

СУБЪЕКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПОЛЕ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Анна Александровна Лебедева, Василий Юрьевич Костенко

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
109074, Москва, Славянская пл., 4, стр. 2, каб. 206, e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com*

Реферат

Субъективное здоровье — самооценка своего состояния и мера здоровья — категория, которая зарекомендовала себя в исследованиях как предиктор смертности и объективного здоровья. Данный показатель наиболее широко используют самые разные дисциплины в контексте изучения качества жизни и здоровья. Наряду с этим конкретное содержание данного конструкта всё ещё остаётся под вопросом и выступает предметом научных дискуссий. В психиатрии субъективное понимание здоровья сводится к представлениям о психическом заболевании, его развитии и протекании. Существуют данные о культурно-специфичном понимании здоровья представителями разных национальностей. В статье поставлена проблема влияния психиатрического диагноза на самооценку здоровья в целом.

Ключевые слова: субъективное здоровье, самооценка здоровья, субъективное благополучие, имплицитная теория здоровья.

**SUBJECTIVE HEALTH IN THE FIELD
OF PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY**

Anna A. Lebedeva, Vasily Yu. Kostenko

National Research University Higher School of Economics,
109074, 4 Slavyanskaya Square, Building 2, room 206,
e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com

Abstract

Subjective health is a self-assessment of human condition and measure of health — has proven itself in research as a predictor of mortality and objective health. This indicator is most widely used by a variety of disciplines in the context quality of life and health studies. Along with this, the comprehension of this construct is still complicated and disputed. In psychiatry, the subjective understanding of health is reduced to ideas about development and course of mental illness. There is evidence of a culturally specific understanding of health by representatives of different nationalities. The article raises the problem of the influence of psychiatric diagnosis on self-assessment of health as a whole.

Keywords: subjective health, self-assessment of health, subjective well-being, implicit theory of health.

Актуальность исследования

Субъективное здоровье — наиболее широко используемый показатель состояния здоровья, особенно когда речь идёт о медицинских социологических исследованиях и масштабных индексах. Этот показатель легко получить, потому что он состоит из одного простого вопроса, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Как Вы оцениваете своё здоровье в целом?» Устоялось мнение, что в использовании многоэлементных шкал нет необходимости, достаточно одного вопроса [1]. На протяжении уже нескольких десятилетий эмпи-

рических исследований этот единственный вопрос неизменно демонстрирует связи с объективными показателями качества жизни и здоровья [2], а также со смертностью [3].

Простой вопрос, однако, способен породить целый ряд методических и теоретических проблем: авторы детальных исследований сообщают о том, что люди по-разному интерпретируют данный вопрос, а ответ на него может зависеть от социально-экономического положения, пола или возраста [4–6], а также от прошлых и имеющихся заболеваний [3]. Кроме того, исследования показывают, что индивидуальные интерпретации субъективного здоровья, оценённого таким образом, сильно варьируют и состоят, по меньшей мере, из двух стадий:

– на первой стадии самооценки человек склонен ориентироваться на те критерии и компоненты, которые наиболее актуальны для него в настоящий момент (здесь оценка будет зависеть от культурного и социально-демографического контекста);

– на второй стадии здоровье оценивают в сравнении с другими людьми (на этой стадии оказывают влияние мнения референтных групп, а также собственное психическое состояние) [3].

Таким образом, с одной стороны субъективное здоровье — зарекомендовавшая себя в целом ряде глобальных исследований сводная мера различных аспектов здоровья, а с другой стороны, конкретное содержание данного конструкта всё ещё остаётся под вопросом. Иными словами, имплицитное содержание концепта субъективного здоровья выступает предметом научных дискуссий за рубежом и требует проведения новых исследований.

В контексте психиатрии тема субъективного здоровья звучит более узко. Так, к примеру, в научном дискурсе психиатрии субъективные представления о здоровье сводятся к представлениям о патогенезе, ходе и вариантах лечения психических, а также соматических заболеваний. Исследователи говорят о том, что понимание психического здоровья во многом обусловлено социокультурным опытом пациентов. Так, пакистанцы чаще объясняют причины психических расстройств религиозными убеждениями, а объяснения австрийцев обычно соответствуют биопсихосоциальным концептам западной медицины [7]. Более того, исследователи обсуждают, что субъективная оценка здоровья подвержена искажениям, связанным с индивидуальным восприятием, которые необходимо

учитывать исследователям и практикам [8]. В связи с этим субъективная оценка здоровья представляет собой крайне недифференцированное поле, на котором встречаются представители разных наук, каждая из которых выделяет в широком понятии здоровья свой собственный предмет.

Таким образом, изучение конструкта субъективного здоровья и разработка его дифференциальной модели представляются актуальной задачей научной психологии как в России, так и за рубежом.

История понятия субъективного здоровья

В клинических исследованиях качества жизни, связанного со здоровьем, субъективные измерения обычно используют для оценки состояния пациента после лечения и служат мерой эффективности реабилитационных процедур [9]. Самооценка состояния здоровья (Self-assessed Health Status) — показатель того, как человек оценивает своё здоровье (например, как отличное / очень хорошее / хорошее / удовлетворительное или плохое). Принятая ВОЗ, эта субъективная мера здоровья входит в различные индексы оценки здоровья как показатель, хорошо себя зарекомендовавший. Интерес к самооценке здоровья возрастает с конца 1990-х годов в связи с тем, что этот показатель в целом ряде исследований предсказывал смертность лучше, чем текущее объективное состояние здоровья [10–13].

Авторы более современных академических исследований всё чаще обращаются к понятию субъективного здоровья (Subjective Health), под которым понимают индивидуальное ощущение собственного здоровья в данный момент времени [14]. Как правило, термины «субъективное здоровье» и «самооценка здоровья» используют как синонимы. Появление же дискурса субъективного здоровья связывают с изменениями в традиционном понимании здравоохранения и медицинских услуг.

Кардинальные изменения в паттернах болезни и здоровья привели к тому, что вопросы о том, является человек больным или здоровым, постепенно обособляются от объективных показателей и всё чаще отдаются на откуп субъективному восприятию человеком своих симптомов как требующих или не требующих профессионального внимания. К примеру, некоторые пожилые люди при наличии патологических процессов в организме считают себя здоровыми и приписывают проблемы с самочувствием наступающей старости. В связи с этим субъективные оценки здоровья стали центральной переменной геронтологических исследований [15, 16]. Таким образом, наука столкнулась с концептуальными трудностями определения здоровья как на индивидуальном уровне, так и на уровне населения, поскольку появилось множество факторов превращения «не больного» человека в «больного», и наоборот [17].

К особой области исследований относятся работы, объединяющие понятия субъективного здоровья и субъективного благополучия. Наиболее признан подход, включающий субъективное здоровье в структуру субъек-

тивного благополучия. Вместе с тем, как отмечает Э. Динер, множество политических решений всё ещё опирается на другие индикаторы здоровья, такие как продолжительность жизни, уровень смертности, заболеваемость и другие, а самооценку здоровья игнорируют и исключают из повестки дня государственной политики в области здравоохранения [18]. На практике решения, основанные только на «объективных» показателях, могут противоречить реальным потребностям и ожиданиям населения.

Однако само понимание субъективного здоровья, по всей видимости, развивается несущественно и, несмотря на многочисленные эмпирические исследования, проведённые за последние 20 лет, не удаётся обнаружить явного концептуального прироста в данной области. Так, теории, объясняющие качество взаимоотношений между субъективным благополучием и здоровьем, как правило, сводятся к следующему: оценка жизненных обстоятельств зависит от уровня удовлетворённости потребностей, который варьирует у отдельных людей и социальных групп [19]. Такой подход критикуют как чрезмерно гедонистический.

Довольно мало исследований, которые бы критиковали традиционные способы оценки субъективного здоровья и рассуждали о том, что за этой оценкой может стоять какой-либо другой признак, предсказывающий физическое функционирование [20]. Таким образом, современные исследования субъективного здоровья, как правило, выполняются в той или иной традиции и недостаточно задаются вопросами о внутреннем содержании того субъективного измерения, которое стоит за обыденным пониманием здоровья.

Постановка проблемы изучения субъективного здоровья

Исследования субъективного здоровья принадлежат, как правило, полю исследований субъективных и объективных социальных индикаторов и конкретизируются в области качества жизни, связанного со здоровьем. Такая медико-социальная традиция исследования здоровья позволила накопить большой объём материалов исследований субъективных оценок здоровья, однако психологического осмысления эти оценки, как правило, не получают, поскольку исследования выполняют в русле других исследовательских вопросов и/или в предметном поле других дисциплин.

Психологическому полю достаётся скорее вопрос о субъективном благополучии, к которому во многом и сводится понимание психического здоровья. Известное определение ВОЗ гласит: «Психическое здоровье — состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в своё сообщество».

Более глубокое изучение в области психологии здоровья традиционно укоренено в области клинической психологии, особенно в русле отечественной традиции. Так, довольно глубоко изучено понятие внутренней картины болезни, куда А.Р. Лурия

включал, в том числе, и все переживания больного о своём здоровье — самочувствие, самонаблюдение [21]. А.Ш. Тхостов и Г.А. Арина, развивая взгляды В.В. Николаевой, уделяют значительное внимание личностному смыслу болезни, приводя в пример смыслы преграды и ограничения [22]. Смысловому содержанию болезни посвящает свои размышления и Б.С. Братусь, говоря о методологии изучения личностных аномалий [23]. Е.Т. Соколова анализирует некоторые феномены искажения самовосприятия при психических расстройствах [24]. Эти и другие накопленные фундаментальные научные результаты, полученные в традиции культурно-исторического и деятельностного подходов, несут в себе большой методологический потенциал для психологии здоровья.

Вопрос о смысле болезни, тем не менее, не снимает вопроса о смысле здоровья и никоим образом его не дублирует. Эти феномены взаимно дополняют друг друга, и продвижение в анализе болезни даёт пищу для размышлений о здоровье, задаёт в адрес последнего новые исследовательские вопросы.

Мы предлагаем начать этот долгий путь исследования глубинных смыслов здоровья с того, что помещаем в фокус нашего внимания один из вариантов операционализации многообразной феноменологии внутренней картины здоровья — понятие субъективного здоровья.

«Субъективность есть факт объективной реальности, она входит в состав реальных жизненных процессов человека», и это даёт основание вслед за В.И. Слободчиковым и Е.И. Исаевым говорить о том, что «субъективное само и есть объективное» [25]. Такому заявлению вторят многочисленные эмпирические факты, засвидетельствовавшие связь между переменной субъективного здоровья и множеством объективных показателей, в числе которых центральное место занимает смертность.

Понимание субъективного здоровья, принятое ВОЗ, заключено и фактически сводится к одному единственному вопросу к респонденту о том, как он оценивает своё здоровье в целом. Данная мера, действительно, хорошо себя показала в исследованиях, однако остаётся неясно, что стоит за этой оценкой: каково содержание имплицитного представления о здоровье? О каком здоровье в действительности говорит тот или другой респондент, отвечая на подобный вопрос: о физическом, психическом, психологическом или духовном?

Продолжая размышлять о здоровье в традиции так называемой клинической общей психологии, предложенной Б.С. Братусем, мы можем опереться на концепцию многоуровневой структуры психического здоровья [26]. Согласно данному пониманию, здоровье складывается из относительно независимых уровней регуляции: (1) физиологического (базового), (2) индивидуально-психологического, (3) личностно-смыслового (или духовного). Таким образом, мы предполагаем, что понятие субъективного здоровья может включать все эти измерения. Кроме того, аналогичные сферы субъективного здоровья были выделены нами

в рамках пилотажного качественного исследования. Данные, полученные в ходе исследования, позволили предположить наличие минимум трёх измерений субъективного здоровья: физическое здоровье, психологическое здоровье и духовное здоровье (результаты были представлены на международной конференции [27]).

Мы считаем, что текущий вызов, с которым сталкивается исследователь субъективного здоровья, — определиться с содержанием понятия. Одним из выходов из положения размытого понимания субъективного здоровья может стать обоснование нескольких его уровней путём использования разных мишеней, то есть разных вопросов о здоровье респондента. Это может уточнить исследуемый концепт, а также проверить его связи с переменными, отражающими феномены соответствующего уровня. К примеру, физиологический уровень может быть представлен объективными или максимально объективированными мерами здоровья (например, группа здоровья, показатели функционального развития организма, число обращений к врачу за период и др.). Психический уровень может быть представлен мерами стресса, депрессии и прочих клинических феноменов, которые используют в диагностике психических заболеваний.

Учитывая современные подходы к здоровью, а также результаты пилотажного качественного исследования, мы предлагаем разбить личностно-смысловой уровень на два измерения — психологическое и духовное. Понятие психологического здоровья опирается на вполне определённые традиции изучения (Яхода М. [28], Рифф К. [29] и др.) и имеет множество переменных для операционализации (субъективное благополучие, удовлетворённость жизнью, счастье, психологическое благополучие, субъективное качество жизни и т.п.). Оценка духовного здоровья может включать инструменты, измеряющие духовные и экзистенциальные феномены, такие как самотрансценденция, духовный смысл, внешняя и внутренняя религиозность и др.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, для науки остаётся неочевидным внутреннее содержание феномена субъективного здоровья, а также не прояснены вопросы о том, насколько объективно субъективное здоровье (как оно соотносится с реальным состоянием, объективным здоровьем); о каких аспектах здоровья мы можем получить ответ, когда задаём вопросы о субъективном здоровье; наконец, как субъективные представления о здоровье связаны с психологическими переменными качества жизни и благополучия?

2. Помещая проблему субъективного здоровья в поле психиатрических расстройств, мы сталкиваемся с ещё большей неопределённостью. Здесь остаётся неясным, к чему обращён вопрос о субъективном здоровье для человека с психиатрическим диагнозом.

3. Исходя из вышеизложенного, мы можем предположить, что, отвечая на вопрос ВОЗ о здоровье, человек ориентируется на некую имплицитную концепцию здоровья. При этом знание диагноза может определять его представления о здоровье. Он может считать себя

больным и приравнивать вопрос о здоровье к вопросу о психическом здоровье, а может считать себя всё же здоровым, хотя и страдающим в определённой мере дисфункциональными состояниями, — и тогда вопрос о субъективном здоровье будет направлен к другой, более сохранной мишени (физической, психологической или духовной). Мы можем также предположить, что высокий уровень субъективного здоровья в случае человека с психиатрическим диагнозом будет способствовать более качественному функционированию и более устойчивым ремиссиям.

Работа выполнена при поддержке Российского научного фонда, проект 18-18-00480 «Субъективные индикаторы и психологические предикторы качества жизни».

ЛИТЕРАТУРА

1. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *J. Epidemiol. Commun. Health*. 2005; 59 (5): 342–345.
2. Chaparro M.P., Hughes A., Kumari M., Benzeval M. The association between self-rated health and underlying biomarker levels is modified by age, gender, and household income: Evidence from Understanding Society — The UK Household Longitudinal Study. *SSM — Population Health*. 2019; 8: 100406. DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100406.
3. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc. Sci. Med.* 2009; 69: 307–316. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013.
4. Dowd J.B., Zajacova A. Does self-rated health mean the same thing across socioeconomic groups? Evidence from biomarker data. *Ann. Epidemiol.* 2010; 20 (10): 743–749.
5. Shoostari S., Menec V., Tate R. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25–54) and older (55+) Canadian adults: A longitudinal study of well-being. *Res. Aging*. 2007; 29 (6): 512–554.
6. Benyamini Y., Leventhal E.A., Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Med.* 2000; 62 (3): 354–364.
7. Ritter K., Chaudhry H.R., Aigner M. et al. Mental health beliefs between culture and subjective illness experience. *Neuropsychiatry*. 2010; 24 (1): 33–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20146918> (access date: 01.12.2019).
8. Герпи К.Д., Байдин В.М. Источники искажений в самооценке здоровья. *Фармакоэкономика. Современ. фармакоэконом. и фармакоэпидемиол.* 2017; 10 (4): 31–36. [Gerry C.J., Baydin V.M. Sources of bias in self-assessed health. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology*. 2017; 10 (4): 31–36. (In Russ., abstr. in Engl.)] DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036.
9. Лебедева А.А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке. *Психология. Ж. ВШЭ*. 2012; 9 (2): 3–19. <https://psy-journal.hse.ru/en/2012-9-2/53395722.html> (дата обращения: 01.12.2019) [Lebedeva A.A. Theoretical approaches and methodological issues of life quality research in human sciences. *Psychology. Journal of Higher School of Economics*. 2012; 9 (2): 3–19. <https://psy-journal.hse.ru/en/2012-9-2/53395722.html> (access date: 01.12.2019). (In Russ., abstr. in Engl.)]
10. Mossey J.M., Shapiro E. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *Am. J. Public Health*. 1982; 72 (8): 800–808.
11. Idler E.L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.* 1997; 38 (1): 21–37.
12. Müters S., Lampert T., Maschewsky-Schneider U. Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. (Subjective health as predictor for mortality.) *Das Gesundheitswesen. (The Health.)* 2005; 67 (2): 129–136. (In Germ., abstr. in Engl.)] DOI: 10.1055/s-2005-857886.
13. Hirve S., Juvekar S., Sambhudas S. et al. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance. *Intern. J. Epidemiol.* 2012; 41 (6): 1719–1728.
14. Johnston D.W., Propper C., Shields M.A. Comparing subjective and objective measures of health: Evidence from hypertension for the income. *J. Health Econom.* 2009; 28 (3): 540–552.
15. Cutler S.J., Grams A.E. Correlates of self-reported everyday memory problems. *J. Gerontol.* 1988; 43 (3): 82–90.
16. Menec V.H., Chipperfield J.G. The interactive effect of perceived control and functional status on health and mortality among young-old and old-old adults. *J. Gerontol. Series B: Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1997; 52 (3): 118–126.
17. Hunt S.M., McEwen J. The development of a subjective health indicator. *Sociol. Health & Illness*. 1980; 2 (3): 231–246.
18. Diener E., Lucas R., Schimmack U., Helliwell J. *Well-being for public policy*. Oxford: Oxford University Press. 2009; 254 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195334074.001.0001.
19. Gataūlinas A., Bancevičė M. Subjective health and subjective well-being (the case of EU countries). *Adv. Applied Sociol.* 2014; 4 (9): 212.
20. Wernitz A.J., Green J.S., Teachman B.A. Implicit health associations across the adult lifespan: [Electronic resource]. *Psychology & Health*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1341514> (access date: 01.12.2019).
21. Лурья А.Р. *Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания*. 4-е изд. М.: Медицина. 1977; 112 с. [Luriya A.R. *Vnutrennyaya kartina bolezney i yatrogennye zabolevaniya*. (The intrinsic picture of illness and iatrogenic diseases.) 4th ed. Moscow: Meditsina. 1977; 112 p. (In Russ.)]
22. Тхостов А.Ш. *Психология телесности*. М.: Смысл. 2002; 287 с. [Tkhostov A.S. *Psikhologiya telesnosti*. (Psychology of physicality.) Moscow: Smysl. 2002; 287 p. (In Russ.)]
23. Братусь Б.С. *Аномалии личности. Психологический подход*. М.: Никея. 2019; 912 с. [Bratus' B.S. *Anomalii lichnosti. Psikhologicheskii podkhod*. (Personality abnormalities. Psychological approach.) Moscow: Nikeya. 2019; 912 p. (In Russ.)]
24. Соколова Е.Т. *Самосознание и самооценка при аномалиях личности*. М.: Изд-во МГУ 1989; 210 с. [Sokolova E.T. *Samosoznanie i samoootsenka pri anomaliiakh lichnosti*. (Self-awareness and self-esteem of personality anomalies.) Moscow: Moscow State University Publ. 1989; 210 p. (In Russ.)]
25. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. *Психология человека: введение в психологию субъективности*. Учебное пособие. 2-е изд. М.: Изд-во Православного Свято-Тихоновского Гуманитарного Университета, 2013; 51 с. [Slobodchikov V.I., Isaev E.I. *Psikhologiya cheloveka: vvedenie v psikhologiyu sub"ektivnosti*. (Human psychology: an introduction to psychology of subjectivity.) 2nd ed. Moscow: St. Tikhon's Orthodox University publ. 2013; 51 p. (In Russ.)]
26. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. *Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности*. Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во МГУ. 1988; 86 с. [Bratus' B.S., Rozovskiy I.Ya., Tsapkin V.N. *Psikhologicheskie problemy izucheniya i korrektsii anomalii lichnosti*. (Psychological problems of studying and correction of personality anomalies.) Uchebno-metodicheskoe posobie. Moscow: Moscow State University publ. 1988; 86 p. (In Russ.)]
27. Lebedeva A.A., Kostenko V.Yu. *Subjective health: The implicit theory and links to personality resources*. Proceedings of the international conference “Psychological problems. Characteristics, classification and diagnostic principles”. April 2–23, 2019. Yerevan, Armenia. Publishing house “Limush”. 2019; 451–452.
28. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books. 1958; 136 p.
29. Ryff C.D., Singer B. The contours of positive human health. *Psychol. Inquiry*. 1998; 9: 1–28.

Поступила 16.10.2019; принята в печать 15.11.2019.