_01_01

Леонтьев Д.А.

От психологии болезни к психологии здоровья:
позитивная реориентация¹

Leontiev D.A.

From illness psychology to health psychology:
a positive reorientation

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Российская Федерация*

Статья посвящена становлению современных взглядов на психологию здоровья как позитивной характеристики человеческого функционирования. Рассматриваются первые подходы к определению нормы, или здоровья, в контексте психологии и смежных наук, формирование взглядов на социальное конструирование понятий здоровья и болезни в философии (М. Фуко), социологии (Э. Гоффман) и психиатрии (Т. Сас), появление концепции позитивного психического здоровья в гуманистической психологии в 1950-е –1970-е гг. (А. Маслоу, К. Роджерс, М. Яхода, С. Джурада). Особое внимание уделено развитию взглядов на позитивное здоровье в русле позитивной психологии в последние 20–30 лет в работах М. Селигмана, а также Дж. Вэйанга, К. Рифф, К. Киза, К. Питерсона и др. Позитивное здоровье рассматривается через призму позитивных ресурсов личности, которые выполняют буферную (профилактическую) функцию по отношению к рискам физических и душевных заболеваний. Приводятся данные метаанализов, раскрывающие вклад позитивных личностных ресурсов в профилактику заболеваний, поддержку долголетия, укрепление физического и душевного здоровья. Позитивные личностные ресурсы такие, как силы характера, позитивные эмоции и черты, отношение к жизни, прямо влияют на характеристики здоровья, подверженность и сопротивляемость заболеваниям и даже смертность. Психологическое здоровье как

¹ В основе статьи лежит доклад на международной конференции «Психическое здоровье личности. Языки психиатрии и психологии» 19-21.10.2023 г. (Ереван, Армянский гос. пед. ун-т им. Х. Абовяна), краткая версия которого опубликована в материалах конференции.

интегральная характеристика полноценности психологического функционирования индивида определяется через зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, меру способности человека трансцендировать свою биологическую, социальную и смысловую детерминированность, выступая активным и автономным субъектом своей жизни в изменяющемся мире (Е.Р. Калитеевская, Д.А. Леонтьев).

Ключевые слова: здоровье, болезнь, норма, социальное конструирование, гуманистическая психология, позитивная психология, личностные ресурсы, профилактика

Для цитирования: Леонтьев, Д.А. От психологии болезни к психологии здоровья: позитивная реориентация // Новые психологические исследования. 2024. № 1. С. 8–29. DOI: 10.51217/npsyresearch_2024_04_01_01

Введение

Цель данной статьи состоит в методологическом осмыслении постепенно происходившей в течение прошлого века переориентации общей и клинической психологии с преимущественного внимания к болезненным симптомам, отклонениям и нарушениям при понимании здоровья как их отсутствия к современным взглядам, ставящим в центр рассмотрения именно проблему здоровья. Последнее понимание важно не только для клинической, но и для общей психологии и стало на сегодняшний день если не доминирующим, то широко признанным, а психология здоровья сегодня – «одна из наиболее стремительно изменяющихся областей психологии» (Тхостов, 2019, с. 8).

Тем не менее, в истории подходов к этой проблеме как в психологии, так и в медицине, долгое время абсолютно доминировала установка, которую А.И. Сосланд (1999) назвал «патографический дискурс»: всё рассматривается под углом зрения патологии, нет здоровых людей, есть лишь недодиагностированные. Проблема здоровья долгое время не ставилась вообще. Дж. Мэддакс не без оснований констатирует, что и в нашем столетии «клиническая психология пропитана не только аналогией болезни, но и идеологией болезни» (Maddux, 2008, p. 56), хотя и та, и другая «изжили свою полезность для клинической психологии» (Ibid, p. 60). Аналогия болезни проявляется прежде всего в языке, который клиническая психология заимствует из медицины, с такими ключевыми понятиями, как симптом, нарушение, патология, болезнь, диагноз, ко-морбидность, лечение, доктор, пациент, клиника, клинический и др. «Идеология болезни идет дальше и говорит нам, на какие аспекты поведения человека нам следует обратить внимание.

Конкретно, она диктует, что фокусом нашего внимания должно быть нарушение, дисфункция и заболевание, а не здоровье.... Она подчеркивает аномалию по сравнению с нормой, плохое приспособление по сравнению с хорошим и болезнь по сравнению со здоровьем. Она заостряет дихотомии нормального и аномального поведения, клинических и неклинических проблем и клинических и неклинических популяций (Ibid, p. 56–57).

В психологии наиболее выразительным носителем этой установки был З. Фрейд (Freud, 1916): разработанный им психоанализ, как известно, концентрировался на симптомах, на жалобах, на нарушениях. Задача, которая ставилась психоанализом, заключалась в том, чтобы эти симптомы устранить, избавив пациента от болезненных переживаний и диагнозов. Это избавление долгое время считалось само собой разумеющейся главной задачей клинической психологии; вопросы же о психологических механизмах, приводящих к тем или иным нарушениям и отклонениям, ставились и решались по-разному. Скажем, если Фрейд анализировал симптомы с точки зрения вопроса, почему и откуда взялся симптом, что его вызвало, то А. Адлер, дискутируя с ним, говорил, что по отношению к симптомам надо задавать вопрос не «почему», а «зачем», чему он служит, какую функцию он выполняет – любой симптом для чего-то нужен (Adler, 1978).

При этом не ставился вопрос о том, отклонение от чего мы изучаем. Норма оказывалась вне поля зрения психологов. Принимались универсальные критерии статистической нормы или успешной адаптации к требованиям социума. В 1941 году А. Маслоу выпустил в соавторстве с Б. Миттельманом учебник по аномальной личности (Maslow, Mittelmann, 1941) – первый учебник, где была глава о нормальной, здоровой личности. До этого такой вопрос даже не ставился. Вариант этой главы был позднее включен Маслоу в его первую концептуальную монографию «Мотивация и личность» (Maslow, 1970). В ней Маслоу впервые дал анализ того, что такое норма в психологии, и выделил ряд различных пониманий нормы, в частности:

- статистический подход к норме: норма – это то, что более или менее соответствует средней части распределения;
- социальная норма: то, что соответствует правилам, задаваемым обществом;
- функциональная норма: отсутствие диагноза, отсутствие патологии, нарушений органов и систем, которые должны нормально функционировать.

Маслоу впервые ввел и идею о том, что наиболее ценный для психологов подход к тому, что такое норма и здоровье, не сводится к описанным пониманиям. Речь идёт об уровне функционирования, отличающемся от среднего в лучшую сторону, выходящем за рамки просто требований социальной адаптации и сохранности органов. Такой уровень функционирования характерен для меньшей части популяции. Это идеал, к чему надо стремиться, и есть шанс в перспективе приблизиться.

Социальное конструирование здоровья и болезни и «гуманистическая революция»

Постепенно взгляды, сконцентрировавшиеся вокруг идеи болезни, начали подвергаться сомнению и пересмотру. Стали появляться попытки содержательно определить здоровье в психологии. Этому во многом способствовали синхронно выдвинутые в 1960 гг. в рамках ряда научных дисциплин представления о том, что норма, или здоровье, – строго говоря, не медицинские понятия, а социальные конструкты. Общество делит людей на здоровых и больных на основании того, насколько нормально они себя ведут в этом обществе, насколько их поведение соответствует сложившимся социальным нормам.

К этой идее независимо друг от друга пришли на разном материале представители нескольких научных дисциплин.

К этому выводу пришел философ Мишель Фуко, анализируя историю представлений о здоровье и болезни пациентов клинических учреждений в Европе, предназначавшихся для изоляции душевно больных людей от общества (Foucault, 1963; 1972). К тому же выводу пришёл выдающийся социолог Эрвин Гоффман, который в своих книгах, посвященных социологической и социально-психологической структуре учреждений для душевнобольных, тюремных заведений и ряда других выделенных из нормального социального функционирования учреждений в современных ему Соединённых Штатах, анализировал уже социологическую специфику механизмов взаимодействия, механизмы навешивания ярлыков, в том числе, клинических диагнозов (Goffman, 1961). Третьим автором был психиатр Томас Сас, который выпустил книгу с характерным названием «Миф душевной болезни» (Szasz, 1961), ставшую манифестом так называемого движения «антипсихиатрии». Предмет его анализа – ранние работы Фрейда, его концепция болезни, лечения, здоровья. Сас дает подробный анализ того, как соотносились идеи Фрейда с общественным духом, идеологией и нравами его времени, и тоже четко

показывает, что реальные критерии того, что есть норма, что есть болезнь, что есть излечение, что есть отклонение, что есть здоровье, оказываются не медицинскими, не клиническими, а социальными.

Дж. Мэдакс в уже цитировавшейся статье дает развернутый анализ механизмов социального конструирования психических заболеваний в противоположность эссенциалистской парадигме, присущей «идеологии болезни». С позиций методологии социального конструкционизма, все категории нарушений, даже категории физических нарушений, достаточно изученные в науке, являются результатом конструирования людьми смысловых систем для понимания своего мира (Дж. Раскин и А. Левандовский; цит. по Maddux, 2008, p. 61). Многие понятия являются примерами не столько научных открытий, сколько договоренностей между исследователями. Таким образом, как он показывает, многие повседневные затруднения превращаются в диагностические ярлыки, фиксируемые в DSM, а именно его Мэдакс считает наиболее ярким и мощным воплощением идеологии болезни (Ibid, p. 64). Резюме, которым он заключает этот анализ, звучит так: «Перспектива социального конструкционизма не является «антинаукой». Признание, что концепции психологического здоровья и патологии социально конструируются, а не выводятся научным методом, не означает признание того, что психологический дистресс и страдания людей не являются реальными, или что паттерны мышления, чувствования и поведения, которые общество решает назвать «патологическими», не могут изучаться объективно и научно. Это, однако, означает признание того, что наука уже не может определить «истинные» или «правильные» концепции психологического здоровья и патологии, как она не может определить «истинные» или «правильные» концепции других социальных конструктов таких, как красота, справедливость, раса или социальный класс. Мы, тем не менее, можем использовать научные методы для изучения психологических феноменов, которые наша культура называет здоровыми или патологическими, чтобы понять порождение паттернов мышления, чувствования и поведения, которые культура считает психопатологическими, а также разработать и проверить способы их изменения» (Ibid, p. 65).

Другая линия трансформации представлений о здоровье и болезни в 1950–60-е гг. была связана с развитием гуманистического движения, в рамках которого в частности было сформулировано представление о позитивном психическом здоровье и представление о человеческом потенциале. На основе этой концепции сложились

идеи о том, что здоровый и нормальный человек – это человек самоактуализирующийся (Maslow, 1970), или полноценно функционирующий (Rogers, 1961; Rogers, Freiberg, 1994). Наиболее общей и до сих пор много цитируемой моделью, на которую часто опираются, была модель Мэри Ягоды, обосновавшую само понятие позитивного психического здоровья и перечислившую длинный список его условий (Jahoda, 1958). В 1974 г. вышла книга С. Джуларда «Здоровая личность» (Jourard, 1974), обобщающая гуманистические представления. Все эти чисто теоретические представления не опирались на конкретные исследования, но ознаменовали важный сдвиг акцентов. Переходя от идеи о том, что здоровье определяется через отсутствие болезней, к идее о том, что болезнь определяется через нарушенное здоровье, мы сначала должны дать определение самому здоровью, задать его критерии, а потом уже двигаться в сторону понимания конкретных механизмов отклонения от него.

Позитивная психология и позитивное здоровье

Решающий и очень существенный в методическом отношении шаг был сделан уже в новом столетии параллельно с оформлением и ростом популярности движения позитивной психологии, которое получило сейчас широкую известность (см. Леонтьев, 2012). В последние годы оно переживает бум, сопоставимый только с бумом когнитивной и гуманистической психологии в 1960-е гг. Сейчас позитивная психология представляет собой одну из ведущих тенденций в мировой психологии. Позитивная психология, как и гуманистическая в свое время, также ориентируется на лучшие и сильные стороны в человеке. Однако, в отличие от гуманистической психологии, которая критиковала господствующую традиционную научную методологию и пыталась разработать альтернативную методологию, позитивная психология исходит из того, что научно-позитивистская методология хороша, от неё не надо отказываться, пытаясь придумывать что-то новое, а надо использовать все её возможности для того, чтобы на строго научной основе ставить новые исследовательские задачи. Речь шла не столько о новом подходе, сколько об изменении повестки дня. Предполагалось устранить перекоп в сторону негативных, тёмных сторон человеческого существования, дополнив исследовательскую повестку изучением позитивных аспектов жизни – позитивных эмоций, сил характера и социальных институтов.

Лозунг позитивной психологии выдвинул впервые в конце 1990-х гг. Мартин Селигман. Селигман показал, что клиническая

психология за период, прошедший после Второй Мировой Войны, научилась успешно справляться с довольно большими и серьезными психологическими и психиатрическими нарушениями. Однако оказывается, что избавить человека от симптомов недостаточно для того, чтобы сделать его счастливым и, более того, недостаточно даже, чтобы сделать его здоровым, писал он в программных статьях этого периода, поднимая проблемы позитивной профилактики и позитивной клинической психологии (Seligman, 2002; 2003; 2008). А в другой работе он ссылается на свой старый психотерапевтический опыт: «Однажды я проделал очень хорошую работу и помог моей пациентке избавиться от большей части ее печали, гнева и тревоги. Я думал, что дело сделано и передо мной будет сидеть счастливая пациентка. Увидел ли я ее счастливой? Нет.... Передо мной сидела пустая пациентка» (Seligman, 2011, p.187).

Селигман констатировал, что мы много знаем о механизмах устранения нарушений, вправления вывихов и решения проблем, но не о хорошей жизни. Образно говоря, мы знаем, как из точки -6 прийти в точку -1 или даже 0 , но мы не знаем, как из точки 0 или $+1$ прийти в точку $+4$. В позитивной зоне человеческого функционирования работают другие закономерности, отличающиеся от тех закономерностей, которые работают в негативной зоне. Более того, практически никто этим не занимается. Даже поверхностный анализ статистики ключевых слов в журнальных публикациях показывает, что статей, посвященных страху, тревоге, горю, другим отрицательным психологическим состояниям, на два порядка больше, чем статей, посвященных радости, оптимизму, благополучию и другим позитивным аспектам существования.

Селигман призывал восстановить нарушенный баланс. Конечно, дисбаланс объясним, потому что прежде всего надо было, действительно, решать проблемы облегчения человеческих страданий. Была создана большая сеть Национального Института психического здоровья в США, которую, как говорили многие, правильно было бы называть Национальным институтом психической болезни, потому что, как указывает, в частности, Селигман, примерно 95% бюджета этой большой сети институтов направляется на исследование болезни, а не здоровья. Это исторически понятно.

Но сейчас настала пора заняться всерьез и другим аспектом этого, который никак не выводится из имеющихся клинических исследований, а именно собственно проблемами здоровья. Модель, которую предложил Селигман, – это модель буфера. В самом

общем виде идея заключается в том, что укрепление личности, развитие того, что обозначается в позитивной психологии как «силы характера и добродетели», выполняет профилактическую роль. Исследования показывают, что позитивные характеристики личности такие, как удовлетворённость жизнью, оптимизм, силы характера и другие, оказывают прямое и существенное причинное влияние на заболеваемость определёнными болезнями, продолжительность жизни и так далее (см. напр. Diener, Chan, 2011). В последнее время используется и даже психометрически измеряется такая характеристика, как психологический иммунитет.

В концептуальной статье с кратким названием «Позитивное здоровье» Селигман определяет позитивное здоровье как поддающееся определению и измерению состояние, не сводящееся просто к отсутствию заболевания (Seligman, 2008, p.3). Это состояние опирается на три группы ресурсов. 1. Субъективные ресурсы, к которым относятся оптимизм, надежда, хорошее самочувствие, жизненная энергия, витальность и удовлетворённость жизнью. 2. Биологические ресурсы, выражающие положительную часть распределения физиологических функций и их анатомических предпосылок: индекс массы тела, артериальное давление, температура, пульс, состав крови и мочи, липидный профиль, уровень сахара в крови и электролиты. 3. Функциональные ресурсы, к которым относятся хороший, счастливый брак, способность в 70-летнем возрасте подняться на третий этаж без одышки, хорошие дружеские связи, удовлетворяющий досуг и, естественно, удовлетворение в работе, в профессиональной сфере (Ibid., p.8). Совокупность трех групп ресурсов характеризует позитивное здоровье, которое помогает людям справляться с разными заболеваниями.

Помимо Селигмана, большой вклад в построение концепции позитивного здоровья в последние три десятилетия внесли и другие авторы этого направления. Психиатр Джордж Вэйант систематизировал разные подходы к проблеме здоровья (Vaillant, 2003) и значительно продвинулся в изучении предпосылок долгой и счастливой старости. Психолог Кэрол Рифф построила и апробировала модель психологического благополучия, отталкивающуюся от характеристик позитивного психического здоровья М. Яходы. Эта модель описывает шесть групп позитивных личностных ресурсов, оказывающих буферное влияние на развитие тех или иных физических и душевных заболеваний (Ryff, 1989; см. Леонтьев, 2011); Рифф также разработала популярную методiku их диагностики, неоднократно адаптированную на русском языке.

Последователь Рифф психолог Кори Киз ввёл в обиход понятие, которое стало сейчас в позитивном движении одним из ключевых, особенно в свете проблемы здоровья, – понятие расцветания (*flourishing*), не сводящегося полностью к здоровью в строгом понимании, но выражающее некоторый эталон телесно и душевно позитивной личности (Keyes, 2003). Расцветание включает в себя положительные эмоции по отношению к жизни, хорошее психологическое и социальное функционирование, эмоциональное здоровье. Противоположность расцветанию Киз обозначает как увядание, считая его промежуточным состоянием между душевным здоровьем и душевной болезнью, более распространенным, чем депрессия. Увядание соответствует таким описаниям пациентов, как «внутренняя пустота», а также тому, что у некоторых античных и раннехристианских философов описывалось термином «уныние», которое характеризуется как восьмой смертный грех. Это состояние тихого отчаяния, приводящее к отсутствию смысла, отсутствию чего-либо позитивного в мире, выраженного отчуждения.

Наконец, ещё одно понятие, которое вводится и обсуждается в этом контексте, – это трудно переводимое понятие *wellness*, введенное Крисом Питерсоном, одним из лидеров позитивного движения в выпущенном им большом учебнике позитивной психологии (Peterson, 2006). *Wellness* – это больше, чем адаптация, это состояние широко понимаемого здоровья выше среднего уровня, включающее в себя физическое, душевное и социальное благополучие. По Питерсону, оно не просто вытекает из каких-либо временных предпосылок или отдельных событий, а является следствием здорового стиля жизни.

Позитивные личностные ресурсы как предикторы здоровья

На сегодняшний день накопилось уже большое количество убедительных эмпирических данных о том, что определённые позитивные личностные ресурсы, такие, как силы характера, позитивные черты, ценности и отношение к жизни прямо влияют на характеристики физического здоровья, подверженность и сопротивляемость заболеваниям и даже смертность. Полный их обзор потребовал бы целой книги, поэтому ограничусь выборочными иллюстрациями, приведенными в нескольких тематических метаанализах (Lyubomirsky et al., 2005; Pressman, Cohen, 2005; Diener, Chan, 2011), а также в упомянутой книге М. Селигмана (Seligman, 2011).

Метаанализ С. Любомирски, Л. Кинг и Э. Динера. Одной из первых попыток систематизировать данные о пользе позитивных

личностных ресурсов для разных областей жизни, в том числе для здоровья, содержится в метаанализе С. Любомирски, Л. Кинг и Э. Динера (Luybomirski et al., 2005). Независимыми переменными в нем выступали показатели позитивных эмоций разного рода (в том числе счастье, субъективное благополучие, оптимизм и др.), а зависимыми – показатели успешности в разных областях жизни, включая состояние физического и душевного здоровья. Этот метаанализ приводил к довольно оптимистичным выводам. «Счастливые индивиды обнаруживают лучшие характеристики душевного здоровья, чем менее счастливые их сотоварищи» (Ibid, p. 824). Показано, в частности, что диспозициональный оптимизм связан с более высокими уровнями и характеристиками душевного здоровья. Счастливые люди реже имеют в анамнезе наркоманию и токсикоманию, а более низкий уровень положительных эмоций прямо связан со склонностью к правонарушениям у подростков (Ibid). В целом, срезовые исследования показывают, что счастье положительным образом связано с индикаторами душевного и физического здоровья и эти связи довольно сильные (Ibid, p. 825). Самооценка здоровья в целом более высокая у более счастливых респондентов. Они также отмечают более высокий уровень социального и физического функционирования и более низкий уровень боли (Ibid, p. 828–829). Не удивительно, что с субъективными отчетами о здоровье коррелирует высокий уровень положительных эмоций, и низкий уровень отрицательных эмоций, и меньшее количество соматических симптомов (Ibid, p. 829). Хронически счастливые люди, как правило, более энергичны и больше вовлечены в разные социальные, досуговые, профессиональные и физические формы активности, и они при этом с меньшей вероятностью отличаются вредными, нездоровыми формами поведения, в т.ч. курением, неразборчивым питанием, пристрастием к алкоголю и наркотикам и неразборчивостью в сексе – все это у счастливых людей находится на более низком уровне (Ibid).

Лонгитюдных данных по интересующей нас теме меньше, чем срезовых, как и во всех других областях, но они также вполне убедительны. Так, люди с высоким уровнем субъективного благополучия с меньшей вероятностью обнаруживают депрессивные симптомы вследствие безработицы, даже длительного ее периода. В лонгитюдном исследовании близнецовых пар в Финляндии выяснилось, что удовлетворенность жизнью связана с более низким уровнем инвалидности, то есть, нарушений трудоспособности по психиатрическим и иным причинам через отрезок времени от 1 до

12 лет после тестирования. На той же выборке удовлетворенность жизнью обнаружила значимую связь с более низким уровнем суицидов через 20 лет, даже после статистического контроля таких факторов риска, как наркомания, курение и физическая активность (Ibid, p. 833). В ряде лонгитудных исследований было установлено, что более счастливые люди имеют меньше шансов умереть от некоторых причин. Так, степень удовлетворенности жизнью позволяет предсказать непреднамеренные и преднамеренные ранения с летальным исходом на отрезке в 19 лет (Ibid). Упоминается 5–6 исследований, в которых обнаружилось, что люди с позитивными эмоциональными чертами имеют большую продолжительность жизни после тяжелых заболеваний с неоднозначным исходом, например, онкологических или травм позвоночника (Ibid).

Часто ссылаются на оригинальное по дизайну большое лонгитудное исследование монахинь римско-католической церкви. В качестве основной независимой переменной был взят уровень положительных эмоций, выражающихся в их автобиографиях, написанных ими в возрасте в среднем 22 года и сохранившихся в архивах. Более высокий уровень выраженности положительных эмоций в возрасте 22 года был связан с более высокой (в 2,5 раза) вероятностью дожить до 80–90-летнего возраста, когда часть из них застало это исследование (Ibid).

Еще одно также часто цитируемое исследование было опубликовано в 2000 году. Выборкой служили более 2000 американцев мексиканского происхождения из юго-западных штатов в возрасте старше 65 лет. Им дали батарею демографических анкет и психологических тестов и затем прослеживали их на протяжении двух лет. После статистического контроля факторов возраста, дохода, образования, веса, курения, потребления алкоголя и хронических болезней, исследователи обнаружили, что у счастливых людей вероятность за это время умереть либо стать инвалидом была в два раза ниже (Ibid).

Метаанализ С. Прессман и Ш. Коэн был опубликован в том же году и в том же журнале, что и цитированный выше метаанализ С. Любомирски, Л. Кинг и Э. Динера, однако он носит более сфокусированный и углубленный характер и выводы, к которым он приводит, являются более критическими (Pressman, Cohen, 2005). Если Любомирски, Кинг и Динер обращали внимание на влияние позитивных состояний на самые разные аспекты жизни, то Прессман и Коэн сосредоточились только на проблеме здоровья, вынеся в заглавие

своей статьи вопрос «Влияют ли позитивные эмоции на здоровье?» и обратившись не только к данным, но и к объяснительным моделям такого влияния.

В качестве зависимых переменных в этом метаанализе рассматривались такие переменные, как заболеваемость, смертность и выживание после болезни, а также тяжесть и протекание заболевания. Учитывались также характеристики функционирования сердечно-сосудистой, эндокринной и иммунной систем, предположительно служащих медиаторами влияния эмоций на здоровье.

В отношении смертности наиболее устойчивые данные в пользу наличия искомой связи были получены на выборках пожилых людей, живших в домашних условиях. Авторы обзора оговариваются, что, возможно, состояние здоровья респондентов измеряется недостаточно четко и не только выступает здесь как зависимая переменная, но и прямо влияет на уровень положительных эмоций у них, таким образом выступая как общий причинный фактор, вносящий вклад в дисперсию и независимой, и зависимой переменной. Два исследования на выборках резидентов домов престарелых обнаружили парадоксальную прямую связь между положительными эмоциями и смертностью. Это объясняется, во-первых, тем, что их здоровье отличается от здоровья пожилых людей, живущих в домашних условиях, во-вторых, есть основания полагать, что сильные положительные эмоции несут для них повышенный риск, и наоборот, стресс переезда в дом престарелых лучше переносят люди со склонностью к агрессии и конфронтации. На выборках людей, не достигших пожилого возраста, данные неоднозначны (Pressman, Cohen, 2005, p. 930–931).

Более однозначную картину дают исследования влияния положительных эмоций на заболеваемость. Так, более низкий уровень положительных эмоций предсказывал больший риск инсульта в последующие 6 лет, особенно у мужчин, после статистического контроля возраста, дохода, образования, семейного положения, индекса массы тела, систолического давления, курения и сердечно-сосудистых заболеваний или диабета в анамнезе. Интересно, что уровень отрицательных эмоций не обнаружил значимого эффекта. Влияние положительных эмоций проявилось также в исследованиях на материале повторных госпитализаций с коронарными проблемами, несчастных случаев и насморка (Ibid, pp. 931–933). Последнее стало объектом изобретательного эксперимента Ш. Коэна. Было давно известно, что удовлетворенность жизнью, оптимизм и другие позитивные личностные ресурсы обратно связаны с количеством пропущен-

ных рабочих дней в течение года (Lyubomirski et al., 2005). Одним из возможных объяснений могло быть то, что пессимисты чаще ходят к врачу, чаще жалуются, поэтому, возможно, у них не больше симптомов, а больше жалоб, чем у оптимистов, при том же состоянии здоровья. Чтобы исключить этот фактор, Ш. Коэн, измеряя базовый уровень положительных и отрицательных эмоций у 334 добровольцев на протяжении трех недель, в специальном экспериментальном режиме организовывал контакт испытуемых с одним из двух обычных вирусов, вызывающих простуду. Действительно, из числа людей с большим объемом позитивных эмоций меньший процент заразился, болезнь протекала у них быстрее и проходила легче (Pressman, Cohen, 2005, p. 932; см. также Seligman, 2011, p. 195–197).

Исследования, фокусирующиеся на выживании при тяжелых, иногда летальных заболеваниях, также показывают неоднозначные результаты. Выраженные положительные эмоции играют скорее отрицательную роль на продвинутых стадиях заболевания с высоким уровнем смертности в краткосрочной перспективе таких, как меланома. Объяснения связаны с невнимательностью избыточно оптимистичных пациентов к своим симптомам и к соблюдению врачебных предписаний. Кроме того, когда болезнь уже захватила весь организм, влияние эмоций на ее течение вряд ли может быть очень большим (Pressman, Cohen, 2005, p. 935). Анализ исследований с измерением маркеров тяжести заболевания и физического функционирования также не позволяет прийти к однозначным выводам (Ibid, p. 938). Там же, где в качестве зависимой переменной использовались разные формы самоотчета о своем состоянии, была выявлена регулярная связь между большим уровнем положительных эмоций, с одной стороны, и меньшим числом симптомов и болевых ощущений и лучшим самочувствием, с другой. Авторы, однако, предполагают, что, возможно, эмоции больше влияют у респондентов на восприятие ими своего телесного функционирования, чем на физиологические процессы в организме (Ibid, p. 939). Обращаясь к физиологическим системам, связанным с состоянием здоровья, Прессман и Коэн констатируют, что искусственно вызванная в лабораторных условиях индукция положительных эмоций приводит к выраженным изменениям иммунных реакций, хотя их влияние на состояние здоровья не вполне ясно; еще менее однозначны влияния эмоций на различные гормональные системы (Ibid, p. 957).

Рассматривая причинные объяснения описанных связей, Прессман и Коэн стремятся свести в комплексные модели такие разные факторы,

как практики здорового поведения, активация центральной нервной системы, активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, эндогенные опиоиды, иммунная функция и социальные контакты (Ibid, p. 957–959); объем и задачи данной статьи не позволяют остановиться на этом подробнее

Общий вывод авторов по итогам анализа достаточно сдержан. Прессман и Коэн отмечают, что имеющаяся литература не позволяет дать однозначный ответ на вопрос о пользе позитивных эмоций для здоровья, однако побуждает к дальнейшему анализу и позволяет поставить вопрос более дифференцированно. В частности, польза диспозиционного положительного аффекта видна сравнительно однозначно при анализе его влияния на заболеваемость, симптомы и боль. Менее однозначна картина со смертностью пожилых людей в домашних условиях; исследований на этих выборках недостаточно. С другими зависимыми переменными картина еще более неоднозначная, как и с влиянием положительных эмоций как текущего состояния. Они определенно влияют только на самоотчеты о своем самочувствии. Существенное повышение положительных эмоций может вести и к негативным последствиям, выступая триггером состояний с высокой активацией, стимулирующих развитие нежелательных болезненных процессов при некоторых хронических заболеваниях таких, как сердечно-сосудистые заболевания или астма (Ibid, p. 960–963).

М. Селигман о важности оптимизма. М. Селигман в своей книге «Путь к процветанию» (Seligman, 2011) приводит ряд данных о положительном влиянии позитивных личностных ресурсов на здоровье. Наибольшее внимание он уделяет естественно, оптимизму, в исследовании которого он в свое время внес неоценимый вклад.

Оптимизм даёт позитивный прогноз на продолжительность жизни при раке и сердечно-сосудистых заболеваниях (Seligman, 2011, p. 190–204). Селигман пишет, что возможно несколько объяснений этого эффекта. Одно из них состоит в том, что оптимисты более активны, они верят, что от их действий что-то зависит, поэтому они делают то, что нужно делать, выполняют предписания, более внимательно относятся к указаниям врачей. Селигман ссылается на старые исследования Вэйанта, из которых следует, что оптимисты более внимательно реагируют на предостережения и опасности, чем пессимисты. Когда в 1964 г. был опубликован и широко обнародован в СМИ отчет Генерального хирурга об ухудшении здоровья в США в связи с курением, бросали курить прежде всего оптимисты, а не пессимисты, потому что оптимисты, по-видимому, просто больше

в состоянии заботиться сами о себе. Они предпринимают какие-то действия и верят, что они дадут результат. А пессимисты не верят, что их действия дадут результат. Оптимисты также более осторожны по отношению к возможному избеганию плохих событий. Пессимисты более пассивны. Скажем, когда объявляют предостережение по поводу приближающегося торнадо, оптимисты с большей вероятностью укрываются в убежищах, а пессимисты склонны к фатализму, ссылке на волю Божию, поэтому они оказываются в большей мере жертвами. Второе объяснение – социальная поддержка. У оптимистов больше друзей, больше жизнелюбия, больше социальной поддержки. Это факторы, которые прямо влияют на способность противостоять любым заболеваниям, от насморка до рака, и успешно справиться с ними. Третье возможное объяснение, почему оптимисты устойчивее к заболеваниям, касается биологических механизмов. Возможно, люди, склонные к оптимизму и, соответственно, более устойчивые по отношению к сердечно-сосудистым и другим заболеваниям, имеют общие характеристики иммунной системы, реакций на повторяющийся стресс, другие общие генетические предпосылки (Ibid, p. 205–206).

Субъективное благополучие и продолжительность жизни.

Более конкретный метаанализ Э. Динера и М. Чан (Diener, Chan, 2011) был посвящен анализу влияния субъективного благополучия, измерявшегося разными способами, на общее здоровье и продолжительность жизни. Авторы приходят к выводу о наличии причинной связи между ними. «Свидетельства в пользу влияния субъективного благополучия на здоровье и смертность от всех причин ясны и убедительны, хотя сохраняется немало неопределенности в том, как различные типы субъективного благополучия влияют на конкретные заболевания. Размер эффекта влияния субъективного благополучия на здоровье не тривиален; он велик, если рассматривать его в контексте общества в целом. Если высокое субъективное благополучие прибавляет от 4 до 10 лет жизни по сравнению с низким субъективным благополучием, то этот результат заслуживает внимания на национальном уровне» (Diener, Chan, 2011, p. 32).

Надо сказать, что влияние характеристик личности на субъективные и объективные параметры здоровья не сводится к проблемному полю позитивной психологии. Так, например, аналогичные данные существуют по отношению к влиянию на смертность от всех причин «большой пятерки» личностных черт, четыре из которых (за исключением открытости опыту) дают значимые корреляции

с размером эффекта от 0,04 до 0,09). Нейротизм и враждебность (противоположность доброжелательности) коррелируют со смертностью положительно, а экстраверсия и добросовестность – отрицательно (Ferguson, 2013, p. S39).

Заключение

Ограниченный объем не позволяет подробнее раскрыть упомянутые концепции и более систематично представить обосновывающие их эмпирические данные. Обобщая сказанное, можно констатировать, что в последние 20–30 лет все больше укоренялось и подкреплялось эмпирическими свидетельствами убеждение в том, что здоровье является не только и не столько следствием избавления от разного рода проявлений болезни как на физическом, так и на психическом уровне. «Пора отказаться от идеологии болезни и заменить ее подходом позитивной психологии, который коренится в акценте, который позитивная психология делает на здоровье, счастье и силы человека. Позитивная клиническая психология отвергает идеологию болезни как наиболее точный или эффективный подход к пониманию психологически проблемных аспектов человеческой жизни. Тем самым позитивная клиническая психология отрицает ту предпосылку «идеологии болезни», что нормальные жизненные проблемы представляют собой симптомы «психопатологий» – то есть, психологических заболеваний» (Maddux, 2008, p. 60). В меньшей степени здоровье является психологической структурой, причинным фактором, который влияет на нашу вероятность заболеть теми или иными заболеваниями, влияет на тяжесть протекания этих заболеваний, на продолжительность жизни и, естественно, влияет на самочувствие как при наличии диагноза заболевания, так и в его отсутствие. Психологическое здоровье как интегральную характеристику полноценности психологического функционирования индивида можно определить через «зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, меру способности человека трансцендировать свою биологическую, социальную и смысловую детерминированность, выступая активным и автономным субъектом своей жизни в изменяющемся мире» (Калитевская, Леонтьев, 2008, с. 253). Конкретные исследования позитивной психологии говорят о роли позитивных личностных ресурсов, которые выступают в качестве буферных сил и способностей, профилактически влияющих на субъективные и объективные характеристики душевного и физического здоровья человека.

Благодарность

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2023 году.

Литература

- Калитевская, Е.Р., Леонтьев, Д.А. Здоровье психологическое // Большая Российская Энциклопедия. М.: Большая Российская Энциклопедия, 2008. Т. 10. С. 353.
- Леонтьев, Д.А. Подход через позитивные черты личности: от психологического благополучия к добродетелям и силам характера // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 76–91.
- Леонтьев, Д.А. Позитивная психология – повестка дня нового столетия. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9. № 4. С. 36–58.
- Сосланда, А. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии. М.: Логос, 1999.
- Тхостов, А.Ш. Введение // Руководство по психологии здоровья / Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2019. С. 7–12.
- Adler, A. *Lebenskenntnis*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1978.
- Diener, E., Chan, M.Y. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity // *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2011. Vol. 3. No. 1. P. 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Ferguson, E. Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology // *Health Psychology Review*. 2013. Vol.7, Supplement 1, S32–S70, <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.547985>
- Foucault, M. *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*. Paris: Gallimard, 1972.
- Foucault, M. *Naissance de la Clinique*. Paris: Quadrige; Presses Universitaires de France, 1963.
- Freud, S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Erster Teil. Wien: Hugo Heller und Cie, 1916.
- Goffman, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, N.Y.: Anchor Books, 1961.
- Jahoda, M. *Current concepts of positive mental health*. New York, N.Y.: Basic Books, 1958.

- Jourard, S.M. *Healthy personality: An approach from the viewpoint of humanistic psychology*. New York, N.Y.: Macmillan, 1974.
- Keyes, C.M. Complete mental health: an agenda for the 21st century / In C.M. Keyes, J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, D.C.: APA Press, 2003. P. 105–128. <https://doi.org/10.1037/10594-013>
- Lyubomirsky, S., King, L.A., Diener, E. The benefits of frequent positive affect // *Psychological Bulletin*. 2005. Vol. 131. P. 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maddux, J.E. Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology // *Applied Psychology: An international review*. 2008. Vol. 57. P. 54–70. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x>
- Maslow, A., Mittelmann, B. *Principles of Abnormal Psychology. The Dynamics of Psychic Illness*. New York, N.Y.: Harper, 1941.
- Maslow, A.H. *Motivation and Personality*. 2nd ed. New York, N.Y.: Harper and Row, 1970.
- Peterson, C. *A Primer in Positive Psychology*. New York, N.Y.: Oxford University Press, 2006.
- Pressman, S.D., Cohen, S. Does Positive Affect Influence Health? // *Psychological Bulletin*, 2005. Vol. 131. No. 6. P. 925–971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Rogers, C. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, M.A.: Houghton Mifflin, 1961.
- Rogers, C., Freiberg, J. *Freedom to Learn*. 3rd. ed. New York, N.Y.: Pearson, 1994.
- Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989. Vol. 57. No. 6. P. 1069–1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Seligman, M. E. Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy / In C. R. Snyder, S.J. Lopez (Eds.), *The Handbook of Positive Psychology*. New York, N.Y.: Oxford University Press, 2002. P. 3–12. DOI:10.1093/oso/9780195135336.003.0001
- Seligman, M. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. New York, N.Y.: Simon, Schuster, 2011.
- Seligman, M.E.P. Foreword: The Past and Future of Positive Psychology / In C. Keyes and J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington D.C.: APA Press, 2003. P. XI–XIX.
- Seligman, M.E.P. Positive Health // *Applied Psychology: An international review*. 2008. Vol. 57. P. 3–18. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

Szasz, T.S. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, N.Y.: Harper, Row, 1961.

Vaillant, G. *Mental Health // American J. of Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 1373–1384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>

Сведения об авторе

Дмитрий А. Леонтьев, доктор психологических наук, главный научный сотрудник, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия; 109028, Россия, Москва, Покровский бульвар, д. 11; dleontiev@hse.ru

Leontiev D.A.

From illness psychology to health psychology:
a positive reorientation

HSE University, Moscow, Russia

The article is devoted to the formation of modern views on the psychology of health as a positive characteristic of human functioning. The first approaches to the definition of norm, or health, in the context of psychology and related sciences, the formation of views on the social construction of the concepts of health and illness in philosophy (M. Foucault), sociology (E. Goffman) and psychiatry (T. Szasz), the emergence of the concept of positive mental health in humanistic psychology in the 1950s–1970s (A. Maslow, C. Rogers, M. Jahoda, S. Jourard) are considered. Special attention is paid to the development of views on positive health in the context of positive psychology in the last 20–30 years in the works of M. Seligman, as well as G. Vaillant, C. Ryff, C. Keyes, C. Peterson, etc. Positive health is viewed through the prism of positive personal resources, which perform a buffer (preventive) function in relation to the risks of physical and mental diseases. The data of meta-analyses revealing the contribution of positive personal resources to disease prevention, longevity support, and the promotion of physical and mental health are presented. Positive personality resources such as character strengths, positive emotions and traits, and attitudes toward life directly influence health characteristics, susceptibility and resistance to disease, and even mortality. Psychological health as an integral characteristic of the fullness of psychological functioning of an individual is determined through maturity, safety and activity of personality self-regulation mechanisms, the measure of a person's ability to transcend his/her biological, social and meaning-related determinacy, acting as an active and autonomous agent in the changing world.

Key words: health, illness, norm, social construction, humanistic psychology, positive psychology, personality resources, prevention

For citation: Leontiev, D.A. (2024). From illness psychology to health psychology: a positive reorientation. New Psychological Research, No. 1, 8–29. DOI: 10.51217/npsyresearch_2024_04_01_01

Acknowledgment

The article was prepared within the framework of the HSE University Basic Research Program in 2023.

References

- Adler, A. (1978). *Lebenskenntnis*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Diener, E., & Chan, M.Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology. *Health Psychology Review*, 7(Supplement 1), S32–S70. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.547985>
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la Clinique*. Paris: Quadrige; Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Erster Teil. Wien: Hugo Heller und Cie.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Jourard, S.M. (1974). *Healthy personality: An approach from the viewpoint of humanistic psychology*. New York, NY: Macmillan.
- Kalíteevskaya, E.R., & Leontiev, D.A. (2008). Psychological health. In *Big Russian Encyclopedia* (Vol. 10, p. 353). Moscow: Bolshaya Rossiiskaya Entsiklopediya. <https://old.bigenc.ru/psychology/text/1991172>
- Keyes, C.M. (2003). Complete mental health: an agenda for the 21st century. In C.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived* (pp. 105–128). Washington, DC: APA Press. <https://doi.org/10.1037/10594-013>
- Leontiev, D.A. (2011). An approach through positive personality traits: from psychological well-being to virtues and character strengths. In D.A. Leontiev (Ed.), *Personality Potential: Structure and Assessment* (pp. 76–91). Moscow: Smysl.

- Leontiev, D.A. (2012). Positive Psychology: An Agenda for the New Century. *Psikhologiya. Zhurnal Vyshei shkoly ekonomiki*, 9(4), 36–58. (in Russian)
- Lyubomirsky, S., King, L.A., & Diener, E. (2005). *The benefits of frequent positive affect. Psychological Bulletin*, 131, 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maddux, J.E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 54–70. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x>
- Maslow, A., & Mittelmann, B. (1941). *Principles of Abnormal Psychology*. The Dynamics of Psychic Illness. New York, NY: Harper.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York, NY: Harper and Row.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does Positive Affect Influence Health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C., & Freiberg, J. (1994). *Freedom to Learn* (3rd ed.). New York, NY: Pearson.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *The Handbook of Positive Psychology* (pp. 3–12). New York, NY: Oxford University Press. DOI:10.1093/oso/9780195135336.003.0001
- Seligman, M.E.P. (2003). Foreword: The Past and Future of Positive Psychology. In C. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived* (pp. XI–XIX). Washington, DC: APA Press.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x
- Sosland, A.I. (1999). *Fundamental structure of the psychotherapeutic method, or how to establish one's own school on psychotherapy*. Moscow: Logos.
- Szasz, T.S. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, NY: Harper & Row.

- Tkhostov, A.S. (2019). Introduction. In A.S. Tkhostov & E.I. Rasskazova (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 7–12). Moscow: Izd-vo Mosk. Un-ta.
- Vaillant, G. (2003). *Mental Health. American Journal of Psychiatry*, 160, 1373–1384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>

Information about the author

Dmitry A. Leontiev, Ph.D., Dr.Sc. (Psychology), Chief Researcher, HSE University, Moscow, Russia; 11 Pokrovsky blvd, Moscow, Russia, 109028; dleontiev@hse.ru