

*А.В. Смирнов, Э.В. Смирнова*  
**ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ  
В ЗАРУБЕЖНОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ**

*ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России*

**Резюме.** В статье характеризуются теоретические представления западной науки в отношении человека к своему здоровью и мотивации его поведения в различных жизненных ситуациях, связанных со здоровьем и болезнями. Авторы пытаются раскрыть тенденции развития современного научного дискурса в области понимания человека и его здоровья, а также предпосылок и основ отношения личности к своему состоянию и здоровью.

**Ключевые слова:** болезнь, здоровье, индивид, концепция, мотивации, поведение, человек.

Длительное время проблема здоровья оставалась на дальней периферии теоретических исследований. Практически вся классическая наука, равно как и наука XX столетия были сконцентрированы главным образом на аномалиях и патологиях человеческой природы. В мейнстриме философских, медицинских и психологических изысканий по проблематике человека безраздельно доминировали темы страдания и болезни, внутриличностного конфликта и кризиса. В то же время психическое и телесное здоровье личности редко и крайне эпизодично становилось предметом основательного научного исследования.

Лишь во второй половине прошлого века, главным образом в рамках гуманистической и трансперсональной психологии, усилия таких крупных ученых как С. Гроф, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс и др. были сориентированы на изучение основ полноценного нормального функционирования психики, телесного и психического здоровья человека [4]. С этого времени началась последовательная разработка психологических концепций здоровья. Затем среди психологических дисциплин выделилась так называемая Health psychology (психология здоровья) – научно-практическое направление, призванное исследовать социокультурные и социально-психологические проблемы здоровья и здравоохранения [2].

Мы полагаем, что в вопросах здоровья и болезни вполне применим и оправдан известный постмодернистский подход плюрализма истин. Согласно этому подходу, ни одна теория не может быть признана «более истинной», чем другие, и потому выбор той или иной теории мотивируется лишь извлекаемой из нее пользой [3]. В этой связи представляется наиболее целесообразным провести систематизацию уже устоявшихся, т.е. проверенных и доказавших свою практическую пригодность и пользу идей и представлений. Именно на основе такой систематизации становится возможным полноценное моделирование преобразующих процессов в психологической и психотерапевтической практике, а также в стратегии диспансеризации, проводимой органами здравоохранения.

С учетом сказанного обратимся к анализу имеющихся в зарубежной научной литературе теоретических подходов и направлений, в которых в той или иной степени рассматриваются проблемы здоровья и болезни человека.

В современной философско-психологической науке за рубежом можно условно выделить несколько основных теоретических подходов, в которых раскрывается проблема здоровья. Эти теоретические подходы различаются по своим концептуальным основаниям, методологическим принципам, аксиологическим и когнитивным акцентам. Попробуем дать их краткую характеристику.

Теория причинного действия и теория запланированного поведения.

Теория причинного действия была разработана в конце 1970-х годов с целью описания и объяснения лежащих в основе поведения человека некоторых специфических психологических образований – аттитюдов. Базовое допущение данной теории состояло в том, что субъект рассматривался как всецело рациональный в своих суждениях и осмысленно использующий всю доступную информацию в процессе принятия решения относительно собственного поведения. Предполагалось, что индивид с той или иной степенью рациональности и адекватности способен просчитать последствия своих действий перед тем, как включился в какую-либо жизненную активность. Согласно этой теории, именно установка выступает определяющим фактором в предсказании поведения человека [5; 6].

А. Айзен и М. Фишбейн в контексте своей теории предложили условно разделить интенции поведения на две группы: 1) аттитюд – установка в отношении успешности определенного поведения; 2) субъективные нормы – воспринимаемое социальное давление, представления о том, одобряют или нет значимые близкие поведение данного индивида [6].

Осознание учеными серьезных ограничений и имманентных допущений теории причинного действия [12] привели впоследствии к ее модификации в виде теории запланированного поведения [5]. Главное ограничение теории причинного действия связано с переживанием индивидом низкого уровня контроля в отношении собственного поведения и установок. Контроль включает как внутренние факторы (способности, возможности, эмоциональные состояния), так и внешние факторы (жизненные обстоятельства, социальные ситуации). В связи с этим в теорию был включен дополнительный объяснительный элемент – поведенческий контроль, характеризующий степень убежденности индивида в осуществимости того или иного варианта поведения.

Рассмотренные теории взаимосвязаны и используются в современной науке преимущественно для прогнозирования и понимания интенции, поведения и его эффективности в отношении здоровья, включая похудение, алкоголизм, курение, физическую активность. Основным общим ограничением данных двух взаимосвязанных теорий является слабо теоретически и эмпирически обоснованное, и потому подвергаемое острой и аргументированной критике допущение об исключительной рациональности индивида, а также о сознательном волевом контроле над собственным поведением. Интерференция других факторов, помимо интенции, затрудняет релевантное прогнозирование поведения индивида.

### Модель саморегуляции.

Принцип здравого смысла, на которой базируется данная теоретическая модель, предполагает, что субъект осуществляет самостоятельную деятельность по формированию ментальных представлений о своей болезни, основываясь на информации из различных источников с целью осмысления болезни и выработки жизненных стратегий. Интерпретация этой информации – первый шаг на пути поиска помощи со стороны индивида, выбора им адекватного копинг-поведения.

Представления о болезни формируются на основе трех основных источников информации [20; 21]. Первый из них представляет собой всю совокупность информации, уже ассимилированной в ходе социального взаимодействия и культурных представлений о болезни. Вторым источником выступают значимые близкие и авторитетные персоны, включая представителей медицины. Третий источник информации – это индивидуальные представления о болезни, основанные на личном опыте перенесенных заболеваний. Оказывают влияние также такие факторы, как личностные особенности индивида и усвоенные им социокультурные нормы и стереотипы [10].

Ассимилированная информация из всех трех источников опосредует и детерминирует осмысление болезни и формирование представлений о состоянии индивида. Согласно Х. Левенталю, этот процесс носит симметричный характер, когда согласуется информация практического и абстрактного уровней. Например, переживание соматического симптома может приводить к поиску в индивидуальном опыте индивида информации, связанной с возможным заболеванием [19].

Содержание представлений о болезни в данной теоретической модели можно представить в виде следующих аспектов.

□ Идентичность – категоризация непривычных ощущений или симптомов в соответствии с индивидуальным представлением о болезни. Субъект, обнаружив субъективно незнакомые ощущения в теле, пытается «назвать» это состояние.

□ Причина – индивидуальные представления индивида относительно причин или условий, вызывающих ту или иную конкретную болезнь. Были при этом выделены следующие подтипы: а) биологические, когда причины болезни приписываются нарушениям в функционировании иммунной системы, генетическим сбоям или действию вирусов [15]; б) эмоциональные причины, прежде всего стрессы и депрессии [19]; в) экологические факторы, например, загрязнение окружающей среды [15; 16]; г) психологические причины, т.е. переутомления, доминирующие установки и другие особенности личности [14; 21].

- Тяжесть последствий болезни – субъективные представления о возможных последствиях в результате перенесенной болезни и об ее влиянии на самочувствие и социальный статус в будущем.
- Временные ограничения – представления индивида о сроках и типе болезненного состояния: хроническом, остром или рецидивирующем.

- Контроль и методы лечения – представления субъекта о возможности излечения болезни и степени контроля над течением болезни.

Заметим, что Х. Левенталь и его соавторы предполагали, что для людей в большинстве случаев характерно одновременное формирование когнитивных и эмоциональных представлений о болезни [19; 20; 21.].

В рамках модели саморегуляции исследовались связи между описанными аспектами болезни и поведением человека с целью адаптации к болезни в виде различных копинг-стратегий. Предполагалось, что представления о болезни выступают в качестве фильтра и основы для интерпретации доступных источников информации о ней и определяют реакцию на субъективное восприятие опасности болезни. В ряде исследований [20; 18] было установлено, что переживание субъектом своей болезни как контролируемого процесса связано, прежде всего, с активными проблемно-ориентированными стратегиями совладания. И, наоборот, ощущение отсутствия контроля, представления индивида о хроническом протекании болезни преимущественно коррелирует с избеганием и отрицанием проблемной ситуации.

Модель убеждений о здоровье.

С целью исследования оснований игнорирования индивидом превентивных мер, например, профилактических медицинских осмотров, И. Розенсток с соавторами [24; 25] еще в 1960 – 1980-е годы разработали концептуальную модель убеждений о здоровье. Сегодня она является одной из наиболее авторитетных в психологии и философии здоровья.

Эта модель исходит из двух взаимосвязанных индивидуальных представлений о здоровье и здоровьесберегающем поведении – восприятию угрозы и оценке поведения. В свою очередь, восприятие угрозы включает два основных убеждения: 1) представление о восприимчивости индивида к болезни; 2) предполагаемая тяжесть болезни. Соответственно, оценка поведения также содержит два различных блока убеждений: а) представления об эффективности рекомендуемых мер для борьбы с болезнью и б) оценка требуемых от индивида усилий для реализации этого поведения. Для актуализации здоровьесберегающего поведения необходимы особые запускающие механизмы, в качестве которых могут выступать как внутренние условия (например, внутренние симптомы), так и внешние (обучающие программы в отношении здоровья и влияния окружения).

Позднее анализируемая теоретическая модель была дополнена и модернизирована с помощью концепта общей мотивации здоровья или обеспокоенности в отношении здоровья [11]. Как видим, в модели убеждений о здоровье практически не уточняется структурная и причинная связь всех выделенных шести компонентов (тяжесть заболевания, предполагаемая успешность лечения, мотивация здоровья, барьеры на пути к успешному выздоровлению, эффективность лечения и триггерные механизмы). Напротив, в ней рассматривается именно целостная совокупность факторов, на основе которой можно с определенной степенью точности прогнозировать поведение индивида в отношении его здоровья. Иначе говоря, в

данной модели представления человека о здоровье описываются по принципу «черного ящика», который не предполагает подробного и скрупулезного анализа внутреннего механизма действий, ограничиваясь лишь простой фиксацией факта детерминации поведения его представлениями и переживаниями в отношении своего здоровья. Такой подход в нашем представлении существенно снижает концептуальную и практическую значимость данной теории, редуцируя до простого нарратива.

Модель убеждений о здоровье применяется в первую очередь для анализа и прогнозирования различных вариантов поведения, связанного со здоровьем, при наличии широкого круга испытуемых [7; 24]. Наиболее часто выделяют следующие три основные области исследовательского интереса, базирующегося на указанной модели:

- Поведение, направленное на предупреждение заболеваний.
- Формирование адекватных установок и привычек индивида в условиях заболевания, например соблюдение медицинского режима.
- Широкое применение в клинической практике, например профилактические медицинские осмотры.

Очевидный недостаточный объяснительный потенциал модели убеждений о здоровье привел к разработке различных дополняющих ее теоретических построений. Например, И. Розенсток, В. Стречер и М. Беккер [25] предположили, что понятие самоэффективности органично дополнит модель убеждений о здоровье в качестве значимого предиктора здоровьесберегающего поведения.

Следует признать, что все дополнения не привели к существенному переосмыслению базовой модели. Наоборот, было наглядно показано, что ее конструкты имеют преимущественно косвенное и опосредованное влияние на поведение субъекта, ибо они определяют в большей степени переживание контроля ситуации и интенцию к активности, что и принято рассматривать как наиболее существенные детерминанты поведения.

Модель убеждений о здоровье уже несколько десятилетий служит теоретической основой для исследования когнитивных предпосылок широкого круга поведения. Однако в рамках данной объяснительной модели явно недостаточно внимания уделено причинным отношениям между поведением и когнитивными конструктами. Практически вне поля зрения остаются также вопросы влияния социально-экономических факторов и культурных особенностей различных индивидов.

Концепция локуса контроля и его соотношения со здоровьем

Концепция локуса контроля – это одна из популярных концепций, используемых для объяснения поведения людей в отношении своего здоровья. Данное понятие обозначает представления индивида относительно детерминант его собственного поведения. Опираясь на свой предыдущий опыт, человек предполагает, что исход любой конкретной ситуации в его жизни зависит либо от определенных

внешних факторов (социальный уклад, судьба, случай), либо от внутренних, например, его черт характера или поведения. Пытаясь разграничить понятия локуса контроля и самооффективности, А. Бандура утверждает, что локус контроля является общим представлением об образе Я, в то время как понятие самооффективности касается лишь конкретной ситуации и убежденности человека в собственной эффективности в данных условиях [1]. Таким образом, локус контроля определяет поведение человека в какой-либо новой, неожиданной для него ситуации.

Применительно к проблемам здоровья был предложен уточняющий концепт «локус контроля здоровья» [1] и разработана специальная процедура для оценки степени убежденности индивида, в том, какие именно факторы ответственны за его здоровье – внешние или внутренние.

Локус контроля здоровья позволяет сравнительно точно предсказать поведение субъекта в отношении собственного здоровья, например, интернальный локус контроля положительно коррелирует с регулярностью физических нагрузок [23], здоровым питанием [28] и превентивными мерами в отношении СПИДа. В случае актуализации представлений, характерных для внешнего (экстернального) локуса контроля, например веры в удачу, судьбу, его принято связывать с низкой вовлеченностью индивида в профилактические мероприятия и с депрессивным состоянием перед лицом какого-либо хронического заболевания.

Отметим, что в рамках данной концепции практически не учитывается многогранность и широкая вариативность организации и регуляции поведения человека с преимущественной опорой на его рациональность. Игнорирование разнообразия мотивационных и эмоциональных процессов приводит к тому, что систематически возникают многочисленные ошибки при оценке риска событий для здоровья, которые сторонниками данной теоретической модели не слишком убедительно объясняются несовершенством процесса переработки информации.

#### Концепция самооффективности.

Концепция самооффективности была разработана в рамках и в развитие известной теории социального научения. Согласно А. Бандуре [1] самооффективность играет определяющую роль в поведении индивида, поскольку детерминирует как начало деятельности, так и весь процесс ее протекания. Под самооффективностью принято понимать убежденность человека в эффективности собственных действий, в результате которых ожидается успех. Согласно этой концепции, люди избегают тех видов активности, где они оценивают свои возможности и ресурсы как недостаточные для достижения поставленной цели. И, наоборот, охотно включаются в деятельность, по их убеждению, потенциально успешную и соответствующую их способностям и возможностям. Самооффективность детерминирует объем усилий для достижения желаемой цели, а также настойчивость при встрече с трудностями и преградами. Самооффективность является специфичной для разных видов деятельности.

Основной мишенью психотерапевтических интервенций является существенное повышение убежденности индивида в самооффективности в отношении заботы о

своём здоровье. Это наиболее актуально для ряда хронических заболеваний, например сахарного диабета, при котором именно грамотный и систематический контроль своего состояния позволяет пациентам жить полноценной социальной жизнью.

В рамках рассмотрения проблемы различных зависимостей самоэффективность рассматривается как предиктор отдаленных реакций на лечение широкого спектра заболеваний, включая факторы риска для здоровья – такие, как курение и алкоголизм [9; 17; 22].

Согласно проведенным исследованиям, страдающие ожирением люди достигают заметно лучших результатов, если имеют высокие показатели самоэффективности, они менее склонны возвращаться к уже ранее имевшей место в их практике нездоровой диете [8; 13; 27].

К значимым ограничениям данной концепции можно отнести очевидную ориентацию на описание лишь отдельного элемента поведения человека в отношении собственного здоровья, без учета других факторов, прежде всего, в отрыве от эмоционально-личностных аспектов деятельности. Кроме того, высокий разброс способов операционализации концепта самоэффективности затрудняет достоверное сопоставление данных, полученных в ходе исследования этого феномена разными авторами. Еще одним ограничением и слабостью данной концепции является преимущественная верификация исключительно в условиях лишь лабораторного эксперимента. Это обстоятельство крайне проблематизирует перенос полученных результатов в область практического применения.

Проведенный анализ зарубежных концепций здоровья и болезни позволяет более точно и адекватно представить общее состояние, направленность и тенденции развития современной западной науки в области осмысления отношения человека к собственному здоровью, к формированию жизненной стратегии своего поведения.

#### **Литература**

1. Бандура А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
2. Белов В. И. Психология здоровья. – М.; СПб.: КСП, Респекс, 1997. – 288 с.
3. Савченко Д. Н. Креатология: плюрализм научных истин и полиморфная диалектика // URL: [http://samlib.ru/s/sawchenko\\_d\\_n/kreatologia-32.shtml](http://samlib.ru/s/sawchenko_d_n/kreatologia-32.shtml) (дата обращения: 17.11.2015)
4. Ярошевский М. Г. История психологии от античности до середины XX в. – М., 1996. // URL: <http://psylib.org.ua/books/yaros01/txt12.htm#s14> (дата обращения: 06.12.2015)
5. Ajzen I. The theory of planned behavior // *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*. – 1991. Vol. 50 (2). P. 179 – 211.
6. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
7. Ayers S., Baum A., McManus Chr. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. – Cambridge: University Press, 2007.
8. Bagozzi R.P., Edwards E.A. Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight // *Psychology and Health*. 1998. Vol. 13. P. 593–621.
9. Conditte M.M., Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1981. Vol. 49. P. 648 – 658.
10. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations // *Journal of Social Distress and the Homeless*. – 1996. Vol. 5. P. 11 – 38.
11. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. – San Francisco: Wiley, 2002.

12. Godin G., Kok G. The theory of planned // American Journal of Health Promotion. – 1996. Vol. 11 (2). P. 87 – 98.
13. Gollwitzer P. M., Oettingen G. The emergence and implementation of health goals // Psychology and Health. – 1998. Vol. 13. P. 687 – 715
14. Hay J. L., Ford J. S., Klein D. Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women // Journal of Behavioral Medicine. – 2003. Vol. 26. P. 553 – 576.
15. Heijmans M. Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions // Journal of Psychosomatic Research. – 1998. Vol. 45. P. 39 – 51.
16. Heijmans M., de Ridder D. Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature // Journal of Behavioral Medicine. – 1998. Vol. 21. P. 485 – 503.
17. Kavanagh D.J., Sitharthan T., Sayer G. Prediction of outcomes in correspondence programs for controlled drinking // Addiction. – 1996. Vol. 91. P. 1539 – 1545.
18. Kemp S., Morley S., Anderson E. Coping with epilepsy: do illness representations play a role? // British Journal of Clinical Psychology. – 1999. Vol. 38. P. 43 – 58.
19. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. – L.; N. Y.: Routledge, 2003. P. 42 – 65.
20. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger // Rachman S. (Ed.). Contributions to medical psychology. – New York: Pergamon Press, 1980. Vol. 2. P. 7 – 30.
21. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats // A.Baum, J.Singer (Eds.). Handbook of psychology and health. – Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984. P. 219 – 252.
22. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health. – 2002. Vol. 17. P. 1 – 16.
23. Norman P., Bennett P., Smith C., Murphy S. Health locus of control and leisure-time exercise // Personality and Individual Differences. – 1997. Vol. 23 (5). P. 769 – 774.
24. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // Health Education Monographs. – 1974. Vol. 2 (4). P. 328 – 335.
25. Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // Health education quarterly. – 1988. Vol. 15 (2). P. 175 – 183.
26. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs. – 1966. Vol. 80 (Whole № 609).
27. Schwarzer R., Britta R. Social-cognitive predictors of health // Health Psychology. – 2000. Vol. 19 (5). P. 487 – 495.
28. Steptoe A., Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries // British Journal of Psychology. – 2001. Vol. 92 (4). P. 659 – 672.

*Smirnov A.V., Smirnov V. E.*

### **THE PROBLEM OF HEALTH AND DISEASE IN FOREIGN SCIENTIFIC LITERATURE**

*Voronezh State Medical University*

**Abstract.** The article deals with the theoretical concepts of Western science in relation to their health and motivation of his behavior in various life situations related to health and disease. The authors try to reveal tendencies of development of modern scientific discourse in the understanding of man and his health as well as the prerequisites and the basics of personality to your condition and health.

**Keywords:** sickness, health, individual, concept, motivation, behavior, people.

**References:**

1. Bandura A. Social learning Theory. – St.-Petersburg: Eurasia, 2000. – 320 p.
2. Belov V. I. Health Psychology. – M.; SPb.: PCB, Respects, 1997. – 288 p.
3. Savchenko D. N. Creatology: the pluralism of scientific truths and polymorphic dialectics // URL: [http://samlib.ru/s/sawchenko\\_d\\_n/kreatologia-32.shtml](http://samlib.ru/s/sawchenko_d_n/kreatologia-32.shtml) (reference date: 17.11.2015)
4. Yaroshevsky M. G. History of psychology from antiquity until the mid-twentieth century – M., 1996. URL: <http://psylib.org.ua/books/yaros01/txt12.htm#s14> (дата обращения: 06.12.2015)
5. Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational Behaviour and Human Decision Processes. – 1991. Vol. 50 (2). P. 179–211.



6. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
7. Ayers S., Baum A., McManus Chr. (Eds.). Cambridge handbook of psychology, health and medicine. – Cambridge: University Press, 2007.
8. Bagozzi R.P., Edwards E.A. Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight // *Psychology and Health*. 1998. Vol. 13. P. 593–621.
9. Conditte M.M., Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1981. Vol. 49. P. 648 – 658.
10. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations // *Journal of Social Distress and the Homeless*. – 1996. Vol. 5. P. 11 – 38.
11. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. Health behavior and health education. Theory, research and practice. – San Francisco: Wiley, 2002.
12. Godin G., Kok G. The theory of planned // *American Journal of Health Promotion*. – 1996. Vol. 11 (2). P. 87 – 98.
13. Gollwitzer P. M., Oettingen G. The emergence and implementation of health goals // *Psychology and Health*. – 1998. Vol. 13. P. 687 – 715
14. Hay J. L., Ford J. S., Klein D. Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2003. Vol. 26. P. 553 – 576.
15. Heijmans M. Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1998. Vol. 45. P. 39 – 51.
16. Heijmans M., de Ridder D. Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1998. Vol. 21. P. 485 – 503.
17. Kavanagh D.J., Sitharthan T., Sayer G. Prediction of outcomes in correspondence programs for controlled drinking // *Addiction*. – 1996. Vol. 91. P. 1539 – 1545.
18. Kemp S., Morley S., Anderson E. Coping with epilepsy: do illness representations play a role? // *British Journal of Clinical Psychology*. – 1999. Vol. 38. P. 43 – 58.
19. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behavior*. – London; New York: Routledge, 2003. P. 42 – 65.
20. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger // Rachman S. (Ed.). *Contributions to medical psychology*. – New York: Pergamon Press, 1980. Vol. 2. P. 7 – 30.
21. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats // A.Baum, J.Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*. – Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984. P. 219 – 252.
22. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health*. – 2002. Vol. 17. P. 1 – 16.
23. Norman P., Bennett P., Smith C., Murphy S. Health locus of control and leisure-time exercise // *Personality and Individual Differences*. – 1997. Vol. 23(5). P. 769 – 774.
24. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. – 1974. Vol. 2(4). P. 328 – 335.
25. Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // *Health education quarterly*. – 1988. Vol. 15(2). P. 175 – 183.
26. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychological Monographs*. – 1966. Vol. 80 (Whole N 609).
27. Schwarzer R., Britta R. Social-cognitive predictors of health // *Health Psychology*. – 2000. Vol. 19(5). P. 487 – 495.
28. Steptoe A., Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries // *British Journal of Psychology*. – 2001. Vol. 92(4). P. 659 – 672.

**Сведения об авторах:** Смирнов Алексей Валентинович - Кандидат политических наук, доцент кафедры философии и гуманитарной подготовки ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, e-mail: alex48sm@mail.ru; Смирнова Элеонора Валериевна - магистрант факультета психологии ВГУ, e-mail: 2012smirnova@mail.ru.