

## ПСИХОЛОГИЯ

---



УДК 159.97 616.89

### МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНСТРУКТА «ОБРАЗ ЖИЗНИ» В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

© 2023 *И.Н. Некрасова*

*ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»*

---

С целью преодоления существующего интерпретационного схематизма и методологического редукционизма рассмотрены методологические особенности использования понятия «образ жизни» в клинико-психологических исследованиях. На основе интеграции генетического и функционального подходов к пониманию связей в системе «психика↔деятельность↔личность↔болезнь» сформирована структура образа жизни как исследовательского конструкта в контексте синтеза поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов клинического анализа психической реальности. Выделены содержательно-смысловые и эмоционально-динамические характеристики анализа субъективной модели образа жизни пациента, раскрыто содержание основных модусов репрезентации его индивидуальной жизненной модели. В качестве главного механизма трансформации патогенной модели образа жизни пациента предлагается использовать апперцептивный механизм трансформации, проанализированы его содержание и особенности использования. Приведен краткий обзор рекомендованных для исследования образа жизни пациента психодиагностических методик. На основе операционализации понятия «образ жизни» с точки зрения клинического метода исследования выделены его валидные референты. В качестве структурной единицы методологической дескрипции предлагается использовать системную категорию «смысл».

**Ключевые слова:** апперцептивные установки, внутренняя картина болезни, комплаенс, лояльность пациента, образ жизни, образ мира, психологический преморбид, смысл, тип отношения к болезни.

---

**Введение.** Понимание механизмов, лежащих в основе соматических и психических заболеваний, предполагает комплексный подход к диагностике причин расстройств и методов их лечения. Очевидно, что развитие любого заболевания определяется сложным взаимодействием психологических, социальных и биологических факторов, среди которых часто именно социально-психологические причины (устоявшиеся модели жизненных отношений пациента, его образ жизни, индивидуальные привычки и стереотипы питания, общая культура социальных отношений и личная психогигиена) выступают катализаторами манифестации заболевания на фоне определенной биологической предрасположенности человека [3].

Более того, распространенность некоторых общих симптомов того или иного заболевания у пациентов, наблюдаемых в условиях клиники, позволяет предположить, что у них также существуют и некоторые общие социально-психологические, культурные и ментальные характеристики их жизни, которые отвечают за формирование этих групп симптомов. Сопоставление диагностических личностных профилей и клинических картин одного и того же заболевания у разных групп пациентов позволяет заключить, что эффективный подход к психологическому исследованию личности в клинике и формированию индивидуального клинического маршрута лечения всегда начинается с изучения специфики образа жизни пациента до момента диагностируемой манифестации болезни [1; 6, с. 20–35].

Безотносительно к этиологии и патогенезу заболевания, образ жизни пациента рассматривается как сложившийся стереотип его социальных отношений и жизненных ориентаций, определяющих качественное своеобразие межличностных связей, ролевых диспозиций и социального поведения [4, с. 57–64; 7]. Используя образ жизни как конструкт клинико-психологических исследований личности пациента, следует понимать, что это также и субъективно моделируемый способ воспроизводства индивидуальных ценностей и смыслов человеческой жизни, алгоритм реализации интересов и способностей, воплощения заданных культурных норм и правил отношения к другим, к миру предметных вещей и социальных явлений. Это метасистемная характеристика личности, представляющая ее подструктуру «убеждения, мировоззрение, личностные смыслы; интересы», то есть, социальный уровень субъективной организации в контексте личностной самодетерминации.

Рассматривая любую форму патологии как результат сложения социальных, психологических и биологических предпосылок, можно утверждать, что образ жизни как конструкт клинических исследований предстает в виде метасистемной, интегральной социально-психологической характеристики жизни пациента [3]. Именно поэтому образ жизни пациента можно интегрально представить не только как модус жизненной репрезентации «здесь и теперь», но и как переменную, которая в процессе клинико-психологического исследования отражает саму болезнь в форме «прошедшее как заданность» (социально-психологический преморбид заболевания) и позволяет прогнозировать исход болезни в формате «будущее как возможность».

Отметим, что достаточно продуктивной для нужд клинического исследования также оказывается трактовка образа жизни как способа формирования потенциально возможной смысловой реальности жизни индивида [4, с. 57–64]. Именно поэтому на практике клинические психологи предпочитают описывать образа жизни не только как функцию системной детерминации развития личности в онтогенезе, но и как некий результирующий вектор от субъективных апперцептивных установок самого пациента [6, с. 20–35; 7]. При этом, именно апперцептивные установки рассматриваются как своеобразный психологический механизм формирования внутренней картины болезни, без коррекции которой совершенно невозможны как полноценная профилактика, так и выздоровление.

В силу этого, можно обобщить, что в клинической психологии трактовка понятие образа жизни не выходит за рамки сложившегося традиционного общепсихологического контекста и тесно связывается не только с соматическим, но и с ментальным здоровьем личности пациента. По этой причине введение в процедуру клинического исследования конструкта «образ жизни» выглядит достаточно *актуальным*, а правильное понимание его методологических возможностей содержит определенный прикладной инновационный потенциал и обладает несомненной *практической значимостью*.

В качестве *целевой ориентации* исследования отметим, что в соответствии с тезисом о самодвижении и саморазвитии личности пациента как субъекта заболевания, использование конструкта «образ жизни» позволит, во-первых, понять социально-культурные и психологические механизмы развития болезни, а, во-вторых, трансформировать нежелательные модели жизненных отношений пациента, которые сформировали определенные социально-психологические предпосылки (психологический преморбид) его заболевания.

Подобный подход к пониманию *функциональных возможностей* использования конструкта «образ жизни» позволит клиническому психологу организовать эффективное психологическое сопровождение всех этапов лечения с выходом в зону таких важных его

характеристик как лояльность, комплаенс и тип отношения пациента к болезни. Понимание причин отличий содержательных и функциональных характеристик субъективной модели образа жизни пациентов одной клинической группы (в контексте особенностей возникновения и протекания конкретного заболевания) может помочь врачам и клиническим психологам сформировать представление относительно основных механизмов, ведущих к заболеванию, а также определить факторы, влияющие на предрасположенность к патологии и динамику ее проявления.

**Базовый эмпирический дискурс.** Отметим, что как комплексный конструкт системной клинической диагностики, образ жизни вбирает в себя различные форматы личностной репрезентации пациента (социум, мораль, культура, профессия, этика, этнос, жизненный опыт и т.п.) [7; 8]. Поэтому, использование понятия образа жизни в клинической психодиагностике всегда ориентировано на метасистемный подход психолога к изучению и пониманию индивидуального бытия [1; 5, с. 100–115].

В этой связи, как интегральный показатель здоровья, образ жизни отражает не только осмысленное отношение человека к состоянию собственного соматического благополучия и пониманию здоровья как одной из важнейших ценностей жизни, но и проявляет индивидуальный набор личностных характеристик, отвечающих за приспособление индивида к изменяющимся условиям жизненной среды. В этом смысле, образ жизни в клиническом исследовании чаще соотносится с *набором индивидуально-приспособительных механизмов социального реагирования*, которые или защищают индивида от возникновения соматических сбоев, или же, наоборот, способствуют возникновению патологии [1; 2, с. 650–656; 3].

Отметим, что на формирование субъективной модели образа жизни влияют различные факторы (социальные, экономические, культурные, психические, биологические). Поэтому на практике в качестве его дескрипторов клиническим психологом часто используются такие диагностические маркеры как: стиль жизни, образ мира, жизненный путь, субъективное качество жизни, жизненный опыт, культурные и поведенческие стереотипы, система ценностных ориентаций и смысловых приоритетов, самоотношение, самооценка, Образ «Я» и т.п. [2; 4]. Являясь структурными компонентами анализа и оценки качества и содержания образа жизни пациента, перечисленные переменные клинического исследования в сопоставлении с данными автобиографического анализа позволяют правильно понять ментальные источники возникновения заболевания, эффективно подобрать не только медикаментозную терапию, но и сформировать эффективную психотерапевтическую траекторию сопровождения пациента.

Таким образом, традиционно, в исследованиях используется два подхода: *дескриптивный подход* к исследованию образа жизни как системной личностной характеристики, и *измерительный* – позитивистский, представляющий образ жизни и саму личность пациента как набор разрозненных, однако, измеряемых линейных характеристик. Тем не менее, подобная методологическая сепарация представляется несколько редуцированной, поскольку, порождает необходимость расширить методические рамки использования понятия «образ жизни» с выходом в сферу метасистемной методологии и с последующей ориентацией на комплексное понимание психологических механизмов коррекции образа жизни пациента.

В современных клиничко-психологических исследованиях образ жизни понимается достаточно широко и все чаще сведения о нем запрашиваются лечащим врачом как необходимые и сопутствующие лечению условия для выбора наиболее эффективной индивидуально ориентированной терапии, тем не менее, использование

данного конструкта не опирается на объективно обоснованную систему его референтов. Это приводит к разъединению психологом-исследователем позитивистских, феноменологических и синергетических принципов в трактовке результатов изучения личности пациента, когда психолог преимущественно ориентируется в исследовании на использование или структурных, или генетических, или же функциональных характеристик личности пациента, что по отдельности не позволяет в процессе клинического анализа рассмотреть болезнь одновременно как результат социо- и онтогенеза.

Подобная «диагностическая сепарация» не формирует системного видения картины заболевания, когда сама патология рассматривается не столько как набор соматических симптомов, сколько как ментальный сбой личности. В этом смысле особенную значимость приобретает известное утверждение о том, что «все болезни от нервов», а лечить надо не конкретную болезнь, а человека в целом.

**Выкладка концепции исследования.** С онтологических позиций концепт понятия «образ жизни» разворачивает многогранность бытийных характеристик субъекта [1; 9, с. 103–109; 10].

Поэтому, содержательными компонентами психологического анализа субъективной модели образа жизни пациента выступают следующие содержательные модусы его отношений: субъективное отношение к себе, к окружающим, к миру предметных вещей и социальных явлений (модус отношения), а также субъективная оценка собственных возможностей влиять на жизнь (модус влияния на события жизни). В этой связи отметим, что диагностическая индикация обозначенных выше содержательных модусов образа жизни пациента будет пролегать в плоскости системного подхода к интерпретации и объяснению социально-психологических характеристик его как субъекта болезни.

Так как в неклассической психологии личность позиционируется как нелинейная самоорганизующаяся смысловая система, то и исследование образа жизни также должно пролегать в русле принципа вероятностной детерминации и уровневой представленности (социальный и биологический) психики и соматической сферы с учетом сложного характера их проявлений одновременно на уровне регистрируемых эмоциональных, поведенческих и когнитивных феноменов.

На практике, диагностика данных модусов предполагает использование спектра различных психодиагностических методик общепсихологического профиля (в том числе и клинически адаптированных вариантов) в сочетании с комплексными (междисциплинарными) процедурами контент-анализа, наблюдения, социологического анализа, семейного расспроса, анкетирования, автобиографического метода, методик изучения жизненного пути, смысло-жизненных ориентаций и глубинных ментальных установок.

В этом смысле, психолог в процессе клинической диагностики должен обращать внимание на соответствие признаков расстройств в клинической картине заболевания перечисленным выше четырем основным содержательным модусам психологического анализа субъективной модели образа жизни пациента. Это позволит клиническому психологу сформировать комплексное суждение о причинах заболевания и предоставить профильному врачу комплексный прогноз успешности лечения, предпринять меры для повышения лояльности и комплаенса пациента.

Таким образом, можно обобщить, что образ жизни, являясь свернутой во времени транспективной моделью организации жизнедеятельности пациента, может рассматриваться как зона интеграции *генетического* и *функционального* подходов к

пониманию связей в системе «психика↔деятельность↔личность↔болезнь». При этом, к *функциональным* характеристикам модели образа жизни пациента будут относиться ценностно-смысловые регуляторы поведения и мотивационно-потребностный комплекс личности, эмоционально-динамические характеристики и стереотипы поведения, Образ «Я», самооценка, самосознание, социальная и личностная идентичности.

К *генетическим* характеристикам модели образа жизни можно отнести, например, апперцептивный опыт, исходный афферентирующий образ понимания себя в болезни и своей жизни в целом, копинг-стратегии, базовые установки и глубинные смыслы, стили деятельности, индивидуальную историю жизни пациента, его биологические и конституциональные особенности, то есть, все то, что традиционно определяет внутреннюю картину болезни. Подобный референтный анализ предполагает использование качественных и опросных методов психологического исследования, которые хорошо зарекомендовали себя в целях изучения ценностно-смысловой и мотивационно-потребностной сфер личности. Опыт практической реализации подобной референтной диагностики доказывает крайне низкую эффективность традиционно используемых в клиническом исследовании так называемых рейтинговых оценочных шкал.

Отдельно следует остановиться на феномене субъективного отражения в сознании больного человека переживаний и организации своего поведения при соматической болезни. Применительно к пониманию аутопластической картины заболевания, образ жизни в сочетании с образом мира, который выстраивается в сознании пациента как некая модель-алгоритм его жизненных отношений, позволяет приблизиться к пониманию такой важной характеристики пациента как «качество его жизни». Здесь большую роль играет уровень ощущений, которые испытывает человек как субъект болезни, особенности его эмоциональных переживаний, уровень интеллектуальной переработки информации о своем болезненном состоянии, тип реагирования на ситуацию болезни, мотивационные и потребностные переживания.

Именно спектр данных диагностических референтов позволяет непосредственно оценить такую важную качественную характеристику образа жизни пациента как его субъективную удовлетворенность текущей жизненной ситуацией. Субъективная удовлетворенность в данном случае рассматривается клиническим психологом как психологический ментальный ресурс личности пациента, который выступает как своеобразный «психологический плацдарм» для борьбы с заболеванием. При этом анализ стереотипов реагирования как содержательно-функциональных характеристик модели образа жизни пациента покажет механизмы наиболее вероятностной психической адаптации пациента к болезни, а используемые паттерны совладания и защиты будут исходить из того поведенческого репертуара, который пациент наиболее часто использовал в критических ситуациях своей жизни еще до болезни.

Также содержательный анализ различных модусов образа жизни (субъективное отношение к себе, к другим, к миру предметных вещей и социальных явлений) в сопоставлении с картиной образа мира позволит выделить так называемый индивидуальный «бытийный миф» (жизненную легенду) пациента. Данный «бытийный миф» в контексте внутренней картины болезни легко трансформируется в так называемый «миф о болезни», который репрезентирует не столько реальные знания пациента о своем заболевании, сколько уровень его интеллектуального развития, менталитет, общий культурный уровень и социальный статус.

При этом, для каждой модели образа жизни «миф о болезни» сугубо аутентичный, это определенный и уникальный социальный дискурс жизни пациента. Он может

совпадать или нет с официальным мнением медицины относительно заболевания. Соответственно, помогать или вредить пациенту в лечении, однако, при выборе стратегии лечения данный миф обязательно должен учитываться как ментальный ресурс пациента, а сама программа психологического сопровождения пациента будет эффективной только тогда, когда будет учитывать содержание и наиболее эмоционально нагруженные смысловые позиции данного мифа.

Поскольку образ жизни пациента определяет характер отношения пациента к заболеванию (эмоциональную, интеллектуальную, волевую и болевую сторону болезни), то на основании именно этих характеристик у пациента и создается модель заболевания. Модель болезни отражает стержневые функциональные и содержательные характеристики субъективной модели образа жизни, опосредуя индивидуальные представления пациента об этиологии, клинике, характере лечения и прогнозе своего заболевания. Следует понимать, что у пациента между реальным состоянием дел со здоровьем и успехом лечения и его моделью болезни может и не быть знака равенства. В этом случае эмоционально нагруженные смысловые элементы субъективной модели образа жизни помогут понять врачу и психологу что же может рассматриваться как позитивный психологический фактор лечения, а что потребует дополнительной психотерапевтической интервенции.

Таким образом, применительно к вопросам психотерапевтического вмешательства и психологического сопровождения пациента на всех стадиях лечения, репрезентируемая пациентом модель образа жизни, непосредственно зависит от результатов его жизненного опыта. Степень соответствия образа жизни образу мира в сознании пациента может рассматриваться как функциональная основа для формирования субъективной жизненной удовлетворенности и трансформации ценностно-смысловой сферы личности применительно к новым условиям жизненной ситуации в условиях совладания с болезнью. Психологической основой коррекционного процесса при ведении пациента в таком случае выступает его апперцептивный опыт, а механизмом, обеспечивающим коррекцию образа жизни как нежелательной основы для возникновения заболевания и его дальнейшей профилактики – метауровневые переходы в системе «значение-смысл». Именно данные переходы определяют успешность трансформации модели образа жизни и определяют возможность перестройки субъективной модели образа жизни вследствие изменения иерархического статуса ее смысловых компонентов (либо понижения, либо перехода на более высокий, управляющий уровень личностной самоорганизации) [5].

Так как смысловая модель образа жизни отражает специфику социализации индивида и формируется как результирующая от социокультурного дискурса проблемной жизненной ситуации и его глубинных ценностно-смысловых структур, в качестве основных компонентов субъективной модели образа жизни можно выделить, во-первых, апперцептивный опыт как устойчивый или ситуативный опыт апперцепции процессов антиципации и интериоризации, формирующийся в условиях определенной проблемной жизненной ситуации, и, во-вторых, глубинные ценностно-смысловые структуры психики, отражающие субъективно значимый жизненный опыт личности.

В контексте изложенного отметим, что в процессе исследования образа жизни апперцептивный опыт может рассматриваться как динамическое образование, которое в контексте субъективно значимых личностных смыслов и функции антиципации определяет динамику соотношения чувственной ткани индивидуального сознания и принятых социальных значений в контексте функции опережающего психического отражения. Полагаем, что апперцептивный опыт – это та промежуточная смысловая

переменная, через которую в контексте социокультурного онтогенеза личности и антиципирующих функций психики связаны между собой такие структурные образования смысловой сферы личности как смысловые модели образа мира и образа жизни.

В этом смысле апперцептивный опыт, во-первых, в определенной мере, является опытом антиципации на основе использования личностью определенных смысловых моделей видения мира с целью последующей практической проверки в условиях конкретной деятельности выдвигаемых познавательных гипотез посредством которых и происходит становление любого перцептивного образа, во-вторых, может рассматриваться как смысловая основа для формирования содержательных структур субъективной модели образа жизни и применительно к условиям новой проблемной жизненной ситуации является индикатором оценки субъективной конструктивности образа жизни пациента.

Представляется, что апперцептивный опыт может интерпретироваться как результат использования пациентом определенной сформированной ранее на основе совокупного жизненного опыта модели образа мира с целью эффективного переживания актуальной проблемной жизненной ситуации (ситуации болезни). Поэтому необходимым и достаточным условием трансформации субъективной модели образа жизни в процессе психологического коррекционного вмешательства является необходимость формирования нового апперцептивного опыта применительно к изменяющимся условиям жизненных проблемных ситуаций, что осуществляется на основе сопоставления ценностно-смысловых характеристик актуального апперцептивного опыта и субъективной модели образа мира.

Качественный переход в системе «значение↔смысл», вследствие которого значения, как обобществленные смыслы, или новые, заимствованные личностью смысловые ориентиры, интериоризируются, ассимилируются и присваиваются личностью, является психологическим механизмом трансформации субъективной модели образа жизни пациента с выходом в сферу повышения комплаенса и уровня лояльности пациента.

Если апперцептивный опыт субъективно оценивается личностью как успешный, вследствие того, что система используемых индивидуальных смыслов и представлений оказывается конструктивной по отношению к условиям проблемной жизненной ситуации, то, апперцептивный опыт стабилизируется, трансформируясь сначала в ценностно-смысловые структуры образа жизни, а потом и в индивидуальный глубинный ценностно-смысловой формат.

Таким образом, использование конструкта «образ жизни» в клинических исследованиях обладает достаточным прогностическим потенциалом и позволяет приблизиться к пониманию внутренних психологических закономерностей трансформации патогенных моделей образа жизни пациентов в контексте определенных заболеваний.

Однако, диагностика образа жизни как психологического конструкта сопряжена с некоторыми важными методическими особенностями. Так, клиническому психологу при исследовании образа жизни пациента приходится сталкиваться с изучением его жизненной индивидуальной транспективы, которая представлена феноменами двоякого рода: во-первых, теми, которые репрезентируют жизненную ретроспективу личности в форме глубинных (ментальных) ценностно-смысловых образований ее жизненного опыта, и во-вторых, феноменов, отражающих текущую проблемную жизненную ситуацию, субъективное видение себя и своих возможностей функционирования в рамках этой

ситуации (в том числе и ситуации болезни), что интегрально репрезентировано в виде переменных «актуальный дискурс» и априорно «социальный дискурс».

Перечисленные характеристики могут использоваться как диагностические ментальные дескрипторы образа жизни, в системе которых следует выделять блок *содержательно-смысловых* и *эмоционально-динамических* компонентов его анализа.

Как психологические переменные, модус отношения и модус влияния, социальный дискурс и жизненная транспектива в клиническом исследовании должны быть соотнесены с определенными наблюдаемыми и поддающимися объективной регистрации феноменами-референтами. Наиболее продуктивным в этом отношении представляется *принцип системного анализа психической реальности*, в соответствии с которым, любой психический феномен может быть представлен с позиции трех фундаментальных своих составляющих – *эмоций, когниций и поведения* [4, с. 57–64; 8], что предполагает использование комплексных методов исследования. Также отметим, что в процессе проведения комплексной диагностики перечисленные выше элементы анализа образа жизни могут быть репрезентированы через системную категорию «смысл».

Смысл может рассматриваться как базовая *структурная единица* анализа субъективной модели образа жизни. Вследствие этого, в процессе диагностики смысл можно использовать как универсальный системный референт, раскрывающий как актуальные жизненные обстоятельства личности, так и ретроспективные параметры модели ее образа жизни. Поэтому, как психологическая переменная и самостоятельный конструкт исследования жизненная ретроспектива референтно может быть представлена субъективно значимыми потребностями, целями, интересами и ценностями личности, а также функционально-динамическими характеристиками связи ценностей, смыслов и смысловых диспозиций личности, отражающих субъективно значимый жизненный опыт личности. Референтами же социального дискурса могут выступать системы субъективных представлений относительно объективно регистрируемых, в контексте определенных периодов жизни личности, изменений окружающей ее социальной реальности.

Также отметим, что выделенные диагностические дескрипторы субъективной модели образа жизни пациента могут использоваться не только для расширения возможностей клинического исследования, но и как маркеры для построения эффективной программы психокоррекционной интервенции в процессе психотерапии.

Основываясь на опыте клинических исследований, отметим, что в процессе психологической интервенции и психологического сопровождения пациента на различных стадиях оказания ему врачебной помощи наиболее устойчивыми и инертными в отношении коррекции будут те ценностно-смысловые образования модели образа жизни, которые отражают и фиксируют наиболее значимый субъективный опыт переживания критических жизненных ситуаций. Именно эти ценностно-смысловые образования формируют глубинные ментальные структуры психики пациента и в процессе оказания позитивного психологического воздействия могут рассматриваться психологом как, во-первых, ментальные детерминанты субъективной модели образа жизни, а, во-вторых, как основа для нежелательного формирования устойчивых предпосылок заболевания.

*Заключение.* Единицей структурного анализа субъективной модели образа жизни выступает психологическая категория «смысл», которая может рассматриваться как ее универсальный структурный компонент.

Содержательные дескрипторы образа жизни отражают основные модусы бытия: субъективные представления о себе, о других, о мире предметных вещей и социальных явлений, а также о собственных возможностях влиять на жизнь. Данные дескрипторы

соотносятся с дискурсивными и ретроспективными характеристиками жизнедеятельности личности и являются основными содержательными компонентами системного анализа субъективной модели образа жизни.

Референтами содержательных структурных компонентов выступает система ценностно-смысловых образований личности, представляющая субъективно конструктивный опыт переживания проблемных жизненных ситуаций в контексте перечисленных выше модусов жизнедеятельности.

Основными характеристиками содержательных структурных компонентов субъективной модели образа жизни являются содержательно-смысловые и эмоционально-динамические особенности взаимодействия личности с миром.

Изучение образа жизни должно пролегать в области системных исследований, требует сквозной (в контексте всего жизненного цикла) диагностики личностных и индивидуальных закономерностей развития и не может основываться на изучении разрозненных фрагментов ценностно-смысловой сферы личности вне контекста ее совокупного жизненного опыта. Это позволит избежать интерпретационного схематизма и методологического редуционизма, а также описать образ жизни в контексте синтеза поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов клинического анализа психической реальности.

Использование образа жизни как метасистемного конструкта в клинико-психологических исследованиях позволит:

- с позиций единства когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов репрезентации жизнедеятельности и в контексте единства биологического, социального и психологического уровней детерминации личности как нелинейной неравновесной метасистемы представить личность пациента как конструкт междисциплинарных исследований, раскрывающий основные содержательные модусы его жизненных отношений (к себе, к другим, к миру предметных вещей и социальных явлений);

- даст возможность не только наблюдать, но и выявлять закономерности трансформации социальных и культурных феноменов человеческой жизни в патогенные факторы развития заболевания, понимать психологические закономерности преобразования индивидуального опыта в социально значимый с точки зрения достижения состояния выздоровления и нивелирования симптоматики заболевания;

- выйти на метасистемный уровень объяснения взаимосвязей в системе «личность↔общество↔культура↔здоровье», вследствие чего удастся получить диагностические инструменты комплексной оценки и прогнозирования динамики заболевания в процессе клинико-психологической коррекции и консультирования;

- представить личность пациента как продукт соприкосновения онтогенеза и филогенеза, с точки зрения интеграции культурных признаков тех социальных общностей, к которым она принадлежит, и тех видовых и генетических характеристик, которые присущи ей как представителю сложной истории вида Homo и истории собственного рода одновременно;

- соединить воедино все этажи организации и уровни детерминации личности пациента (его глубинные бессознательные слои психики и актуальные ценностно-смысловые образования, индивидуально-психологические характеристики, обусловленные генотипом, субъективный социокультурный опыт в его взаимосвязи с общественной деятельностью) при объяснении влияния внешне заданных жизненных условий на систему психических и физиологических характеристик его организма;

- привести в соответствие социальные, медицинские и психологические программы коррекции субъективных и объективных факторов, определяющих

различия в содержании преморбиды, а также в структуре и форме проявления одного и того же заболевания у разных людей.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев В.А. Психология здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Абушенко В.Л. Образ жизни / В.Л. Абушенко // Социология: энциклопедия. – Минск: Книжный Дом, 2003. – С. 650–656.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: учеб. для вузов / Э.Н. Вайнер. – 3-е изд., испр. – М.: Флинта; Наука, 2005. – 416 с.
4. Возьмитель А.А. Образ жизни: теоретико-методологические основы анализа / А.А. Возьмитель, Г.И. Осадчая // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С.57–64.
5. Ганзен В.А. Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. – М.: Прогресс, 1990. – С. 100–115.
6. Горчак С.И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С.И. Горчак // Здоровый образ жизни: социально-философские и медико-биологические проблемы: сб. науч. статей. – Кишинев: Штиница, 1991. – С. 20–35.
7. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
8. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России / Г.М. Зараковский. – Москва: Смысл, 2009. – 319 с.
9. Логинова Н.А. Жизненный путь человека как проблема психологии / Н.А. Логинова // Вопросы психологии. – 1985. – № 1. – С. 103–109.
10. Мартинковский М. Здоровье и здоровый образ жизни в ценностных ориентациях молодежи / М. Мартинковский. – Минск, РБ: Технопринт, 2003. – 275 с.

*Поступила в редакцию 20.02.2023 г.*

#### METHODOLOGICAL FEATURES OF "LIFE STYLE" CONSTRUCT IN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDIES

*I.N. Nekrasova*

In order to overcome the existing interpretative schematism and methodological reductionism, the methodological features of the use of the concept of "lifestyle" in clinical and psychological research are considered. Based on the integration of genetic and functional approaches to understanding the connections in the system "psyche ↔ activity ↔ personality ↔ disease", the structure of the lifestyle as a research construct was formed in the context of the synthesis of behavioral, cognitive and emotional components of the clinical analysis of mental reality. The content-semantic and emotional-dynamic characteristics of the analysis of the subjective model of the patient's lifestyle are highlighted, the content of the main modes of representation of his individual life model is revealed. As the main mechanism of transformation of the pathogenic model of the patient's lifestyle, it is proposed to use the apperceptive mechanism of transformation, its content and features of use are analyzed. A brief overview of the psychodiagnostic techniques recommended for the study of the patient's lifestyle is given. Based on the operationalization of the concept of "lifestyle" from the point of view of the clinical research method, its valid referents are identified. It is proposed to use the system category "meaning" as a structural unit of methodological description.

**Key words:** apperceptive attitudes, internal picture of the disease, compliance, patient loyalty, lifestyle, image of the world, psychological premorbid, meaning, type of attitude to the disease.

**Некрасова Илона Николаевна.**

Кандидат психологических наук, доцент.  
ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет».  
Доцент кафедры психологии.  
E-mail: [inn1769@mail.ru](mailto:inn1769@mail.ru)

**Nekrasova Iona Nikolaevna.**

Candidate of Psychological Sciences, associate professor.  
Donetsk National University.  
Associate Professor of Psychology Department.  
E-mail: [inn1769@mail.ru](mailto:inn1769@mail.ru)