

М.А. КУЗНЕЦОВ, Л.Н. ЗОТОВА

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ



ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ОБРАЗ
ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ

М.А. КУЗНЕЦОВ
Л.Н. ЗОТОВА

М.А. КУЗНЕЦОВ, Л.Н. ЗОТОВА

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ

Монография

Диса плюс
Харьков, 2017

УДК: 159.923; 378.178

ББК 88

К 84

*Утверждено к печати решением Ученого совета Харьковского
национального педагогического университета имени Г.С. Сковороды
(протокол № 1 от 10.02.2017 г.)*

Рецензенты:

Т.Б. Хомуленко – доктор психологических наук, профессор (Харьковский национальный педагогический университет имени Г.С. Сковороды)

В.В. Зарицкая – доктор психологических наук, профессор (Классический частный университет, г. Запорожье)

В.А. Олефир – доктор психологических наук, профессор (Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина)

Кузнецов М.А., Зотова Л.Н.

К 84 Жизнестойкость и образ здоровья у студентов. — Х.: Изд-во «Диса плюс», 2017. — 398 с.

ISBN 978-617-7384-54-9

В монографии проанализированы подходы к решению проблемы позитивного определения здоровья. Охарактеризованы психологические конструкты, отражающие механизмы поддержания и укрепления здоровья. Показано, что уровень жизнестойкости студентов связан с особенностями внутренней картины здоровья, с самооценками здоровья в психологической, социальной, физической, духовной сферах, в сфере независимости и восприятия внешней среды как здоровой. Доказано, что влияние личностных, мотивационных и интерактивных переменных на образ собственного здоровья (его внутреннюю картину) обладает спецификой у испытуемых с разными уровнями жизнестойкости. Разработана и апробирована коррекционно-развивающая программа, направленная на оптимизацию отношения к здоровью у студентов.

Рекомендуется для научных работников в области психологии и педагогики, преподавателей, аспирантов, студентов.

© М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова, 2017 г.

© Издательство «Диса плюс», 2017 г.

ISBN 978-617-7384-54-9

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ КОНЦЕПЦИИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ЛИЧНОСТИ.....	15
1.1. Понятие и сущность психологического здоровья.....	15
1.2. МЕХАНИЗМЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	56
1.3. Место и роль жизнестойкости в системе факторов, определяющих образ собственного здоровья и отношение к нему у студентов	88
ГЛАВА II. МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕТОДИЧЕСКАЯ БАЗА ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	100
2.1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	100
2.2. ВЫБОР И ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ	101
2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	121
ГЛАВА III. ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ	125
3.1. Жизнестойкость личности как фактор сохранения здоровья студентов.....	125
3.1.1. <i>Взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооценок здоровья у студентов</i>	<i>125</i>
3.1.2. <i>Самооценки здоровья в различных сферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости</i>	<i>132</i>
3.1.3. <i>Самооценки здоровья в различных субсферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости</i>	<i>140</i>

3.2. НЕВРОТИЧЕСКИЕ НАКЛОННОСТИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ..	147
3.2.1. <i>Взаимосвязь показателей здоровья и показателей невротических склонностей личности</i>	<i>147</i>
3.2.2. <i>Особенности здоровья студентов с разной степенью выраженности невротических склонностей.....</i>	<i>152</i>
3.2.3. <i>Структура оценок здоровья у студентов с низко, умеренно и сильно выраженными невротическими склонностями</i>	<i>160</i>
3.3. САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ДОМИНИРОВАНИИ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СТРАТЕГИЙ И СТИЛЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ.....	172
3.3.1. <i>Взаимосвязь показателей степени выраженности копинг-стратегий и самооценок здоровья в разных сферах</i>	<i>172</i>
3.3.2. <i>Самооценки здоровья у студентов с разными копинг-стилями</i>	<i>175</i>
3.3.3. <i>Самооценки здоровья у студентов, обладающих низкой, средней и высокой жизнестойкостью, и проявляющих стратегии совладающего поведения с разной интенсивностью</i>	<i>182</i>
3.4. АТТРИБУТИВНЫЙ СТИЛЬ И САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТАМИ В РАЗНЫХ СФЕРАХ И СУБСФЕРАХ.....	192
3.4.1. <i>Взаимосвязи показателей атрибутивного стиля и самооценок здоровья у студентов</i>	<i>192</i>
3.4.2. <i>Структура взаимосвязей параметров атрибутивного стиля и самооценок здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости.....</i>	<i>198</i>
3.5. ПРОЯВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ В САМООЦЕНКАХ ЗДОРОВЬЯ	203
3.5.1. <i>Факторы Большой Пятерки и образ собственного здоровья у студентов.....</i>	<i>203</i>
3.5.2. <i>Специфика личностной обусловленности самооценок здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости</i>	<i>209</i>

3.6. САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ, ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ РАЗНЫЕ ИСТОЧНИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ.....	224
3.6.1. Предпочтения различных источников социальной поддержки и самооценка здоровья в разных сферах и субсферах у студентов	224
3.6.2. Предпочтения различных источников социальной поддержки и самооценки здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости.....	230
3.7. САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ С РАЗНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ДЕЙСТВИЮ СТРЕСС-ФАКТОРОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	237
3.7.1. Показатели здоровья студентов в разных сферах и субсферах в связи с напряжением в различных проблемных областях учебной деятельности в вузе.....	237
3.7.2. Особенности взаимосвязи самооценок здоровья с напряженностью в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью.....	241
ГЛАВА IV. ПРЕДИКТОРЫ И ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ.....	255
4.1. ПРЕДИКТОРЫ САМООЦЕНОК ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ	255
4.2. ПРЕДИКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ В РАЗНЫХ СФЕРАХ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ.....	262
4.3. ДИНАМИКА САМООЦЕНОК ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ В ФОРМИРУЮЩЕМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ	281
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ.....	293
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	297
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	324

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современное студенчество – важнейшая составная часть будущего общества, инициатор последовательных демократических преобразований и прогрессивного развития. Однако в сложных условиях нашей повседневности, когда снижается престиж высшего образования, студенты часто не уверены в своем будущем, сталкиваются с трудностями учебной деятельности и профессиональной адаптации, переживают негативные эмоциональные состояния (Н.М. Владимирова, А.В. Егорова, А.И. Кузнецов, М.А. Кузнецов, Л.В. Куликов, Г.П. Левкивская, Т.А. Немчин, О.В. Овчинникова, Э.Ю. Пунг, В.Е. Сорочинская, А.О. Прохоров, К.И. Фоменко, А.Я. Чебыкин и др.).

Трудности в учебно-профессиональной деятельности, подверженность разного рода стрессам в условиях учебы в вузе демонстрируют, прежде всего, студенты со сниженной жизнестойкостью. Они также отмечают у себя чрезмерную напряженность во время учебы в вузе, непереносимость хронических, но при этом умеренных по интенсивности и частоте стрессов, а также стрессов, вызванных повышенными учебными нагрузками. Вместе с тем, при обилии эмпирических данных и теоретических умозаключений все же ощущается дефицит исследований, в которых жизнестойкость студентов рассматривалась бы как системный фактор, преломляющий воздействие на образ собственного здоровья личностных, мотивационных, поведенческих и интерактивных переменных.

Представления о своем здоровье включают систему взаимосвязанных обобщенных и конкретных образов и оценок, на основе которых строится субъективное переживание человеком уровня своего здоровья. Внутренняя картина здоровья включает в себя в различной степени сформированные и по-разному взаимосвязанные когнитивные, эмоциональные, мотивационные и поведенческие компоненты, в большей, или меньшей степени соответствующие объективному состоянию здоровья (В.А. Ананьев, О.В. Башмакова, Р.А. Березовская, Е.И. Богучарова, О.С. Васильева, О.В. Гнатюк, Т.С. Горячая, В.Е. Каган, Н.М. Колотий, И.Я. Коцан, Г.Т. Красильников, А.В. Кукуруза, О.С. Лисовая, Г.В. Ложкин, И.И. Мамайчук, М.И. Мушкевич, Г.С. Никифоров, Т.Н. Резникова, Д. Сиерес, В.М. Смирнов,

Т.Б. Хомуленко, К. Callahan, S.M. Kubsch, C.R. Sacks, H.C. Wichowski и др.). Образ собственного здоровья регулирует соответствующие эмоциональные переживания и детерминирует стратегию поведения, укрепляющую, или, наоборот, разрушающую здоровье (О.С. Васильева, О.В. Корниенко, М.С. Корольчук, А.Ф. Косенко, Т.И. Кочергина, В.М. Крайнюк, С.Д. Максименко, Ф.Р. Филатов и др.). Поддержание студентами оптимального для них образа здоровья – особая задача, для решения которой используются разнообразные *внутренние* (жизнестойкость, свойства личности, мотивация, копинг-стратегии, стиль атрибуции успехов и неудач, убеждения и общие представления о жизни и о себе, уровень самоуважения, осознание своих эмоциональных переживаний и побуждений, саногенные навыки и т.п.) и *внешние* (Значимый Другой, референтная группа, развивающая окружающая среда, условия обучения и воспитания в вузе и др.) ресурсы. Таким образом, выбор студентами поведенческой стратегии в направлении здоровья или болезни основан на самооценках здоровья, представляющих собой системный эффект одновременного влияния множества факторов.

Важность разработки проблемы взаимосвязи жизнестойкости и внутренней картины здоровья у студентов обусловлена тем, что она принадлежит к одному из важных разделов персонологии, психологии здоровья, психологии стресса. Недостаточная изученность этой проблемы сдерживает исследования каузальных связей конструкта жизнестойкости в структуре механизмов личностного функционирования в условиях напряженной деятельности (на примере учебно-профессиональной деятельности студентов) и с учетом такой важной переменной как система самооценок здоровья в разных сферах и субсферах.

Необходимость дальнейшей разработки поставленной проблемы обусловлена также логикой развития психологической науки. За последние годы, как за рубежом, так и в нашей стране появилось немало работ, в которых жизнестойкость личности трактуется как важное условие поддержания и укрепления психологического здоровья у разных категорий населения, представителей различных профессий (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, В.А. Олефир, R. Haier, R. Harvey, S. Maddi, S.C. Kobasa, D. Khoshaba, P. Wadhwa и др.). Конструкт жизнестойкости рассматривается как такой, без которого ни в эмпирических исследо-

ваниях, ни на уровне теоретических обобщений и методологических построений невозможно полностью реализовать преимущества так называемого «позитивного подхода к здоровью», в котором оно понимается не как отсутствие болезней, но как состояние полного психологического благополучия. Однако, несмотря на значительные наработки и достижения, в большинстве исследований по данной проблематике проявляется методологический принцип «постулата непосредственности» (Д.Н. Узнадзе): состояние здоровья упрощенно трактуется как непосредственный результат, автоматическое следствие высоких показателей жизнестойкости в целом и отдельных ее составляющих – включенности, контроля и принятия риска. Имеющиеся данные позволяют предположить, что жизнестойкость проявляется в здоровье опосредованно – через структурирование его внутренней субъективной картины, через модификацию отношения к здоровью. Осознание ценности своего здоровья, стремление к его совершенствованию, здоровьесберегающий индивидуальный стиль поведения, оздоровительные практики, вошедшие в повседневную жизнь человека – это продукт не жизнестойкости личности самой по себе, а следствие сформировавшейся у субъекта внутренней картины здоровья. Поэтому необходимо провести исследование, в котором была бы показана системообразующая роль жизнестойкости в структуре внутренней картины здоровья. Жизнестойкость интегрирует отдельные саногенные факторы (восприятие социальной поддержки, оптимистический атрибутивный стиль, стратегии и стили совладания с трудностями, личностные качества, толерантность к стрессорам и т.п.), обеспечивая высокую оценку собственного здоровья и побуждая субъекта его укреплять.

В студенческой среде специфическим образом проявляется все разнообразие перегрузок и требований к личности. Оптимистическая оценка собственного здоровья преобладает над тенденцией заботиться о нем. Юноши и девушки, как правило, неадекватно воспринимают свои личностные ресурсы как неисчерпаемые. Опасения, связанные с пребыванием в условиях хронического прессинга и стресса вытесняются из сознания выраженной мотивацией достижения и преобладающей ориентацией на настоящее. Стиль студенческой жизни часто оказывается несовместимым с заботой о собственном здоровье (С.И. Болтвец, В.Г. Кохан, Г.С. Никифоров, Е.М. Потапчук и др.). Стремление

добиться высокого статуса и признания среди сверстников стимулирует студентов к совершению рискованных действий, к использованию средств, разрушающих здоровье (алкоголь, никотин, наркотики, небезопасный секс и т.п.).

В современных кризисных условиях заметно усиливается роль еще одного фактора риска для психологического здоровья студенческой молодежи – профессиональная и социальная неопределенность будущего специалиста в обществе, необходимость поиска будущего рабочего места. В связи с этим все более актуальной становится задача выявления психологических средств, которые помогут студентам преодолевать трудные ситуации без утраты психологического здоровья. Поэтому интерес к заявленной научной проблеме обусловлен не только потребностью в ее теоретической разработке, но и требованиями практики.

Цель исследования, результаты которого отражены в данной монографии, состоит в раскрытии опосредующей роли жизнестойкости личности в проявлении психологических факторов внутренней картины здоровья у студентов.

Для достижения этой цели решался ряд задач, среди которых: 1) обобщение теоретических подходов к пониманию психологического здоровья и роли жизнестойкости личности в его поддержании и укреплении; 2) исследование взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах и субсферах с параметрами и уровнями жизнестойкости личности у студентов; 3) выявление закономерности структурирования образа собственного здоровья у студентов под влиянием таких психологических факторов, как невротические наклонности, копинг-стратегии и копинг-стили, оптимистический атрибутивный стиль, личностные качества (выделяемые в рамках модели Большой Пятерки), воспринимаемая социальная поддержка, чувствительность к прессингам учебной деятельности в вузе; 4) изучение модерирующей роли жизнестойкости в процессе воздействия психологических факторов на самооценки студентами здоровья в разных сферах и субсферах; 5) выявление психологических предикторов самооценок здоровья в разных сферах, а также определение степени их влиятельности у испытуемых с разными уровнями жизнестойкости личности; 6) разработка и апробирование корректировочно-развивающей программы оптимизации отношения студентов к собственному здоровью.

Объектом данного исследования стал образ собственного здоровья у студентов, а предметом – проявление жизнестойкости в системе факторов, структурирующих внутреннюю картину здоровья студентов.

В качестве методологической основы данной работы выступили субъектно-деятельностный подход (К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, А.Н. Леонтьев, В.А. Роменец, С.Л. Рубинштейн, В.А. Татенко и др.), принципы системно-генетического анализа психических явлений (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, С.Д. Максименко, В.Д. Шадриков и др.), постнеклассическое понимание поведения человека как функции его личностных черт и ситуаций (Л.Ф. Бурлачук, Л. Росс, Р.Нисбетт), принцип самоактивности субъекта, в соответствии с которым признается существенная роль внутренних сил, источников и ресурсов личности в детерминации возникновения новых уровней и форм психической активности (Л.И. Анциферова, М.И. Боришевский, А.В. Карпов, А. Маслоу, А. Менегетти, Р. Мэй, К. Роджерс, Т.М. Титаренко, В. Франкл, К. Хорни, М. Чиксентмихайи и др.)

Теоретической основой исследования стали: 1) концепция жизнестойкости (С. Мадди, С. Кобейса) в ее взаимосвязи с научными разработками проблем стресса и его преодоления, салютогенеза, психологических защит, восприятия социальной поддержки (А. Антоновский, В.А. Бодров, Дж. Вейллант, С. Гобфолл, С. Кассел, В.В. Клименко, С. Кобб, Р. Лазарус, Д.А. Леонтьев, А.Г.Маклаков, Н.А. Русина, С. Фолкман, Н. Хаан, Р. Шварцер и др.); 2) научные труды в сфере психологии здоровья (В.А. Ананьев, М. Аргайл, Е.И. Богучарова, Б.С. Братусь, О.И. Даниленко, И.А. Джидарьян, Д.В. Колесов, М.С. Корольчук, А.С. Кочарян, А.В. Кукуруза, Л.В. Куликов, С.Д. Максименко, И.И. Мамайчук, Г.С. Никифоров, В.М. Розин, Т.Б. Хомуленко и др.).

В исследовании выявлены взаимосвязи между показателями отдельных параметров жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска), а также жизнестойкостным профилем личности в целом с самооценками здоровья в разных сферах и субсферах у студентов. Показана роль жизнестойкости как модератора, опосредующего влияние ряда психологических факторов на внутреннюю картину здоровья у студентов. Посредством построения

прогностических регрессионных уравнений вычислены психологические предикторы самооценок студентами здоровья в разных сферах. Выявлены три интегральных («сквозных») предиктора, проявляющихся в большинстве сфер здоровья – эмоциональная устойчивость, стабильность (как параметр атрибутивного стиля), а также толерантность по отношению к внутренним прессингам, действующим в условиях учебы студентов в вузе. Определены наиболее влиятельные предикторы самооценок для каждой сферы здоровья.

В процессе исследования удалось уточнить объяснительные категории, с помощью которых раскрываются психологические механизмы обретения и поддержания здоровья. Раскрыты закономерности структурирования образа собственного здоровья у студентов под влиянием таких факторов, как невротические наклонности личности и уровень их выраженности, стратегии и стили совладания со стрессами, атрибутивный стиль, выраженность личностных качеств, способность воспринимать внешнюю поддержку, чувствительность к прессингам, проявляющимся в разных проблемных областях учебной деятельности в вузе.

Разработаны методические средства оптимизации отношения студентов к собственному здоровью. Авторы неизменно руководствовались методологической установкой на преодоление упрощенных негативных трактовок здоровья лишь как отсутствия болезни. Были сформулированы положения о сравнительной важности и степени влиятельности отдельных параметров жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска) для формирования самооценок здоровья в отдельных сферах и субсферах.

Был разработан и апробирован диагностический комплекс методик, позволяющих с опорой на вычисленные нами регрессионные уравнения эффективно и точно прогнозировать систему самооценок здоровья в разных сферах и субсферах у студентов. Такой прогноз может быть включен в систему мероприятий психологической службы вуза, направленных на оптимизацию процесса адаптации студентов к условиям учебно-профессиональной деятельности, предотвращения негативных эффектов учебной перегрузки и утомления, психического выгорания, снижения учебной мотивации и успеваемости, утраты психологического здоровья юношей и девушек. С учетом этих прогностических данных была разработана и апробирована программа оптимизации

отношения студентов к собственному здоровью. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе вузовской психологической службы в процессе психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса.

ГЛАВА I ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ КОНЦЕПЦИИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ЛИЧНОСТИ

1.1. Понятие и сущность психологического здоровья

Понятие здоровья в определении ВОЗ (как «состояния полного благополучия – физического, душевного и социального»), фактически представляет собой противоположность понятию «плохое самочувствие». Вывод о чем-либо здоровье тесно связан с применением так называемой «модели болезни» [289]. Модель болезни – это цепочка причин и следствий: *причина болезни → болезнь → плохое самочувствие → роль больного*. Представление о здоровье изменчиво, так как применение модели болезни основано на меняющихся оценках и нормах. Суждения о здоровье ценностно обусловлены и основаны на нормативных представлениях о человеческом бытии [158; 188].

Однако было и множество попыток позитивного определения здоровья. Так, К. Меннингер [360] выделяет такие признаки здоровья, как ощущение счастья, удовлетворенность, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение. М. Ягода [334] пишет о шести критериях психологического здоровья: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности, 2) духовный рост и самореализация, 3) интегрированная личность, 4) автономия, самодостаточность, 5) адекватность восприятия реальности и 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. П. Беккер [309], используя факторно-аналитические процедуры, выделил три фактора душевного здоровья второго порядка: 1) душевное и физическое хорошее самочувствие (с первичными факторами: полнота чувств, альтруизм и отсутствие жалоб), 2) самоактуализацию (развитие, автономия) и 3) уважение к себе и другим (чувство собственной ценности, способность любить). Легко видеть, что выбор таких признаков здоровья во многом культурно обусловлен. Границы душевного здоровья и болезни могут быть условными и зависят от того, как общество в целом и врачи в частности интерпретируют особенности мышления и поведения конкретного индивида.

Уровень душевного здоровья меняется: он высок при хорошем настроении, слаженном и эффективном выполнении деятельности, при получении сигналов, подтверждающих ценность человека для других людей. Но он снижается в условиях стресса, лишения источников поддержки, душевного кризиса.

Степень и качество душевного здоровья различны в разных сферах деятельности [221]. Р. Скиннер и Д. Клииз составили следующий перечень эмпирических характеристик личности и межличностных (прежде всего, – внутрисемейных) отношений так называемого «душевно здорового человека»:

- необыкновенно позитивное отношение к жизни, к другим людям, к себе; открытость и дружелюбие по отношению к окружающим, которое проявляется очень естественно; высоко оценивается в своих сообществах;

- реалистичность в оценках других людей; человек хорошо понимает, что люди могут быть не только хорошими, но и плохими, но, несмотря на это, дает кредит доверия людям, первоначально проявляющим по отношению к нему недружелюбие;

- субъект не использует дружелюбие в манипулятивных целях; он уверен в себе настолько, чтобы не нуждаться в чужом одобрении; не ведет «эмоциональную бухгалтерию», обладает таким избытком доброго отношения и радости жизни, что готов поделиться позитивными эмоциями без всякого расчета;

- субъект проявляет сбалансированность близости и удаленности в отношениях, т.е. способен на тесную и сильную привязанность, но при этом самодостаточен и свободен, не повисает на партнере; в значимых отношениях (например, супружеских) эмоционально независим, не склонен контролировать партнера, которого при этом высоко ценит;

- субъект способен прямо попросить партнера о поддержке; если получает по какой-либо причине отказ, то спокойно его принимает;

- субъект не строит отношения с близким человеком на основе притворства и фантазий, не пытается заставить партнера удовлетворять свои требования одновременно избегая осознания своих обязательств в отношениях;

- по причине своего дружелюбия и открытости здоровый человек имеет мощные ресурсы внешней поддержки со стороны друзей; благодаря эмоциональной поддержке, а также хорошо

развитой системе трансцендентных ценностей способен справляться со стрессами и с неприятными переменами и в жизни;

- душевно здоровые люди способны создавать семьи, в которых поощряется искренность взрослых и детей, а союз родителей настолько крепок, что детям не удастся манипулировать родителями и противопоставлять их друг другу; в таких семьях с уважением относятся к чужим взглядам на жизнь и каждый имеет право на собственное мнение, с которым другие могут не соглашаться; каждый знает позиции других, их мнение и чувства, но при этом не боится быть собой;

- субъект живет более полной жизнью, так как способен в большей мере себя использовать; спокойно управляет теми своими субличностями, которые менее здоровый человек склонен строго контролировать и даже вытеснять; не скован шаблонами семейных оценок и ожиданий; обладает свободной энергией, которую направляет вовне для развития своей индивидуальности до тех пор, пока это развитие не посягает на права других людей;

- субъект готов признать свои ограничения и открыт для возможности самоусовершенствования.

Несмотря на сравнительно легко эмпирически идентифицируемые и «понятные» признаки душевного здоровья, механизмы его поддержания и укрепления не очевидны. Поэтому оно с глубокой древности вызывало устойчивый интерес со стороны мыслителей философов, ученых, обычных людей.

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов показали, что все многообразие подходов к здоровью вообще и к психологическому, – в честности, укладывается в три основные схемы (объяснительные модели): 1) согласованности, 2) адаптации, и 3) раскрытия духовно-творческого потенциала [42]. Эти схемы заложены на парадигмальном уровне теоретизирования о здоровье, организации исследовательских стратегий и оздоровительных практик. Модель согласованности в качестве идеала здоровья содержит идею гармонии различных начал в человеке. Модель адаптации ориентирует на некую норму. Модель раскрытия духовно-творческого потенциала антропоцентрична, т.к. концентрируется на возможностях самого человека.

Основы психологии здоровья были заложены в рамках философской психологии. По свидетельству К. Ясперса [301, с. 939-940] античный философ Алкмеон здоровье усматривал в равновесии

(гармонии) противоположно направленных сил (влажного и сухого, неподвижного и активного, холодного и теплого и т.п.). Утрата душевного и физического здоровья возникает вследствие выраженного преобладания одного из первоэлементов, составляющих природу человека, над другими. Умение противостоять жизненным трудностям и болезням состоит в примирении противоположностей и достижении их равновесия. О «согласии противоположностей», соразмерности телесного и душевного как условия здоровья писал и Платон [182, с. 228].

Идея «соразмерности частей» как сущности здоровья присутствует как в психологических (Цицерон), так и в физиологических (Гиппократ, Гален) воззрениях. Если Цицерон анализирует здоровье человека в понятиях равновесия и гармонии различных душевных состояний [по 301, с. 939], то для «линии Гиппократа-Галена» характерна «физиологизация» данной проблемы, трактовка здоровья как следствия «правильного соотношения соков организма» (Гиппократ), подкрепленная пифагорейской теорией четырех стихий – земли, воды, воздуха и огня (Гален). Жизненная стойкость и здоровье в понимании Платона предполагает сложную взаимосвязь разнородных телесных и душевных явлений, соразмерность, нераздельность, тождество души и тела, их гармонию и сонастроенность.

Философы-стоики в качестве условия жизнестойкости и полноценного существования человека выдвинули согласованность более высокого порядка – соответствие частного общему. Для успешного противостояния жизненным невзгодам и болезням, по их мнению, одного только соответствия душевных и телесных процессов недостаточно. Важно, чтобы их функционирование подчинялось законам Природы, Целого [196]. Так, в соответствии с «Размышлениями» Марка Аврелия, человек, живущий по законам Природы, обладает целостным мировосприятием, что дает ему возможность воспринимать любую болезнь, любое критическое жизненное событие как уготованные судьбой, соответствующие закону Целого. Поэтому человек их встречает, не утрачивая душевной гармонии, «стоически».

Таким образом, уже в античную эпоху применительно к проблеме здорового функционирования души и тела человека был сформулирован принцип внутренней согласованности (соразмерности частей). Античная картина здорового существования и

жизнестойкости отражается во взаимосвязанных понятиях «здравомыслие», «гармония», «красота», «согласие со своей собственной природой и природой Целого», «самообладание», «постижение Высшего Блага» и др. Благодаря этим качествам человек может стойко переносить бедствия, болезни и лишения, не зависит от внешних влияний и благ, владеет собственными страстями и аффектами.

Недостатками и «слабыми местами» античной модели жизнестойкого и здорового существования являются:

1) рассмотрение феномена здоровья главным образом во внутриличностном аспекте; здоровая личность имеет особое внутреннее строение, в котором различные проявления человека согласованы между собой; при этом система отношений человека с миром рассматривается в гораздо меньшей степени;

2) трактовка здоровья как следствия равновесия противоположных в человеке сил; здоровье личности тем выше, чем ближе соотношение этих сил к оптимуму (полной гармонии, соразмерности); сама же природа этих сил, их сущность рассматривались в основном метафорически и даже мистически;

3) подчеркивание роли разума (здравомыслия и самообладания) как условия жизни в согласии с собственной природой и природой вещей, что, в свою очередь, дает возможность стойко противостоять всем жизненным невзгодам; при этом роль эмоций и воли недооценивалась.

Практические рекомендации для поддержания здоровья личности, вытекающие из античного представления о здоровом образе жизни, сводятся к соблюдению умеренности, выбору во всем (в умственной и телесной активности, в политике, искусстве и ремеслах) «золотой середины». Воздержанность касается потребностей, страстей, удовольствий, которые неумеренно разрастаются. Согласно Платону, наиболее здоровым является человек, умеющий балансировать между роскошью и нуждой, владеющий за счет самоконтроля и самодисциплины искусством умеренного и здорового существования [66].

По Эпикуру, благодаря разуму душевная стойкость и безмятежность освобождают человека от страданий, делают его телесно здоровым и по-настоящему наслаждающимся жизнью [66]. Такая жизнь достижима благодаря работе разума, познания границ существования, воплощения в повседневную практику принципа

«довольствуйся малым, избегая излишеств». Разум делает человека способным к претерпеванию, т.е. стойким к соблазнам [66].

В восточных учениях можно обнаружить сходные с античными представления о здоровье, а также идею жизнестойкости как средства достижения идеала здоровья. Многие из этих представлений появились, по-видимому, независимо от влияния античной культуры (а иногда – и задолго до ее возникновения). Такое сходство представлений Запада и Востока обусловлено универсальностью паттерна (образца) здоровья. Так, Лао-Цзы в своем трактате «Дао дэ Цзин» пишет: «Кто, зная границы своей деятельности, не приблизится к опасностям, то будет жить долго. Нет греха тяжелей страстей. Нет беды тяжелей незнания удовлетворения. Нет преступления тяжелей жадного хотения приобрести много. Вот почему знающий меру бывает доволен своим положением» [121]. Воздержанность и невозмутимость присущи и тем, кто здоров, и тем, кто свят; здоровые и святые идентичны, так как и те и другие обладают знанием меры.

Для Конфуция эффективное противостояние трудностям жизни, благополучие и здоровье – явления одного порядка, базирующиеся на принципе «золотой середины». Состояние золотой середины – источник любой человеческой добродетели; будучи высшим духовным состоянием, оно позволяет человеку избегать крайностей в мыслях, влечениях, эмоциях, поступках. Механизм стойкости понимается здесь как появление в личности особого центра – точки равновесия; все проникающие в психику впечатления и возникающие в ней переживания выстраиваются вокруг этого центра, образуют устойчивую и равновесную структуру. Это, по Конфуцию, одновременно и здоровое состояние души, состояние гармонии [94]. Состояние золотой середины не статично; это направление, путь жизни, которая может быть названа здоровой, истинной, соответствующей «законам Неба». Важным средством достижения стойкости Конфуций считает установление «прямоты и правды в сердце». Прямота сердца противостоит воцарению в душе разных страстей (гнева, удовольствия, страха), т.е. утрате самообладания и самоопределения.

В теории ИНЬ – ЯН, – философской основе традиционной китайской медицины, – феномены здоровья и болезни получают объяснение как следствие относительного равновесия (или утраты равновесия) двух противоположных начал. В поддержании

баланса противоположных по своей природе движущих сил человеческого организма и личности заключается тайна жизнестойкости человека. Близкие к этим идеи содержатся в других восточных учениях. Так, в Бхагавад Гите «постоянная неуклонная устойчивость сердца при любых событиях, благоприятных и неблагоприятных» [232, с. 91] определяется как совершенное и предельно здоровое состояние души. Для многочисленных медитативных практик буддизма непосредственной целью является безмятежность, отсутствие страстей, внутренняя согласованность и самообладание: «Сердце, не колеблемое печалью, сердце, лишённое страстей, спокойное – это величайшее блаженство» [232, с. 90].

В целительских и духовных практиках шаманизма в символической и мифопоэтической форме присутствует идея сбалансированности движущих сил человеческого организма. Страдание заболевшего в этой системе архаических представлений рассматривается как саботаж, бунт одной из парциальных душ (чрезмерное проявление одной и частей души, подавляющей активность других частей). К. Леви-Строс, проанализировавший целительные шаманские практики, находит их сходство с психоанализом [124]. Представления аборигенов о вселенной наполнены злыми духами и духами-помощниками, сверхъестественными чудовищами и волшебными животными. Страдания больного выпадают из этой системы представлений. Шаман с помощью мифа воссоздает стройную систему, найдя этим страданиям в ней соответствующее место. Он делает это путем перевоплощения, превращения себя в реальное действующее лицо того конфликта, который переживается больным. Он как бы предоставляет больному символический «...язык, с помощью которого могут непосредственно выражаться неизреченные состояния и без которого их выразить было бы нельзя. Именно этот переход к словесному выражению (которое вдобавок организует и помогает осознать и пережить в упорядоченной и умопостигаемой форме настоящее, без этого стихийное и неосознанное) деблокирует физиологический процесс...» [124, с. 205], и наступает выздоровление.

Другое направление целительной практики шамана основано на представлении о дефиците у больного «жизненной силы» для сохранения целостности, стабильности, душевного и телесного равновесия, способности стойко выдерживать натиск вредоносных сил. Шаман избавляет тело и душу больного от вредных сил

и влияний, увеличивает его жизнестойкость. Его цель – восстановить внутреннюю силу человека, вернуть ему способность самостоятельно поддерживать внутренне равновесие [261].

Арабская средневековая школа врачевания основывалась на концепции уравнищенности души и тела как эталоне жизнестойкости и здоровья. Ибн Сина (Авиценна) писал: «Здоровье зависит от уравнищенности человеческой природы и пропорциональности ее сложения» [4, с. 660]. Этому же, восходящего к античному, принципа оздоровления придерживались и врачи Средневековой Европы, когда подчеркивали важность умеренности в жизни, избегания крайностей, самообладания и примирения страстей [157].

Христианский богослов Св. Максим Исповедник считал страсть неестественным движением души, вносящим в ум «страстные помыслы», вследствие чего человек становится менее устойчивым к «действиям демонов», болезням. Для возвращения душевного здоровья недостаточно избавиться только от помыслов, «...когда нет на глазах тех предметов, к которым страсть кто имел» [210, с. 38]. Необходимо именно избавление от страстей, которые «...скрываются в душе и при появлении предметов обличаются» [210, с. 38].

Подчинение «страстей души» разуму как основополагающий принцип здоровой жизни и стойкости личности провозглашалось в философии Нового Времени. Р. Декарт не только констатировал важность контроля эмоций для достижения душевной гармонии, но и одним из первых описал психологические механизмы такого контроля. Ему также принадлежит оригинальная психологическая трактовка сущности жизненной стойкости человека. Страсти могут как ослаблять, так и укреплять стойкость личности. Но делают они это не прямо, а косвенно (посредством работы разума – через представление вещей, связанных с желательными страстями и исключения из души образов вещей, ассоциированных со страстями нежелательными). Так, чтобы стать отважным, надо «...познакомиться с доводами, событиями или примерами, убеждающими, что опасность невелика, что всегда гораздо безопаснее защищаться, чем бежать...» [62, с. 42]. Стойкая личность (человек с «сильной душой») обладает, по Р. Декарту, «собственным оружием воли» – твердыми и определенными суждениями о добре и зле, которые помогают побороть страсти. «Слабые души» обладают во-

лей, которая позволяет себя увлечь разным страстям, часто противоположным. Такая воля «...беспрерывно вступает в противоречие сама с собой и таким образом поработочает душу и делает ее несчастной» [62, с. 43]. Таким образом, основа здоровья по Р. Декарту – обладание убеждениями и четкое различие добра и зла. Подчинение аффектов разуму необходимо для здоровой жизни также и по мнению Б. Спинозы [226]. Следование этому принципу позволяет человеку сохранить самождественность и самоидентичность в любых жизненных обстоятельствах.

Модели здоровья как гармонии различных личностных тенденций в известной мере противостоит адаптационная модель, базирующейся на принципе приспособления [42].

Адаптационная модель здоровья, альтернативная идущей из Античности и базирующейся на принципе согласованности, характеризуется тем, что она:

1) составляет концептуальный базис современной медицины и психиатрии;

2) возникла на стыке социологии и биологических наук (в ее основе лежит представление о биосоциальной природе человека, изменяющейся в процессе адаптации к окружающему миру);

3) находит свое выражение как в научных («адаптационных») теориях, так и в «житейской психологии», на уровне массового сознания (в быту активно используются такие характеристики, как «хорошо или плохо адаптированный», «адекватно или неадекватно реагирующий», «приспособленный или неприспособленный к жизни в обществе» и т.п.);

4) рассматривает проблему соотношения здоровья и болезни во внешнем плане жизнедеятельности человека (сосредоточена на характере взаимодействия индивида с его окружением);

Здоровым душевно и физически в рамках этой модели считается индивид, «функционирующий оптимально»¹. Это такой инди-

¹ При этом «оптимально» отнюдь не означает «полностью». Современные юнгианские аналитики (Дж. Холлис, Р. Джонсон и др.) для обозначения той «цены», которую человек вынужден платить за чрезмерное стремление адаптироваться к общественным требованиям, используют понятие «непрожитой жизни». Во второй половине жизни человек может утратить психологическое здоровье; он полон тревоги и сожаления, злости и растерянности, обиды и чувства утраченного опыта, печали и ощущения упущенных возможностей. Эти чувства – проявление накопленного груза

вид, который, во-первых, благодаря своим природным задаткам успешно приспособился к природной среде и, во-вторых, вписался в социальные системы так, что его поведение и отношения с другими людьми соответствуют основным нормам и требованиям социума. Оздоровление здесь понимается как успешная адаптация и всесторонняя гармонизация отношений субъекта с окружающим миром.

Теоретическими предпосылками данной модели являются:

- эволюционное учение Ч. Дарвина (главная движущая сила эволюции – борьба за выживание, приводящая ко всё более совершенному приспособлению к окружающей среде);
- в социология О. Конта и Э. Дюркгейма, рассматривавших любое явление духовной жизни человека как функцию его социальных отношений.

Сущность здоровья раскрывается через адаптацию индивидуальную и адаптацию общевидовую. Здоровье как индивидуальная адаптация основано на механизмах энергетического и информационного обмена индивида и среды. Ключевыми понятиями здесь являются «вредоносное воздействие среды, стрессор», «ответная реакция организма и личности», «стойкость организма, личности», «оптимум психофизического реагирования» и др. Так, в соответствии с концепцией Г. Селье, индивид, представляя собой психофизиологическое единство, находится в состоянии информационного и энергетического обмена с окружающей его средой. Многие воздействия вредоносны, им необходимо противостоять. Успешность такого противостояния определяется степенью устойчивости организма и психики. Существует оптимум психофизического реагирования на внешние стимулы; если оптимум поддерживается длительное время, то организм сохраняет свою целостность и устойчивость. Сохранение оптимума возможно за счет приспособительных возможностей организма, которые актуализируются при стрессе, как неспецифической реакции организма в ответ на любое предъявленное к нему требование [213, с. 15]. Здоровое и полноценное существование предполагает стрессы, поддерживае-

недостаточно развитых способностей, нереализованных возможностей, отвергнутых вариантов жизненного выбора. Накопление этого груза неизбежно при последовательно реализуемом стремлении соответствовать внешним образцам и социальным стандартам [64; 263 – 265].

мые на оптимальном уровне и наполняющие жизнь позитивными переживаниями. Дистресс является источником страданий и болезней, так как при нем мобилизация усилий для совладания со стрессорами приводит к необратимым потерям.

У. Кеннон подчеркивал, что здоровье непосредственно связано с сохранением постоянства внутренней среды организма [83]. У здорового организма физиологические процессы настолько скоординированы, что большинство состояний остается устойчивым даже при интенсивном взаимодействии с внешней средой. Для обозначения такой координированности У. Кеннон ввел понятие «гомеостазис» (от древнегреч. *homoios* – одинаковый и *stasis* – состояние).

И. Шульц предположил, что здоровое функционирование организма связано со способностью произвольно регулировать основные физиологические функции. Он разработал методику «аутогенной тренировки» – особую систему психофизического саморегулирования, направленную на формирование у человека умения поддерживать оптимальный уровень функционирования организма. Один из его последователей, Х. Линдемман сущность болезни усматривал в нарушении системы психофизической саморегуляции [135], а общую стратегию оздоровления – в создании (с помощью «аутогенного погружения») установки на поддержание внутренней стабильности организма.

Разум отказывается принять болезнь, не хочет с ней примириться из-за страданий, которые она в себе несет. Однако болезнь – это часть жизни, особая часть природы организма, своеобразный вызов человеку. И.В. Давыдовский рассматривает болезнь, как «стесненную в своей свободе жизнь», активный способ адаптации, форма выживания человека в экстремальных, опасных для него условиях внешней или внутренней среды [60].

Наиболее последовательно трактовка здоровья как адаптации реализована ортодоксальными бихевиористами. Как нормальная, так и патологическая душевная жизнь здесь сводится к совокупности поведенческих реакций. О дезадаптивности поведения и о болезни свидетельствует неадекватность реакций индивида вызвавшим их внешним стимулам [218; 219]. Здоровье как научная психологическая проблема сводится к проблеме соответствия / несоответствия поведенческих реакций субъекта требованиям окружающей среды. Носителями болезненного состояния

считаются сформировавшиеся в прошлом опыте в процессе научения патогенно функционирующие условно-рефлекторные механизмы, вновь и вновь запускающие неадекватные поведенческие реакции. Оздоровление понимается как угашение дезадаптивных реакций и научение более эффективным механизмам приспособления [385].

Адаптация осуществляется на индивидуальном уровне в биологическом плане (психофизиологические ресурсы организма и функциональные состояния), в личностном плане (потребности, нормы, ценности, мотивы, интересы человека), и в субъектно-деятельностном плане (требования профессиональной деятельности, способы и средства реализации профессиональных ресурсов человека). Успешность адаптации в биологическом, личностном и профессиональном планах обеспечивает поддержание здоровья как индивидуальной характеристики.

Однако адаптационная модель связывает здоровье отдельного индивида со степенью успешности и качеством приспособления человечества как вида. Любые внутриличностные трансформации приобретают особый смысл в контексте общевидовой эволюции. Так, для К. Лоренца способность отдельного человека быть здоровым – это, помимо всего прочего, выражение системных качеств человечества как живой макросистемы [137]. Отход от здоровья может происходить и на макроуровне, в масштабах всего человечества в целом (потерянные поколения, упадок культуры, болезни духа и т.п.). Соответственно, поддержание здоровья – это проявление общевидовой адаптации. Здоровье (или его утрата) может быть также выражением масштабных биосферных процессов [44], отражением в психике людей глобальных экологических изменений [108]. Условием здоровья человека является создание и функционирование природосообразных социальных институтов, которые не противоречат фундаментальным природным закономерностям. Поэтому необходимо говорить не только об индивидуальном, но и о популяционном, и даже о планетарном уровнях здоровья.

Научная разработка адаптационной модели здоровья шла в направлении изучения механизмов приспособления человека к социуму. Условием здорового существования человека в рамках социологического подхода считается успешная социализация. Так, по Э. Дюркгейму, причины болезней индивида, так же, как и

других аспектов человеческого существования, следует искать в его отношениях с социумом. Система коллективных представлений обуславливает любые формы индивидуального сознания и поведения, в том числе и болезненные. Этот тезис Э. Дюркгейм доказывает на примере самоубийства [68]. Распространенность той или иной болезни (так же как и суицидов) а) коррелирует с состоянием общества в целом, и с отдельными социальными процессами, разными видами социальной аномии (например, экономическими, духовными кризисами), б) связана либо с неспособностью индивида интегрироваться в социум, либо с нарушением сплоченности и дезинтеграцией в сообществе. Таким образом, индивидуальная реальность признаётся вторичной, а значение социума абсолютизируется; при этом общество может быть не только источником болезни, но и мощным фактором оздоровления личности (в том случае, если его влияние на человека формирующее и конструктивное, а не деформирующее, искажающее).

В рамках возникшей позднее теории социального конструктивизма здоровье, как и любые другие проявления человека, трактуются как социально-сконструированный феномен [49], продукт дискурса [123]. Представление о здоровье, методы оздоровления выступают как культурно и исторически обусловленные и зависящие от определенных социальных практик явления; они производятся дискурсом и подчиняются ему. Люди определяют свое здоровье в терминах своей позиции в социальной структуре [39; 236]. Здоровье – это не столько естественный феномен, сколько «социальный артефакт», возникающий под влиянием такого элемента культуры, как медицинская технология. Однако в массовом сознании здоровье предстает не как социальный, а как естественный, биологически обусловленный феномен (т.е. в превращенной форме). Это необходимо для того, чтобы «узаконить» ту, или иную медицинскую технологию, оправдать ее применение «природой человека» [200].

К.Дж. Герген обратил внимание на серьезные издержки, возникающие в связи с гипертрофией культурного дискурса дефицита. Терминология ментальных заболеваний за последние десятилетия стала настолько дифференцированной и разработанной, настолько легко проникающей в обыденное общение, что это стало серьезно угрожать социальной идентичности людей. Такой дискурс разрушает чувство благополучия и здоровья. Он

«...дискредитирует, разделяет и отдаляет» [49, с. 68]. Языки, созданные для описания психических расстройств, люди все чаще используют, чтобы понять самих себя. Распространение терминологии ментального дефицита приводит к тому, что люди конструируют себя, свою Я-концепцию в терминах болезни. Для оздоровления людей необходимы дискурсы, которые бы их объединяли, утверждали и развивали более ценные способы бытия, побуждали к образу жизни, укрепляющему здоровье и благополучие. Такие дискурсы появляются и постепенно развиваются в русле так называемой «Позитивной психологии» [125]. Ориентация на дефицит, которая господствовала в психологическом дискурсе до настоящего времени, постепенно преодолевается возрастающим интересом к мудрости [15; 20; 305], оптимизму [211; 212] разработкой таких конструктов, как жизнестойкость личности [340; 345 – 352], опыт Потока [274; 275], субъективное благополучие [114], счастье [16; 63; 142], эмоциональная креативность [41; 74] и др. Эти подходы обогащают психологию способами и технологиями работы, которые могут привести к позитивным трансформациям в обществе.

В русле социологического подхода основы здоровья и истоки болезни усматриваются не внутри личности, а в сфере социальных и межличностных отношений субъекта. При разработке критериев здоровья / болезни, нормы / патологии анализируют характер социального взаимодействия субъекта, достижения и ошибки его социализации. Тем самым, душевное и физическое здоровье определяется интерсубъективными, внешними по отношению к индивиду, факторами. Оценка состояния здоровья состоит в сопоставлении индивидуальных особенностей человека с некой, вне его находящейся системой нормативов. Соответствие первого второму интерпретируется как отсутствие болезни. Таким образом, последовательная реализация социологического подхода к здоровью приводит к отождествлению его с нормальностью. Болезнь понимается как отклонение от нормы [200, с. 13]. Здоровый человек – это эффективно социально функционирующий субъект, способный учиться, работать, адекватно (с точки зрения общества) реагирующий на те, или иные ситуации. Больной отличается социальной ущербностью, дезадаптацией, снижением социальной эффективности. Индивидуальный опыт страдания, самочувствие, ощущение внутренней дисгармонии в расчет не принимаются,

или расцениваются как вторичные, сопутствующие, малозначимые феномены.

Социально-ориентированный подход к душевному здоровью реализован в трудах А. Адлера [5 – 7]. Больной человек (невротик) несет в себе «противоречивое сочетание честолюбия и неуверенности» (сочетание комплекса неполноценности и комплекса превосходства). Поэтому он неосознанно создает жизненный план, противоречащий требованиям действительности (т.е. общества). Он руководствуется не общественной, а «частной логикой». Противоречия индивидуальной и общественной позиций «...лишают больного непосредственности в поведении и в переживании и заставляют его отвечать *бунтом болезни* на обычные для общества решения» [5 с. 155]. Больной человек стремится к ложным, – эгоцентрическим, – целям, ему не хватает социального интереса, он не говорит на языке здравого смысла (т.е. такого смысла, который разделяется обществом). Таким образом, в концепции А. Адлера социальный аспект адаптированности человека абсолютизирован. Единственным полноправным арбитром в вопросах здоровья и болезни признается общество, а избавление от болезни понимается как, прежде всего, обучение человека умению хорошо жить с другими людьми.

Если в ортодоксальном бихевиоризме здоровье понимается как успех в достижении как можно более полного соответствия поведенческих реакций внешним воздействиям [218; 219], то в необихевиористских концептуальных построениях предпринимаются попытки изучить индивидуально-личностные, субъективные переменные, определяющие эффективность адаптации. Так, ряд новых аспектов психического здоровья раскрывается в рамках концепции саморегуляторного поведения А. Бандуры [21; 306; 307]. Причиной ухудшения здоровья является снижение качества саморегуляции поведения. Поведение человека регулируется по принципу реципрокного детерминизма: проактивная тенденция постановки новых, все более сложных целей приводит к возобновлению расхождения между целями и реальными достижениями человека. Человек реагирует на это расхождение попытками его уменьшить. Нарушение реципрокности может произойти из-за некачественных стандартов, на которые опирается субъект (как задаваемых окружением, так и вырабатываемых самостоятельно путем наблюдения за поведением других людей и отраже-

нием этих наблюдений в символическом опыте). Так, например, человек может предпочесть сравнивать свои действия только лишь со стандартами, задаваемыми извне. При этом он совершенно игнорирует свои внутренние предпочтения. Возможно и противоположное – полное игнорирование общественных стандартов.

Кроме стандартов поведения люди опираются также на личностные факторы саморегуляции – самонаблюдение (обращение внимания на качество, объем, скорость и оригинальность своей деятельности, коммуникативную компетентность в общении), вынесение суждений (рефлексивное обдумывание, ценностное суждение о своем поведении и действиях на основе целей, принятых ценностей и того, что человек считает причиной своих достижений), и активная реакция на себя (эмоции гордости, удовлетворения, или самоосуждения, неудовлетворенности).

А. Бандура использовал конструкт «самоэффективность» (Self-efficacy) для объяснения индивидуальных различий в способности людей реагировать на стресс [306]. Это внутренние убеждения человека о его способности руководить событиями, влияющими на его жизнь. В структуру этих убеждений входят: 1) уверенность в собственной способности выбрать подходящий способ действия, 2) мнение о величине усилий, которые человек может приложить в той-или иной трудной жизненной ситуации, 3) мнение о том, насколько долго он может выдерживать напряжение в такой ситуации, не сдаваясь перед преградами и препятствиями, 4) мнение о собственной гибкости и т.п. Самоэффективность (как уверенность в способности действовать) не сводится к предположениям о результате, так как она не является сугубо когнитивным явлением. Она не глобальна, меняется от ситуации к ситуации, зависит от вида деятельности, умений, присутствия, или отсутствия других людей, физического состояния. Самоэффективность не сводима к сугубо мотивационным явлениям типа стремления, желания. Это – суждение о том, что «я могу (не могу) это сделать».

Уровень самоэффективности (высокий / низкий) в сочетании с условиями окружающей среды (благоприятными / неблагоприятными) образует четыре возможных исхода, существенных для поддержания здоровья индивида и возникновения болезней. Наиболее благоприятно для здоровья сочетание

высокой самооффективности с благоприятными средовыми условиями, и прежде всего – через позитивные результаты деятельности. Низкая самооффективность в благоприятных условиях порождает депрессию как реакцию индивида на «упущенные шансы». Высокая самооффективность в сочетании с неблагоприятными условиями служит генератором протестных настроений и действий индивида, приводящих к конфликту с социумом, к попыткам его изменить. Низкая самооффективность в неблагоприятных условиях служит причиной апатии и чувства беспомощности.

А. Бандура отмечает, что низкая самооффективность в стрессовой ситуации становится модератором тревоги, т.к. ничто не может защитить индивида от дистресса, сопровождающегося повышенным возбуждением, вегетативной нервной системы, увеличением катехоламинов в плазме крови и т.п. Существенна также оценка индивидом самооффективности в преодолении стресса: ее недооценка становится дополнительным катализатором тревожных переживаний и нарушений поведения. Иногда и правильная оценка самооффективности (когда требования к индивиду слишком велики) может способствовать усилению стресса.

Таким образом, концепция А. Бандуры наполняет понятие здоровья глубоким и разноплановым содержанием, отражающим присущие человеку 1) качества саморегуляции поведения, 2) используемые им стандарты оценки поведения, 3) способность наблюдать за поведением других, извлекать из этих наблюдений опыт лично для себя и адекватно его символизировать, 4) способность наблюдать за собой, судить о себе и своем поведении, адекватно на себя реагировать, 5) особенности самооффективности и ее оценки.

Новые возможности для понимания психического здоровья как адаптации открыла интеракционистская исследовательская традиция. Интеракционисты подчеркивали активный, целенаправленный и творческий характер адаптации, отличали ее от простого приспособления [11]. Здоровье человека заключается в его способности эффективно осуществлять «...процесс конструирования действия посредством формирования значений» [30, с. 175]. Здоровье связано с закреплением в психике хорошо организованных, эффективных способов решения типических жизненных проблем, возникающих при взаимодействии человека в социальном окружении [286].

В классическом психоанализе З. Фрейда [249 – 252] и его последователей [248] постепенно оформились два взаимосвязанных направления разработки проблематики психологического здоровья. Первое целиком сосредоточено на динамике протекания внутриличностных процессов, на механизмах противостояния Эго бессознательным влечениям. Второе направление предполагало анализ первичного окружения ребенка, его коммуникативно-интерактивной сферы как фактора будущего психического здоровья индивида.

Человек в концепции З. Фрейда рассматривается как носитель желаний и потребностей, которые сформировались в его раннем опыте. Потребности часто бывают неприемлемыми с точки зрения социума; их появление приводит к конфликтам и попыткам их решения. Сниженная жизнестойкость и болезнь возникают вследствие цепочки неудач в разрешении внутренних конфликтов. Признаками наличия конфликтов и попыток их решения для З. Фрейда являются подавление, чувства стыда, страха и вины, образование невротических симптомов, формирование патологических черт характера. Однако глубинная драма социализации индивида заключается не только в деформации человеческого естества, но также и в неспособности найти свое место в мире людей через построение основанных на любви, доверительных отношений. Тем самым З. Фрейд выделил интерсубъективный аспект проблематики душевного здоровья: одним из первых он показал причинную обусловленность страданий взрослого невротика его ранними детскими неудачами в адаптации к миру людей, представленному родительскими фигурами (см. табл. 1.1).

В. Райх выделяет относительно независимые слои личности, которые возникли в результате контактов индивида с социумом [193; 194]. Поверхностный уровень личности – это социально одобряемые черты характера (сострадание, добросовестность, трудолюбие, вежливость, ответственность и др.). Второй (промежуточный) слой характера, состоит из «вторичных влечений», т.е. асоциальных побуждений (импульсов жестокости, зависти, сладострастия, жадности, и т.п.). Это вторичный результат подавления первичных биологических импульсов. Социальные корни болезни состоят в том, что именно трансформация естественных влечений, осуществляемая обществом, приводит к извращению человеческой природы, делая ее врагом общественного порядка.

Таблица 1.1

Взаимосвязь между особенностями взаимоотношений ребенка с родительскими фигурами в дошкольном возрасте, проявлениями душевного нездоровья и структурами характера на разных стадиях развития либидо

Стадии Развития либидо	Нарушения взаимодействия ребенка с родительскими фигурами	Проявления душевного нездоровья, проявляющиеся у взрослого невротика	Преобладающая структура характера
<i>Интенциональная</i> (первые месяцы жизни)	Тяжелая болезнь, смерть матери; враждебность с ее стороны; долгое пребывание в больнице; частая и беспорядочная смена места пребывания	Нарушения контактов; неспособность любить; отчуждение от собственного Я; ощущения пустоты и бессмысленности; суицидальные тенденции; неспособность к решению практических проблем; соматические проявления в виде кожных заболеваний, бронхиальной астмы	<i>Шизоидная</i> (недостаток интимности, недоверие, дистанцирование, отсутствие сентиментальности, суверенная независимость, бесстрастно-холодная объективность)
<i>Оральная</i> (до 1,5 лет)	Неожиданное прерывание кормления грудью; избалованность; мать, выполняющая свои обязанности из чувства долга; смерть матери; голодание; длительное пребывание в больнице, в яслях	Склонность обвинять себя; суицидальные тенденции; безнадежность, отчаяние; чувство бессмысленности жизни; утренняя усталость; сексуальная апатия; нарушения сна; соматические проявления в виде ангина, гастрита, язва двенадцатиперстной кишки, нарушения веса (ожирение, истощение)	<i>Депрессивная</i> (грезы, уединение, излишняя скромность, ограниченность влечений, преданность, пессимизм, недостаток уверенности в себе, альтруизм, терпеливость)
<i>Анальная</i> (1,5 – 3 года)	Раннее и чрезмерно строгое приучение к чистоте и опрятности	Невротическое упрямство; жадность; морализаторство; эмоциональное оскудение; сутяжничество; медлительность; склонность к накоплению, коллекционированию; соматические проявления в виде половых расстройств, диареи, хронического запора, язвенного колита, мигрени, заболеваний опорно-двигательного аппарата	<i>Навязчивая</i> (страх перемен в жизни, навязчивая потребность в каузальности, неспособность быть спонтанным, страх смерти / бессознательное стремление к смерти; склонность к абсолютному, постоянно значимому, обязательности, игнорирование всего живого, обдуманность действий)

Фаллическая (4-6 лет)	У родителей нет единой линии в воспитании ребенка; использование ребенка как заместителя неудовлетворенным родителем; проблемы у родителей (они не сумели идентифицировать себя в соответствии со своей половой ролью); нарушения, накопленные на предыдущих стадиях	«Свободно плавающая» тревога; фобии; сексуальные неврозы, пerversии; навязчивость в общении с другими людьми; отсутствие чувства дистанции, проблемы в общении, в браке, на работе; сильная привязанность к братьям и сестрам; гомосексуальность; соматические проявления в виде симптомов конверсии (параличей), заболеваний органов чувств, различных соматизаций тревоги (затрудненное дыхание, тахикардия, потливость)	<i>Гистрионическая (истерическая)</i> (сильная потребность в признании, демонстративность поведения, зависимость самооценки от оценки окружающих, субъективность, непунктуальность, недостаточная центрация, недостаточная подлинность чувств)
-----------------------	--	--	--

Третий слой заложен наиболее глубоко и составляет биологическую основу личности. В этой основе человек предстает как трудолюбивое, любящее, искреннее, склонное к сотрудничеству существо.

Существование ложного, социального поверхностного слоя личности обусловлено воспитанием, в ходе которого происходит жесткое подавление естественной биологической энергии. Простое снятие этого слоя («сбрасывание маски воспитания») не приведет ни к чему хорошему, так как обнажит второй (асоциальный) слой. Общество делает человека больным из-за извращения исходных биологических импульсов. Происходит неудачная структурная компоновка характера. Раскол в структуре характера воспроизводит царящую в обществе классовую разобщенность. Любое доброе и здоровое побуждение, возникшее в человеке (в глубинном слое) вынуждено проходить через второй слой, извращаясь и деформируясь. Подлинное проявление жизни становится невозможным.

Материальным воплощением душевного нездоровья для В. Райха служит постепенно формирующийся у каждого человека «мышечный панцирь» (индивидуальная констелляция хронических мышечных зажимов). Его психическим эквивалентом является «панцирь характера». Панцирь необходим для совладания с тревогой (страхом наказания со стороны общества за проявления сексуальности). Психический и физический панцирь отражает

индивидуальную эмоциональную историю индивида, кристаллизует опыт переживания страхов и тревог, унижения и боли. Он, фактически, отражает «историю душевной болезни» человека. Для В. Райха «...каждая мышечная судорога имеет историю и смысл своего возникновения [193, с. 229]». Таким образом, психическое здоровье для В. Райха – это способность к спонтанному и искреннему выражению просоциальных глубинных душевных порывов. Болезнь (панцирь), будучи «приобретенным вегетативным поведением», ограничивает и искажает их проявление. Оздоровление понимается как возвращение к естественной первооснове существования. Важнейшей психотерапевтической техникой, стимулирующей такое возвращение, является распускание мышечных зажимов.

Межличностный аспект проблематики жизнестойкости личности и душевного здоровья разрабатывался в качестве ведущего в трудах неопсихоаналитиков.

Так, по мнению Г.С. Салливана [206] развитие личности заключается в формировании динамизмов – относительно устойчивых структур проявления энергии в межличностных отношениях (например, оральная динамика в младенчестве, динамика сексуального желания в юности и т.п.). Динамизмам присущи две фундаментальные особенности: 1) они на той, или иной стадии онтогенеза обеспечивают максимум удовольствия при одновременном сведении к минимуму переживания тревоги; 2) в их структуру «вмонтирован» сконцентрированный опыт межличностных отношений, полученный на соответствующей стадии онтогенеза. Ребенок включается в межличностные отношения с момента рождения, что стимулирует развитие самодинамизма – эмоционально значимых самоопределений. Самоопределения консолидируются в опыте ребенка на основе накопления и переработки переживаний одобрения и неодобрения со стороны окружающих людей. Динамизмы локализуются и проявляются на трех уровнях существования человека (уровнях обработки информации о мире и о себе) – прототаксическом (уровне примитивных сновидных неосознаваемых переживаний), паратаксическом (уровне суеверий и допонятийного, алогичного отражения) и синтаксическом (вербализованном, обеспечивающем понимание реальных причинно-следственных связей между явлениями). Успешность адаптации в сфере межличностных отношений и,

следовательно, здоровье человека – результат совокупного вклада всех уровней функционирования личности. Важно качество «отраженных оценок», исходящих от других. Нарушенные межличностные отношения (жестокое обращение родителей с ребенком и т.п.), деформируют самость ребенка, делая его больным. Внутриличностные конфликты – это интернализированные межличностные конфликты, которые содержат в себе ранний опыт детской отверженности и другие деструктивные паттерны взаимодействия в системе «я-ты». Здоровый человек, наоборот, обладает целостной самостью, возникнувшей на основе уважения, любви и симпатии.

По мнению К. Хорни, здоровая личность – это личность, свободная от неразрешенных внутренних конфликтов, которые, в свою очередь, являются внешним выражением базальной тревожности [268 – 270]. Базальная тревожность – следствие фрустрации родителями потребности ребенка раннего возраста в безопасности. Базальная тревога переживается как ощущение беспомощности и одиночества в потенциально опасном мире. Тревожный ребенок разрабатывает особые (невротические по своей сути) стратегии компенсации мучительных тревожных переживаний. Так постепенно формируется система черт невротического характера, навязывающая человеку однобокое поведение (движение к людям, движение от людей, движение против людей), которое обусловлено не столько реальностью как таковой, сколько болезненным первичным опытом взаимодействия ребенка с безопасным или, наоборот, враждебным миром [269].

Вырабатываются невротические наклонности – закрепленные в личности на уровне черт, глубоко индивидуализированные способы противостояния угрожающим вызовам среды. Они подрывают душевное здоровье тем, что приводят к появлению некоторых дополнительных («подстраховывающих», «неестественно вычурных») форм поведения, чувств и отношений. Я-концепция человека наполняется элементами иллюзорности; разрастается система «грандиозного Я», подминающая под себя Я реальное [270]. Невротические наклонности искажают восприятие субъектом других людей, так как информация о партнере по общению подвергается существенной фильтрации и искажению в направлении, задаваемом той, или иной гипертрофированной наклонностью. Субъект становится внутренне скованным из-за того, что

невротические наклонности образуют систему внутренних неосознаваемых запретов на то, чтобы иметь определенные мысли, переживать чувства и проявлять поведение, противоречащее той, или иной невротической наклонности. Кроме того, невротические наклонности, как часть личности, образуют вокруг себя систему психологических защит и оправданий, которые, в свою очередь, требуют все больших энергозатрат на поддержание себя.

Таким образом, по К. Хорни как сфера общения человека с другими людьми, так и его внутренний мир выражают драму первичных отношений.

Ряд сторонников теории объектных отношений (М. Кляйн, Х. Когут, Д. Винникот и др. показали, что будущее здоровье ребенка зависит от того, как складываются его первичные связи со значимыми внешними объектами (родителями, воспитателями и др.). По мнению М. Кляйн дети по отношению к людям, которых любят и в которых нуждаются, могут переживать агрессивные и деструктивные фантазии. Происходит расщепление психики ребенка: «объект» (значимый взрослый) является одновременно и любимым и ненавидимым. Поэтому не случайно критериями психического здоровья для М. Кляйн являются интеграция внутренних объектов, работа горя, репарация ущерба и способность переживать чувство благодарности [86].

По Х. Когуту условием психического здоровья человека является отсутствие структурных разрывов в его самости. Самость здорового человека гармонична и целостна, а больного – фрагментирована. Причины фрагментации самости – переживание ребенком травматических событий. Связная самость дает возможность психической энергии и творческим силам человека наполнять его идеалы и цели, противостоять трудностям, надеяться на решение сложных и, казалось бы, нерешаемых проблем какими-либо альтернативными способами. Творческие импульсы в разорванной, фрагментированной самости быстро угасают, сменяясь индифферентностью (безразличием) или депрессией. Противоположные полюса самости здорового человека не изолированы друг от друга. Наоборот, они уравновешены, гармонизированы, а между ними располагается все многообразие аспектов личности зрелого человека [99]. Объекты самости здорового человека проявляют отклик, внимание, сохраняют молчаливое спокойствие, выслушивают. Если субъект достаточно развит, способен к интернализации (т.е.

интроекции функций объекта), то объекты его самости «проявляют гибкость» – отказывают в удовлетворении. Здоровый субъект способен переносить такие отказы. Психическое здоровье предполагает также наличие у человека опыта интимности [100].

По мнению Д. Винникота, здоровым является индивид, который способен творить, брать на себя ответственность за допущенные ошибки, ощущать неразрывную связь своего собственного тела и психики [47; 168]. Условием появления такой способности является «достаточно хорошее окружение» когда физически и / или эмоционально присутствует «мать», правильно реагирующая на «жест ребенка» (т.е. не впадающая в крайности чрезмерного внедрения или отстраненности).

В транзактном анализе феномены здоровой или больной психики также трактуются как зависящие от социальных связей индивида [26; 27; 231]. Большая часть контактов индивида с социальной средой (т.е. транзакций) представляет собой сложную социальную игру. Эта игра может привести человека как к успешной адаптации, так и к неврозу.

Для здоровой, сбалансированной личности важны все три эго-состояния, выделяемые Э. Берном: *Взрослый* необходим для решения проблем здесь и теперь, *Родитель* – для того, чтобы уверенно себя чувствовать в обществе, *Ребенок* – для спонтанности и интуиции. Теория психопатологии на языке транзактного анализа не только раскрывает сущность личностных аномалий, но и показывает пути оздоровления.

Утрата психического здоровья, по Э. Берну, может быть обусловлена, во-первых, «исключением» (*exclusion*) какого-либо из аспектов личности. «Исключенный Родитель», «исключенный Взрослый» и «исключенный Ребенок» – разные варианты однобокого функционирования личности, когда в разных ситуациях человек ведет себя негибким, стереотипным образом, застревая в одном из эго-состояний и игнорируя возможности и ресурсы двух других. Оздоровление состоит в обучении соприкосновению с игнорируемыми (отстраненными от управления поведением) эго-состояниями.

Во-вторых, возможно «заражение» (*contamination*) эго-состояния Взрослого эго-состоянием Ребенка, Родителя, или обоими сразу. Человек утрачивает способность реалистично воспринимать и оценивать события во внешнем и внутреннем мире

(продуцирует «бред» и / или «предрассудки»). Возврат к здоровью (например, в условиях психотерапии) заключается в освобождении Взрослого от «примесей» двух других эго-состояний: клиент учится четко дифференцировать в себе Родителя, Взрослого и Ребенка.

Душевно здоровый человек, по Э. Берну, гармоничен не только структурно (т.е. свободен от недостатков, связанных с исключением и заражением), но функционально: у него нет «неустойчивости полномочий» (т.е. резких, неожиданных и неуправляемых переходов из одного эго-состояния в другое). Однако нет и другой крайности, заключающейся в «сверхпрочности, непроницаемости границ», когда переход из одного эго-состояния в другое весьма затруднен и происходит очень медленно (так называемые «ленивые полномочия»).

Единицей общения (социального взаимодействия) является транзакция, которая вовлекает во взаимодействие разные эго-состояния. Из череды транзакций складываются игры, некоторые из которых могут быть конфликтными и разрушительными для участников, приводящими к утрате здоровья и даже жизни (например, игры алкоголиков) [288].

Еще одно направление изучения основ душевного здоровья содержит та часть теории Э. Берна, которая называется «сценарный анализ». Здоровье человека сильно зависит от жизненного плана, который он создал в детстве под влиянием семейных инструкций родителей. В такой жизненный план вмонтировано общее чувство благополучия или неблагополучия, на котором базируются жизненные позиции (установки) ребенка относительно себя и других («Я-о'кей – Ты-о'кей»; «Я-о'кей – Ты-не о'кей»; «Я-не о'кей – Ты-о'кей»; «Я-не о'кей – Ты-не о'кей»). Они образуют здоровую (или нездоровую) эмоциональную основу тех или иных сценарных решений [262; 287].

Э. Фромм подчеркивал, что адаптационные процессы могут трансформировать черты характера человека в направлении патологии. Он выделял статическую и динамическую адаптации. Первая не сопровождается изменением характера и состоит лишь в изменении привычек, появлении новых навыков. Вторая (например, подчинение ребенка отцу из-за страха наказания) приводит к трансформации черт характера (у ребенка появляются новые страхи и тревоги). Неврозы – это следствия динамической

адаптации к условиям, иррациональным для индивида (особенно в раннем детстве). За наиболее выраженными чертами характера конкретного индивида стоят реальные проблемы и трудности его адаптации к условиям жизни. Душевное нездоровье человека отражает гнет и тяжесть тех жизненных обстоятельств, к которым он не сумел адаптироваться оптимальным способом. Таким образом, Э. Фромм указывает на социо-культурные корни основных психологических проблем и использует для их описания понятие «социальный характер».

Такой подход дал возможность поставить проблему социального здоровья, здоровья общества в целом (на примере современного Э. Фромму западного общества) [258]. Больное общество строится на принципах, многие из которых не согласуются с природой человека, блокируют удовлетворение базовых человеческих потребностей и не позволяют удовлетворительно решить проблему человеческого существования. Критерием психического здоровья человека является не индивидуальная приспособленность к данному социуму, а способность к целостному существованию.

Психическое здоровье и психическая болезнь проявляются на индивидуальном и социальном уровнях. Нездоровье как индивидуальный феномен присуще тем людям, которые не могут достичь свободы, спонтанности, подлинного самовыражения. Если этой цели не может достичь большинство членов данного общества, то имеет место социальное нездоровье. Социальное нездоровье опасно следующими своими особенностями: а) поскольку оно присуще многим, оно не осознается отдельными людьми как проблема; б) с высокой долей вероятности это нездоровье возведено обществом в ранг добродетели; в) оно лишает человека богатства впечатлений и подлинного переживания счастья.

Человек, нездоровый социально, характеризуется Э. Фроммом как бесчувственный, страдающий от недостатка спонтанности и индивидуальности. Дефекты общественного устройства привели к формированию «автоматического конформиста» – особого социального типа характера, – человека, который переживает чувство одиночества, утратил подлинную веру, не уверен в собственной безопасности, отказывается от свободы, творчества, уникальности. Он подчиняется авторитарным лидерам, накапливает в себе деструктивность, постепенно превращается в безликого потребителя, погружается в самоизоляцию, пе-

реживая тотальное отчуждение. Однако, главная особенность такого человека – отчуждение от самого себя. Отчужденный человек утратил связь с самим собой, как и со всеми другими людьми. Он воспринимает себя, равно как и других, подобно тому, как воспринимают вещи. Э. Фромм отмечает, что слово «отчуждение» в прежние времена употреблялось, когда речь шла о душевно больном человеке. Оздоровление отдельных индивидов Э. Фромм связывает с глобальными реформами в обществе на основе гуманистических принципов, так как подлинное оздоровление человека неотделимо от оздоровления общества.

На определенном этапе своего научного пути Э. Фромм стал подчеркивать, что полноценное удовлетворение специфически человеческих потребностей и индивидуальное разрешение фундаментальных проблем человеческого существования является не менее важным требованием здоровой жизни, нежели приспособление к социальному окружению [255]. Утрата психического здоровья, особые характерологические изменения могут быть результатом столкновения требований социальной адаптации и глубинных потребностей человека. Люди, вынужденные отказываться от индивидуального своеобразия, в конце концов, расплачиваются деформацией человеческой природы. Другие направления самоопределения, ошибки в которых могут привести к утрате душевного здоровья, состоят в выборе между 1) деструктивностью («некрофилией») или созидательностью («биофилией»), 2) отчуждением или непосредственностью и полнотой переживаний, 3) нарциссизмом или чувством общности и любви, 4) конформизмом или уникальностью и творчеством, 5) «модусом обладания» и «модусом бытия» [254; 256; 257].

В концепции Г. Маркузе фрейдовский тезис о конфликте между цивилизацией и базовыми инстинктами индивида переносится в область социальной философии и политики [152]. Утрата психического здоровья большинством членов общества закономерна, так как современная цивилизация «репрессивна»: она жестко регулирует биологические потребности, принудительно переключает либидо на социально полезные формы деятельности и самовыражения. На смену принципу удовольствия пришел «принцип производительности» (историческая форма принципа реальности). Каждый индивид подвергается не только общему, но и «прибавочному» (дополнительному) подавлению – ограничени-

ям со стороны социальной власти. Утрата здоровья в «репрессивном обществе» выражается в росте нигилизма, деструктивности, десексуализации индивидов, росте отчуждения, разрушении связей человека и культуры.

По Г. Маркузе, глобальное оздоровление общества возможно только лишь в условиях постепенного перехода к цивилизации нерепрессивного типа. Однако конкретных рекомендаций (кроме Великого Отказа от ценностей и принципов репрессивной цивилизации) для осуществления такого перехода автор не дает.

Итак, адаптационная модель здоровья в отличие от модели гармонии и согласованности, делает акцент на важности приспособления человека к окружающей среде. При этом, в адаптационной проблематике выделяются три аспекта [42]: 1) экологический (природосообразность человеческого существования), 2) нормативный (соответствие поведения человека и его состояний принятым в обществе культурным нормам), и 3) интерактивный (полноценность общения человека с другими людьми). В рамках адаптационной модели выделены четыре параметра, по которым здоровье может быть оценено: 1) приспособленность к природному окружению, 2) соответствие культурным нормам (нормальность), 3) стрессоустойчивость и стабильность (способность поддерживать на оптимальном уровне функционирование организма и психики), и 4) гармоничная включенность в группу людей, в сообщество) социально-психологическая характеристика здоровья [34; 98; 184].

Адаптационной модели здоровья присущи следующие недостатки.

1. Здоровье представлено дефицитарно. Данный подход опирается на образ индивида с ограниченными возможностями здорового функционирования. Считается, что человеку для сохранения и поддержания здоровья оказывается *недостаточно* имеющихся у него внутренних ресурсов и компетентности в вопросах здоровья, т.е. он испытывает дефицит знаний и возможностей. Его здоровье в значительной степени зависит от ряда внешних условий и факторов, таких как состояние окружающей среды (экологический фактор), уровень жизни общества (экономический фактор), качество медицинского обслуживания, семейное окружение (особенно в первые годы жизни) и т.п.

2. Ориентация на внешнюю систему оценок, а не на само-

ощущение. Основные критерии оценки его здоровья задаются извне – высшей инстанцией служит в данном случае система социальных норм. Ребенка с раннего детства приучают к мысли о том, что «здоровье приходит извне», в решении вопросов, касающихся здоровья «себе доверять нельзя», т.к. другие (например, врачи, родители) лучше знают, что ведет к болезни и как вернуть здоровье. Оценка состояния здоровья с помощью извне налагаемой, деиндивидуализированной системы критериев обязательно приведет к обнаружению человеком у себя «каких-то нарушений».

3. Отчужденное восприятие собственного здоровья, умаление (вплоть до полного отрицания) собственной активности индивида в борьбе за свое здоровье. Человек начинает судить о здоровье, как о чем-то абстрактном, чего «всегда не хватает, с чем всегда существуют какие-то проблемы».

Центральной для антропоцентрических концепций здоровья является идея о высшем (духовном) предназначении человека. Экзистенциальная, гуманистическая и трансперсональная психологии предложили свои модификации антропоцентрической концепции здоровья. Экзистенциальная, гуманистическая и трансперсональная психологии предложили свои модификации антропоцентрической концепции здоровья. Появление этих направлений в психологии было подготовлено эволюцией западного сознания эпохи Возрождения, Реформации и Просвещения. Особый статус и ценность приобрели индивидуальность, субъективность, свобода, творчество, самопознание. Человек был наделен безусловным и неоспоримым правом жить в своем субъективном мире, самостоятельно созидать собственную Вселенную. Условия существования человека не заданы изначально, а в значительной степени зависят от субъективного отношения и выбора, от общей настроенности человека и состояния его индивидуального сознания. Такое понимание личности противоречит адаптационной модели, делающей акцент на приспособлении человека к окружающей биосоциальной среде. Ощущение человеком свободы и личной автономии неизбежно приводит к осознанию собственной ответственности. Человек утратил строго определенное место в социальной иерархии: он стал хозяином своей судьбы, но лишился при этом былого чувства уверенности и принадлежности к некой превосходящей его общности. Ответственность человека сопровождается неуверенностью в своих силах, тревогой. Психологиче-

ское здоровье многих оказалось под угрозой из-за утраты чувства изначальной защищенности и безопасности в мире. Подлинное оздоровление понимается как обретение точки опоры и гарантий надежности в себе самом.

Каждый человек оказывается перед дилеммой: либо отказаться от свободы и передоверить свою судьбу обществу, либо решиться на поиск своего подлинного Я и выбор индивидуального способа бытия-в-мире [253]. В противоположность многим адаптационным теориям, ориентированным на нормирование, гуманистическая концепция здоровья подчеркивает важность стремления человека к подлинности и ответственности. Быть здоровым – это значит стремиться к идеалу, некоей высшей цели, лежащей вне субъекта. Активность делает личность постоянно развивающейся, динамичной; теряет смысл сведение личности к набору устойчивых черт и качеств. Консервация устойчивого состояния, отказ от преобразования, прерывание «жизненного порыва к более высоким уровням организации и сложности» [25] неизбежно ведут к болезни.

И экзистенциальные, и гуманистические, и трансперсональные психологи рассматривают человека в перспективе ее будущего развития и самосовершенствования. Однако они моделируют здоровье личности, выделяя и помещая в центр рассмотрения разные ценностные компоненты. Так, творчество, самореализация и развитие стали основными ценностными ориентирами гуманистической психологии; свобода, субъективность и смысл существования акцентируются в экзистенциальной психотерапии; достижение целостности и интеграции опыта трактуется как высшая цель человека в трансперсональной психологии.

К. Ясперс, анализируя проблематику душевного здоровья / болезни, опирался на принципы феноменологического подхода и выделял две группы психопатологических феноменов: объективных и субъективных. Объективные проявления болезни доступны чувственному восприятию и могут быть измерены. Их можно объяснять каузально и описывать абстрактными понятиями. Субъективные болезненные проявления могут быть поняты только с помощью эмпатии, т.е. как данность, без попыток ее причинного объяснения [301].

По Л. Бинсвангеру, человеческое существо всегда направлено к трансценденции, поэтому различные варианты душевных

болезней могут быть поняты как вариации индивидуального способа существования [28]. В любом психическом отклонении пациента обнаруживается его уникальное мировоззрение, целостное отношение к миру, состояние бытия-в-мире (Dasein). Бытие-в-мире обладает особой конфигурацией, формирующейся в детстве. Становление Dasein конкретного человека происходит в соответствии с его миро-проектом – паттерном модусов индивидуального бытия-в-мире. Раскрытие миро-проекта (в частности, в процессе экзистенциального анализа, предложенного Л. Бинсвангером) позволяет понять то, как человек, будет осмысливать ту или иную ситуацию, какие эмоции и чувства будет по отношению к ней переживать и как в ней будет действовать. Таким образом, миро-проект – это способ самовыражения Dasein. Душевная болезнь (неврозы и психозы) есть выражение узких, сжатых миро-проектов, лишаящих человека аутентичного бытия-в-мире. В узком миро-проекте видение мира ограничивается, человек лишается многих других возможностей бытия-в-мире. Такой человек не может соотносить свое частное существование с «основами Бытия»: он лишается подлинного бытия, что выражается в неспособности быть счастливым, в хроническом эмоциональном неблагополучии (экзистенциальной тревоге, вине, страхе, депрессии).

В экзистенциальной теории личности, развиваемой С. Мадди и С. Кобейсой [144; 340] разработан конструкт «аутентичность / неаутентичность», который может оказаться полезным для раскрытия сущности психологического здоровья. Он отражает степень продвижения человека по пути «очеловечивания». Аутентичный человек характеризуется рядом черт, отражающих успешность его творческой самореализации. Он отличается цельностью, способностью меняться, толерантностью к неопределенности, привносимой в настоящий момент неясностью будущего. Ориентируясь на будущее, он, тем не менее, принимает беспокойство, обусловленное невозможностью точно рассчитать вероятности дальнейших вариантов развития событий собственной жизни и жизни значимых для него людей. Он развивает свои психогенные потребности и возможности собственного становления без подчинения диктату социальных ролей и погружения в процесс удовлетворения биологических нужд.

Неаутентичный человек, наоборот, вынужден подавлять потребности и слепо выполнять предписания взятых на себя соци-

альных ролей, без которых он себя не мыслит и в понятиях которых себя определяет. Он стереотипен и склонен эксплуатировать других, переживая при этом чувство собственной бесполезности и ненадежности. Его постоянным спутником является боязнь неопределенности будущего и частые попытки уклониться от него. Ориентация на настоящее и прошлое актуализируют у неаутентичного человека чувства вины и сожаления.

Радость от энергичной, активной и здоровой жизни – результат принятия решения «*в пользу будущего*» (когда человек ищет новые пути и способы действий). Этот экзистенциальный выбор связан с постоянными изменениями, и несет с собой сущностную (онтологическую тревогу) из-за неизвестности, в которую вступает человек и поэтому требует «экзистенциальной отваги» [118; 163; 235].

В «антипсихиатрической» концепции Р. Лэнга на примере психоза описываются страдания больной личности. Такая личность обладает «несчастливым сознанием», при котором восприятие собственного «Я» расколото и противоречиво [138]. Важно не концептуализировать то, что происходит в душе больного; наоборот, надо постараться вникнуть в его систему мировоззрения. Стремление человека к целостному бытию-в-мире может столкнуться с безличной моралью и идеологией общества, из-за чего человек хронически терпит неудачи в попытках выработать непротиворечивый взгляд на мир, на общество и на самого себя. Его сознание заполнено обрывками информации, которые субъект безуспешно пытается поместить в контекст своего экзистенциального бытия. При этом он вынужден создавать противоречивые ментальные конструкции, которые расцениваются окружающими как свидетельства его безумства. Поэтому такому человеку свойственна «онтологическая неуверенность», проявляющаяся в постоянной тревоге.

Повседневная жизнь человека с «несчастливым сознанием» пронизана тремя основными формами тревоги: 1) поглощением (страхом растворения в других людях), 2) прорывом (проникновением внешнего мира внутрь себя) и 3) окаменением (страхом из-за угрозы быть использованным как вещь, «камень»). Причиной такого столь искаженного и неправильного функционирования больной души является расколотость «Я», его «невоплощенность» (т.е. в буквальном смысле бытие-не-во-плоти, в разладе с соб-

ственным телом, витальностью, эмоциональностью, чувственностью). Такой индивид отождествляет себя с сознанием, но не с телом. Тело воспринимается лишь как оболочка, ложное проявление истинного Я. «Невоплощенное Я» строит коммуникацию с миром, минуя телесный и эмоциональный опыт. Оно вырабатывает систему ложных Я, заслоняющих Я истинное. В расщеплении личности шизофреника важен не столько диагноз, сколько глубочайшая экзистенциальная проблема и своеобразный способ ее разрешения.

Другой видный представитель «антипсихиатрии» – Т. Сас, – подчеркивал, что то, что некоторые люди представляются другим как неадекватные, вовсе не означает, что они нездоровы. Он писал: «Душевная болезнь – это миф. Психиатры не занимаются душевными болезнями и методами их лечения. В реальной практике они имеют дело с индивидуальными, социальными и этическими проблемами жизни» [209, с. 379]. Роль больного существует без какой-либо болезни, а плохое самочувствие – это следствие приписанной обществом роли больного конкретному индивиду.

Гуманистические психологи разрабатывали представления о здоровых и творческих людях, далеких от проявлений психопатологии. Если адаптационных теориях в результате использования нормативных психиатрических оценок выявляются ошибки и провалы адаптации человека, то гуманистическая психология, считающая личность абсолютной и непреходящей ценностью, фокусируется на конструктивных, созидательных проявлениях человеческой природы.

Так, по мнению Э. Эриксона, между личностным ростом и здоровьем существует внутренняя динамическая связь, проявляющаяся на протяжении всего жизненного цикла человека [292; 293]. Развитие личности стадийно, причем каждая стадия содержит определенный вызов. Отвечая на вызовы развития, человек каждый раз выбирает между развитием и стагнацией, личностным ростом и регрессом, здоровьем и болезнью. Принятие вызова означает шанс продвижения в направлении расширения своих возможностей. Успешное использование возможностей для роста, предоставленных человеку на предыдущих стадиях, усиливает жизнеспособность и стойкость личности при встрече с новыми трудностями вызовами жизни. Уход от решения задач развития приводит к постепенной утрате душевного и физического

здоровья, к все более болезненному переживанию каждого последующего психосоциального кризиса, к подлинной «трагедии личности» [294]. Больной человек для Э. Эриксона – это тот, кто потерпел фиаско в «синтезе эго». Исследователь отмечает, что «...в здоровом состоянии или в состоянии умственной и эмоциональной ясности вступает в действие процесс упорядочивания...» [294, с. 1]. Плоды эго-интеграции особенно заметны к старости, т.е. в условиях «жизни перед лицом смерти», когда болезни становятся постоянными спутниками жизни многих людей. Здоровый, эго-интегрированный индивид обладает добродетелями, т.е. особыми человеческими качествами, делающими человека «оживленным», «одухотворенным» [245]. Сущность этих добродетелей – особые качества силы личности приобретаемые в результате успешного разрешения серии психосоциальных кризисов (Надежда, Воля, Целеустремленность, Умение, Верность, Любовь, Забота, Мудрость).

Здоровая личность, по Г. Олпорту, обладает зрелостью и достигает высокого уровня раскрытия человеческих возможностей. Г. Олпорт считал методологически ошибочными бихевиористские и фрейдистские попытки делать выводы о здоровой психике на основе результатов изучения психики патологической, так как они различаются качественно. Об этом свидетельствует следующая цитата: «Некоторые теории становления базируются главным образом на поведении больных и тревожных людей или на отчаянных выходках пленных крыс, а не на изучении здоровых людей, стремящихся не столько к тому, чтобы сохранить свою жизнь, сколько к тому, чтобы сделать ее стоящей. Сегодня больше исследуются преступники, чем законопослушные люди; изучается больше страх, чем смелость, враждебность, чем дружелюбие; много внимания уделяется слепоте человека и мало – его проницательности, много – его прошлому и мало – его прорыву в будущее» [175; с. 175].

Основой душевного здоровья является проприум – стремящееся к росту, творческое и позитивное свойство человека. Это особая внутриличностная организующая сила, делающая жизнь человека уникальной и выполняющая семь функций: 1) обеспечение телесной основы самосознания через ощущение собственного тела; 2) ощущение самоидентичности; 3) обеспечение самоуважения посредством осознания своих успе-

хов в достижении различных целей; 4) расширение самости за счет осознания внешних объектов как «моих» или «связанных со мной»; 5) создание и обогащение образа себя, формирование способности представлять себя и думать о себе; 6) рациональное управление самим собой; 7) самосовершенствование через постановку и достижение перспективных целей.

Условием здорового развития личности является полноценное формирование этих аспектов самости (проприотических функций). Если что-либо препятствует развитию этих функций, самость может деформироваться, и зрелость в полном объеме достигнута не будет.

Личностный рост Г. Олпорт рассматривал как приобретение человеком все большей свободы. Однако увеличение свободы имеет смысл лишь в сочетании с принятием на себя все большей ответственности за планирование и реализацию плана своей жизни.

Г. Олпорт выделил шесть черт психологически зрелого человека (широкие границы «Я»; способность к теплым, сердечным социальным отношениям; эмоциональная стабильность и самопринятие; реалистическое восприятие, опыт и притязания; способность к самопознанию и чувство юмора; цельная философия).

Здоровое функционирование немислимо без ценностных ориентиров прочного мировоззренческого основания индивидуального бытия [174]. Зрелая личность опирается на объединяющую философию жизни, которая, в свою очередь, основана на ценностях, направляющих усилия человека в поисках порядка и смысла жизни. Г. Олпорт выделял шесть основных ценностных ориентаций: теоретическую (стремление к истине), экономическую (стремление к выгоде и пользе), эстетическую (ценность гармонии и формы), социальную (стремление обрести уважение и любовь людей), политическую (стремление к власти) и религиозную (стремление понять мир как единое целое). У различных людей наблюдаются те или иные комбинации ценностей.

Итак, в соответствии с концепцией Г. Олпорта, здоровье тождественно личностной зрелости. Личностная зрелость предполагает сформированность проприотических функций, свободу, выражающуюся в ответственном самоопределении, целеустремленность и цельное мировоззрение, основанное на системе ценностей.

Здоровье для К. Роджерса – атрибут свободно развивающейся и открытой опыту личности. Он предложил динамическую модель

«полноценно функционирующего человека», в соответствии с которой здоровье рассматривается в аспекте естественного личностного развития. На душевном здоровье негативно сказывается неподлинность (неконгруэнтность) переживаний человека. Стремясь к получению одобрения и признания от окружающих, человек скрывает или фальсифицирует свои чувства и установки, лишает себя полноты жизненного опыта, утрачивает части собственного Я. Конгруэнтность и открытость опыту являются основными условиями полноценного функционирования. Восстановление психологического здоровья равносильно возвращению подавлявшихся ранее и отрицаемых частей своего Я [197 – 199].

Здоровая жизнь является подлинной, предполагает возрастание открытости опыту, стремление жить настоящим и доверие человека к себе. Быть душевно здоровым, это значит постоянно находиться в процессе всесторонней самоактуализации, свободно реагировать на ситуацию и свободно переживать свою реакцию. Здоровье – это не столько состояние, сколько процесс, организмически выбранное направление. Данный процесс обладает следующими признаками: 1) открытость опыту (в противоположность защитной реакции на новый опыт с последующим его искажением или отрицанием), 2) стремление жить настоящим (в противоположность искажению и толкованию текущего опыта, его подгонке под заранее сформированную структуру), 3) доверие к своему организму (в противоположность закрытости Я для множества сигналов, идущих от организма, информирующих о существенном и, как следствие, резкое сужение информационной основы для построения поведения), 4) более полноценное функционирование (в противоположность неполноценному функционированию, при котором органические механизмы не используются полностью и в процесс бытия человек вовлечен лишь частично), 5) новая перспектива отношения свободы и необходимости (в противоположность чувству жесткой детерминированности и несвободы), 6) творчество как элемент здоровой жизни (в противоположность конформизму / нонконформизму), 7) основополагающее доверие к человеческой природе (в противоположность уверенности в том, что основная природа человека агрессивна и разрушительна, в связи с чем его надо насильственно социализировать), 8) более полнокровная жизнь (в противоположность «суженному» существованию).

В клиент-центрированной психотерапии «исцеление» клиен-

та – это результат «совместного творчества». Терапевт создает и поддерживает особую психологическую атмосферу, способствующую достижению клиентом открытости, свободы и полноты самовыражения, что поможет ему найти свой уникальный способ разрешения насущных жизненных проблем [199].

По А. Маслоу, психологическое здоровье в наибольшей степени присуще личностно зрелым индивидам с высокой степенью самоактуализации [154 – 156]. Здоровье невозможно без удовлетворения базовых психологических потребностей в безопасности, любви, уважении, самоуважении, идентичности и самоактуализации. Но даже и при их удовлетворении человек может страдать на метамотивационном уровне, если фрустрированы потребности и ценности роста (потребность в совершенстве, справедливости, красоте, правде, подлинности и т.д.). Таким образом, исчерпывающее определение здоровья обязательно включает в себя упоминание о метамотивах и ценностях человека, а также о том, насколько человеку удастся реализовать свое предназначение в жизни.

Составляя перечень объективных показателей самоактуализации, А. Маслоу фактически, создал детализированный портрет здоровой личности. В этот перечень включены 15 пунктов: 1) более эффективное восприятие реальности, 2) принятие себя, других и природы, 3) непосредственность, простота и естественность, 4) центрированность на проблеме, 5) независимость (потребность в уединении); 6) автономия (независимость от культуры и окружения), 7) свежесть восприятия, 8) «вершинные» или мистические переживания («пик-переживания», экстатические состояния), 9) общественный интерес, 10) глубокие межличностные отношения, 11) демократичный характер, 12) разграничение целей и средств, 13) философское чувство юмора, 14) креативность, способность к творчеству, 15) сопротивление окультуриванию.

Согласно А. Маслоу, каждый человек располагает определенным личностным потенциалом и активным стремлением к здоровью. Реализация этого потенциала дает возможность индивиду состояться, воплотить в жизнь человеческое, и одновременно с этим – быть здоровым («вочеловеченным»). Неудача воплощения приводит к «недочеловечности» (болезни). Недочеловечность может быть как обратимой, так и необратимой. Невротические конфликты свидетельствуют о некотором потенциале здоровья

человека, который, несмотря на внутренние проблемы и препятствия (тревогу, сниженную самооценку, неуверенность и т.п.), тем не менее, стремится к самоактуализации, вочеловеченности. Активное стремление к здоровью, и шире, к самоактуализации, сталкивается с препятствиями (страхом ответственности за свои лучшие проявления, страхом величия, страхом правды).

А. Маслоу пишет не только о психически здоровых индивидах, но и о здоровом обществе. Здоровое общество («Эупсихея») благоприятствует наиболее полному развитию и реализации человеческих возможностей каждого его члена; оно характеризуется свободным выбором, социальной гармонией и психическим здоровьем.

Здоровье человека может быть обусловлено феноменами надличностной природы. Так, по мнению К.-Г. Юнга, проблема здоровья должна рассматриваться с учетом коллективных измерений человеческой психики. Архетипы, проявляясь неподконтрольно и неосознанно, определяют процесс индивидуации, направляют разнообразные психические импульсы и устремления к достижению интеграции на более высоком уровне. Душевное здоровье для К.-Г. Юнга неотделимо от интегрированности, обретения высшей целостности. При этом целостность личности понимается динамически и связывается с Самостью – универсальной интегрирующей структурой психики, общей для всех людей независимо от их расовой и национальной принадлежности. В архетипе Самости потенциально заключена психическая и духовная целостность и осмысленность существования; этот архетип – основание для примирения всех внутриличностных противоположностей и интеграции индивидуального и коллективного, сознательного и бессознательного. Человек душевно здоров, если его индивидуальный путь к Самости (индивидуация) происходит осознанно и осмысленно; в этом случае человек способен к восприятию архетипических сигналов и может направить все свои душевные устремления к обретению высшего смысла и полноты Бытия.

Интеграция бессознательных содержаний, составляющая основу личностного роста, есть путь к себе, самоосуществление. Однако этот процесс может протекать болезненно, приводить к временной утрате адаптации и здоровья. Он «...включает не только созидание нового, но и разрушение, смерть старого, привычного

(способа действий, самоощущения, системы отношений с близкими людьми). Душевный рост часто требует разрушительной работы внутри самых сокровенных глубин личности...» [79].

Активация отдельных архетипов (Тень, Персона, Анима у мужчин, Анимус у женщин), предшествующая их объединению вокруг Эго, сопровождается особыми вариантами утраты здоровья. Так, Тень переживается как некий изъян, имеющий автономную, навязчивую и эмоциональную природу. У человека разрушается способность к моральному суждению и контролю за своими аффектами; его личность функционирует на сниженном уровне [297]. Персона может затормозить процесс индивидуации тем, что приводит к психической инфляции (непомерному расширению личности из-за ассимиляции разнообразных бессознательных содержаний и идентификации с ними). Как следствие, у человека развивается болезненное чувство неполноценности, или, наоборот, мания величия. Архетипы Анима и Анимус, взятые в своих негативных аспектах, могут привести к внезапной ломке привычного стиля жизни, что превращается в серьезное испытание для человека. Его отношение к другим людям, к миру, принижается «ожесточенностью». При этом наблюдаются различия в болезненных переживаниях мужчин и женщин. «Если облако "ожесточенности", окутывающее мужчину, состоит главным образом из чувствительности и раздражения, то у женщины оно выражает себя в виде упрямых мнений, предвзятых интерпретаций, инсинуаций, непонимания; все это направлено к тому, чтобы разрушить отношения двух человеческих существ...» [297, с. 27]. Таким образом, неинтегрированная Анима делает мужчину нездоровым, прежде всего, в сфере чувств (например, становится причиной разрушительных привязанностей и влюбленностей), а неинтегрированный Анимус негативно влияет на сферу убеждений женщины, ее способность формировать мнение, принимать решения, касающиеся, прежде всего, ее профессиональной карьеры, общественной жизни.

Идея воссоединения человека с неинтегрированными частями своей личности в последнее время активно используется современными юнгианскими аналитиками с целью возвращения психологического здоровья в процессе психотерапии людей среднего и старшего возраста [64; 263 – 265]. Отвергнутые ранее и неиспользуемые части личности (переживания, способности и тен-

денции), накапливаясь, образуют потенциал так называемой «непрожитой жизни», которая становится источником страдания, утраты смысла, ощущения пустоты, чувства личной несостоятельности и боли.

К.-Г. Юнг в качестве метафоры аналитической психотерапии использовал образы алхимии: он показал, что алхимические поиски рецепта «эликсира бессмертия» на психологическом уровне соответствуют процессу индивидуации [298].

Цель действий алхимиков состояла не столько в трансмутации металлов, сколько в трансформации психики человека, в ходе которой достигалась высшая духовная цель – обретение чистоты, здоровья, силы, долголетия и, наконец, бессмертия [290]. М. Элиаде показал, что алхимические процедуры, целью которых было достижение духовной свободы и современная медицина, использующая различные химические препараты для воздействия на больной организм, имеют уходящие в глубокую древность общие корни.

Трансперсональная психология изучает надличностные аспекты индивидуального бытия, которые составляют особый духовный потенциал, реализующийся в предельных или пограничных состояниях и ситуациях. Доступ к этому потенциалу (т.е. опыту более высокого порядка) открывается в моменты выхода человека за пределы обыденного сознания и продвижения к границам своего индивидуального существования [57 – 59].

С. Гроф отмечает неполноту и даже ошибочность определения душевного здоровья и болезни, диагноза и общей стратегии лечения в западной психиатрии. «Психическое здоровье и нормальная умственная деятельность определяется в ней как отсутствие патологии, а позитивного описания нормального человека до сих пор нет», – пишет он [57, с. 238]. Определение критериев душевного здоровья невозможно без «...внедрения духовной и трансперсональной перспективы...» [57, с. 238].

Основой здоровья человека (а также и источником болезней) являются три психических слоя (уровня) личности: биографический (личный), околородовой (перинатальный) и надличностный (трансперсональный). Биографический слой отражает младенческий, детский опыт и опыт последующей повседневной жизни. На перинатальном уровне фиксированы переживания, связанные с травмой биологического рождения индивида, а трансперсональ-

ный уровень является источником наследственной, этнической, филогенетической и кармической информации, видений архетипических существ и мифических царств. Информация о переживаниях организована в особые комплексные образования – Системы Конденсированного Опыта (СКО). СКО распределены по множеству слоев психики и состоят из эмоционально нагруженных воспоминаний, относящихся к разным периодам жизни человека. Каждая СКО имеет базовую тему, которая проходит сквозь все ее слои. Корни СКО проникают очень глубоко в психику – в перинатальную и трансперсональную области. Структурные образования перинатального слоя С. Гроф называет базовыми перинатальными матрицами (БПМ). БПМ имеют собственное эмоционально-психосоматическое, здоровое, или болезненное содержание. Актуализация содержаний БПМ ассоциировано с различными трансперсональными переживаниями (наподобие видений Частилица, Ада, Рая, Великой Матери и тому подобное). С. Гроф отмечал, что такие явления, рассматриваемые западными психиатрами как симптомы ментальных заболеваний, считались в древних и незападных культурах исцеляющими и трансформирующими, если они происходили спонтанно. Их терапевтический эффект С. Гроф объясняет тем, что они интегрируют опыт человека на высших, трансперсональных уровнях.

С. Гроф выделяет два противоположных аспекта (модуса) психической реальности – холотропный (в котором человек целостен и приобщен к трансперсональной реальности) и хилотропный (где он выступает как фрагментарное и детерминированное существо, ограниченное пространством и временем повседневности). «Низшее душевное здоровье» демонстрируют индивиды, живущие исключительно в хилотропическом модусе сознания. Невротические и психотические проявления – это результат неразрешенного конфликта между двумя модусами, компромиссные образования, «шум на границе взаимодействия». На уровне «высшего психического здоровья» оказываются те люди, которые достигли сбалансированного взаимодействия обоих взаимодополняющих модусов сознания. Они способны выдерживать столкновение с трансперсональным, холотропным опытом, не впадая в состояние дезадаптации, оставаясь хорошо приспособленными и интегрированным в обыденной жизни. Таким образом, по С. Грофу душевное здоровье – это особое качество интеграции опыта в личной жизни.

1.2. Механизмы и детерминанты поддержания здоровья человека в научной психологической литературе

Категория здоровья относится к числу системных. Оно свидетельствует не только об отсутствии каких-либо болезней и физических дефектов, но и выражает состояние полного душевного, физического и социального благополучия. Это состояние оптимальной жизнедеятельности субъекта, полнота проявления его жизненных сил, ощущения жизни, всесторонность и долговременность социальной активности и гармоничность развития личности [2; 61; 92; 215; 216]. Здоровье имеет определенные составляющие, обусловленные принадлежностью человека нескольким системам – биологической, социальной, информационной, духовно-смысловой (см. таблицу 1.2). Нарушения бытия человека в пространстве любой из этих составляющих приводит к утрате здоровья тела, души, духа. Полисистемность здоровья, его многоуровневость, многокачественность и одновременная включенность во множество разноплановых причинно-следственных связей обусловили многообразие объяснительных понятий, которыми оперируют исследователи, стремясь раскрыть психологические механизмы обретения и поддержания здоровья.

Так, сущность здоровья может быть раскрыта через понятие **выживания** [35]. С.К. Бондырева и Д.В. Колесов подчёркивают, что здоровье – это всегда некий образ – совокупность черт и признаков, проявлений особого состояния организма и психики индивида. Эти признаки устойчивы; они обеспечивают высокую вероятность продолжения жизни в максимально широком диапазоне меняющихся условий окружающего мира. Здоровье отражает качество процессов жизнедеятельности, обобщенную меру жизнеспособности индивида. Эта мера «...раскрывается через диапазон условий, в котором жизнь продолжается с неизменной надежностью» [91, с. 548.]. Операционализация категории выживания применительно к состоянию здоровья дает возможность говорить об актуально протекающих «процессах здоровья», выделять их ассортимент и состав, изучать их мотивацию, психическую регуляцию и проявление в повседневной жизни человека. Д.В. Колесов к «процессам здоровья» относит самоподдержание (при ведущей роли саморегуляции) и самосохранение (упреждающее, защитное и восстановительное).

Таблица 1.2

Составляющие здоровья человека, их основание и способы проявления
(по [204])

Составляющие здоровья	Основание	Проявление
Биологическая	Наследственность, экология	Здоровый образ жизни, занятия спортом, физические упражнения, правильное питание
Психическая	Отсутствие психических заболеваний, нормальное психическое развитие личности в соответствии с возрастом, гармоничное развитие интеллекта, благополучное состояние нервной системы;	В форме внутренней картины здоровья, т.е. ощущений о физическом состоянии, сопровождающихся эмоциональным фоном, настроением, поведением
Психологическая	Механизмы саморегуляции и совладания, адекватное выражение чувств и эмоций	В гармоничности развития личности, принятии самого себя, своего «я», ориентации на саморазвитие, интеграции психических функций с целью обеспечения творческого роста
Социальная	Функционирование социума	Во влиянии социума на здоровье, в следовании общепринятым нормам и законам
Духовная	Наличие смысла жизни, определение критериев добра и зла, осознание причинно-следственной связи происходящих событий, в том числе и болезни	В гармоничных отношениях с миром, ориентации на духовный рост и самосовершенствование

Внешним выражением процессов здоровья является «динамическая стабильность»: 1) стабильность облика индивида, 2) стабильность нормы реакции, 3) стабильность связей и отношений с окружающим миром и 4) стабильность высокой меры невосприимчивости к соматическим и психическим болезням.

Психическое здоровье укрепляется и поддерживается с помощью механизмов обеспечения *устойчивости* личности. По мнению Л.В. Куликова, устойчивость личности наряду с ее гар-

монией, субъективным благополучием, настроением и личной психогигиеной оставляют так называемый саногенный потенциал личности, актуализация которого позволяет сохранять и укреплять психическое здоровье [114]. Субъективным критерием здоровья является отчетливо выраженное психологическое благополучие. Наличие переживания благополучия у здоровых людей отмечают исследователи, стремящиеся уйти от сугубо негативного определения здоровья как отсутствия болезней и физических дефектов. Благополучие же является побочным продуктом успешной реализации физических и духовных потенций личности. В свою очередь, полноценная и всеобъемлющая реализация этих потенций невозможна без устойчивости личности. Устойчивость противостоит психической дезинтеграции и личностным расстройствам. Она создает основу внутренней гармонии и работоспособности, обеспечивает соразмерность постоянных тенденций (ценностей, жизненных целей и принципов, доминирующих мотивов, стиля и способов реагирования в типичных ситуациях) и динамических проявлений (приспособление к меняющимся внешним и внутренним условиям, возрастное развитие) личностной системы. Благодаря такой соразмерности становится возможным существование динамических психических систем, гибко настраивающихся «на задачу», сохраняющих стабильность выполнения функций, несмотря на их структурные изменения.

Устойчивость личности – это сложное, многоуровневое, системное явление, синтез качеств и способностей, включающий в себя: 1) уравновешенность (способность удерживать уровень напряжения в допустимых и приемлемых границах, не доводя его до уровня дистресса), 2) стойкость (способность противостоять трудностям, сохранять веру в себя в ситуациях фрустрации и стресса), 3) стабильность (обеспечение постоянного уровня настроения), 4) сопротивляемость (способность сохранять свободу поведения и выбора образа жизни), 5) самодостаточность (свобода от разного рода зависимостей – химической, интеракционной, поведенческой) [1; 272].

Устойчивость личности, будучи явлением «сквозным» и многоуровневым, обеспечивает здоровье на всех уровнях бытия человека. Так, на *биологическом* уровне бытия за счет нее субъект регулирует напряжение, удерживая свои тензионные состояния в оптимальных для здоровья и деятельности границах. Ресурсы

организма согласуются с интенсивностью мотивации. На *психологическом* уровне устойчивость – источник уверенности в себе и своих возможностях, стойкость в противостоянии трудностям, основа психической саморегуляции и обеспечения постоянного позитивного настроения (без обращения к психоактивным веществам), фактор отзывчивости и чувствительности к разным аспектам жизни (т.е. разносторонних интересов). На *социальном* уровне устойчивость способствует включению человека во множество продуктивных и развивающих социальных связей; она здесь выступает в роли фактора, поддерживающего баланс между открытостью воздействиям извне и сопротивляемостью им (согласованность конформности и автономии).

Стремясь раскрыть систему факторов гармоничного настроения, Л.В. Куликов выявил «составляющие психологической устойчивости» [113; 114], к числу которых отнес: 1) факторы социальной среды (поддерживающие самооценку, самореализацию, энергетический потенциал человека и т.п.), 2) сознание личности (вера в достижимость цели, осознание социальной принадлежности, осознание смысла жизни и т.п.), 3) отношения личности (самооценка, оптимизм, уверенность в отношениях с другими людьми и т.п.), 4) когнитивная сфера (понимание жизненной ситуации, рациональность суждений, опыт успешного преодоления трудностей и т.п.), 5) эмоциональная сфера (преобладание стенических эмоций чувство единства, сплоченности и т.п.), 6) поведенческая сфера (активность, воля и др.), 6) коммуникативная сфера (чувство общности, терпимость, удовлетворяющие межличностные роли и др.).

Гармония личности – еще одно понятие, раскрывающее психологические механизмы обеспечения и поддержания здоровья. Анализ соотношения понятий «адаптация», «устойчивость» и «гармония» в контексте проблематики психического здоровья приводит к выводу о том, что они обозначают три последовательных уровня интегрированности личности [190]. Посредством этих понятий, а также их антонимов («дезадаптация», «неустойчивость», «дисгармония») и в бытовом общении, и в научных текстах выражаются признаки психического здоровья / нездоровья. Многие расстройства психики начинаются с дисгармонии личности. Гармония личности, как важнейшая предпосылка здоровья,

представляет собой правильное соотношение между основными сторонами бытия личности:

- *пространственной* (соотнесенность внешнего и внутреннего пространства личности, их связанность, соответствие по объему),

- *временной* (соотнесенность внешнего, событийного времени и времени внутреннего),

- *энергетической* (соотнесенность потенциальной и реализуемой энергий, соответствие энергетических и информационных ресурсов личности, их соразмерность).

Нарушения гармонии, приводящие к утрате здоровья, могут происходить вследствие вторжения в психику предметного мира (негативно сказывающиеся на настроении воздействие СМИ, рекламы и т.п.), рассогласование его с миром природным (ускорение ритмов жизни, обусловленных производственной и социальной необходимостью, не соответствующих естественным ритмам; подмена объективной реальности реальностью виртуальной; массовое использование искусственных психоактивных веществ и т.п.). В плоскости социального бытия здоровье обусловлено гармонией связей с окружением. Гармония взаимоотношений с другими взаимосвязана с внутриличностной гармонией: неспособность субъекта построить удовлетворяющие взаимоотношения с другими людьми (что само по себе является важнейшим признаком социального нездоровья) выражает внутриличностный конфликт, амбивалентность, внутреннюю дисгармонию [75]. По мнению Л.В. Куликова, основой гармоничных отношений человека с окружающими является преобладание «сближающих» социальных чувств над «отталкивающими». Однако это преобладание не должно быть чрезмерным.

Еще один, существенный для поддержания здоровья аспект гармонии личности касается согласованности развития и функционирования основных личностных сфер. Так, например, предпочтительное развитие когнитивной сферы личности (акцент на усвоении знаний) и пренебрежение развитием эмоционально-чувственной сферы приводит к дисгармонии, приводящей к утрате физического и психического здоровья. Нарушение гармонии развития в плоскости «индивидуализм – коллективизм» препятствует движению к полноценной индивидуальности.

Позитивное определение здоровья во многом опирается на понятие **субъективного благополучия**; состояние благополучия – это субъективно оцениваемое здоровье, т.е. то, что присутствует в психике человека, в его взаимоотношениях с другими людьми и взаимосвязях с внешним миром [114]. Благополучие (так же, как и здоровье) – уровневое (градуальное) явление. Субъективное благополучие может отсутствовать у соматически здорового человека; оно характеризуется определенной степенью выраженности в зависимости от удовлетворенности человека своей жизнью (как в целом, так и по отдельным значимым ее аспектам).

Наиболее близкими по смыслу понятиями, синонимичными субъективному благополучию, являются: а) счастье, б) эмоциональный комфорт и в) удовлетворенность жизнью. Однако базовым понятием для определения здоровья является все-таки понятие субъективного благополучия. В понятии счастья содержится указание на некий идеал, эталон человеческой жизни. Обсуждение проблемы счастья концентрирует внимание исследователей в основном на экзистенциальном аспекте человеческого бытия. У счастья нет самообоснованной и самодостаточной сущности [63], оно – побочный результат реализации других целей [16]. Понятие эмоционального комфорта является метафорическим, понятие удовлетворенности жизнью содержит элемент неопределенности в отношении предмета оценки [114]. Поэтому для определения здоровья ВОЗ избрала именно понятие благополучия. Несмотря на трудности в операционализации этого понятия, разнообразие подходов к определению психологического благополучия, практически все наиболее известные исследователи данного явления согласны с тем, что оно обозначает совокупность состояний и переживаний, свойственных здоровой личности [38; 67; 224; 242; 311; 322; 371; 372].

Среди множества подходов к психологическому благополучию выделяются два – гедонистический (от греч. *hedone* – наслаждение) и эвдемонистический (от греч. *eudaimonia* – «блаженство», «счастье»). Сторонники гедонистического подхода связывают благополучие с успешной деятельностью, в ходе которой субъект достигает поставленную цель, с телесным удовольствием и избеганием неудовольствия. В русле эвдемонистического подхода благополучие понимается как результат полноты реализации творческого потенциала личности в конкретных жизненных об-

стоятельствах и условиях. В рамках этого подхода К. Рифф выделила шесть компонентов психологического благополучия: жизненную цель, позитивные отношения с другими людьми, личностный рост, управление окружением, самопринятие и автономию.

Выделяют две стороны (когнитивную и эмоциональную), а также разные виды благополучия – *социальное* (удовлетворенность своим социальным статусом, отношениями с другими людьми, состоянием общества и т.п.), *духовное* (осознание и переживание смысла собственной жизни), *физическое* (телесный комфорт, удовлетворяющий физический тонус, самочувствие), *материальное* (материальный достаток, удовлетворенность его стабильностью), *психологическое* (душевный комфорт вследствие слаженности психических процессов и функций, ощущение внутреннего равновесия и целостности) [114].

Субъективное благополучие определяет характеристики доминирующего психического состояния. Будучи обобщенным и относительно устойчивым переживанием, оно согласует между собой протекание различных психических процессов, способствует успешному поведению, психологическому и физическому здоровью.

Преимущественный акцент не на состоянии, а на активных действиях, ведущих к обретению и укреплению здоровья выводит на категорию **заботы о себе**. Несмотря на то, что совокупность практик заботы о себе уходит своими корнями в седую древность, впервые о необходимости заботиться о себе, по свидетельству М. Фуко, заговорил Платон [260]. Забота о себе – это общее отношение к себе и к миру, приближение к «желаемому Я», опирающееся на самопознание и самопонимание. Эти разумное, трезвое, деятельное отношение к себе, предполагающее внимательное чуткое присутствие. Это также совокупность навыков (медитации, запоминания, контроля над своим сознанием воображением), облегчающих совершение правильных с этической точки зрения выборов [76]. Забота о себе позволяет находить оптимальный вариант решения жизненных задач и дилемм, выбирать рост. Она не сводится к самосовершенствованию, так как не предполагает борьбу со своими слабостями. Однако при этом забота о себе, как и здоровье, направлено на улучшение функционирования. Забота о себе не тождественна стремлению к счастью, хотя, безусловно, с

ним связано: счастье – это побочный и негарантированный продукт заботы о себе. Из-за меньшей прагматичности, заботу о себе нельзя уподоблять «инвестициям в себя», хотя оцениваемая в долгосрочной перспективе, она может оказаться очень полезной для хорошего самочувствия, психологического, социального и духовного благополучия. Нельзя также ставить знак равенства между заботой о себе и любовью к себе, так как эти два явления могут существовать и по отдельности.

О родственности здоровья и заботы о себе говорит частичное совпадение их интегральных продуктов. Здоровье, как способ достижения состояния полного благополучия и проявление «жизни, не стесненной в своей свободе» явно перекликается с заботой о себе как средстве достижения все большей внутренней свободы, осознанности, ответственности и человеческого достоинства. Г.В. Иванченко подчеркивает, что истинная забота о себе всегда действенна. Она состоит в: 1) выборе совершенствующих состояний, 2) способности переносить одиночество, 3) решении задачи «научиться любить», 4) способности ставить цели, и 5) жизненном планировании и программировании.

Состояния (особенно негативные, – скука, депрессия, отчаяние, страх и др.) содержат в себе выраженный «совершенствующий потенциал»: способствуют пониманию человеком своих ограничений, помогают стать самим собой, сосредоточивают внимание, придают серьезность, парадоксальным образом объединяют тенденции «пребывания» и «становления». Толерантность к одиночеству избавляет от неотрефлексированных личностных проблем, делает ненужными различные тактики уклонения от реальности, иллюзорные формы существования, аддикции. Человек становится более здоровым – аутентичным, открытым, личностно зрелым. Поскольку любовь – это искусство [256], то к ней применимы требования, которые предъявляются к любому из искусств: дисциплина, сосредоточенность, терпение и предельная заинтересованность. Поэтому человек, научившийся любить, становится значительно более здоровым психологически. Он также освобождается от обусловленных тревогой детских страхов и обид [268]. Целеполагание, задавая основу деятельности и формируя целевую перспективу, актуализирует множество функциональных систем – выявления, осознания и формулирования целей, соотнесения целей между собой и их иерархизации, интуиции, прогно-

зирования последствий достижения целей (для себя и других людей), ответственности, самоанализа, учета своих ресурсов (материальных, психологических, социальных, энергетических, временных), социального сравнения и др. Без постановки и достижения целей все эти способности и компетенции оставались бы невостребованными а жизнь в целом – пустой, лишенной смысла. Осознанное формулирование жизненной программы способствует восприятию собственной жизни как движения к совершенству, а не к старости и смерти. При этом важны адекватность жизненных планов (их соответствие уникальным жизненным обстоятельствам и личностным свойствам), соподчинение отдельных жизненных планов в единую линию (жизненный путь), своевременная корректировка жизненной программы.

Варианты жизни, при которых утрачивается смысл заботы о себе можно обозначить как метапатологии (понятие, предложенное А. Маслоу [156]). Метапатологична жизнь «не в полную силу», субчеловеческая, т.е. сниженная (в противоположность подлинно человеческой) [130]. «Метапатологии – результат попыток уклониться от платы, попыток прожить жизнь, минимизируя усилия и заранее примиряясь с тем, что живешь “не полной мерой”, подгоняешь свою жизнь под ее обстоятельства и условия, а не творишь их, заставляя считаться со своими замыслами и планами» [76, с. 141].

Г.В. Иванченко выделяет в духовном здоровье / метапатологичности три *уровня*: 1) связь / утрата связи с источниками бытия, 2) чувство пути, направления / утрата чувства пути, направления, 3) наличие / отсутствие меры. Эти три уровня проявляются в трех основных *сферах* бытия, системах связей человека: 1) отношениях «Я – Мир», задающих чувство бытия человека, 2) отношениях «Я – Другой», определяющих характер связей с людьми, и 3) взаимосвязей «Я – Я как объект», задающих характер отношений с собой, работы над собой.

Пересечение уровней и сфер духовного здоровья / метапатологий дает возможность содержательно охарактеризовать проявления духовного здоровья и противостоящие им болезненные крайности. Так, на уровне *утраты связи с источниками бытия* в сфере отношений «Я – Мир» таким метапатологическим крайностям, как «избыточная сложность мира, дезинтегрированность» и «предельная простота, убогость мира» противо-

стоит взвешенное, духовно здоровое чувство «цветущей сложности» и полноты жизни. В сфере «Я – Другой» нездоровая дилемма «фанатизм» / «цинизм» диаметрально противоположна здоровым «реализму и доверию». В отношениях «Я – Я как объект» человек может проявлять болезненность в виде крайностей «всеотзывчивого активизма», или «отчужденной апатии»; выражением духовного здоровья здесь является «избирательность».

На уровне *утраты чувства пути* в сфере отношений «Я – Мир» духовная болезнь выражается либо в «хаосе случайного», либо в его полной противоположности – «беспросветной детерминированности». Здоровье здесь раскрывается через категорию «неслучайности». В сфере «Я – Другой» болезненные проявления пары «слияние (заменяемость) / изоляция, отгороженность (ложная уникальность)» противостоят здоровой «автономности». В сфере отношений «Я – Я как объект» болезненные крайности могут быть раскрыты через «несогласие со сложившимся, протест, насильственность самосовершенствования» – с одной стороны, и «безразличие к альтернативам (направлениям), ощущение тупика, отрицание совершенства и возможности совершенствования», – с другой. Здоровье здесь выражается в наличии «чувства пути».

На уровне *отсутствия меры* в сфере отношений «Я – Мир» духовное нездоровье проявляется в таких крайностях, как «неустойчивость, вечный поиск новизны» и «неизменность, ригидность», а здоровье – как «верность себе (способность меняться)». В сфере «Я – Другой» «болезненная совесть» / «спящая совесть» как олицетворение духовной болезни контрастируют со здоровым «балансом принятия и отдачи». В сфере отношений «Я – Я как объект» духовно нездоровый субъект устанавливает для себя то «чрезмерно высокую планку, с нереалистическим идеалом», то «заниженную планку». Здоровый подход здесь состоит в «адекватной сложности задач самосовершенствования».

Работая в русле позитивной психологии, М. Чиксентмихайи разработал представления об оптимальном (аутотелическом) переживании (*состоянии потока*), которое обладает определенными объяснительными возможностями для раскрытия сущности психологического здоровья человека [274; 275]. Поточковые переживания возникают в моменты наивысшего напряжения человека в условиях его поглощенности деятельностью, при выполнении которой он выражает свою сущность и творческие способности.

Аутотелическое (от греч. auto – «само по себе» и telos – «цель») переживание возникает в деятельности, осуществляемой ради нее самой. Оно противоположно экзотелическим переживаниям, возникающим в деятельности, совершаемых по внешним причинам. Поточковые переживания обладают мощным оздоравливающим потенциалом, так как приводят к усилению Я человека в направлении сложности. Сложная, по М. Чиксентмихайи, личность – это личность, в которой под влиянием частого пребывания в потоке гармонично и во взаимосвязи протекают процессы дифференциации (индивидуализации) и интеграции (взаимного связывания автономных частей внутри личности, а также налаживания внешних связей человека с другими людьми).

Поток субъективно переживается как самоподдерживающаяся радость, чувство гармонии и благополучия. Однако такое состояние не возникает само по себе, а является результатом приложения усилий, выполнения особой деятельности, обладающей следующими признаками: 1) направленность на посильные задачи, соответствующие способностям и умениям человека, 2) эффективное сосредоточение на задаче, слияние с деятельностью; 3) ясность цели; 4) получение своевременной обратной связи, логически связанной с целью; 5) устранение из сознания неприятных мыслей и тревог, как следствие эффективного сосредоточения внимания на сигналах, релевантных цели и задачам; 6) ощущение контроля над своими действиями, ситуацией в целом и, как следствие, отсутствие страха утраты контроля; 7) освобождение от рефлексии, трансцендирование Я, переживание расширения границ Я, чувство единения с сущностями и объектами, обычно воспринимаемыми как отдельные, не связанные с Я; 8) измерение восприятия хода времени, забывание о тревогах и проблемах, идущих из прошлого, или локализованных в будущем; течение времени диктуется деятельностью, в которую субъект вовлечен и которая соответствует его интересам и способностям.

Люди Потока освобождаются от диктата вознаграждений, предлагаемых социумом. В отличие от обычных людей они умеют сокращать затраты психической энергии на все незначимые сигналы, высвобождая внимание для концентрации на том, что для них по-настоящему значимо в данный момент. Такая концентрация у них происходит практически без усилий, что позволяет им

избегать как беспомощной «сверхвключенности», так и защитного отключения, которые обычно проявляют невротические личности. Поэтому люди, легко входящие в состояние потока, могут получать удовольствие от ситуаций, которые для других являются стрессовыми. Находясь в трудных, экстремальных жизненных ситуациях, опасных для здоровья и даже жизни, они превращают угнетающие обстоятельства в контролируемый субъективный опыт.

Практическое значение концепции М. Чиксентмихайи для психологии здоровья состоит в новаторской трактовке эффективных способов борьбы с напряжением и стрессами. Они состоят в преобразовании безнадежных, напряженных, опасных ситуаций в объекты приложения усилий в форме потоковой деятельности, подвластной контролю. В таком преобразовании имеется три основных «шага»: 1) проявление «неэгоцентрической самоуверенности» (человек ощущает себя частью происходящего и делает все возможное в рамках той системы, в которой вынужден действовать); 2) фокусировка на внешнем мире (энергия направляется не внутрь, на проблему, тревожащие мысли, эго и т.п., а на внешние целевые объекты потоковой деятельности, что позволяет быть объективным, выявить новые пути адаптации к стрессу); 3) открытие новых решений (основанное на восприятии неожиданных возможностей).

Понимание здоровья в интерактивном аспекте (как фактора эффективного взаимодействия человека с жизненными трудностями и стрессами) существенно углубилось при разработке проблематики *психологических защит* [134; 248]. Возникнув первоначально в недрах психоанализа, понятие психологических защит обозначало способы уклонения от осознания психологической проблемы и от необходимости ее разрешения. В некоторых концепциях психологического и душевного здоровья это понятие стало ключевым. Так, например, эго-ориентированный исследователь Дж. Вейллант стремился раскрыть сущность психического здоровья именно через понятие психологической защиты [380]. При этом в отличие от ортодоксальных психоаналитиков, которые трактовали защиты в качестве скрытых механизмов, Дж. Вейллант подчеркивал их объективность, реальность и наблюдаемость в повседневном поведении людей. Столь же реально и психическое здоровье как таковое. Оно выражает хоро-

шую адаптацию к отдельным жизненным трудностям и к жизни в целом. Для оценки здоровья недостаточно проанализировать то, как человек адаптируется к одному, отдельно взятому травматическому жизненному событию. Оно отражает предпочитаемый человеком стиль жизни под влиянием множества неожиданных, непредвиденных жизненных трудностей.

Дж. Вейллант разделяет все реакции на стресс на три группы. Первая представляет собой произвольную мобилизацию (поиск и использование) социальной поддержки. Вторая группа – произвольная актуализация стратегий подготовки эффективных ответов на стрессоры (сбор дополнительной информации, прогнозирование будущего разворачивания событий и т.п.). Третья группа реакций – непроизвольные (например, лихорадка, лейкоцитоз и т.п.), активизирующие разворачивание бессознательных гомеостатических механизмов, снижающих пагубные последствия стресса. Дж. Вейллант сосредоточен не столько на отдельно взятых вредных последствиях стресса, сколько на системных изменениях процессов в ЦНС и психике, приводящих к преодолению стресса. Поэтому он подчеркивал полезность и адаптивную роль любого защитного механизма, включая и такие, которые другие исследователи традиционно относят к патологическим. Любые симптомы защитного поведения (включая даже отрицание внешней реальности, иллюзорную проекцию, шизоидное фантазирование и т.п.) он рассматривал как проявление не столько болезни, сколько здорового стремления субъекта сохранить равновесие и адаптироваться к жизненным трудностям. Симптомы защитного поведения – это своеобразный психологический аналог здорового воспалительного процесса, сопутствующего физическому повреждению органа, или лихорадки, помогающей преодолеть инфекцию.

Защитные механизмы это организованы в иерархию и распределены по уровням. Первый, – *психотический*, уровень представлен 1) иллюзорной проекцией, 2) отрицанием внешней реальности и 3) искажением реальности. *Инфантильные* механизмы второго уровня – это 4) проекция чувств, 5) шизоидное фантазирование, 6) ипохондрия, 7) пассивно-агрессивное поведение и 8) компульсивное поведение. На третьем уровне находятся *невротические* механизмы 9) интеллектуализации, 10) репрессии, 11) переноса чувств, 12) наигранного поведения,

13) невротического отрицания (разотождествления). Наконец, уровень *зрелых* механизмов представлен 14) альтруизмом, 15) юмором, 16) подавлением импульсов, 17) антиципацией худшего и 18) сублимацией.

По тому, какие механизмы человек использует, он будет у окружающих оставлять впечатление «психически больного», или «здорового». Предпочтение тех, или иных защит говорит о том, как именно человек взаимодействует с окружающей (прежде всего – социальной) средой, в какой помощи нуждается, где именно на своем жизненном пути он находится как развивающаяся личность, как будет развиваться дальше.

Таким образом, по Дж. Вейлланту, здоровье – такая же объективная реальность, как, например, интеллект. Оно континуально и не сводится к отсутствию так называемых «патологических симптомов». Главный признак психического здоровья – наличие позитивных (т.е. ведущих к более эффективной адаптации) изменений в жизни человека. Психическое здоровье аналогично физическому в том смысле, что оно тоже строится по принципу восстановления гомеостаза, а психиатрические симптомы – это своеобразная цена жизненного риска, признаки нарушения внутреннего баланса, возникающего при попытках человека справиться с жизненными трудностями. Достижение человеком высокого уровня психического развития отнюдь не является гарантией безусловного преобладания у него зрелых механизмов адаптации во всех без исключения жизненных ситуациях и стрессах. В то же время, плохо в целом адаптированные люди при благоприятных обстоятельствах могут демонстрировать защиты более высоких уровней.

Большинство исследователей, однако, раскрывая сущность здоровья, дают более высокую оценку не психологическим защитам, а *совладающему поведению (копингам)*. Защита от болезни и борьба с болезнью (борьба за здоровье) – не одно и то же. Защита от болезни (например, «соматизация») – это разновидность защитного поведения, а борьба с болезнью (за здоровье) – разновидность совладающего. Различия между защитным и совладающим поведением на уровне субъективных ощущений сводятся к тому, что:

- при совладающем поведении не ощущается дискомфорт от собственных действий и их результата, а при защитном – остается

неудовлетворенность;

- при совладающем поведении сознание не возвращает личность к трудной или стрессовой ситуации, а при защитном поведении спустя некоторое время происходит возврат к началу ситуации;

- при совладающем поведении человек может, а при защитном – не может жить в согласии с самим собой [204].

Н. Хаан [326; 327] и Т. Кроубер [341] подчеркивают, что укрепление психического здоровья обусловлено выбором незащитных форм и способов разрешения жизненных проблем и трудностей. Использование психологических защит, наоборот, невротично, ведет к усилению внутреннего конфликта, напряжения и стресса. По Н. Хаан, исходную (базовую) эго-структуру составляют десять психологических механизмов (процессов): 1) различение, 2) разотождествление, 3) символизация смысла, 4) отсроченные реакции, 5) повышенная чувствительность (сензитивность), 6) возврат во времени (реверсия), 7) избирательность сознания, 8) отклонение, 9) преобразование и 10) ограничение. Эти десять эго-процессов делятся на четыре группы в зависимости от того, какие функции они выполняют. Так, *когнитивную* функцию выполняют процессы 1 – 3, функцию рефлексивности *восприятия* – процессы 4 – 6, функцию *фокусировки внимания* (*т.е. установочную*) – процесс избирательности сознания и, наконец, функцию эмоциональной регуляции – процессы 8 – 10. Однако эти функции могут быть выполнены эго-процессами на качественно разных уровнях, в зависимости от того, насколько субъект психически здоров, или болен.

Н. Хаан и Т. Кроубер выделили три таких уровня (модальности): I – уровень «фрагментации» (наименее здоровый, и, соответственно, наиболее дезадаптивный), II – уровень «защит», и III – уровень «совладания» (наиболее здоровый, получивший название «нормативной модальности»). Эти три модальности (уровня) образуют иерархию, на вершине которой находится совладание, а в основании – фрагментация.

Один и тот же человек в разных жизненных ситуациях и в разные моменты своей жизни может функционировать на разных уровнях здоровья (модальностях, эго-путях). Преодолению жизненных трудностей на уровне *совладания* присущи: а) наличие цели и выбора, б) гибкость поведения, его изменчивость сообразно

специфике жизненной задачи, в) учет реальной действительности, основанный на информации, поступающей по каналам обратной связи, г) опора на объективную логику, способность учесть точки зрения других людей, д) адекватность аффективного самовыражения. Попыткам справиться с вызовами жизни на уровне *защит* свойственны: а) вынужденность эго-процессов, б) ригидность поведения, в) отрицание реальности, г) опора в основном на субъективную логику и неспособность учесть точки зрения окружающих, д) импульсивные реакции, е) упование на то, что проблема решится сама собой. При *фрагментации* восприятие реальности чрезвычайно нарушено; поведение иррационально, так как оно направляется аффектами; оно ритуализировано, автоматизировано.

Н. Хаан описывает формы проявления каждого из десяти эго-процессов на трех уровнях функционирования эго. Так, например, разотождествление (один из механизмов выполнения когнитивной функции эго) в максимально нездоровом варианте (т.е. на уровне фрагментации) превращается в бессмыслицу. На уровне защит оно проявляется в качестве интеллектуализации, а в модальности совладания превращается в ценное личностное качество – интеллектуальность. Сензитивность (один из механизмов обеспечения рефлексивности восприятия) в модальности фрагментации приводит к крайне искаженному восприятию намерений других людей. На защитном уровне сензитивность выражается в проекции. На уровне совладания она становится основой эмпатии.

Таким образом, здоровое функционирование эго по Н. Хаан и Т. Кроуберу предполагает объективную ориентацию на реальную ситуацию при совладании. При функционировании в модальности совладания человек представляет собой «открытую систему», способную к саморазвитию на основе самопознания, самоактуализации, постоянного расширения личного опыта и поиска новой информации. В межличностных отношениях такой человек стремится занимать позицию равных, не нуждается в проявлении доминирования и агрессии. Именно такое функционирование эго наиболее благоприятно для преодоления стрессов, напряжения и других факторов, угрожающих здоровью человека.

Психическое здоровье, способность его поддерживать, утрата этой способности непосредственно связаны с закономерностями

процесса когнитивного оценивания стрессоров. В концепции Р. Лазаруса к здоровью реализуется процессно-ориентированный подход, а само оно понимается как «правильное», «эффективное» взаимодействие личности со средой. Серия оценок, – первичная: «что происходит?», «имеет ли то, что происходит, отношение ко мне?», вторичная («какими копингами я располагаю для совладания с этим стрессором?») «есть ли у меня возможность обратиться за помощью, и кто именно мог бы мне помочь?»), а также последующие переоценки, – определяют форму проявления стресса, его глубину и качество реакции индивида [343]. Серия оценок создает информационную основу для разработки индивидом наиболее подходящего для данной стрессовой ситуации копинга, ориентированного на: а) решение проблемы, б) эмоцию, в) избегание. Неоптимальное поведение преодоления может привести к еще большему стрессу и, следовательно, к утрате здоровья. Так, например, в исследованиях, выполненных в парадигме Р. Лазаруса, было показано, что эмоционально-ориентированный копинг, а также совладание по типу избегания вызывают депрессию [358; 362]. Активный копинг, направленный на решение проблемы, наоборот, уменьшает влияние негативных жизненных событий (как острых, так и хронических) [166; 310; 365].

Р. Шварцер для раскрытия сущности здорового поведения пользуется понятием проактивного совладания, т.е. вида копинга, при котором индивид стремится пополнять свои ресурсы с целью преодоления сложных ситуаций и жизненных вызовов. Проактивный копинг отличается от реактивного совладания тем, что он направлен не на уже произошедшие утраты, а на потери и угрозы, возможные в будущем. Он также отличается и от антиципаторного копинга (подготовка к совладанию с конкретным, очень вероятным негативным критическим событием ближайшего будущего) и от привентивного копинга (подготовка к преодолению негативного события, характеризующегося большой неопределенностью). При проактивном совладании индивид воспринимает жизненные события не негативно (как угрозы утраты чего-либо), а позитивно (как вызовы, способствующие личностному росту). Поэтому он занят не столько взвешиванием рисков (risk management), сколько управлением целями (goal management), конструированием способов улучшения собственной жизни, приобретением дополнительных жизненных ресурсов, на основе ко-

торых его функционирование становится более качественным, здоровым. Проактивные индивиды сконцентрированы не на препятствиях, а на решении проблем. Для них характерно чувство самоэффективности: они уверены, что способны существенно улучшить условия окружающей среды. Наличие проактивных установок способствует ощущению себя здоровым.

Р. Шварцер [378] предложил модель здорового поведения «health action process approach» (НАРА). Оно обеспечивается тремя видами когнитивных процессов: 1) убежденностью в самоэффективности, 2) ожиданием результатов и 3) восприятием рисков. В его модели здоровое поведение человека делится на фазу мотивации и фазу деятельности (см. рис. 1.1).

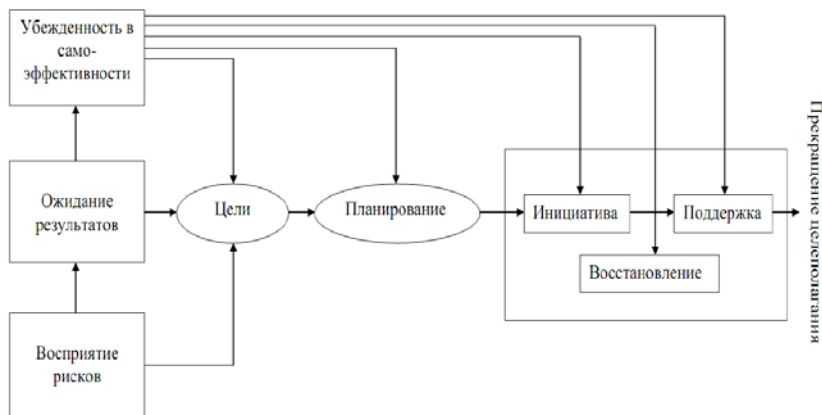


Рис. 1.1. Модель психической регуляции здорового поведения по Р. Шварцеру [378].

На фазе мотивации здоровый человек формирует намерение быть осторожным, заменить опасное и нездоровое поведение более здоровым. На фазе деятельности он это намерение воплощает в жизнь. Эмпирически доказано, что проактивные установки отрицательно связаны с психическим выгоранием [375], выступая тем самым в роли фактора, смягчающего негативное влияние стресса на состояние здоровья.

Кроме понятия копинг-стратегий полезным для понимания психологического здоровья является категория копинг-стилей. Под стилем в психологии обычно понимают устойчивый целост-

ный паттерн индивидуальных проявлений человека. Стиль проявляется в предпочтении конкретной формы взаимодействия субъекта с физической и социальной средой. Это устойчивое, типичное для конкретного человека своеобразие его произвольной активности [77; 85; 162].

Конструкт «стиль» сформировался главным образом при реализации диспозиционального подхода к личности, а «стратегия» – интеракционистского. Стиль – это обобщенная, типическая характеристика человека, а стратегия – частная, специфическая. По отношению к ситуации стиль кросситуативен, тогда как стратегия – это единичный показатель взаимодействия человека с конкретной ситуацией. Стили более устойчивы, а стратегии – вариативны [227]. Особым исследовательским направлением является изучение стилей совладающего со стрессом поведения [33; 84; 107; 134]. По В.А. Бодрову, стиль преодоления – это индивидуально-своеобразный и стереотипный способ действий по реализации задачи совладания. Он является привычным или предпочтительным способом решения задачи или преодоления кризиса конкретным человеком. Именно в контексте такого рода исследований наиболее отчетливо проявляется концептуальное пересечение проблематики психологии здоровья и совладающего поведения. Сама болезнь, как таковая, может представлять собой трудную ситуацию, проблему, или стрессор, требующий совладания. Т. Миллон в связи с этим описывает восемь стилей совладания с болезнью (борьбы за здоровье), «...которые могут как способствовать болезни, так и справляться с ней» [361, с. 11]. Это: 1) «интровертированный» стиль (преодоление болезни состоит в попытках оставаться эмоционально уравновешенным, во что бы то ни стало), 2) стиль «минимизация» (синтез когнитивных стратегий, направленных на отвлечение внимания, рационализацию, отрицание проблемы), 3) «кооперативный» стиль (привлечение внимания других людей к себе и своей болезни в надежде получить поддержку, заботу), 4) стиль «общения» (интенсификация взаимодействий с другими людьми), 5) стиль «уверенности» (презрение другими людьми, высокомерие по отношению к ним на фоне обеспокоенности угрозой своему статусу и независимости со стороны болезни), 6) стиль «силы» (агрессивность, доминирование, враждебность, отказ от роли больного), 7) «стиль подчинения» (принятие роли слабого, предупредительность, конформ-

ность), 8) «сензитивный» стиль (самопожертвование, долготерпение).

Важной особенностью здоровой личности является ее значительный **адаптационный потенциал**. Понятие личностного адаптационного потенциала возникло в концепции адаптации [165; 189; 195] и прочно вошло в категориальный аппарат психологии здоровья. Адаптация – свойство живой саморегулирующейся системы, состоящее в способности приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям. Адаптационный потенциал зависит от психологических особенностей личности, определяет возможности адекватного регулирования физиологических состояний, обеспечивает сохранение нормальной работоспособности и высокой эффективности деятельности при воздействии психогенных факторов внешней среды [146]. Перечень психологических характеристик, входящих, по мнению А.Г. Маклакова, в структуру адаптационного потенциала личности (нервно-психическая устойчивость, самооценка, ощущение социальной поддержки, уровень конфликтности личности, опыт социального общения) во многом перекликается с признаками здоровой личности, выделяемыми многими авторами. Эти характеристики значимы при прогнозе успешности адаптации экстремальным ситуациям, при оценке скорости восстановления психического равновесия после стресса.

Здоровая личность характеризуется значительным **личностным потенциалом**. По мнению Д.Л. Леонтьева, личностный потенциал выражается в самодетерминации человека, его зрелости как личности [128]. Личностный потенциал тем выше, чем больше неблагоприятных заданных обстоятельств своей жизни может человек преодолеть; это – мера усилий по работе над собой, на которые способна личность.

В.А. Ананьев пишет непосредственно о потенциале здоровья и его разновидностях (потенциал ума – способность к познанию; потенциал воли – умение ставить и достигать цели в жизни адекватными способами; потенциал чувств – эмоциональная компетентность; потенциал тела – осознание телесности, понимание «языка тела»; социальный потенциал – социальная компетентность; креативный потенциал – способность к творчеству и духовный потенциал – способность воплощать в жизнь высшие ценности) [13].

Ресурсный подход к сущности здоровья оказался близким по смыслу к подходу, оперирующему понятием потенциала (адаптационного, личностного и др.). Быть здоровым – это означает обладать ресурсами, которые расширяют поле деятельности личности, делают более достижимыми значимые цели в жизни, повышают ценность человека в глазах окружающих и в его собственном мнении о самом себе, делают его более сильным, значительным и продуктивным [225]. Предпринимаются попытки классифицировать ресурсы. Так, Н.А. Русина выделяет индивидуально-психологические (характеристики и свойства личности), и социально-психологические (социальная поддержка, социальные навыки, власть и т.п.) [204]. Объединяя преимущества ресурсного и копинг-подходов к механизмам поддержания здоровья, она выделяет так называемые копинг-ресурсы – подструктуры личности, обеспечивающие актуализацию совладающего поведения. К ним относятся: 1) сенсорные и когнитивные ресурсы (например, антиципационная способность), 2) личностные структуры (адекватные Я-концепция, самооценка, уровень притязаний, локус контроля, личностные смыслы), 3) коммуникативная составляющая (аффилиация, эмпатия), 4) психоэмоциональная составляющая.

П. Балтес с коллегами разработал ресурсную модель «селективной оптимизации с компенсацией» (*SOC – selective optimization with compensation*), предназначенную для объяснения успешного старения [20; 305]. Несмотря на то, что старение и болезнь отождествлять нельзя [70], оба эти явления близки по сути, так как связаны с потерей ценных качеств индивидуальности и постепенным накоплением биологических, социальных и психологических ограничений в развитии личности. П.Б. Балтес выделил три фактора, которые обеспечивают здоровое функционирование личности вопреки этим ограничениям. Это: 1) *выбор* (человек выбирает те цели, которые достижимы вопреки налагаемым на него природным, социальным и психологическим ограничениям), 2) *оптимизация* (оптимальное распределение личных и социальных ресурсов, при котором человек сосредоточивается на чем-то одном, отвлекаясь от других проблем и занятий), и 3) *компенсация* (разработка и использование стратегий восполнения утраченных с возрастом и / или из-за болезни ресурсов). В соответствии с моделью SOC успешное старение, а также здоровье можно понимать как искусное уравнивание человеком фак-

торов выбора, оптимизации и компенсации. П.Б. Балтес подчеркивает, что эта модель обладает объяснительными возможностями при анализе закономерностей адаптации к различным жизненным проблемам и трудностям, возникающим в любом возрасте (относительно безболезненное преодоление возрастных кризисов, решение возрастных задач развития, противостояние стрессам и т.п.).

А. Антоновский, автор так называемой салютогенной теории, – развивал особый вариант ресурсного подхода к здоровью [303; 304]. По его мнению, болезнь и здоровье образуют крайние точки континуума, включающего множество переходных (промежуточных между полюсами) состояний человека. Приближение к полюсу «здоровья» обусловлено становлением особого чувства – «когеренции». Чувство когеренции – это системная, всеобъемлющая ориентация индивида в себе и в мире, основанная на твердой уверенности в том, что: 1) внешние и внутренние сигналы прогнозируемы, структурированы и ясны; за счет этого ситуация, в которой индивид находится, понятна для него (*comprehensibility*); 2) ресурсы для реализации требований, о которых сообщают эти сигналы, доступны; ходом событий можно управлять, а способности, необходимые для преодоления стресса имеются (*manageability*); 3) ситуация значима и осмысленна; она заслуживает «инвестиций», а требования, содержащиеся в ней таковы, что во взаимодействие с ними можно и нужно включаться (*meaningfulness*). Третья особенность (компонент) чувства когеренции (переживание осмысленности ситуации и собственной жизни) наиболее важен, так как первые два компонента долго без него не просуществуют.

Благодаря чувству когеренции субъект положительно оценивает возможности разрешения проблемной жизненной ситуации. Он разрабатывает эффективные стратегии преодоления, рационально использует свои ресурсы и тем самым поддерживает свое здоровье.

С. Гобфолл [328 – 330] реализует ресурсный подход к здоровью. Этот подход позволяет понять, почему некоторым людям удается сберечь здоровье и успешно адаптироваться к трудностям, несмотря на тяжелые жизненные обстоятельства [324; 325]. Несмотря на то, что спектр ресурсов конкретного человека достаточно широк, количество их ограничено. Ресурсы могут находить-

ся как во внешней среде, так и внутри личности. Они, как правило, иерархически соподчинены: над ресурсами надстраиваются так называемые мета-ресурсы, которые управляют распределением первых.

По С. Гобфоллу, утрата здоровья является следствием стресса, который возникает не столько из-за неудачного когнитивного оценивания, сколько из-за неправильного распределения ресурсов и неудачных попыток индивида их сберечь. Стресс развивается под влиянием трех причин: 1) угрозы утраты ресурсов, 2) уже произошедшей утраты ресурсов, 3) неудачи попытки получить дополнительные ресурсы. Утраты ресурсов бывают острыми и хроническими; оба эти вида утрат могут стать причиной неуспешной адаптации и последующих вторичных утрат ресурсов, усугубляющих состояние здоровья индивида. Здоровый человек характеризуется, по С. Гобфоллу, склонностью инвестировать ресурсы в различные материальные и духовные «проекты» – предметы, здоровьесберегающие технологии, способности, умения, личностные качества и т.п. В будущем они становятся для него источниками вторичных приобретений ресурсов. Следовательно, если человек инвестирует ресурсы, чтобы подстраховаться от их утраты, то они восстанавливаются и на их основе появляются новые ресурсы. Однако, если утрата и приобретение одинаковы, то утрата сильнее влияет на здоровье, чем приобретение (правило примата утраты), следствием чего становятся психическое выгорание, депрессия, дистресс и т.п. Единичная значительная утрата ресурсов может вести к последующим утратам, к усилению общей подверженности стрессам (правило уязвимости). Единичное значительное приобретение ресурсов ведет к повторным приобретениям (правило оздоровления).

В отличие от когнитивно-оценочного, процессуального подхода к здоровью Р. Лазаруса, ресурсный подход С. Гобфолла является объективным: оценки – субъективные явления, а большинство ресурсов объективны и поддаются наблюдению.

Поиск механизмов поддержания психологического здоровья в контексте понятия «среда» показал важность категории **социальной поддержки**. Социальная поддержка полезна для здоровья, так как она смягчает действие стрессоров. Одно только наличие социальных контактов еще не гарантирует такого смягчения: важно, чтобы социальная поддержка воспринималась именно в

таким (поддерживающем) ее качестве, была адекватной, доступной и удовлетворяющей индивида [37]. Уже в 1897 году Э. Дюркгейм показал важную роль поддерживающих социальных отношений и включения индивида для предотвращения суицидов [68].

Выделение «социальной поддержки» в особую область исследований произошло в 70-е годы прошлого века благодаря исследованиям С. Кобба и С. Кассела [316; 337], изучавших психологические особенности преодоления последствий увольнения у рабочих и служащих закрывающихся предприятий. Этими авторами была предложена одна из первых классификаций источников социальной поддержки и высказано предположение о ее буферной (модераторной) роли в противостоянии стрессу и повышении сопротивляемости болезням.

В организационной психологии часто используют классификацию видов поддержки, предложенную Дж. Хаусом [333]. В соответствии с ней выделяет 1) инструментальную поддержку (оказание непосредственной практической помощи), 2) эмоциональную поддержку (проявление сочувствия, понимания и заинтересованности), 3) оценочную поддержку (обеспечение человека обратной связью с целью повышения его самооценки), и 4) информационную поддержку (предоставление советов, информации).

М. Баррера [308], а также Дж. Виннабст с сотр. [384] выделили четыре основных категории явлений, относимых к социальной поддержке: 1) включенность (*embeddedness*), 2) качество отношения, 3) воспринимаемая поддержка, 4) предоставляемая поддержка. Под *включенностью* понимается принадлежность индивида к определенным организациям, наличие у него семьи, друзей. В отличие от включенности, исследование которой предполагает анализ в основном количественных показателей (число друзей, которые могут помочь, стабильность семейных отношений и т.п.), *качество отношений* выражает их субъективно-личностный аспект, прочность, доверительность, вовлечение в отношения глубинных мотивационных структур. Именно эти содержательные характеристики социальной поддержки и определяют возможности сохранения здоровья в условиях интенсивного воздействия стрессоров.

Социальная поддержка может быть достаточно интенсивной

и качественной с точки зрения внешнего наблюдателя. Однако если сам субъект по какой-либо причине оценивает ее негативно, то она не поможет сохранить здоровье и эффективно противостоять стрессору. Поэтому исследователи стремятся не только установить факт наличия поддержки, но и то, как субъект ее воспринимает. *Воспринимаемая социальная поддержка* отражает удовлетворенность человека социальными контактами, адекватность и полезность этих контактов лично для него. При анализе *предоставляемой социальной поддержки* фокус внимания исследователей смещается на то, что именно окружающие люди делают, когда помогают индивиду (проявляют эмпатию и поддерживают эмоционально, дают советы и информацию, оказывают реальную практическую помощь, совместно проводят досуг).

С. Коэн и Т. Виллс описали два основных механизма благотворного воздействия социальной поддержки на психологическое благополучие индивида: 1) механизм «прямого влияния» и 2) «буферный» механизм [317]. При прямом влиянии на здоровье социальная поддержка помогает индивиду поддерживать позитивный образ Я, переживать положительные эмоции, оценивать жизненные ситуации как предсказуемые и прогнозируемые. При буферном влиянии социальная поддержка функционирует как модератор действия стрессоров. Она может, во-первых, помочь индивиду оценить стрессор как менее опасный, а себя самого – как вполне способного с ним справиться. Во-вторых, она помогает подавить дезадаптивные реакции на последующих стадиях совладания – при попытках преодолеть стресс.

Многочисленные данные о благотворном влиянии социальной поддержки на здоровьесберегающее поведение противоречивы [37; 117]. Дело в том, что значимые для индивида люди могут поддерживать не только полезные, но и дисфункциональные формы поведения. Кроме того, существуют индивидуальные различия в том, как люди используют социальную поддержку и какую пользу из нее извлекают. Различия обусловлены не только с полом и возрастом, но и с такими психологическими конструктами, как самооценка [328], нейротизм, экстраверсия, локус контроля, социальная компетентность [364] и др.

Одним из существенных механизмов обеспечения психологического здоровья является оптимистический *атрибутивный стиль*. Пессимистический стиль объяснения – фактор риска для

здоровья, особенно у людей преклонного возраста [368]. При доминировании пессимистического стиля атрибуции продолжительность жизни ниже [366]. К. Петерсон и М. Селигман обнаружили связь между склонностью студентов давать плохим событиям глобальные и стабильные объяснения и подверженностью заболеваниям инфекционного и простудного характера. Тесно коррелировали также пессимистический атрибутивный стиль и количество посещений врача студентами за определенный промежуток времени [367].

По-видимому, пессимистический атрибутивный стиль влияет на отношение человека к своей болезни двояко. Пессимистический атрибутивный стиль, во-первых, блокирует попытки субъекта приступить к систематическим мероприятиям по профилактике возможных заболеваний. Человек не может обнаружить взаимосвязи между своим неправильным образом жизни и болезнью, которая из-за него может развиваться. Эта «слепота» подкреплена на уровне базовых убеждений верой в то, что болезнь – результат некой случайности, судьбы, действия неподвластной человеку силы. Во-вторых, когда болезнь началась, такие люди не могут с ней эффективно бороться, так как не верят в свои возможности как-либо повлиять на ее течение. Они ее трактуют, как некое наказание за свои проступки. Кроме того, люди с пессимистическим атрибутивным стилем не умеют эффективно обращаться за социальной поддержкой [54]. Пессимистический атрибутивный стиль чаще наблюдается у лиц, чрезмерно увлекающихся в стрессовые жизненные события, имеющих нездоровые привычки и сомневающихся в возможности от них избавиться.

Понимание психического здоровья в **контексте понятия «Я»** приводит к выделению относительно самостоятельных «вкладов» в здоровье пяти психических аспектов Я: 1) образов личных качеств и атрибутов, 2) чувства собственной ценности (самооценки), 3) восприятия собственной эффективности, 4) метакогнитивного знания стратегий самоконтроля, и 5) стандартов для оценки собственного поведения [81].

Здоровый человек, создавая *образы личных качеств и атрибутов*, видит разницу между воображаемым и реальным. Поэтому его представления о себе реалистичны и не являются неоправданно позитивными. Для упорядочения информации о своих качествах он использует абстрактные понятия (категории

личностных черт). Эти категории, как правило, не образуют резко противопоставленные оппозиционные пары, а организуют континуумы с множеством переходных самохарактеристик. Образы личных качеств корректируются социальным сравнением и взаимосвязаны между собой в организованные системы, отражающие значимые области деятельности и общения [14].

Самооценки такого человека точны и реалистичны, так как он тонко осознает различия между реальным и идеальным Я. У него сформировано общее чувство самоценности, которое он не сводит к частным самооценкам, т.е. переживаниям ценности своих отдельных личностных атрибутов. Социальные объективные детерминанты (социальный статус, уровень доходов и т.п.) на самооценку такого человека непосредственно и напрямую не влияют; более влиятельным является фактор субъективного социального сравнения [161].

Дифференцированное представление о *самоэффективности* у психически здорового человека основано на хорошем осознании им связи между своими действиями и их результатами во внешней среде и внутреннем мире. Он располагает опытом поведенческого достижения, т.е. воспринимаемой эффективностью – разветвленной системой взаимосвязанных представлений о своей способности совершать действия и добиваться результатов в каких либо областях деятельности [21].

Психическое здоровье поддерживается *метакогнитивными* знаниями (знаниями о своих собственных когнитивных и регулятивных процессах). Метакогнитивные процессы и стратегии определяют атрибутивные характеристики субъекта (его активность, самоорганизованность, целостность и т.п.) [80]. Они лежат в основе саморегуляции, определения пути и перспектив собственного развития, сознательной компенсации ограничений, вызванных, в частности, болезнью. Благодаря им человек становится творцом собственной жизни, иницирующим началом своих взаимодействий с миром; он сам создает условия для своего развития и преодоления болезненных личностных деформаций [15]. Метапознавательные процессы – это вершина когнитивной активности субъекта, определяющая уровень его психической организации, его основные стратегии и уникальные черты. А.В. Карпов выделил такие метакогнитивные факторы психического здоровья, как: 1) способность иницировать активность на основе осознанной

внутренней мотивации, создавать свой жизненный замысел и реализовывать его в форме жизненных стратегий; 2) гибкость и способность адаптироваться к различным жизненным ситуациям; 3) способность формировать и регулировать в процессе жизнедеятельности собственные границы (границы «Я», ментального пространства); 4) способность к регуляции ритма контактов со средой. Эти факторы в совокупности обеспечивают целостность и единство субъекта, усиливают его адаптационный потенциал [80, с. 68].

Психологическое здоровье обусловлено также применением реалистичных и обоснованных *стандартов* для оценки собственного поведения. Оценка своих действий основана на интеграции множества возможностей – самосознания, осознания мыслей и чувств других людей, способности размышлять о совершенных поступках, задумываться над альтернативами, применять к себе оценочные категории, применять к оценкам поступков нравственные категории, эмоционально реагировать на собственные действия и т.п. Многие стандарты являются результатом успешной и последовательной интериоризации социальных оценок.

К.Дж. Холахен, Р.Х. Моос и С. Шефер [331; 332], предложили процессуально структурную модель, в которой упорядочена система последовательно действующих факторов психического здоровья и благополучия человека (см. рис. 1.2). В соответствии с данной моделью психическое здоровье и благополучия – результат совокупного влияния окружающей среды и личностных факторов.

Окружающая среда является источником как стрессоров (например, экзамен), так и социальной поддержки (помощи со стороны семьи и близких, советов друзей, поддержки общественных организаций и т.п.). Личность включает в себя индивидуальные копинг-ресурсы (например, уверенность в себе, самоэффективность, жизнестойкость, стили совладающего поведения и др.) и характеризуется определенными социальными, демографическими и психологическими качествами.

Личностный и средовой факторы определяют ситуации, которые могут стать для индивида трудными и стрессовыми. При этом существенно то, как они будут когнитивно оценены самим индивидом. Компоненты модели объединены прямыми и обратными связями и образуют саморегулирующуюся систему.



Рис. 1.2. Факторы психического здоровья и чувства благополучия в теории стресса К.Дж. Холахена, Р.Х. Мооса, С. Шефера [332].

Взаимосвязи между состоянием здоровья и *личностными характеристиками* давно вызывают научный интерес [190]. Показано, что одни личностные конструкты (например, жизнестойкость [348], оптимистический атрибутивный стиль [211], экстраверсия [8]) способствуют успешному противостоянию стрессовым ситуациям, а другие (например, интроверсия [8], высокий уровень невротизации [186] и др.) – наоборот, выступают в роли предикторов разнообразных заболеваний. Во многих определениях здоровья присутствует идея о том, что оно связано с личностными диспозициями. Считается, что болезни специфичны для людей с определенными личностными особенностями и что личность может играть определенную роль в этиологии определенных болезней. Так Ф. Александер предположил, что существует как минимум семь психосоматических заболеваний, обусловленных неосознаваемыми личностными причинами: гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит и тиреотоксикоз [9]. Сторонники другого подхода, концентрируясь на общем, сходном для большинства людей в возникновении болезней, видят в личности фактор, лишь опосредующий влияние на человека причин болезней.

Личность может усиливать, или ослаблять влияние каузальных факторов, вызывающих болезни. К числу таковых относятся факторы Большой Пятерки. В соответствии с пятифакторной моделью личности выделяются пять параметров, по которым можно наблюдать индивидуальные различия между людьми: 1) экстраверсия, или открытость, 2) дружелюбие, или привязанность, 3) добросовестность, или самоконтроль, 4) нейротизм, или эмоциональная неустойчивость и 5) открытость опыту, или экспрессивность [120]. На основе оценок по Большой Пятерке возможно предсказание черт характера, ассоциируемых со здоровьем [120; 241]. В работе [319] доказана возможность прогнозирования продолжительности жизни по параметру добросовестности. Г. Маршалл с коллегами проанализировал эффективность нескольких часто используемых методик психодиагностики здоровья и выделил три фактора высшего порядка, суммарно объясняющих 61% общей дисперсии: 1) оптимистический контроль, 2) выражение гнева и 3) сдерживание гнева. Оказалось, что индивидуальные показатели испытуемых по этим трем факторам тесно коррелируют с факторами Большой Пятерки. Так, оптимистический контроль позитивно связан с экстраверсией, дружелюбием, добросовестностью и открытостью, и негативно – с нейротизмом. Выражение гнева, наоборот, с нейротизмом связано положительно, а с открытостью, добросовестностью и дружелюбием – отрицательно. В свою очередь, сдерживание положительно коррелирует с нейротизмом и открытостью [353]. Доказана прогностичность отдельных факторов Большой Пятерки в отношении риска злоупотребления различными веществами (положительная связь с открытостью), риска автокатастрофы (отрицательная корреляция с добросовестностью и дружелюбием), контроля над несчастными случаями (положительная связь с экстраверсией, добросовестностью, дружелюбием), поведения, приводящего к благополучию (положительная корреляция с добросовестностью, экстраверсией).

Особым продуктом субъективной оценки здоровья, ее отражением является **внутренняя картина здоровья (ВКЗ)** – личностное, представленное в сознании образование, которое содержит представления человека о собственном здоровье, отношении индивида к нему, осознание ценности здоровья и стремление к его усовершенствованию, что проявляется в индивидуальном

стиле поведения. Само появление понятия ВКЗ обусловлено переходом с патоцентрической на саноцентрическую глобальную медицинскую парадигму. ВКЗ по В.Е. Кагану – особое «для-себя-знание» о здоровье, целостное представление, «семиотическое пространство», связанное с эмоциями [78]. Для понимания сущности здоровья разные исследователи активно привлекают психологические категории «социальных представлений о здоровье» [42], «отношения к здоровью» [31; 190], «внутреннюю картину здоровья» [13; 78], «индивидуальную концепцию здоровья» [215]. Субъективная оценка своего здоровья выступает в качестве предиктора специфики протекания и исхода ряда соматических и психических заболеваний [55; 314; 373], влияет на поведение больного в процессе лечения, степень его согласия с режимом лечения [381]. По В.М. Смирнову и Т.Н. Резниковой, ВКЗ – это особое отношение личности к своему здоровью, придающее ему ценность и побуждающее субъекта активно его укреплять [222]. В.А. Ананьев подчеркивал, что ВКЗ возникает вследствие самоосознавания и самопознания человеком самого себя в условиях здоровья [13]. По мнению И.Я. Коцана, Г.В. Ложкина и М.И. Мушкевич ВКЗ – это многоуровневая и аутопластичная картина, отражающая представления человека о здоровье вообще, и о собственном здоровье в частности [101]. Аспектами ВКЗ являются жизненные смыслы, профессиональная деятельность, дружеские отношения, духовные ценности, партнерство, половая идентичность, сексуальные отношения, восприятие экологической и социальной среды, автономия и успешность Я, схема тела и т.п. [23; 51]. И.И. Мамайчук показывает связь ВКЗ через Я-концепцию с образом Я [151]. Г.Т. Красильников, Л.М. Сыч и Л.Л. Галина пишут о рационально-когнитивном, эмоционально-чувственном, сенсорном и мотивационном компонентах ВКЗ [104]. А.В. Кукуруза, Е.А. Кириллова и Е.Э. Беляева отметили недостаточность традиционного «трехкомпонентного» понимания структуры ВКЗ [112]. По их мнению, целесообразно выделять компоненты: 1) поведенческий, 2) эмоциональный, 3) потребностный (отражает наличие потребности быть здоровым, бороться с болезнью), 4) ценностный, 5) самооценочный, 6) телесный, 7) волевой, 8) контрольный, 9) средовой, 10) межличностный, 11) семейно-родительский, 12) достиженческий и 13) когнитивно-

декларативный (общие знания индивида о здоровье, установки, афоризмы и зареки, связанных со здоровьем).

Р.А. Березовская и Г.С. Никифоров [190], используя основные положения концепции отношений В.Н. Мясищева [164], описывают отношение человека к своему здоровью как систему индивидуально-избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, которые могут как способствовать укреплению здоровья, так и угрожать ему. Конструкт «отношение к здоровью» содержит в себе также и оценку индивидом своего физического и психического состояния. Отношение к своему здоровью континуально, т.е. включает в себя множество степеней и уровней, варьирующих от адекватного до неадекватного. Степень адекватности отношения к своему здоровью может быть оценена: а) в *когнитивном* аспекте – как степень компетентности человека в сфере здоровья, понимание роли здоровья в обеспечении долголетия и качества жизни, знание факторов риска и т.п.; б) в *эмоциональном* аспекте – как проявление умеренного и обоснованного беспокойства по поводу своего здоровья; в) в *мотивационно-поведенческом* аспекте – как сформированность мотивации деятельности, направленной на поддержание здоровья, следование принципам и правилам здорового образа жизни и т.п.; г) в *самооценочном* аспекте (степень соответствия самооценки здоровья объективному физическому и психологическому состоянию человека).

Е.И. Богучарова предложила структурно-функциональную модель отношения личности к здоровью как ценностно-смыслового новообразования юношеского возраста. Отношение к здоровью является следствием занятой личностью позиции и через свои четыре компонента (когнитивный, эмоциональный, ценностно-смысловой и мотивационно-поведенческий) «запускает» ресурсы жизнедеятельности человека (фасилитацию рефлексии, имплицитную картину здоровья и представление телесности, гармонизацию эмоциональной диссонантности, копинги). По мнению исследовательницы развитие отношения к собственному здоровью «встроено» в динамику развития субъектности [31].

О.С. Лисовая разработала критерии диагностики ВКЗ и выделила ее основные функции: направляющую, регулятивную, когнитивно-структурирующую, прогностическую, креодизирующую

(т.е. связывающую соматическое и психическое), саногенную, коммуникативно-оптимизирующую [132].

1.3. Место и роль жизнестойкости в системе факторов, определяющих образ собственного здоровья и отношение к нему у студентов

В успешном противостоянии личности стрессовым ситуациям в учебной и профессиональной деятельности ключевую роль играет такая личностная переменная как жизнестойкость. Она опосредует влияние стрессогенных факторов на соматическое и душевное здоровье, на качество выполняемой деятельности.

Жизнестойкость характеризует степень сформированности способности личности выдерживать ситуацию острого или хронического стресса, сохранять внутреннюю сбалансированность, не снижая при этом успешности деятельности. Это один из ключевых параметров индивидуальной способности человека к зрелым формам саморегуляции, фундамент его личностного потенциала. В стрессовых условиях она оказывает буферное влияние на развитие заболеваний и снижение эффективности деятельности за счет того, что 1) способствует оценке жизненных событий как менее стрессовых и 2) мотивирует человека на поиски эффективных стратегий совладания со стрессом. Однако жизнестойкость не тождественна стратегиям совладания и отличается от них, по меньшей мере, двумя признаками. Во-первых, копинг-стратегии представляют собой особые алгоритмы действий в трудных ситуациях, ставшие привычными для личности приемы. Наиболее адекватным для раскрытия сущности жизнестойкости являются понятия установки (готовности выживать, настроенности на выживание) и черты личности. Во-вторых, копинг-стратегии могут быть не только продуктивными, но и непродуктивными. Жизнестойкость, наоборот, всегда продуктивна [10; 202].

Большое количество исследователей изучает жизнестойкость в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации / дезадаптации в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной.

В студенческой среде с особой силой проявляется все многообразие перегрузок и требований к личности. Оптимистическая оценка собственного здоровья преобладает над тенденцией заботиться о нем. Юноши и девушки, как правило, неадекватно воспринимают свои личностные ресурсы как неисчерпаемые. Опасения, связанные с пребыванием в условиях длительного стресса вытесняются из сознания выраженной мотивацией достижения и преимущественной ориентацией на настоящее. Стиль студенческой жизни часто оказывается несовместимым с заботой о собственном здоровье. Стремление добиться высокого статуса и признания в группе сверстников стимулирует студентов к совершению рискованных действий, к использованию средств, разрушающих здоровье (алкоголь, никотин, небезопасный секс и др.).

В современных кризисных условиях заметно усиливается роль еще одного фактора риска по отношению к сохранению психического здоровья в студенческий период жизни человека – профессиональная и социальная неопределенность будущего специалиста в обществе, необходимость поиска будущего рабочего места. В связи с этим все более актуальной становится задача выявления психологических средств, помогающих студентам преодолевать трудные ситуации без утраты душевного здоровья.

Учебная деятельность студентов может быть источником многочисленных (в большинстве своем умеренных по интенсивности и хронических по длительности) стрессов, которые, аккумулируясь в психике, препятствуют всесторонней самореализации и раскрытию творческого и духовного потенциала личности студента, подрывают его психическое и психологическое здоровье. Студентам необходимо сдавать ответственные экзамены, присутствовать на занятиях, характеризующихся монотонностью, проявлять интенсивную интеллектуальную активность при усвоении разнообразного научного материала, поддерживать и развивать контакты с однокурсниками, преподавателями, вузовской администрацией и т.п. Одни преподаватели требуют от студентов проявления креативности, ломки стереотипов и творческого подхода к познавательным и научным проблемам, другие – настаивают на развитии способности запоминать и в точности воспроизводить огромные массивы фактологической информации. Все это является испытанием для подсистем личности, находящихся в состоянии неустойчивого равновесия. Психическое здоровье студента,

будучи явлением многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других. Оно определяется запасом прочности (жизнестойкости) в отношении возможных пагубных влияний и издержек учебно-воспитательного процесса в вузе. Жизнестойкость личности определяет то, насколько надежно и легко защитные силы компенсируют эти влияния, не допуская искажений протекания психических процессов.

Проблема жизнестойкости и здоровья личности была поставлена в отечественной психологии еще в конце XIX века П.П. Викторовым с позиций его «физиологической психологии сердца». Этот исследователь трактовал личность как нервно-психический аппарат организма человека, включающий в себя темперамент и характер. Вывод о соответствии (или, наоборот, несоответствии) конкретной личности норме психического здоровья следует делать на основе анализа ее темпераментальных (ритм, напряженность и длительность аффектов) и характерологических (поступки, поведение, способность сдерживать аффекты, привычный образ мысли и взгляд на вещи) особенностей [45].

Жизнестойкая личность, по мнению П.П. Викторова, умеет поддерживать состояние душевного равновесия, противостоять колебаниям настроения. Автор иллюстрирует умение противостоять трудностям и неблагоприятным условиям жизни на примере «бодрости духа». В основе последней лежит способность человека представить себе благо, которое может быть достигнуто в будущем. Используя такие «непрямые» средства, как представления и волю, человек вмешивается в процессы мозгового кровообращения и трансформирует диспноэтическое (т.е. угнетенное) состояние в апноэтическое (возвышенное).

Одним из первых в отечественной психологии П.П. Викторов связывал проблему противостояния болезням и поддержания здоровья с конфликтами потребностей человека. Длительное неудовлетворение какой-либо потребности (телесной, или духовной) способствует возникновению диспноэтического состояния психики. Антагонизм телесных и духовных потребностей приводит к колебаниям настроения, к негативно сказывающимся на поведении крайностям чрезмерно приподнятого, или сниженного настроения [46].

Результаты многочисленных исследований, направленных на поиск психологических факторов успешного противостояния стрессу в

условиях профессиональной, учебной и других видов деятельности убедительно свидетельствуют о существовании такой личностной особенности как жизнестойкость. Впервые понятие жизнестойкости (англ. – *hardiness*) сформулировали С. Кобейса и С. Мадди [339; 345], а Д.Н. Леонтьев предложил обозначить данный личностный конструкт на русском языке как *жизнестойкость* [131]. Обычно жизнестойкость исследуют в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации / дезадаптации в обществе, с физическим, психологическим и социальным здоровьем. С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной.

Жизнестойкость представляет собой систему сформировавшихся у человека убеждений о самом себе, об окружающем мире и взаимоотношениях с ним. Система убеждений образует особый профиль стойкой личности, который включает в себя три компонента: 1) преданность (вовлеченность), 2) контроль, и 3) вызов (принятие риска, готовность рисковать).

Люди с высокими показателями по параметру *преданность / вовлеченность* характеризуются верой в то, что их жизнь обладает целью и смыслом. Они получают удовольствие от своей деятельности и уверены в том, что ее результаты необходимы как для них самих, так и для других людей. При недостатке вовлеченности человек ощущает себя изолированным от жизни, не востребованным ею. Этот компонент жизнестойкости развивается с детства: для его становления важны любовь родителей, поддержка и принятие с их стороны.

Выраженный *контроль* дает человеку ощущение того, что он обладает свободой выбора, может активно влиять на ход жизненных событий. Недостаток контроля переживается как чувство беспомощности, зависимости от других людей и случайного хода событий. Этот компонент жизнестойкости формируется у тех детей, чья инициатива нашла поддержку со стороны родителей и воспитателей.

При сформированной *готовности рисковать* человек открыт новому опыту. Все события, которые с ним происходят (даже негативные) он расценивает как важную информацию, дающую возможность для развития и совершенствования. Если такая установка не сформирована, то человек избегает новых ситуаций,

стремится к простому комфорту и тем самым обедняет свою жизнь. Он постепенно превращается в закрытую систему, не способную к дальнейшему развитию. Для развития у ребенка готовности к риску важно богатство впечатлений, неоднородность и изменчивость внешней среды.

Три компонента жизнестойкости относительно независимы и в совокупности определяют меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю устойчивость при условии, что успешность деятельности не снижается [131].

Действие стрессогенных факторов преломляется через систему жизнестойких убеждений. С. Мадди описал пять механизмов противостояния человека стрессу с помощью жизнестойких убеждений: 1) *физиологический* – положительное влияние на иммунитет организма, 2) *когнитивный* – оценка трудной жизненной ситуации как менее стрессовой, 3) *мотивационный* – стремление к совладающему поведению, 4) *социально-психологический* – поиск поддержки со стороны других людей и 5) *поведенческий* – использование практик оздоровления. Благодаря действию этих механизмов человек сохраняет душевное и соматическое здоровье, и может продолжать успешно выполнять свою профессиональную деятельность. Так, в исследовании менеджеров телекоммуникационной компании была выявлена тесная отрицательная связь между вероятностью серьезного заболевания в течение ближайшего года после возникновения стрессовой ситуации на работе и показателями жизнестойкости работников [345].

Физиологические реакции на стресс значимо меньше выражены у испытуемых с низкой тревожностью и высокой жизнестойкостью [61]. Имеются данные, свидетельствующие о негативной корреляции жизнестойкости с «поведением типа А» – поведенческим синдромом людей, склонных к сердечно-сосудистым заболеваниям [348].

В исследовании [347], проведенном на испытуемых юношеского возраста, была выявлена отрицательная связь показателей жизнестойкости с частотой употребления алкоголя и наркотиков. Обнаружена отрицательная связь жизнестойкости с депрессией и гневом [349]. По мнению С. Мадди, жизнестойкость дает возможность преодолеть тревогу в условиях экзистенциальной дилеммы, когда человеку предстоит сделать ответственный выбор [144]. В кросс-культурных исследованиях показано, что при высокой жизнестойкости менее

выражен культурный шок и быстрее наступает адаптация к условиям жизни на новом месте у эмигрантов [351].

Жизнестойкость проявляется не только в стрессовых, но и в обычных для человека условиях. Высокая степень ее выраженности положительно связана со склонностью к новаторству, воображением и креативностью личности. В то же время сниженную жизнестойкость демонстрируют испытуемые с негибким доминирующим способом взаимодействия, склонные к вытеснению и авторитаризму [352]. Имеются данные о том, что жизнестойкость личности способствует качественному выполнению монотонной деятельности [374]. Состояние монотонии нередко развивается в условиях учебной деятельности, как в средней школе, так и в вузе [243]. Жизнестойкие испытуемые, выполняя монотонную деятельность, могут успешно противостоять процессу развития утомления (они склонны варьировать способы выполнения задания). Жизнестойкость личности, по-видимому, имеет непосредственное отношение к возникновению чувства удовлетворенности всеми аспектами работы.

Дж.А. Шепард и Дж.Х. Кахани изучали взаимосвязь между отдельными компонентами жизнестойкости (вовлеченность, контроль и принятие риска) с одной стороны, и проявлением физических и психологических симптомов стресса, тревоги, расстройств пищевого поведения, – с другой [376]. Авторов интересовало, могут ли показатели компонентов жизнестойкости предсказывать состояние здоровья испытуемых. Возможность такого предсказания была подтверждена в основном для испытуемых-мужчин. При этом речь идет о принятии риска и контроле, которые становятся чрезвычайно важными для испытуемых со сниженной жизнестойкостью.

Специально изучались взаимосвязи показателей жизнестойкости с показателями частоты использования различных копинг-стратегий. Совладающее поведение – это особый вид социального поведения человека, который обеспечивает, или наоборот, разрушает его здоровье, благополучие. Совладающее поведение направлено на активное взаимодействие человека с ситуацией. В процессе такого взаимодействия ситуация может быть изменена (если она поддается контролю), или же человек приспосабливается к ситуации (если ее изменить невозможно). В отличие от защитного поведения, которое осуществляется неосознанно, совладающее поведение помогает субъекту справиться с трудной (стрессовой) ситуацией за счет осознанных действий [223; 230]. В эмпирических исследованиях

(например, в [131]), как правило, проявляется отрицательные корреляции жизнестойкости с такими формами копинга, как избегание и поиск социальной поддержки. Обнаруживаются также и позитивные связи – с планированием и положительной переоценкой. Связь жизнестойкости с избеганием обусловлена действием факторов вовлеченности и контроля. Эти два параметра жизнестойкости способствуют сохранению активности человека в трудной (стрессовой) ситуации. Отрицательная корреляция с социальной оценкой обусловлена таким компонентом жизнестойкости личности как контроль (при высоком контроле человек стремится справляться с трудностями самостоятельно). Повышенная склонность к такому копингу как планирование позитивно связана с контролем и склонностью рисковать (эти два компонента жизнестойкости способствуют активному совладанию с трудностями).

В отечественной и зарубежной психологии проведено большое количество исследований того, с какими трудностями сталкиваются студенты. Раскрываются закономерности процесса адаптации первокурсников к условиям вузовского обучения. Экзаменационная ситуация, а также ситуация публичной защиты дипломного проекта для многих авторов послужила моделью, с помощью которой изучалась природа стресса и психологические механизмы его преодоления [109; 110].

В научной литературе по проблеме стресса обычно выделяют три основных категории стрессоров: 1) фрустрации, 2) конфликты и 3) прессинг [33; 35; 37; 43; 82; 84; 117]. Все стрессоры – это требования приспособления, вызывающие в организме и личности определенный эффект (стресс) и стимулирующие усилия (копинги), направленные на его преодоление. Повседневная учебная деятельность студентов насыщена эпизодами, содержащими и обман надежд (фрустрации), и одновременное возникновение двух, или нескольких несовместимых потребностей, мотивов (в связи с чем возникают конфликты). Однако на уровне отдельных действий и конкретных целей стрессоры предстают как прессинг, вынуждающий субъекта придерживаться определенного темпа, развивать усилия, менять направление деятельности, противостоять усталости, работать в условиях повышенной ответственности и т.п. Чрезмерный прессинг истощает копинговые ресурсы, перенапрягает защитные механизмы, что, в свою очередь, делает поведение дезадаптивным. Пребывание на лекции, подготовка

домашних заданий, выступление на семинарских занятиях, сдача экзаменов для многих студентов приобретают характер прессинга, вызывающего напряженность и стресс [109; 110; 170], а, следовательно, и утрату здоровья.

Психологическое здоровье – это динамическая характеристика индивидуальности [61]. У студентов оно отражает и обуславливает способность ставить в рамках учебной деятельности достижимые смыслообразующие цели и реализовывать их, осуществляя саморегуляцию и согласовываясь с требованиями учебного процесса и, более широко – социокультурной и природной среды.

К.Д. Аллед и Т.В. Смит в эксперименте со студентами мужского пола подтвердили важность «адаптивного познавательного стиля», который был присущ испытуемым с высокой жизнестойкостью, в их противостоянии болезненным ощущениям и переживаниям, связанным с хроническим высоким напряжением. Такой стиль познавательной деятельности, по мнению исследователей, снижает до нормального уровень психофизиологического возбуждения. Независимыми переменными в их эксперименте были уровень жизнестойкости (высокий / низкий) и условия выполнения учебно-познавательной задачи (условия высокой ответственности / условия незначительной ответственности). Зависимой переменной, по которой судили о возможном снижении психологического здоровья, было содержание самоописаний и самооценок студентов. Студенты с высокой жизнестойкостью существенно превосходили сверстников по уровню психологического здоровья в условиях напряженной и ответственной учебно-познавательной деятельности. Это выразилось у первых в отсутствии уничижительных самоописаний и в устойчивости самооценки [302].

Д.Е. Кларк изучал подверженность стрессам и саногенные навыки у 283 студентов, обучающихся в разных университетах Новой Зеландии. У испытуемых регистрировались также показатели локуса контроля, жизнестойкости, тип индивидуальности (А / В). Удалось обнаружить, что индивидуальные различия по степени подверженности стрессам могли быть надежно предсказаны сочетанием показателей возраста и жизнестойкости: более эффективные навыки поддержания здоровья выявлены у младшей группы студентов с выраженным профилем жизнестойкости [315].

В сравнительном исследовании студентов колледжа и лиц, обратившихся за психологической помощью [336] было установлено, что жизнестойкость играет роль буфера, смягчающего воздействие факторов дистресса (тяжелые переживания, обусловленные алкоголизмом родителей, неспособность воспринять социальную поддержку и др.). Буферную роль жизнестойкости, снижающую вероятность возникновения заболеваний, обусловленных излишней психической напряженностью, подчеркивали Д. Кошаба и С. Мадди [338]. Жизнестойкость взрослого человека имеет свои antecedенты (причинные события) в раннем детском опыте (высокая самооценка ребенка, способность семейной системы компенсировать нарушение его душевного равновесия, активность родителей, вовлечение ребенка в жизнь семьи).

У студентов-геологов жизнестойкость оказалась тесно связанной со степенью активности в преодолении отчуждения в различных социальных контекстах при взаимодействии с окружающими людьми [344].

С. Мадди и Д. Кошаба, исследуя студентов, пришли к выводу о том, что жизнестойкость может выступать в роли «общего знаменателя» психического здоровья. Показатель жизнестойкости отрицательно коррелировал показателем негативной аффективности и с большинством шкал ММРІ, показывающих психопатологические тенденции [346]. В эксперименте, проведенном на студентах [383] выявлены положительные корреляции между жизнестойкостью, конструктивными формами копинга (проблемно ориентированным совладанием) и высокой самооценкой здоровья. Показатели жизнестойкости опосредовали отношение к болезни и отрицательно коррелировали с выраженностью неадекватных способов преодоления проблем. В исследовании [382] была показана модулирующая роль жизнестойкости при переживании студентами стресса. Студенты и студентки с низкой и высокой жизнестойкостью решали задачу оценивания разного рода угроз и источников напряжения в их жизни. Испытуемые с более высокими показателями жизнестойкости, были более терпимыми по отношению к стрессу, вызванному данным заданием. Они оценили задание как менее угрожающее, а свои эмоции, возникшие под его влиянием – как более положительные и менее отрицательные, чем испытуемые с низкой жизнестойкостью. При этом степень жизнестойкости сказалась на величине роста частоты

сердечных сокращений при решении экспериментальной задачи (сердечные сокращения были более частыми у студентов с высокой жизнестойкостью). У студенток влияния уровня жизнестойкости на частоту сердечных сокращений при решении экспериментальной задачи не обнаружено.

Авторы исследования [370] предложили большой группе студентов (600 человек) вспомнить события их жизни за последний год и проранжировать эти события по степени желательности, управляемости и предсказуемости. Все испытуемые были продиагностированы с помощью тестов жизнестойкости и склонности к поведению типа А («коронарный» тип индивидуальности). Установлено, что при низкой жизнестойкости испытуемые были склонны аккумулировать в памяти следы «нежелательных» событий. Склонные к поведению типа А воспринимали события своей жизни как умеренно управляемые, или вообще не поддающиеся контролю, причем, независимо от степени их желательности. Студенты с высокой жизнестойкостью большую часть событий в своей жизни охарактеризовали как «желательные» и «управляемые».

Применение множественного регрессионного анализа при оценке роли показателей жизнестойкости в принятии студентами профилактических в отношении здоровья мер показало, жизнестойкость способствует поведению, снижающему риск заболевания [363].

Таким образом, имеются многочисленные свидетельства того, что благодаря жизнестойкости человек может активно и гибко действовать в ситуации стресса и трудностей. Она снижает уязвимость к переживаниям стресса и депрессивности. Жизнестойкость – это важный фактор профилактики риска нарушения работоспособности и развития соматических и психических заболеваний в условиях стресса: она как бы создает «иммунитет» к тяжелым переживаниям и одновременно способствует оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги. Существенно также то, что жизнестойкость влияет не только на оценку ситуации, но и на активность человека в преодолении этой ситуации (выбор копинг-стратегии).

На основе теоретического анализа проблемы можно сделать следующие выводы.

1. Здоровье – это многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия и включающий в себя качественно различные компоненты. Попытки позитивного определения психологического здоровья концентрируют внимание исследователей не столько на недугах и внутренних конфликтах, сколько на способности человека сохранять душевное благополучие и хорошее самочувствие благодаря активизации культурных, социальных и внутриличностных механизмов поддержания здоровья. История психологии свидетельствуют о существовании трех основных объяснительных схем (дискурсивных моделей) понимания психологического здоровья: модели согласованности и гармонии, модели адаптации и модели раскрытия духовно-творческого потенциала. Первая модель психологического здоровья опирается на парадигму равновесия противоположных тенденций в психике. Эти тенденции у разных авторов трактуются по-разному: как разные потребности, черты характера, способности, уравнивающие друг друга мировоззренческие установки, личностных начала и т.п. Адаптационная модель усматривает сущность здоровья в способности к индивидуальному и социальному приспособлению к некой норме функционирования, задаваемой извне. Модель раскрытия потенциала делает акцент на свободе развития личности и ее открытости новому опыту.

2. Стремление раскрыть механизмы обретения, поддержания и укрепления здоровья привело к появлению многообразия понятий, которые используют разные исследователи, и которые отражают полисистемность здоровья, его многоуровневость, многокачественность и одновременную включенность во множество разноплановых причинно-следственных связей. К таковым относятся выживание, устойчивость личности, ее гармония, субъективное благополучие, забота о себе, психологические защиты, стратегии и стили совладания со стрессом, адаптационный и личностный потенциал, ресурсы, восприятие социальной поддержки, атрибутивный стиль, саногенные аспекты Я, здоровьесберегающие личностные качества, внутренняя картина здоровья, жизнестойкость.

3. Жизнестойкость опосредует влияние стрессогенных факторов на психологическое здоровье и проявляется как способность человека выдерживать ситуацию острого или хронического стресса, сохранять внутреннюю сбалансированность, не снижая при этом качества и успешности деятельности. В многочисленных экспериментальных исследованиях доказана буферная роль как жизнестойкости в целом, так и ее отдельных компонентов – вовлеченности, контроля и принятия риска. Благодаря жизнестойкости становится возможной оценка стрессоров как умеренных по интенсивности и разрушительности, а также таких, с которыми субъект может совладать. Сниженная жизнестойкость сопряжена с поведением типа А, с высокой тревожностью, с повышенной вероятностью возникновения серьезных заболеваний, с плохой переносимостью монотонии в деятельности, со склонностью к неконструктивным формам копинга, со снижением работоспособности и т.п. Жизнестойкость – переменная, определяющая отношение к здоровью, образ собственного здоровья у студентов.

4. Трудности в учебной деятельности, подверженность разного рода стрессам в условиях учебы в вузе подчеркивают, прежде всего, студенты со сниженной жизнестойкостью. Они также отмечают у себя хроническую напряженность во время учебы в вузе, дефицит саногенных навыков, непереносимость умеренных по интенсивности и частоте стрессов учебной деятельности, а также стрессов, вызванных повышенными учебными нагрузками. Вместе с тем, при обилии эмпирических данных и теоретических умозаключений все же ощущается нехватка исследований, в которых жизнестойкость студентов рассматривалась бы как системный фактор, преломляющий воздействие на образ собственного здоровья личностных, мотивационных, поведенческих и интерактивных переменных.

ГЛАВА II

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕТОДИЧЕСКАЯ БАЗА ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методологические принципы исследования

Основные принципы данного исследования определялись спецификой решаемых задач, и прежде всего – изучением содержательно структурных аспектов внутренней картины здоровья, формирующейся у студентов в процессе учебной деятельности в условиях вуза.

Данное исследование строилось на принципах *системного* подхода, который предполагает рассмотрение объекта как сложного, многомерного и многоуровневого образования, имеющего внутреннюю структуру и включенного во множество внешних связей [12; 22; 136; 276 и др.]. Представления о своем здоровье включают систему взаимосвязанных обобщенных и конкретных образов и оценок, на основе которых строится субъективное переживание человеком уровня своего здоровья. Образ своего здоровья включает в различной степени сформированные и по-разному взаимосвязанные когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, в большей, или меньшей степени соответствующие объективному состоянию здоровья. Образ собственного здоровья регулирует соответствующие эмоциональные переживания и детерминирует стратегию поведения (укрепляющую, или разрушающую здоровье). Поддержание студентами оптимального для них образа здоровья – особая задача, для решения которой используются разнообразные внутренние (жизнестойкость, свойства личности, мотивация, копинг-стратегии, стиль атрибуции успехов и неудач, убеждения и общие представления о жизни и о себе, уровень самоуважения, осознание своих эмоциональных переживаний и побуждений, саногенные навыки и т.п.) и внешние (Значимый Другой, референтная группа, развивающая окружающая среда, условия обучения и воспитания в вузе и др.) ресурсы. Таким образом, выбор студентами поведенческой стратегии в направлении здоровья или болезни основан на самооценках здоровья, представляющих собой системный эффект одновременного влияния множества факторов.

Системный подход недостаточен для всеобъемлющего психологического исследования здоровья студентов и роли жизнестойкости в его обеспечении. Принцип системности, даже будучи последовательно реализованным, сам по себе не может определить, что именно в каждом конкретном случае является системой, подсистемой, отдельными компонентами подсистемы и их взаимосвязями [40]. Поэтому в нашем исследовании системный подход реализовывался в совокупности с другими, более конкретными подходами и теориями. Исследование базировалось также на принципах *деятельностного* и *субъектно-деятельностного* подходов.

В организованном нами эмпирическом исследовании проверялись такие предположения:

1. Уровень жизнестойкости у студентов связан с особенностями внутренней картины здоровья вообще, и с самооценками здоровья в отдельных сферах и субсферах, – в частности.

2. Представления студентов о своем здоровье структурируются особенностями и чертами личности, профилями чрезмерно акцентированных мотивационных тенденций (невротическими наклонностями), стратегиями и стилями совладающего со стрессами поведения, особенностями атрибутивного стиля, ассортиментом воспринимаемых источников социальной поддержки и специфической чувствительностью к хронически действующим прессингам (стресс-факторам учебной деятельности в вузе). Проявление данных факторов во внутренней картине здоровья студентов опосредуется жизнестойкостью в целом, а также ее отдельными параметрами (включенностью, контролем, принятием риска).

3. Оптимизация внутренней картины здоровья (и, соответственно, отношения к своему здоровью) у студентов возможна с помощью коррекционно-развивающих влияний, направленных на усиление жизнестойкостных свойств личности.

2.2. Выбор и обоснование методик исследования здоровья студентов и факторов, его обуславливающих

Выбор и обоснование методик исследования особенностей внутренней картины здоровья студентов, а также факторов, существенно важных для становления образа собственного здоро-

вья, делались на основе проведенного нами теоретического анализа проблемы. Обобщение результатов основных теоретических и экспериментальных работ по данной проблеме привело к выделению следующих психологических факторов здоровья студентов: высокая жизнестойкость; конструктивные стратегии и стили совладения со стрессорами и трудностями; оптимистический атрибутивный стиль; толерантность по отношению к стрессорам учебной деятельности (прессингам, действующим хронически); личностные качества и мотивационные тенденции; умение воспользоваться внешними источниками пополнения ресурсов личности (социальной поддержкой). С учетом теоретических обобщений и на основе собственного пилотажного исследования был сформирован пакет психодиагностических инструментов, в который вошли следующие методики.

Методика изучения уровня здоровья в разных сферах и субсферах – опросник ВОЗКЖ-100 (Опросник Качества Жизни, версия Всемирной Организации Здравоохранения) состоит из вопросов, которые отражают особенности восприятия человеком разных аспектов своей жизни [65]. ВОЗКЖ-100 создавался международным коллективом авторов, среди которых были психологи, социологи, медики. Он разрабатывался одновременно на нескольких мировых языках в 15 исследовательских центрах Европы, Северной и Центральной Америки, Азии, Африки, Австралии, в странах с различным экономическим уровнем и разными культурными традициями. Создатели методики из разных стран пользовались единой методологией его разработки (WHOQOL Group, 1993), благодаря чему данный опросник позволяет осуществлять кросс-культурные сравнения. Опросник измеряет качество жизни, связанное со здоровьем. Он чувствителен к любым изменениям в состоянии здоровья испытуемых. Валидизация опросника производилась в широкомасштабном пилотажном исследовании международным коллективом ученых при участии 4500 больных и здоровых респондентов 15 регионов всех континентов. Опросник имеет модульную структуру. В нашем исследовании использован только ядерный модуль, измеряющий те аспекты здоровья и качества жизни, которые являются общими для всех людей. Предлагалось 100 утверждений, по отношению к которым испытуемому надо было воспользоваться 5-балльной шкалой Лайкерта по принципу «1 – совсем нет... 5 – предельно много

(трудно, сильно)» (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1). Специфические модули не применялись, так как они предназначены для оценки качества жизни тех, кто имеет какие-либо болезни, или живет в особых условиях.

Опросник позволяет оценить индивидуальное восприятие респондентом своего здоровья в сферах: 1) физические функции, 2) психологические функции, 3) уровень независимости, 4) социальные взаимоотношения, 5) окружающая среда, и 6) духовность. Выбор этих шести сфер проявления здоровья теоретически обоснован создателями методики и основывается на обширных литературных данных.

Каждая из сфер проявления здоровья человека определенным образом структурирована (т.е. делится на «субсферы»). Так, физическая сфера включает в себя (а) физическую боль и дискомфорт, (б) жизненную активность, энергию и усталость, (в) сон и отдых. Структура психологической сферы такова: (а) положительные эмоции, (б) мышление, обучаемость, память и концентрация внимания, (в) самооценка, (г) образ тела и внешность, (д) отрицательные эмоции. Уровень независимости как сфера проявления здоровья, состоит из таких субсфер, как (а) подвижность, (б) способность выполнять повседневные дела, (в) зависимость от лекарств и лечения и (г) способность к работе. Здоровье в сфере социальных отношений структурируется на: (а) личные отношения, (б) практическую социальную поддержку и (в) сексуальную активность. В сферу проявления здоровья человека в связи с окружающей средой входят: (а) физическая безопасность и защищенность, (б) окружающая среда дома, (в) финансовые ресурсы человека, (г) доступность и качество медицинской и социальной помощи, (д) возможности для приобретения новой информации и навыков, (е) возможности для отдыха и развлечений и их использование, (ж) климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума, (и) транспорт. Здоровье в духовной сфере проявляется как духовность, функционирование личных убеждений, возможность переживать религиозные чувства.

Методика изучения жизнестойкости личности. Жизнестойкость представляет собой систему сформировавшихся у человека убеждений о самом себе, об окружающем мире и взаимоотношениях с ним. Система убеждений образует особый профиль

стойкой личности, который включает в себя три компонента: 1) преданность (вовлеченность), 2) контроль, и 3) вызов (принятие риска, готовность рисковать). Три компонента жизнестойкости, а также суммарный показатель, диагностировались с помощью Теста жизнестойкости – русскоязычной адаптации опросника Hardiness Survey, выполненной Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой [130].

Исходная англоязычная версия этой методики, стандартизированная более чем на 6000 испытуемых, по свидетельству С. Мадди и Д. Кошабы [353], характеризуется согласованностью (α Кронбаха для показателя вовлеченности варьирует в разных исследованиях от 0,70 до 0,75, для показателя контроля – от 0,61 до 0,84, для показателя принятия риска – от 0,60 до 0,71 и для суммарного показателя – от 0,80 до 0,88). Ретестовая надежность – на уровне 0,58 (через 3 мес.) и 0,57 (через 6 мес.). Убедительно доказана конструктивная валидность опросника: показатели жизнестойкости положительно коррелируют с конструктивными копингами, креативностью, способностью к адекватной оценке ситуации [352], осознанностью, увлеченностью деятельностью и погружаемостью в «Поток» (в том смысле, в котором его понимает М. Чиксентмихайи) [274; 275]. В то же время многократно отмечалась отрицательная связь жизнестойкости с некоторыми шкалами ММРІ, выражающими клиническую симптоматику (шкалы психастении, депрессии, паранойи, тревожности, шизофрении, зависимости и др.) [346; 352], со склонностью к поведению типа А (обуславливающему сердечно-сосудистые заболевания) [348], с уровнями напряжения (в том числе и регистрируемыми объективно – по показателям артериального давления) [10; 377], с частотой употребления алкоголя, наркотиков (у подростков) [347], с глубиной культурного шока у иммигрантов, со склонностью к гневу [349], с интенсивностью посттравматических расстройств и т.п. Сниженная жизнестойкость выступает как влиятельный предиктор развития соматических заболеваний у людей, находящихся в состоянии стресса, а высокая – как фактор успешного противостояния отчаянию, чувству бессмысленности существования и ощущению беспомощности у неизлечимо больных [349].

Опроснику присуща дискриминантная валидность: регрессионный анализ подтверждает несовпадение (а значит и самостоятельную научную и практическую ценность) конструкта «жизне-

стойкость» с такими явлениями, как 1) религиозность, 2) устойчивость, 3) самооффективность, 4) чувство когеренции (связности), 5) оптимизм, 6) шкалы Большой Пятерки.

Удовлетворительна также и экологическая валидность методики: показатели жизнестойкости достаточно точно предсказывают успешность в разных видах деятельности – спортивной [320], консультативной [352] и др., а также деятельности в монотонных и стрессовых условиях [374].

Русскоязычная версия опросника состоит из 45 пунктов, содержащих прямые и обратные вопросы. По данным Д.А. Леонтьева, устойчивость, определенная методом ретеста на выборке апробации в 51 чел. колебалась в границах от 0,79 до 0,90 для разных субшкал и шкалы в целом. Согласованность по критерию α Кронбаха была такой: для компонента вовлеченности – 0,85, для компонента контроля – 0,87, для компонента принятия риска – 0,69, а для всей шкалы в целом – 0,92. При проверке конструктивной валидности опросника обнаружены положительные взаимосвязи его показателей с показателем чувства связности по Антоновскому [303; 304], пятью субшкалами Теста Смыслоразнозначных Ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [127], с индексом целеустремленности по Р. Эммонсу [291], с показателем ориентации на действие при принятии решения по Ю. Кулю [115; 153; 173; 280; 342].

Методика исследования невротических наклонностей личности. Одним из важных внутренних факторов утраты психического здоровья являются невротические наклонности личности. В невротических наклонностях проявляется внутренняя скованность и несвобода человека, его приверженность к ригидным, строго определенным способам взаимодействия с окружающей средой. В какой-то степени невротические наклонности задают стилевые и содержательные характеристики обращения человека с самим собой, определяют приемлемые и неприемлемые цели, способы самоутверждения, «зону комфорта» при действии внешних и внутренних раздражителей.

Истоки невротических наклонностей обнаруживаются в детстве. Ребенок, оказавшись в психологически неблагоприятных условиях, стремится справиться с тревогой, страхом и чувством беспомощности. Он вырабатывает определенную жизненную позицию и бессознательно придерживается некой линии поведения,

которая со временем превращается в устойчивую личностную черту [268]. Такого рода черты, возникнув внутри системы значимых семейных отношений, могут проявляться также и в иных системах отношений, в частности, в отношениях с товарищами по учебе (у школьников, студентов), в профессиональных отношениях, в отношениях партнеров по браку.

Невротические наклонности в аварийном порядке помогают человеку решить сиюминутные проблемы и преодолеть частные трудности, вызванные тревогой и неуверенностью в той или иной социальной ситуации. Однако они препятствуют его росту, так как замыкают человека в определенном круге социальных сценариев. Под влиянием невротических наклонностей субъект, вместо того, чтобы развивать и проявлять свою индивидуальность, начинает стремиться к ложной цели – превзойти других [5]. Из-за того, что субъект «играет не свою роль», его моральные проблемы не получают конструктивного (т.е. реалистичного, а не иллюзорного) разрешения. Человек сосредоточивается на зоне фантазии [180; 181], ставит перед собой заведомо неразрешимые задачи [295]. Моральные проблемы становятся невротическими, не согласованными с требованиями духовности, т.е. невротическими. Активизируется цепочка искаженного невротического взаимовлияния компонентов личности: воля парализована, цели – призрачны, принятие решений не происходит. Человек чувствует себя незащищенным от влияний окружения, он переживает чувство вины и вынужден действовать в ограничивающих его личность рамках социальных ролей.

Невротические наклонности основаны на псевдоценностях, так как «уводят в пустоту и бессмысленность», препятствуют контакту человека со своей Person, мешают переживанию чувства экзистенциальной исполненности [139; 141]. Любая деятельность (учебная, трудовая, коммуникативная и др.), побуждаемая и регулируемая невротическими наклонностями, переживается как недобровольная, навязанная субъекту извне. Мотивы такой деятельности субъект не может соотнести с собой, т.е. она не обладает для него настоящей ценностью.

Проблема классификации невротических наклонностей глубоко разработана в трудах К. Хорни [268]. По мнению этой исследовательницы, невротические наклонности большей частью бессознательны. Это означает, что человек, в лучшем случае, в со-

стоянии осознать лишь их влияние на свое поведение, но не сами эти склонности. Невротические склонности – это своего рода «тиски», рамки, ограничивающее влияние которых на свою жизнь человеку неизвестно. Невротические склонности весьма навязчивы. Будучи фрустрированными, они вызывают тревогу, подталкивая человека к поведению, укрепляющему соответствующую невротическую склонность. Сознание, управляемое невротической склонностью, становится нечувствительным к подлинным интересам и целям человека. Главным в жизни становится второстепенное и несущественное (например, стремление вызвать у окружающих яркое впечатление о себе вместо действительного развития серьезных отношений, озабоченность наведением порядка и внешнего лоска на рабочем месте вместо продуктивной деятельности и решения трудовой задачи и т.п.).

Феноменологически невротические склонности открываются субъекту как некое смутное переживание, бессознательное долженствование. Человек чувствует, что должен в значимых ситуациях придерживаться установленной линии поведения. В противном случае ему грозит неминуемая опасность (критика, фрустрация, утрата статуса, значимой роли, авторитета, здоровья, уважения со стороны окружающих, сумасшествие и др.).

К. Хорни выделяла следующие виды невротических склонностей (потребностей) [268]: 1) *в любви, привязанности и одобрении* (субъект стремится угождать и нравиться другим, любой ценой оправдывать их ожидания, забывая о себе); 2) *в «руководящем» партнере* (субъект делегирует ответственность за свою жизнь другому человеку, – «партнеру», успешная манипуляция которым отныне становится важнейшим умением и задачей субъекта); 3) *в заключении своей жизни в узкие рамки* (субъект всячески умаляет свое честолюбие, хочет довольствоваться малым, стремится быть незаметным); 4) *во власти* (субъект стремится господствовать над другими с помощью интеллекта, воли); 5) *в эксплуатации других* (субъект в любом взаимодействии ищет выгоды и преимуществ для себя за счет других людей, расценивая их лишь с точки зрения полезности); 6) *в престиже и общественном признании* (субъект желает, чтобы ему завидовали; для него главное – быть собственником «престижных» предметов и иметь связи с «престижными» людьми); 7) *в восхищении собой* (субъект желает, чтобы им восхищались; он нарциссичен, утрата восхище-

ния унижает его); 8) *в личных достижениях*; (субъект стремится во всем превзойти других, «взять над ними верх» любой ценой, «быть первым»); при этом он испытывает полуосознанный страх неудачи); 9) *в самодостаточности и независимости* (субъект подчеркивает, что он никогда и ни в чем не нуждается, не поддается чьему-либо влиянию; он дистанцируется от людей, считая, что чрезмерное сближение быстро приводит к зависимости от других); 10) *в достижении совершенства и неуязвимости* (субъект желает избавиться от всех своих недостатков, боится совершить ошибку, хочет быть предельно точным и совершенным во всех своих действиях, мыслях и чувствах).

Отдельные виды невротических наклонностей могут образовывать «агрегаты», синтезы в структуре характера человека. Так, гипертрофированные потребности в любви и привязанности, в «руководящем партнере» и в заключении своей жизни в узкие рамки часто встречаются вместе. У них общая основа – убежденность субъекта в собственной слабости. Если человек верит в то, что главное в жизни – достичь превосходства над другими, то в структуре его характера объединяются потребности в признании и престиже, в восхищении своей особой и в желании во что бы то ни стало опередить всех.

Всем невротическим наклонностям можно поставить в соответствие так называемые «нормальные» эквиваленты побуждений. Так, хорошо адаптированным и душевно здоровым людям нравится в чем-то опережать других, слышать хорошие отзывы о себе, иметь достижения в каких-то сферах деятельности, эффективно контролировать определенные аспекты собственной жизни и жизни общества, иметь близкие отношения и в то же время сохранять независимость (до известных пределов). Однако невротические наклонности, в отличие от здоровых, лишены спонтанности и смысла, содержат много элементов иллюзорности [268]. Формируясь, они постепенно превращаются в постоянно действующий внутренний (личностный) фактор психического нездоровья и неадекватности.

К. Хорни выделяет пять аспектов негативного влияния невротических наклонностей на душевное здоровье и жизнь человека. *Во-первых*, они приводят к появлению некоторых дополнительных («подстраховывающих») форм поведения, чувств и отношений. Так, в поведении человека, заключившего свою жизнь в

узкие рамки, акцентуируется уступчивость, а в эмоциональном мире субъекта с гипертрофированной потребностью в независимости постоянную прописку получает страх вторжения извне, утраты дистанции, близости, включения в общность. Г.С. Кочарян и А.С. Кочарян анализируя сексуальные дисфункции, описали синдром «тревожного ожидания и сексуальной неудачи», динамика которого включает в себя формирование таких дополнительных мыслей, чувств, отношений и форм поведения («приковывание» внимания и гиперконтроль сексуального сближения, «уклоняющееся мышление», «переопределение ситуации» и т.п.) [103]. *Во-вторых*, невротические наклонности существенно влияют на Я-концепцию человека, делая ее неустойчивой и наполняя элементами иллюзорности. *В-третьих*, они искажают восприятие субъектом других людей. Информация о партнере по общению подвергается существенной фильтрации и искажению в направлении, задаваемом той, или иной гипертрофированной наклонностью (группой наклонностей). *В-четвертых*, закрепившись в структуре характера, невротические наклонности образуют систему внутренних неосознаваемых запретов на то, чтобы иметь определенные мысли, переживать чувства и проявлять поведение, противоречащее той, или иной невротической наклонности. Субъект становится внутренне скованным. *В-пятых*, невротические наклонности, как часть личности, образуют вокруг себя систему психологических защит и оправданий, которые, в свою очередь, способствуют разрастанию иллюзий о мире и о себе, требуют все больших энергозатрат на поддержание себя.

Невротические наклонности – это закрепленные в личности на уровне черт, глубоко индивидуализированные способы противостояния угрожающим вызовам среды. Они являются источником кажущегося смысла [111]. Если мотивы учебной, коммуникативной деятельности, деятельности саморазвития и самосовершенствования (спорта, самовоспитания и т.п.) студентов базируются на невротических наклонностях, то такие деятельности становятся источником хронического стресса, истощают человека духовно и физически, делая его нездоровым. Использовался опросник невротических наклонностей, разработанный М.А. Кузнецовым [111] (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2). Опросник, включающий в себя десять шкал, дает возможность оценить степень выраженности у испытуемых десяти, выделенных и описанных

К. Хорни невротических наклонностей. Опросник создавался с опорой на текст монографии К. Хорни, в которой содержится не только концепция невротических наклонностей личности, но и операционализация основных понятий и конструктов данной концепции [268]. Формулировка большинства пунктов опросника в точности повторяет, или очень близка к формулировкам и характеристикам, данным К. Хорни той, или иной невротической наклонности. Стандартизация данного опросника, выполненная в свое время М.А. Кузнецовым на группе студентов в 456 чел., свидетельствует о достаточно высокой внутренней согласованности всех шкал (коэффициент α Кронбаха для разных шкал колебался в пределах от 0,72 до 0,84). При определении ретестовой надежности при участии 42 испытуемых коэффициенты корреляции между первым и вторым тестированием (спустя 3 мес.) по отдельным шкалам варьировали от 0,68 до 0,76. При определении конструктивной валидности обнаружены значимые корреляции ряда шкал опросника невротических наклонностей с опросником EPQ Г. Айзенка, с некоторыми шкалами опросника 16PF Р. Кетелла (форма С), с уровнем невротизации по Л.И. Вассерману и со шкалой экспресс-диагностики уровня невротизации (УН), разработанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Используемая в настоящем исследовании версия опросника состоит из 50 прямых утверждений (по 5 в каждой шкале).

Методика диагностики стратегий и стилей преодоления.

Теоретические концепты и эмпирические данные, наработанные в последнее время в исследованиях адаптационных механизмов личности, защитного и совладающего поведения [33; 56; 106; 165; 166; 187; 189; 195; 223; 230] недвусмысленно свидетельствуют о значимости этих механизмов для понимания здоровья. Н.А. Русина в связи с этим пишет: «У больных людей в отличие от здоровых адаптационные ресурсы снижены (защитные механизмы незрелы и неэффективны, а копинг-ресурсы недостаточны)» [204, с. 201].

Для диагностики копинг-стратегий, а также стилей преодоления в нашей работе использовался опросник «Способы преодоления негативных ситуаций» для лиц юношеского возраста (СПНС), разработанный Т.В. Маликовой, Л.А. Михайловым,

В.П. Соломиным и О.В. Шатровой [187]. Под стратегией преодоления авторы понимают актуальный ответ личности на требования негативной ситуации. Это специфическая комбинация способов преодоления, т.е. действий, предпринимаемых субъектом в ситуации психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию и разворачивающихся в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. На каждый из 25 утверждений опросника испытуемый выбирает один из пяти ответов, обозначенных баллами от 0 – «никогда»... до 4 – «очень часто». Сырые баллы переводятся в стеньы, благодаря чему определяется степень выраженности пяти видов копинга:

- «поиск поддержки» – обращение за поддержкой вообще, поиск информации и обращение к специалистам, пассивное сотрудничество, религиозность (обращение к Богу);

- «повышение самооценки» – уход из поля проблемной ситуации путем переключения внимания на что-то другое (например, на прошлые успехи и достижения), или кого-то другого (например, на семью и друзей);

- «самообвинение» – проявление «смирения», склонность уходить от проблемы, отказываться от попыток изменить ситуацию;

- «анализ проблемы» – обдумывание проблемной ситуации с целью найти выход; она рассматривается как шанс увидеть новые возможности, изменить жизненные установки и ценности (нахождение смысла случившегося);

- «поиск виновных» – стремление искать ее вовне.

При стандартизации опросника авторам удалось выявить нормы (в баллах) по каждой из шкал, а также определить (в стеньах) критерии отнесения испытуемого к низкому, среднему и высокому уровням проявления каждого из пяти видов копинга. Пункты опросника достаточно согласованы между собой: α Кронбаха для всей методики в целом – 0,709; отдельно по пунктам α при удалении колеблется от 0,715 до 0,682. Мы самостоятельно провели проверку надежности данной методики методом ретестирования через 3 недели на 56 испытуемых и обнаружили такие коэффициенты корреляции r_{xy} по отдельным шкалам: поиск поддержки – 0,84; повышение самооценки – 0,77; самообвинение – 0,82; анализ проблемы – 0,79; поиск виновных – 0,82.

Данная методика использовалась также для группирования испытуемых по преобладающим стилям совладания. Для этого

использовался кластерный анализ методом k-means. Под стилем в психологии обычно понимают устойчивый целостный паттерн индивидуальных проявлений человека. Стилль проявляется в предпочтении конкретной формы взаимодействия субъекта с физической и социальной средой. Это устойчивое, типичное для конкретного человека своеобразие его произвольной активности [162]. Стилль имеет внутреннюю и внешнюю структуру – определенный тип связи между разными параметрами индивидуальности, с одной стороны, и между этими параметрами и ситуативными переменными – с другой. Тем самым, стилль выполняет две основных функции – «сопрягающую» (соединяет формально-динамические и содержательные характеристики индивидуальности) и «компенсирующую» (обеспечивает приспособление человека к изменяющейся внешней среде) [133; 227]. Поэтому он является формой выражения интегральной индивидуальности [160; 191].

Одним из первых в отечественной психологии стилевые характеристики человека стал изучать Е.А. Климов, который сформулировал понятие индивидуального стиля деятельности – индивидуально своеобразной системы психологических средств, «...к который сознательно или стихийно прибегает человек в целях наилучшего уравнивания своей (типологически обусловленной) индивидуальности с предметными, внешними условиями деятельности» [85, с. 211]. Е.П. Ильин под стилем деятельности понимает систему наиболее эффективных способов и приемов ее организации. В его исследованиях показано, что соотношение между стилем и эффективностью деятельности может складываться по-разному: в одном случае человек выбирает такой стилль, который не соответствует требованиям деятельности, но точно отражает типологические особенности нервной системы человека; в другом – стилль выбирается исходя из особенностей ситуации и требований деятельности; в третьем – типологические свойства нервной системы и требования деятельности гармонически сочетаются [77]. Можно предположить, что такие варианты соотношения стиля и эффективности деятельности могут по-разному отражаться на физическом, психическом и душевном здоровье человека.

Копинг-стилль отличается от копинг-стратегии по ряду параметров: конструкт «стилль» сформировался главным образом при

реализации диспозиционального подхода к личности, а «стратегия» – интеракционистского. Стиль – это обобщенная, типическая характеристика человека, а стратегия – частная, специфическая. По отношению к ситуации стиль кросситуативен, тогда как стратегия – это единичный показатель взаимодействия человека с конкретной ситуацией. Стили более устойчивы, а стратегии – вариативны. Стиль отличается большей жесткостью, а стратегия – гибкостью. Посредством стиля проявляется тенденция к фиксированному типу поведения, а в стратегии выражается способность человека выбрать способ поведения в зависимости от субъективных факторов и требований ситуации. Стиль менее дифференцирован, чем стратегия. В нем имеет место «сцепленность разноразноуровневых индивидуальных параметров», а стратегия – это «дифференцированность интраиндивидуальных параметров» [227]. Стиль проявляется в поведении как симптомокомплекс поведения, а стратегия – как репертуар подстратегий. Стиль детерминирован преимущественно формально-динамическими психофизиологическими особенностями индивида, а стратегия – преимущественно психологическими компетентностями, полученными знаниями, сформированными умениями и навыками [134].

Стилевые проявления в перцептивной и умственной сферах человека привели к выработке и операционализации понятия «когнитивного стиля» – индивидуальной манеры приема, переработки и использования информации (с выделением таких параметров, как «полезависимость / полenezависимость», «аналитичность / синтетичность», «импульсивность / рефлексивность», «когнитивная простота / сложность», «широта / узость категорий», «терпимость / нетерпимость к нереалистичному опыту, «широкий / узкий диапазон эквивалентности», «ригидность / гибкость познавательного контроля», «сглаживание / подчеркивание различий», «сфокусированность / расфокусированность внимания», «концептуальный стиль», «сильная / слабая автоматизация» и др.), которые также коррелируют с особенностями психического здоровья и переживанием благополучия у человека [266].

По мере реализации субъектного принципа и субъектного подхода в психологии получили широкое распространение исследования индивидуального стиля реализации активности и ее компонентов (приемов, способов, форм поведения, общения, познания, эмоционального переживания, практических действий и

т.д.), а также стилевой саморегуляции [162]. Особым исследовательским направлением является изучение стилей совладающего со стрессом поведения [33; 84; 106; 134]. По В.А. Бодрову, стиль преодоления – это индивидуально-своеобразный и стереотипный способ действий по реализации задачи совладания. Он является привычным или предпочтительным способом решения задачи или преодоления кризиса конкретным человеком. Именно в контексте такого рода исследований наиболее отчетливо проявляется концептуальное пересечение проблематики психологии здоровья и совладающего поведения.

Выделяются разные варианты стилей совладания. Так, Л. Коэн и С. Рот выделили два полярных стиля копинг-поведения – «наступающий» и «избегающий». Люди, склонные к первому стилю в ситуации неприятности, угрозы и стресса ведут себя агрессивно, а вторые становятся нерешительными и покорными [317]. В работе И.Л. Дженис описаны такие стили совладания, как «Бесконфликтное соблюдение правил» (человек трудной ситуации действует по-старому, не обращая внимания на угрозу), «Бесконфликтное изменение правил» (человек, слушая советы других людей, часто меняет стратегии совладания), «Защитный уход» (избегание трудной ситуации как таковой), «Бдительность» (наиболее зрелый стиль, состоящий в сборе необходимой информации, своевременном внесении коррекции в поведение, беспристрастной оценке сигналов обратной связи и возможных альтернатив), и «Повышенная бдительность» (попытки выстраивать совладание в условиях эмоционального возбуждения с обосновательным принятием необоснованных решений в условиях временного снижения когнитивных возможностей) [335].

Сама болезнь, как таковая, может представлять собой трудную ситуацию, проблему, или стрессор, требующий совладания. Т. Миллон в связи с этим описывает восемь стилей совладания с болезнью (борьбы за здоровье), «...которые могут как способствовать болезни, так и справляться с ней» [361, с. 11]. Это: 1) «интровертированный» стиль (преодоление болезни состоит в попытках оставаться эмоционально уравновешенным, во что бы то ни стало), 2) стиль «минимизация» (синтез когнитивных стратегий, направленных на отвлечение внимания, рационализацию, отрицание проблемы), 3) «кооперативный» стиль (привлечение внимания других людей к себе и своей болезни в надежде полу-

чить поддержку, заботу), 4) стиль «общения» (интенсификация взаимодействий с другими людьми), 5) стиль «уверенности» (презрение другими людьми, высокомерие по отношению к ним на фоне обеспокоенности угрозой своему статусу и независимости со стороны болезни), 6) стиль «силы» (агрессивность, доминирование, враждебность, отказ от роли больного), 7) «стиль подчинения» (принятие роли слабого, предупредительность, конформность), 8) «сензитивный» стиль (самопожертвование, долготерпение).

В 3.3.2 описан использованный нами алгоритм выявления, а также диагностические признаки трех стилей совладания, выявленных нами у студентов («Поиск поддержки с акцентом на проблеме виновности», «Повышение самооценки с акцентом на решении проблемы» и «Повышение самооценки с акцентом на самоуспокоении»).

Методика диагностики стиля атрибуции успехов и неудач.

Люди достаточно последовательны в том, каким способом они объясняют себе причины различных событий, в частности своих удач и неудач. Пессимистический стиль объяснения – фактор риска для здоровья, особенно у людей преклонного возраста [368]. При доминировании пессимистического стиля атрибуции продолжительность жизни ниже [366]. В одном из исследований К. Петерсона, которое он провел совместно с М. Селигманом, была обнаружена связь между склонностью студентов давать плохим событиям глобальные и стабильные объяснения и подверженностью заболеваниям инфекционного и простудного характера. Тесно коррелировали также пессимистический атрибутивный стиль и количество посещений врача студентами за определенный промежуток времени [367].

По-видимому, пессимистический атрибутивный стиль влияет на отношение человека к своей болезни двояко. Во-первых, он блокирует попытки субъекта приступить к систематическим мероприятиям по профилактике возможных заболеваний. Человек не может обнаружить взаимосвязи между своим неправильным образом жизни и болезнью, которая из-за него может развиваться. Эта «слепота» подкреплена на уровне базовых убеждений верой в то, что болезнь – результат некоей случайности, судьбы, действия неподвластной человеку силы. Во-вторых, когда болезнь началась, такие люди не могут с ней эффективно бороться, так как не

верят в свои возможности как-либо повлиять на ее течение. Они ее трактуют, как некое наказание за свои проступки.

Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин и В.Ю. Шевяхова подчеркивают, что помимо всего прочего может сказаться также неспособность людей с пессимистическим атрибутивным стилем эффективно обратиться за социальной поддержкой [54]. Не случайно пессимистический атрибутивный стиль чаще наблюдается у лиц, чрезмерно вовлекающихся в стрессовые жизненные события, имеющих нездоровые привычки и сомневающих в возможности от них избавиться. Оптимистический атрибутивный стиль, наоборот, в отношении как благоприятных, так и неблагоприятных для субъекта ситуаций в исследованиях с применением регрессионного анализа выступает в качестве надежного предиктора, объясняющего от 18% до 55% дисперсии самооценок счастья, 38% дисперсии самооценок психического и физического здоровья [312; 313]. С высокими показателями позитивного оптимистического стиля связаны показатели, свидетельствующие о хорошем состоянии здоровья, а также общая продолжительность жизни вообще [369]. В свою очередь, как показывают лонгитюдные исследования, пессимистический стиль объяснения, не представляя собой особой опасности в молодости, превращается в существенный фактор риска для физического и психического здоровья в пожилом возрасте [368]. Есть, однако, проведенные именно на студентах исследования, в которых обнаружено, что испытуемые с пессимистическим стилем атрибуции приблизительно в два раза чаще обращаются к врачам [367].

В нашем исследовании использовался опросник стиля объяснения успехов и неудач для взрослых (СТОУН-В), разработанный Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осиным и В.Ю. Шевяховой [54] на основе опросника ASQ, созданного М. Селигманом, К. Петерсоном, Л. Абрамсон и Дж. Метальски. Он представляет собой набор из 24-х позитивных (успехи) и негативных (неудачи) жизненных ситуаций. Испытуемые: 1) представляли себе каждую ситуацию, 2) формулировали ее причину, 3) записывали причину, 4) оценивали причину по двум из трех параметров атрибутивного стиля – постоянства (стабильности), широты (глобальности) и контролируемости (контроля). Каждый испытуемый получал оценки по восьми показателям: общий показатель оптимизма, стабильность, глобальность, контроль, оптимизм в ситуациях

успеха, оптимизм в ситуациях неудачи, оптимизм в ситуациях достижения, оптимизм в межличностных ситуациях.

Методика обладает психометрическими свойствами, делающими ее надежным и валидным исследовательским инструментом: α -коэффициенты Кронбаха для разных шкал варьируют от 0,68 до 0,83. Доказана конструктивная валидность СТОУН-В. Показатели опросника тесно коррелируют: а) с самооффективностью личности, измеренной с помощью русскоязычной версии опросника Р. Шварцера и М. Ерусалема [283]; б) с показателями Теста смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [127]; в) с показателем личностного динамизма, измеренного с помощью опросника «Стремление к изменениям» Д.А. Леонтьева и Д.В. Сапронова [207] и др.

Методика диагностики черт личности. Взаимосвязи между состоянием здоровья и личностными характеристиками давно вызывают научный интерес [190]. Показано, что одни личностные конструкты (например, жизнестойкость [352], оптимистический атрибутивный стиль [211; 212], экстраверсия [8]) способствуют успешному противостоянию стрессовым ситуациям, а другие (например, интроверсия [8], высокий уровень невротизации [186] и др.) – наоборот, выступают в роли предикторов разнообразных заболеваний. Во многих определениях здоровья присутствует идея о том, что здоровье связано с личностными диспозициями.

Исследователи, работающие в русле так называемого каузального подхода к проблеме «Личность и здоровье» подразумевают, что личность является причиной (каузальным фактором) возникновения болезней. Считается, что болезни специфичны для людей с определенными личностными особенностями и что личность может играть определенную роль в этиологии определенных болезней. Так Ф. Александер предположил, что существует как минимум семь психосоматических заболеваний, обусловленных неосознаваемыми личностными причинами: гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит и тиреотоксикоз [9].

Сторонники другого подхода, концентрируясь на общем, сходном для большинства людей в возникновении болезней, видят в личности фактор, лишь опосредующий влияние на человека причин болезней. Личность может усиливать, или ослаблять

влияние каузальных факторов, вызывающих болезни. К числу таковых относятся факторы Большой Пятерки.

В соответствии с пятифакторной моделью личности выделяются пять параметров, по которым можно наблюдать индивидуальные различия между людьми: 1) экстраверсия, или открытость, 2) дружелюбие, или привязанность, 3) добросовестность, или самоконтроль, 4) нейротизм, или эмоциональная неустойчивость и 5) открытость опыту, или экспрессивность [120].

Модель Большой Пятерки – обобщенное отображение структуры личности, построенное на лексике естественного языка (прилагательных, обозначающих свойства личности). Прилагательные организованы в пятифакторную структуру (с шестью субшкалами для каждого фактора), полученную с помощью эксплораторного факторного анализа с использованием вращения варимакс [356 – 358]. Статистическая устойчивость (прочность) пятифакторной модели многократно доказывалась: пять факторов сравнительно легко идентифицируются при использовании разных методик, в самоочетах и свободных описаниях [171]. Аналоги этой структуры обнаруживаются в разных культурах [52] и возрастах [87].

На основе оценок по Большой Пятерке возможно предсказание черт характера, ассоциируемых со здоровьем [120; 241]. В работе [319] доказана возможность прогнозирования продолжительности жизни по параметру добросовестности. Г. Маршалл с коллегами проанализировал эффективность несколько часто используемых методик психодиагностики здоровья и выделил три фактора высшего порядка, суммарно объясняющих 61% общей дисперсии: 1) оптимистический контроль, 2) выражение гнева и 3) сдерживание гнева. Оказалось, что индивидуальные показатели испытуемых по этим трем факторам тесно коррелируют с факторами Большой Пятерки. Так, оптимистический контроль позитивно связан с экстраверсией, дружелюбием, добросовестностью и открытостью, и негативно – с нейротизмом. Выражение гнева, наоборот, с нейротизмом связано положительно, а с открытостью, добросовестностью и дружелюбием – отрицательно. В свою очередь, сдерживание положительно коррелирует с нейротизмом и открытостью [353].

Доказана прогностичность отдельных факторов Большой Пятерки в отношении риска злоупотребления различными веще-

ствами (положительная связь с открытостью), риска автокатастрофы (отрицательная корреляция с добросовестностью и дружелюбием), контроля над несчастными случаями (положительная связь с экстраверсией, добросовестностью, дружелюбием), поведения, приводящего к благополучию (положительная корреляция с добросовестностью, экстраверсией).

Наиболее популярным опросником, измеряющим факторы Большой Пятерки является NEO PI-R (Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory-Revised), созданный П. Костой и Р.МакКреем [358]. Известна его русская версия [355]. Надежной альтернативой опроснику NEO PI-R является созданный Л. Голдбергом опросник «Маркеры факторов "Большой пятерки"» (МФБП). Корреляции между шкалами МФБП и NEO находятся в пределах от 0,70 до 0,82 [320]. Недавно появилась и была стандартизирована русская версия МФБП [88]. Еще одной перспективной разработкой является Краткий опросник Большой пятерки (ГПР, КОБТ) Т.В. Корниловой и М.А. Чумаковой [95], который обладает удовлетворительными психометрическими показателями и предназначен для экспресс-диагностики соответствующих личностных свойств.

В нашем исследовании использовался «Пятифакторный опросник» модифицированный и стандартизированный А.Б. Хромовым [271]. Опросник А.Б. Хромова – адаптация японской версии «Большой пятерки» 5PFQ, (сост. Х. Теуйн). Тест-опросник представлен набором 75 пар противоположных по своему значению высказываний, описывающих человеческое поведение. Стимульный материал имеет пятиступенчатую оценочную шкалу Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), с помощью которой можно измерять степень выраженности каждого из пяти факторов (Экстраверсия / Интроверсия; Привязанность / Обособленность; Самоконтроль / Импульсивность; Эмоциональная неустойчивость / Эмоциональная устойчивость; Экспрессивность / Практичность).

Методика диагностики источников воспринимаемой социальной поддержки. Использовалась «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS»), разработанная D. Zimet в 1988 году [386]. Изначально она включала в себя три основных шкалы: 1) «Поддержка семьи»; 2) «Поддержка друзей»; 3) «Поддержка значимых других». В 1994 году Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский создали и апробировали русскоязычную версию

этой методики [217; 299]. Далее данную шкалу модифицировала и адаптировала Г.С. Корятова, введя в неё дополнительные утверждения, составляющие еще две шкалы: «Поддержка коллег по работе (товарищей по учебе)», «Поддержка общественных организаций») [97]. В нашем исследовании использована именно эта, последняя модификация опросника, в которой испытуемому предлагается согласиться (либо не согласиться) с двадцатью утверждениями.

Проверка психометрических свойств опросника с привлечением 50 испытуемых, занятых интеллектуально и эмоционально напряженной профессиональной деятельностью, показала его удовлетворительную надежность. Методом ретестирования через 2 недели получены следующие коэффициенты корреляции по субшкалам: «Поддержка друзей» – 0,77, «Поддержка семьи» – 0,75, «Поддержка общественных организаций» – 0,79, «Поддержка коллег по работе (товарищей по учебе)» – 0,84, «Поддержка значимых других» – 0,91. Автор доказала также внешнюю валидность методики: для этого пункты опросника заполняли две «полярные» группы испытуемых, статистически значимо различающиеся по степени профессионального выгорания, диагностированного с помощью опросника Maslach Burnout Inventor (МБИ) К. Маслач в модификации Н.Е. Водопьяновой [48]. Адаптированные (т.е. свободные от синдрома профессионального выгорания) испытуемые продемонстрировали значительно более выраженную (по сравнению с дезадаптированными испытуемыми) способность получить социальную поддержку. Доказана (с помощью опросника Maslach Burnout Inventor (МБИ) К. Маслач в модификации Н.Е. Водопьяновой [48]) внешняя валидность методики. Адаптированные (т.е. свободные от синдрома профессионального выгорания) испытуемые продемонстрировали значительно более выраженную (по сравнению с дезадаптированными испытуемыми) способность получить социальную поддержку.

Методика MSPSS прошла проверку и на прогностическую валидность: повторное исследование тех же испытуемых спустя два года существенных изменений в показателях не выявило.

Методика диагностики степени подверженности студентов действию разных видов прессингов, связанных с учебной деятельностью. Использовался опросник, разработанный М.А. Кузнецовым (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 3). Испытуемому предлага-

гается оценить по пятибалльной шкале (от 0 баллов – «нет» до 4 баллов – «да») каждое из 40 утверждений, представляющих собой разные ответы на вопрос: «Что меня раздражает (не нравится) в учебной деятельности в вузе?». Определялась степень подверженности действию таких прессингов, как: 1) поведение и действия сокурсников, 2) поведение и действия преподавателя, 3) организация учебного процесса, 4) условия обучения и 5) собственные личностные качества, умения знания. Опросник достаточно надежен; α -коэффициенты Кронбаха по отдельным шкалам таковы: поведение и действия сокурсников – 0,62; поведение и действия преподавателя – 0,69; организация учебного процесса – 0,68; условия обучения – 0,76; собственные личностные качества, знания, умения – 0,79. α Кронбаха для всего опросника в целом – 0,88. При исследовании конструктивной валидности с участием 90 студентов обнаружены статистически значимые корреляции четырех шкал из пяти (кроме шкалы «Условия обучения») с показателем стрессоустойчивости и социальной адаптации (по Холмсу и Раге). Показатели по шкалам «Поведение и действия студентов», «Поведение и действия преподавателя», и «Организация учебного процесса» тесно коррелируют с уровнем фрустрированности по Л.И. Вассерману (в модификации В.В. Бойко).

2.3. Организация и этапы исследования

Логика и задачи эмпирического исследования психологических факторов здоровья студентов определили этапы такого исследования.

На *первом этапе* был разработан организационно-методический подход к изучению психологических факторов здоровья студентов, их проявления в самооценках здоровья в физической, психологической, социальной и духовной сферах, в сфере независимости и в восприятии окружающей среды как здоровой.

На *втором этапе* была сформирована репрезентативная выборка испытуемых. В качестве испытуемых в исследовании участвовали студенты 2х – 5х курсов Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина (психологический факультет) и Харьковского национального педагогического университета имени Г.С. Сковороды (факультеты психологии и социологии,

физического воспитания). Полную тестовую батарею прошли 126 студентов, однако на разных этапах психодиагностики количество участников варьировало: 1) для изучения взаимосвязи показателей теста жизнестойкости с показателями самооценок здоровья привлечено 212 испытуемых; 2) в исследовании взаимосвязи степени выраженности невротических наклонностей личности с показателями здоровья участвовало 126 человек; 3) связь стратегий совладания и копинг-стилей с показателями здоровья изучалась при участии 132 испытуемых; 4) проявление характеристик атрибутивного стиля в самооценках здоровья выявлялась у 201 студента; 5) влияние факторов Большой Пятерки на образ своего здоровья было изучено у 213 испытуемых; 6) специфика самооценивания здоровья у студентов, предпочитающих разные источники социальной поддержки выявлена у 133 студентов; 7) взаимосвязь показателей здоровья с показателями степени подверженности стресс-факторам (прессингам) учебной деятельности изучалась у 128 студентов. Общее количество испытуемых, участвовавших в исследовании частично и полностью – 356, в том числе 149 мужчин и 207 женщин в возрасте от 17 до 38 лет.

На *третьем этапе* были подобраны психодиагностические методики, релевантные объекту и предмету исследования. Тестирование проходило как в групповой, так и в индивидуальной форме.

Четвертый этап состоял в проведении основной части эмпирического исследования, в ходе которого фиксировались показатели, соответствующие использованным эмпирическим процедурам.

На *пятом этапе* первичные эмпирические данные психодиагностики, наблюдения и беседы подвергались математико-статистической обработке посредством использования вероятностной логики и вероятностных моделей. Методы математико-статистической обработки данных включали:

- первичную описательную статистику – вычисление мер центральной тенденции (среднего) и мер размаха (стандартного отклонения), проверку на нормальность распределения показателей (вычисление асимметрий и эксцессов);
- корреляционный анализ – вычисление коэффициентов линейной корреляции r_{xy} К. Пирсона, предназначенное для выявления согласованно меняющихся переменных;

– анализ различий в распределении признаков в независимых и созависимых группах испытуемых с помощью непараметрических (U Манна-Уитни, T Вилкоксона) и параметрического (t Стьюдента) критериев;

– двухфакторный дисперсионный анализ (2-Way ANOVA), с помощью которого проверялись гипотезы не только о влиянии на независимую переменную отдельно взятых факторов, но и гипотезы об их взаимодействии;

– кластерный анализ методом k-средних (k-means) – процедуру группирования испытуемых при их попарном сравнении одновременно по нескольким показателям; при этом испытуемые, попавшие в одну группу, оказывались более похожими друг на друга по данным показателям, чем на испытуемых, включенных в другие группы;

– эксплораторный факторный анализ, посредством которого сжимался массив исходных данных с целью более экономного их описания (при условии минимальной потери исходной информации); при этом удавалось переходить от множества исходных (внешних) переменных к небольшому количеству латентных факторов, которые определяют эти внешние переменные;

– множественный регрессионный анализ, с помощью которого изучалось одновременное и согласованное влияние множества независимых (исходных) переменных на одну зависимую с последующим построением линейных уравнений регрессии типа

$$Y = b + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_px_p + e,$$

где Y – зависимая переменная (в нашем исследовании – показатель здоровья студентов в той, или иной сфере); b – свободный член; b_1, b_2, \dots, b_p – параметры модели (в нашем исследовании – психологические особенности, влияющие на здоровье); e – ошибка предсказания; множественный регрессионный анализ дал возможность предсказать состояние здоровья студентов в разных сферах на основе совокупности измеренных нами психологических характеристик.

Математическая обработка данных и графическая презентация результатов осуществлялись с помощью компьютерного пакета статистических программ Statistica 6.0.

На *шестом этапе* происходил качественный анализ полученных результатов, а также сравнение наших результатов с

данными других авторов. Осуществлялась также психологическая интерпретация выявленных закономерностей.

ГЛАВА III ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

3.1. Жизнестойкость личности как фактор сохранения здоровья студентов

3.1.1. Взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооценок здоровья у студентов

В таблице 3.1 отражены результаты вычисления коэффициентов линейной корреляции r_{xy} К. Пирсона самооценок здоровья с показателями теста жизнестойкости для выборки в 212 студентов.

Таблица 3.1

Корреляция показателей теста жизнестойкости и самооценок здоровья у студентов ($n = 212$)

Сферы здоровья	Показатели теста жизнестойкости			
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Суммарный показатель
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,22***	0,18*	0,14*	0,21***
Физическая сфера	0,25****	0,17*	0,08	0,21***
Психологическая сфера	0,36*****	0,33*****	0,27*****	0,37*****
Уровень независимости	0,26****	0,18**	0,00	0,20***
Соц. взаимоотношения	0,20***	0,11	0,21***	0,20***
Окружающая среда	0,20***	0,20***	0,19**	0,22***
Духовная сфера	0,15*	0,17*	0,13	0,17*

Примечание: «» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,001$; «*****» – $p < 0,0001$; «*****» – $p < 0,00005$; «*****» – $p < 0,000001$; «*****» – $p < 0,0000001$; «*****» – $p < 0,00000001$; «*****» – $p < 0,000000001$.*

Обнаружена тесная положительная связь конструкта жизнестойкости с оценками состояния здоровья в целом (показатель G) и здоровья в отдельных сферах. С большинством показателей со-

стояния здоровья суммарный показатель жизнестойкости положительно коррелирует на уровне значимости $p < 0,005$. Однако связь жизнестойкости с оценкой духовного здоровья не столь сильна ($r_{xy} = 0,17$), хотя и статистически значима ($p < 0,05$). С показателями психологического здоровья жизнестойкость, наоборот, связана чрезвычайно тесно ($r_{xy} = 0,37$; $p < 0,00000005$). Этот эмпирический факт указывает на правильность и полезность концептуального разведения понятий «психологического» и «духовного» здоровья как отражающих самостоятельные и относительно независимые области здоровья. Стойкие личности не теряют здоровья после пережитого стресса и поддерживают себя в повседневной жизни, прежде всего потому, что высказываются о себе более позитивным образом и используют меньше негативных утверждений, чем нестойкие [302]. Жизнестойкие люди отличаются сформированными и эффективно функционирующими когнитивными эмоциональными и поведенческими регуляторами (способностями к прерыванию и купированию отрицательных эмоций, генерированию и поддержанию положительных переживаний, к концентрации и удержанию внимания на значимой информации, ее запоминанию сохранению и извлечению, к саногенному мышлению, к точной самооценке и т.д.). Конструкт жизнестойкости операционализуется, как правило, посредством указания на такие функциональные механизмы психики. Именно они содержательно наполняют сферу психологического здоровья.

Духовное здоровье базируется на работе таких механизмов, как способность создавать новые [128] и открывать уже имеющиеся в мире смыслы [129; 139; 246], создавать когерентный, осмысленный и динамический нарратив о себе [106; 240; 379], входить в состояние «Потока» [274], обладать конструктивными базисными убеждениями, которые состоят из позитивных представлений человека об окружающем мире и о себе [24; 89; 90]. Духовно здоровый человек является носителем имплицитной «теории реальности», которая включает два основных блока: теорию собственного Я и теорию окружающего мира, а также репрезентации отношений между Я и миром [318]. Это – «*assumptive world*» («мир допущений») [309], «картина мира» [178]. Все это обеспечивает человеку своеобразную внутреннюю мировоззренческую опору, защиту и чувство реальности. Речь здесь идет о механизмах более высокого

системного уровня, связь которых с жизнестойкостным профилем не столь тесна и очевидна, но несомненна.

Самооценки здоровья в духовной сфере оказались наименее тесно (по сравнению с самооценками других сфер здоровья) связанными и с отдельными шкалами теста жизнестойкости. Показатели вовлеченности и контроля коррелируют с оценкой духовного здоровья лишь на уровне $p < 0,05$, а показатель «Принятие риска» – вообще не коррелирует.

В отношении оценки физического здоровья наши данные согласуются с результатами американских исследователей, показавших, что из трех компонентов жизнестойкости со здоровьем связаны в основном лишь первые два – вовлеченность и контроль [259]. При более широком понимании здоровья, как явления, имеющего, психологическое, психосоциальное и средовое измерения, роль параметра принятия риска недвусмысленно проявляется. Те, кто готов рисковать, демонстрируют открытость по отношению к окружающему миру, нацелены на события, происходящие в нем, стремятся усовершенствовать свои взаимоотношения с внешним миром. Для предотвращения оборонительной, защитной реакции на происходящее вовне такие люди привыкают к переформулировке негативных событий и потенциальных стрессоров в «полезную информацию», «важный для дальнейшего личностного роста опыт». Поэтому третий аспект жизнестойкости также необходим для обеспечения здоровья личности.

Представляется несколько неожиданным отсутствие корреляции между показателями контроля и здоровья в сфере социальных взаимоотношений, а также готовности к риску и уровня независимости. Однако более глубокий анализ этих результатов показывает, что они вполне закономерны. Контроль (особенно избыточный) может оказаться фактором утраты здоровья личности в сфере социальных взаимоотношений [50]. Будучи необходимым и оправданным в системе субъект-объектных связей (в разных видах труда, при работе с машинами и механизмами, со знаковыми системами, с художественными образами), он может оказаться неуместным в субъект-субъектных связях. Склонность контролировать поведение, мысли и чувства партнера по общению, его намерения и интересы (особенно если речь идет о значимых людях), превращает связь с другими людьми в отношения зависимости, привносит в них деструктивные элементы (триангу-

ляцию, альянсы, проблемы лояльности и обязательств, секреты, легенды, скрытые правила взаимодействия и др.), причем это проявляется как в функционировании семейных [220; 234], так и более широких систем, например, производственных [192; 229].

Создатели методики ВОЗЖ-100 под здоровьем в сфере «Уровень независимости» имеют в виду способности человека: 1) самостоятельно и без постороннего вмешательства выполнять повседневные дела, 2) справляться со своей работой и 3) быть свободным от необходимости лечиться и принимать лекарства. Речь здесь идет о давно освоенных человеком действиях, о привычном «обращении с собой» и с «миром повседневности», т.е. об усвоенном прошлом опыте, который в силу утраты здоровья может начать «давать сбои», становится менее доступным для автоматического извлечения и использования. Отсюда понятно, почему данный показатель не связан с показателем жизнестойкости по шкале «Принятие риска». Готовность рисковать отражает не столько консервативные, сколько инновационные тенденции личности – стремление внести коррективы в свой опыт, воспринять и ассимилировать новую информацию, изменить привычное в схемах и регуляторах деятельности и общения.

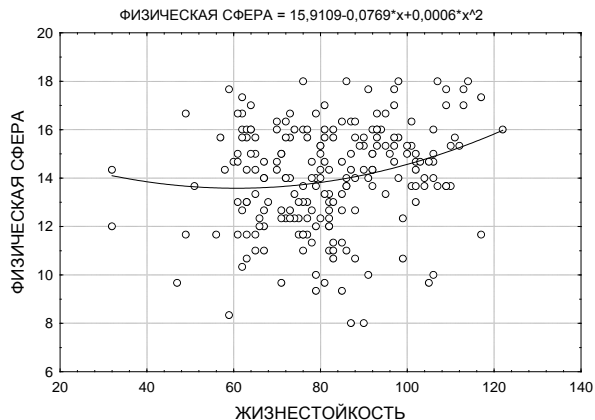


Рис. 3.1. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в физической сфере.

Тем не менее, отсутствие корреляций на значимом уровне между некоторыми показателями жизнестойкости и самооценка-

ми здоровья в различных сферах заставляет думать, что взаимосвязи между ними могут иметь не линейный, а более сложный характер. С целью проверки этого предположения были вычислены полиномиальные уравнения и построены линии полиномиальных трендов, которые отражены на рис. 3.1–3.6 – для отдельных сфер здоровья и на рис. 3.7 – для показателя G – общая оценка состояния здоровья и качества жизни.

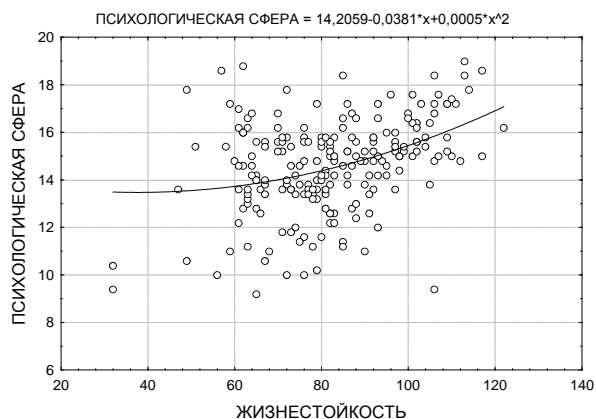


Рис. 3.2. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в психологической сфере.

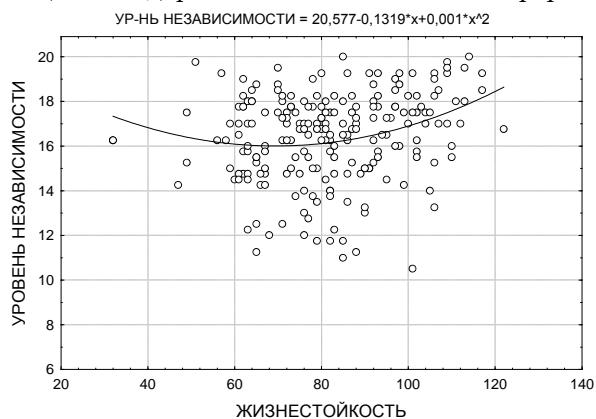


Рис. 3.3. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в сфере «Уровень независимости».

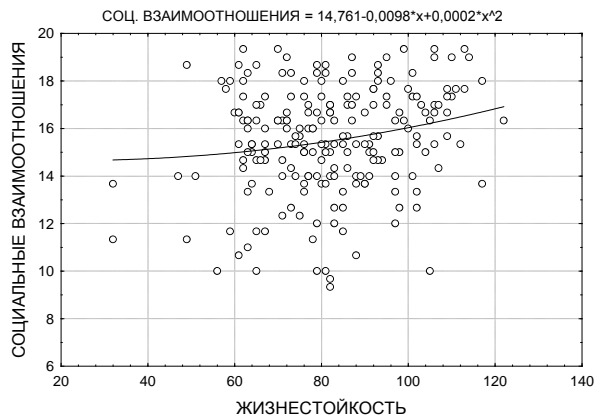


Рис. 3.4. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в сфере социальных взаимоотношений.

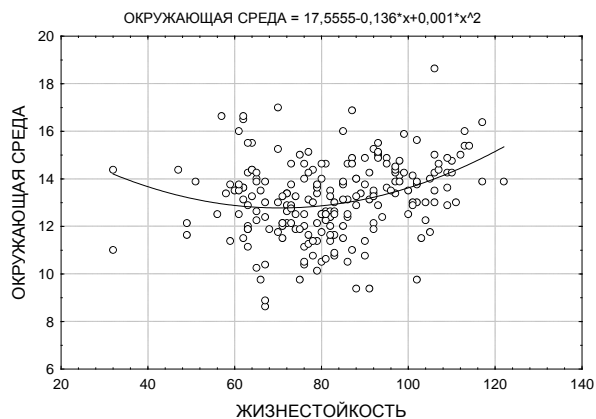


Рис. 3.5. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в сфере «Окружающая среда».

Предположение о нелинейности взаимосвязи в основном подтвердилось применительно к сферам «Окружающая среда», «Уровень независимости», «Духовная сфера», интегральная оценка G и отчасти – физическая и психологическая сферы здоровья. В этих случаях просматривается U-образный характер взаимосвязи показателей.

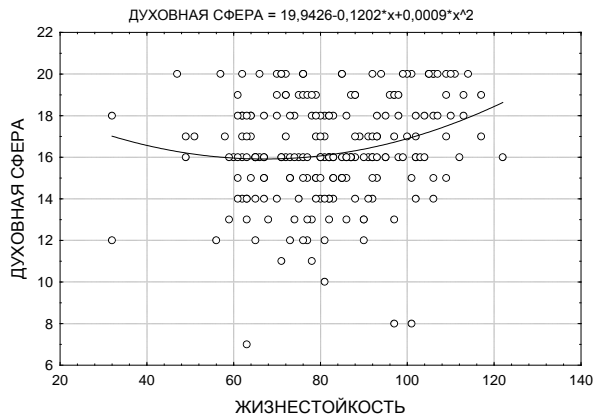


Рис. 3.6. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой здоровья в духовной сфере.

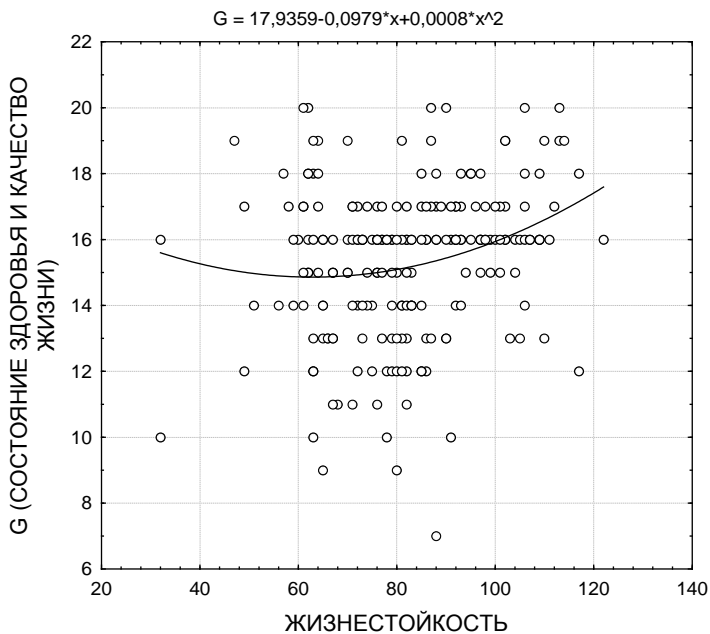


Рис. 3.7. Взаимосвязь между показателем жизнестойкости и самооценкой общего состояния здоровья и качества жизни.

Существует тенденция того, что наиболее высокие оценки своему здоровью дают студенты с высокими показателями жизнестойкости. Несколько ниже оценивают свое здоровье студенты с нестойким личностным профилем. Чаще всего недостатки своего здоровья отмечают студенты с умеренно выраженными показателями жизнестойкости.

Для получения более дифференцированной картины взаимосвязей жизнестойкости и самооценок здоровья в разных сферах и субсферах вся выборка испытуемых была распределена по уровням жизнестойкости и стойкостным личностным профилям.

3.1.2. Самооценки здоровья в различных сферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости

К сожалению, в руководстве Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [131] в разделе, отражающем результаты апробации теста жизнестойкости С. Мадди на русскоязычной выборке, не содержится статистических данных, позволяющих группировать испытуемых по уровням жизнестойкости. Распределения показателей по шкалам теста жизнестойкости очень близки к нормальным (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4). При определении граничных значений, позволяющих отнести конкретного испытуемого к группе с высокой, средней, или низкой жизнестойкостью, была использована процентильная шкала. Все испытуемые с результатами, расположенными ниже 33,33 процентиля, были отнесены к группе с низкой жизнестойкостью, а испытуемые, результаты которых оказались выше 66,66 процентиля – к группе с высокой жизнестойкостью. Результаты группы со средним уровнем жизнестойкости распределены между 33,33 и 66,66 процентилями. Такие вычисления были сделаны по каждой из трех шкал теста жизнестойкости. По шкале вовлеченности к группе с низкой жизнестойкостью (низкая вовлеченность) были отнесены 83 испытуемых, к группе со средней жизнестойкостью (средняя вовлеченность) – 59 человек. В группу с высокой вовлеченностью вошло 70 студентов. По остальным шкалам теста распределение выборки получилось следующим: низкий контроль – 77, средний контроль – 74, высокий контроль – 61 испытуемый; низкое принятие риска – 76, среднее принятие риска – 59, высокое принятие риска – 77 студентов.

Поскольку один и тот же испытуемый мог иметь разные степени выраженности жизнестойкости по отдельным шкалам, то для определения уровней на основе суммарного показателя жизнестойкости использовалась процедура кластерного анализа методом k-means с заданным числом кластеров, равным трем. На рисунке ПРИЛОЖЕНИЯ 5 отражены среднегрупповые данные по каждой из размерностей (т.е. по каждому параметру жизнестойкости) для каждого кластера (т.е. каждой группы испытуемых). О приемлемости классификации свидетельствовало решение, полученное после трех итераций. В таблице ПРИЛОЖЕНИЯ 6 представлены результаты вычислений евклидовых расстояний (под диагональю) и квадраты евклидовых расстояний (над диагональю) между «центрами кластеров». Расстояния между кластерами, вычисленные из средних значений трех кластеров (т.е. групп испытуемых) по трем размерностям (т.е. шкалам жизнестойкости), достаточно велики. В таблице ПРИЛОЖЕНИЯ 7 представлены результаты межгруппового дисперсионного анализа для каждой размерности (т.е. параметра жизнестойкости). Величины F-отношений убедительно свидетельствуют о математико-статистической обоснованности осуществленного нами разделения испытуемых на обладателей низкой (71 студент), средней (67 студентов) и высокой (74 студента) жизнестойкости с учетом одновременно трех групп показателей – вовлеченности, контроля и принятия риска.

Таблицы 3.2 – 3.5 отражают результаты вычислений показателей самооценки здоровья в разных сферах и интегрального показателя G (общее состояние здоровья и качество жизни) в трех группах испытуемых – у студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью. Причем, в таблицах 3.2 – 3.4 группы испытуемых были выделены на основе показателей по отдельным параметрам жизнестойкости, а в таблице 3.5 – на основе суммарной жизнестойкости. Для попарного сравнения групп и определения уровня значимости различий между ними был использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Студенты с высокой вовлеченностью существенно превосходили испытуемых с низкой и средней вовлеченностью по всем без исключения показателям самооценки здоровья. Особенно выраженным их преимущество было в оценках своего психологического здоровья, уровня независимости и здоровья, связанного с

окружающей средой. Не выявлено ни одного значимого различия между группами студентов с низкой и средней вовлеченностью. По некоторым показателям (интегральный показатель G, психологическая и духовная сферы, уровень независимости, оценка окружающей среды) испытуемые со средней вовлеченностью даже немного (на уровне тенденции) уступают студентам с низкой вовлеченностью.

Таблица 3.2

Самооценки здоровья в разных сферах в группах студентов с низкой, средней и высокой вовлеченностью

Самооценки здоровья по тесту ВОЗКЖ-100	Уровни вовлеченности			t; p		
	Низкий (n=83)	Средний (n=59)	Высокий (n=70)	Низк./Ср.	Низк./Выс.	Ср./Выс.
G (Качество жизни и состояние здоровья)	14,92±2,55	14,88±2,31	16,29±1,75	0,08; -	-3,80; 0,0002	-3,92; 0,0001
Физическая сфера	13,51±2,16	13,80±2,28	14,88±1,79	-0,75; -	-4,20; 0,00004	-3,01; 0,003
Психологическая сфера	14,10±2,11	14,06±1,59	15,71±1,65	0,10; -	-5,20; 0,000001	-5,72; 0,000001
Уровень независимости	15,92±2,03	15,89±2,09	17,42±1,46	0,08; -	-5,18; 0,000001	-4,90; 0,000003
Социальные взаимоотношения	15,16±2,40	15,17±2,02	16,29±2,07	-0,03; -	-3,09; 0,002	-3,09; 0,002
Окружающая среда	12,90±1,73	12,64±1,49	13,90±1,35	0,92; -	-3,93; 0,0001	-5,04; 0,000002
Духовная сфера	16,08±2,51	15,88±2,67	17,09±2,22	0,46; -	-2,59; 0,01	-2,80; 0,006

Параметр вовлеченности имеет «сквозной» характер, как бы пронизывает все здоровье целиком, присутствует в каждой его сфере. Способность вовлекаться означает проявление преданности какому-либо делу, занятию, идее. Вовлеченность – это обладание собственным жизненным кредо, смыслом. Ноогенные неврозы и состояние экзистенциального вакуума, о которых писал

В. Франкл, и которые свидетельствуют о духовном нездоровье человека, выражаются в неспособности «включаться» и обречении себя на «внутреннюю пустоту», чувство бессмысленности и опустошенности [246], неспособность сказать Жизни полноценное «Да» [247]. Жизнь должна быть реализована, но такая реализация предполагает опирающийся на внутренние базовые ценности контакт, «Соотнесённость с Бытием-здесь». Радостная, здоровая жизнь удается тем, кто включился в Жизнь, вступил с ней в отношения на основе ценностей. Недостаточная включенность ослабляет отношения с жизнью, сужает диалог с реальностью. Происходит депрессивное обесценивание жизни [140]. Граница между здоровьем и нездоровьем может сместиться в сторону последнего на любом из уровней бытия – от психофизиологического до метаантропологического.

Таблица 3.3

Самооценки здоровья в разных сферах в группах студентов с низким, средним и высоким контролем

Самооценки здоровья по тесту ВОЗКЖ-100	Уровни контроля			t; p		
	Низкий (n=77)	Средний (n=74)	Высокий (n=61)	Низк./Ср.	Низк./Выс.	Ср./Выс.
G (Качество жизни и состояние здоровья)	15,01±2,46	15,27±2,34	15,90±2,06	-0,66; -	-2,26 ; 0,02	-1,64; -
Физическая сфера	13,85±1,86	13,93±2,21	14,43±2,41	-0,24; -	-1,59; -	-1,25; -
Психологическая сфера	14,12±2,13	14,42±1,68	15,50±1,85	-0,93; -	-3,98 ; 0,0001	-3,54 ; 0,0005
Уровень независимости	16,19±1,85	16,19±2,10	16,95±2,01	-0,01; -	-2,31 ; 0,02	-2,12 ; 0,03
Социальные взаимоотношения	15,28±2,28	15,43±2,22	15,97±2,21	-0,41; -	-1,79; *	-1,41; -
Окружающая среда	13,01±1,65	12,91±1,57	13,65±1,59	0,40; -	-2,27 ; 0,02	-2,71 ; 0,007
Духовная сфера	15,96±2,45	16,28±2,38	16,95±2,67	-0,82; -	-2,27 ; 0,02	-1,53; -

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

Поскольку смысловые структуры – это превращенные формы жизненных отношений субъекта [128], то вполне закономерны более высокие оценки здоровья (как в отдельных сферах, так и в

целом) у испытуемых, демонстрирующих богатство связей с миром.

Контроль наиболее отчетливо сказывается на самооценках здоровья в психологической сфере: студенты с высоким контролем оценили свое психологическое здоровье значительно выше, чем испытуемые с низким и средним уровнями контроля (соответственно $t = -3,98$; $p < 0,0001$ и $t = -3,54$; $p < 0,0005$). Студенты с высоким контролем существенно превзошли студентов двух других групп еще в двух сферах – в оценках окружающей среды как более здоровой и в оценках уровня независимости ($t = -2,27$; $p < 0,02$ и $t = -2,71$; $p < 0,007$). Кроме того, сопоставление показателей представителей двух крайних групп – с низким и высоким контролем, – позволило выявить значимое различие в сфере духовного здоровья в пользу последней ($t = -2,27$; $p < 0,02$) и сильную тенденцию в пользу этой же группы в самооценках здоровья в социальных взаимоотношениях. Все эти различия не замедлили сказаться и на преимуществе группы с высоким контролем над группой с низким контролем по интегральному показателю общего состояния здоровья и качества жизни (G) – $t = -2,26$; $p < 0,02$.

Эти результаты свидетельствуют о том, что фактор контроля не столь всеобъемлющ, как фактор вовлеченности. Имеются сферы самооценки здоровья, в которых он почти не проявился (сфера физического здоровья и социальных взаимоотношений), или проявился частично (духовное здоровье). Физическое самочувствие, интероцептивные ощущения, телесность в целом – чрезвычайно сложный объект для контроля и саморегуляции. Под влиянием воспитания и социальных требований у каждого человека формируется внутриличностная властная иерархия «рациональное-чувственное», характеризующаяся пренебрежительным отношением к чувствам, эмоциональной спонтанности и телесным ощущениям [122]. Подавление чувственного начала приводит к развитию усеченного самосознания. А. Менегетти в связи с этим отмечает: «Факт бессознательного переживания в большинстве случаев... вызван отсутствием соответствующего воспитания, направленного на осознание с самого раннего детства широкой гаммы внутреннего восприятия» [159, с. 46.]. Столь же проблематична для контроля и сфера социальных взаимоотношений, в которой многое зависит не только от самого субъекта, но и от партнеров по общению.

Шкала контроля в тесте жизнестойкости, по-видимому, отражает способность человека к саморегуляции, прежде всего, в психологической сфере. Поэтому между группами обнаруживаются существенные различия в самооценках, прежде всего, психологического здоровья. В большинстве современных концепций контроля и саморегуляции подчеркивается именно эта мысль. Так Е.А. Сергиенко и сотр. [214] выделяют такие составляющие контроля поведения, как когнитивный контроль, эмоциональную регуляцию и контроль действий (произвольность). Для О.А. Конопкина контроль связан с саморегуляцией, модель которой строится в соответствии с поэтапной информационной обработкой, происходящей в человеческой психике (планирование, создание субъективной модели значимых условий деятельности, программирование, оценка результатов) [93]. В.И. Моросанова развивает когнитивную модель контроля и саморегуляции О.А. Конопкина в направлении более полного учета индивидуальных различий и выявления стилей саморегуляции [162]. Говоря о контроле, А.К. Осницкий связывает его с активностью особого рода – субъектной активностью. Человек использует регуляторный опыт (т.е. опыт постановки целей, принятия решений, управления исполнением и внесением необходимых коррекций в действие). Так он становится «автором» собственных действий [177]. Таким образом, контроль, как составляющая жизнестойкости, проявляется на психологических уровнях регуляции поведения. Он обеспечивает интеграцию субъектом внутренних индивидуальных ресурсов для того, чтобы поставленная цель была достигнута. Именно поэтому дифференциация испытуемых по признаку высокого, среднего и низкого контроля позволяет обнаружить существенные различия в самооценках, прежде всего, психологического здоровья. Оценка поведения как независимого и оценка среды как благоприятной и безопасной – вполне закономерны для студентов с высоким контролем, так как эти сферы здоровья непосредственно обусловлены здоровьем в сфере приема, переработки и использования информации, эмоциональной саморегуляции и волевого контроля. Разделение испытуемых на группы по уровням принятия риска и попарное сопоставление результатов оценивания студентами своего здоровья в разных сферах позволило выявить значимые различия только в четырех случаях.

В психологической сфере испытуемые с высоким уровнем принятия риска опередили первую группу испытуемых (с низким принятием риска) ($t = -3,15$; $p < 0,002$). Между этими же группами есть различия по показателям здоровья в сфере социальных взаимоотношений ($t = -2,71$; $p < 0,007$) и при оценке окружающей среды ($t = -2,12$; $p < 0,03$).

Таблица 3.4

Самооценки здоровья в разных сферах в группах студентов с низким, средним и высоким принятием риска

Самооценки здоровья по тесту ВОЗКЖ-100	Уровни принятия риска			t; p		
	Низкий (n=75)	Средний (n=68)	Высокий (n=77)	Низк. / Ср.	Низк. / Выс.	Ср. / Выс.
G (Качество жизни и состояние здоровья)	15,03±2,35	15,41±2,04	15,65±2,50	-0,99; -	-1,59; -	-0,61; -
Физическая сфера	13,76±2,19	14,27±2,02	14,15±2,22	-1,40; -	-1,09; -	0,34; -
Психологическая сфера	14,10±2,10	14,65±1,82	15,11±1,87	-1,59; -	-3,15 ; 0,002	-1,46; -
Уровень независимости	16,36±1,82	16,62±2,01	16,30±2,17	-0,79; -	0,19; -	0,89; -
Социальные взаимоотношения	15,02±2,26	15,63±2,34	15,97±2,07	-1,53; -	-2,71 ; 0,007	-0,90; -
Окружающая среда	12,95±1,61	12,96±1,57	13,51±1,65	-0,01; -	-2,12 ; 0,03	-1,99 ; 0,05
Духовная сфера	16,00±2,65	16,27±2,28	16,78±2,50	-0,63; -	-1,87; *	-1,22; -

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

В самооценке здоровья в связи с окружающей средой третья группа студентов превзошла еще и вторую ($t = -1,99$; $p < 0,05$). Наметилась некоторая тенденция преобладания высокорисковой группы студентов над низкорисковой по показателям самооценки духовного здоровья. «Областью проявления» рискованных действий является, прежде всего, внешняя среда. Рискующий проявляет новаторские тенденции в отношениях с людьми (меняет способы общения, разрывает одни отношения и стремится построить другие, меняет приоритеты, точку зрения на события и т.п.). Кроме внешненаправленного риска возможен, конечно, и риск, «направленный внутрь», состоящий в попытках пересмотреть ценности, выработать новые смыслы, мировоззренческие

установки, проникнуть в неизведанные области собственного бессознательного (например, в процессе применения на себе медитативных техник, при прохождении психоанализа) и т.п. Существенно то, что третий параметр жизнестойкости, – принятие риска, – оказался ответственным за сравнительно небольшое количество различий в самооценках здоровья, связанных, главным образом, с социальным функционированием человека.

Таблица 3.5

Самооценки здоровья в разных сферах в группах студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью

Самооценки здоровья по тесту ВОЗКЖ-100	Уровни жизнестойкости			Низк./ Ср.	Низк./ Выс.	Ср./ Выс.
	Низкий (n = 71)	Средний (n = 67)	Высокий (n= 74)			
G (Качество жизни и состояние здоровья)	15,14±2,44	14,75±2,23	16,12±2,12	0,990; -	-2,587 ; 0,01	-3,752 ; 0,0003
Физическая сфера	13,87±2,07	13,42±2,17	14,77±2,04	1,248; -	-2,619 ; 0,01	-3,787 ; 0,0002
Психологическая сфера	14,12±2,19	14,24±1,74	15,45±1,70	-0,356; -	-4,115 ; 0,00006	-4,183 ; 0,00005
Уровень независимости	16,26±1,88	15,99±2,07	16,93±1,97	0,820; -	-2,100 ; 0,04	-2,787 ; 0,006
Социальные взаимоотношения	15,38±2,33	15,19±2,31	15,99±2,05	0,471; -	-1,666; -*	-2,156 ; 0,03
Окружающая среда	13,04±1,66	12,64±1,52	13,74±1,53	1,462; -	-2,646 ; 0,009	-4,278 ; 0,00003
Духовная сфера	16,15±2,54	16,00±2,34	16,88±2,57	0,372; -	-1,703; -*	-2,114 ; 0,04

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

Таблица 3.5 содержит данные, выявленные на основе разбиения испытуемых на группы по суммарному показателю жизнестойкости. Эти данные убедительно свидетельствуют в пользу тезиса о том, что жизнестойкость является важным фактором самооценки состояния здоровья как в целом, так и по отдельным сферам. Группа студентов с высокой жизнестойкостью считает себя

более здоровой по сравнению с двумя другими группами. Особенно это касается сферы оценки внешней среды как здоровой, психологической и физической сфер.

В некоторых случаях самооценки здоровья (духовного, социального) у студентов с низкой жизнестойкостью оказались несколько (на уровне сильной тенденции) выше, чем у студентов со средней жизнестойкостью. Возможно, это обусловлено тем, что при низкой жизнестойкости недостатки взаимоотношений и проблемы в духовной сфере быстрее обнаруживаются субъектом, становятся более очевидными и вызывают у их носителя ответные действия («здоровые тенденции» – мобилизацию личностных ресурсов, обращение за социальной помощью и т.п.), направленные на совладание с ними. А при средней жизнестойкости эти проблемы до какого-то момента скрыты, и субъект продолжает придерживаться эмоционально-когнитивно-поведенческих стратегий и способов внешней экспансии, которые уже начинают выходить за границы его «нормы адаптации». «Динамика отступления человека к болезни» уже началась, дисрегуляционные процессы возникают все чаще и чаще, создавая предпосылки для возникновения состояния «предболезни» [13], но жизнестойкость делает их незаметными для самого субъекта.

3.1.3. Самооценки здоровья в различных субсферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости

Результаты вычислений показателей самооценок здоровья в отдельных субсферах у студентов с разными уровнями жизнестойкости представлены на диаграммах (рис. 3.8 – 3.11) и в таблицах ПРИЛОЖЕНИЙ 8 – 11. На основе этих данных выявлены пять общих закономерностей. Во-первых, чем выше жизнестойкость испытуемых (как общая, так и по отдельным компонентам – вовлеченности, контроля и принятия риска), тем более здоровыми себя они чувствуют. Во-вторых, существенный скачок самооценок здоровья происходит при переходе от средней к высокой жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска, суммарной жизнестойкости). Заметные различия в самооценках здоровья между испытуемыми с низким и средним уровнем жизнестойкости (как по отдельным компонентам, так и по суммарной жизнестойкости) как правило, отсутствуют.

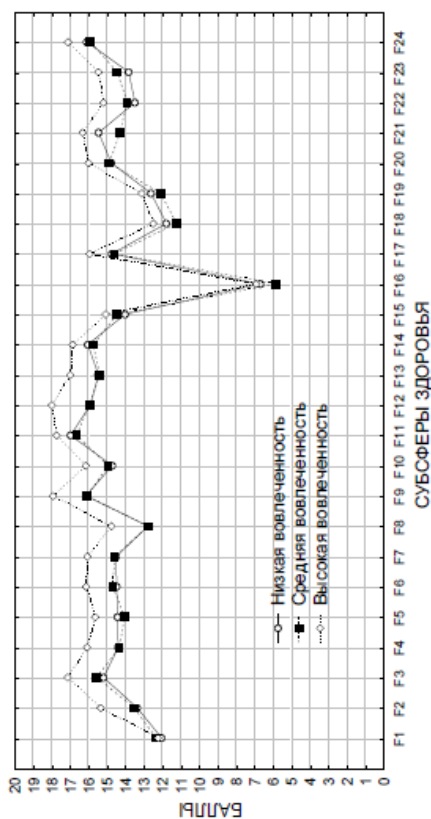
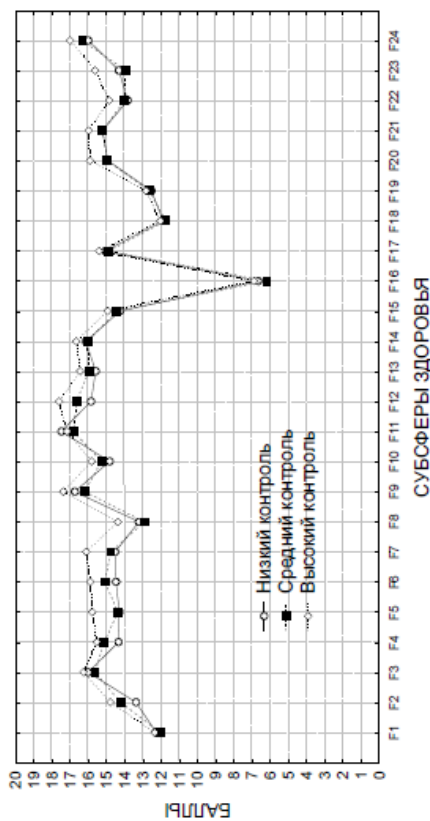


Рис. 3.8. Профили самооценок здоровья в различных субсферах у студентов с высокой, средней и низкой вовлеченностью. (Обозначения: F1 – физическая боль и дискомфорт; F2 – жизненная активность, энергия и усталость; F3 – сон и отдых; F4 – положительные эмоции; F5 – мышление, обучаемость, память и концентрация; F6 – самооценка; F7 – образ тела и внешность; F8 – отрицательные эмоции; F9 – подвижность; F10 – способность выполнять повседневные дела; F11 – зависимость от лекарств и лечения; F12 – способность к работе; F13 – личные отношения; F14 – практическая социальная поддержка; F15 – сексуальная активность; F16 – физическая безопасность и защищенность; F17 – окружающая среда дома; F18 – финансовые ресурсы человека; F19 – доступность и качество медицинской и социальной помощи; F20 – возможности для приобретения; новой информации и навыков; F21 – возможность для отдыха и развлечений и их использование; F22 – климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума; F23 – транспорт; F24 – духовность, личные убеждения, религиозные чувства).



СУБСФЕРЫ ЗДОРОВЬЯ

Рис. 3.9. Профили самооценок здоровья в различных субсферах у студентов с высоким, средним и низким контролем. (Обозначения: F1 – физическая боль и дискомфорт; F2 – жизненная активность, энергия и усталость; F3 – сон и отдых; F4 – положительные эмоции; F5 – мышление, обучаемость, память и концентрация; F6 – самооценка; F7 – образ тела и внешности; F8 – отрицательные эмоции; F9 – подвижность; F10 – способность выполнять повседневные дела; F11 – зависимость от лекарств и лечения; F12 – способность к работе; F13 – личные отношения; F14 – практическая социальная поддержка; F15 – сексуальная активность; F16 – физическая безопасность и защищенность; F17 – окружающая среда дома; F18 – финансовые ресурсы человека; F19 – доступность и качество медицинской и социальной помощи; F20 – возможности для приобретения; новой информации и навыков; F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование; F22 – климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума; F23 – транспорт; F24 – духовность, личные убеждения, религиозные чувства).

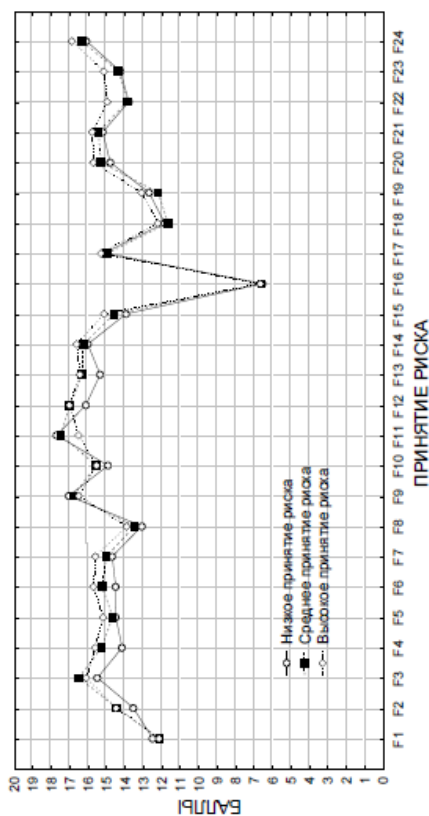


Рис. 3.10. Профили самооенок здоровья в различных субферах у студентах с высоким, средним и низким принятием риска. (Обозначения: F1 – физическая боль и дискомфорт; F2 – жизненная активность, энергия и усталость; F3 – сон и отдых; F4 – положительные эмоции; F5 – мышление, обучаемость, память и концентрация; F6 – самооценка; F7 – образ тела и внешность; F8 – отрицательные эмоции; F9 – подвижность; F10 – способность выполнять повседневные дела; F11 – зависимость от лекарств и лечения; F12 – способность к работе; F13 – личные отношения; F14 – практическая социальная поддержка; F15 – сексуальная активность; F16 – физическая безопасность и защищенность; F17 – окружающая среда дома; F18 – финансовые ресурсы человека; F19 – доступность и качество медицинской и социальной помощи; F20 – возможности для приобретения; новой информации и навыков; F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование; F22 – климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума; F23 – транспорт; F24 – духовность, личные убеждения, религиозные чувства).

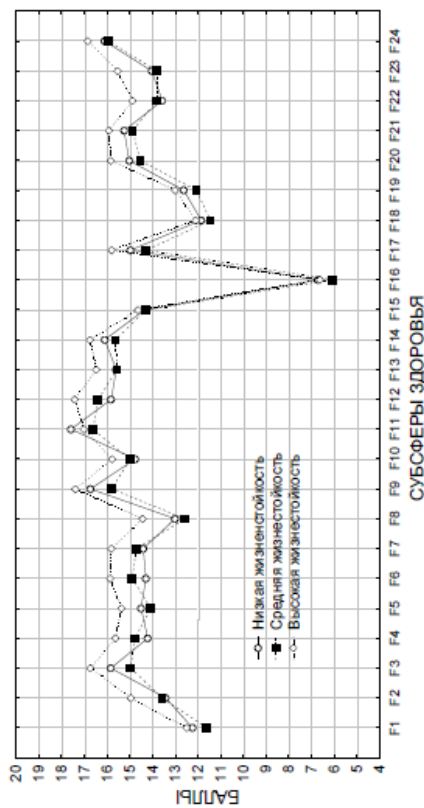


Рис. 3.11. Профили самооенок здоровья в различных субсферах у студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью. (Обозначения: F1 – физическая боль и дискомфорт; F2 – жизненная активность, энергия и усталость; F3 – сон и отдых; F4 – положительные эмоции; F5 – мышление, обучаемость, память и концентрация; F6 – самооценка; F7 – образ тела и внешность; F8 – отрицательные эмоции; F9 – подвижность; F10 – способность выполнять повседневные дела; F11 – зависимость от лекарств и лечения; F12 – способность к работе; F13 – личные отношения; F14 – практическая социальная поддержка; F15 – сексуальная активность; F16 – физическая безопасность и защищенность; F17 – окружающая среда дома; F18 – финансовые ресурсы человека; F19 – доступность и качество медицинской и социальной помощи; F20 – возможности для приобретения; новой информации и навыков; F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование; F22 – климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума; F23 – транспорт; F24 – духовность, личные убеждения, религиозные чувства).

В-третьих, разные субсферы здоровья проявляют различную «откликаемость» на рост жизнестойкости. В-четвертых, вклад разных компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска) в хорошее самочувствие и переживание здоровья в разных субсферах различен. Наиболее весом фактор вовлеченности: он затрагивает 21 субсферу здоровья из 24-х продиагностированных. Еще в двух субсферах при использовании степени вовлеченности как группирующей переменной обнаружены сильные тенденции к значимым различиям в пользу испытуемых с более высокой вовлеченностью. Компонент контроля ответственен за значимые различия в самооценках 15-ти субсфер здоровья, и в одной субсфере – за сильную тенденцию к значимости различий. Наименее весомым оказался фактор принятия риска (11 субсфер, в которых обнаружены значимые различия между группами и одна – с сильной тенденцией). В-пятых, Правило роста самооенок здоровья при переходе к более высокому уровню жизнестойкости в некоторых случаях нарушается (меняется на противоположное – «самооценка здоровья тем выше, чем жизнестойкость ниже»).

Тезис о «сквозном» характере жизнестойкости как факторе, определяющем высокие самооценки здоровья во всех его сферах, относится, в основном, к компоненту вовлеченности. Разделение испытуемых на группы именно по параметру *вовлеченности* дает возможность обнаружить максимальное количество значимых различий в пользу группы с высокой жизнестойкостью. В сфере физического здоровья вовлеченность наиболее благоприятно сказывается на оценке студентами себя как энергичных, активных, способных преодолевать усталость.

В сфере психологического здоровья вовлеченность проявилась весьма существенно во всех субсферах, но особенно – в способности генерировать и поддерживать положительные эмоции. Применительно к сфере «Уровень независимости» вовлеченность – мощный предиктор способности к работе и подвижности. В социальной сфере вовлеченность отвечает, прежде всего, за здоровье личных отношений, в сфере «Окружающая среда» – за восприятие и оценку климата и внешней среды как благоприятных для жизни. Фактор вовлеченности ответственен также за духовно-мировоззренческое благополучие человека.

Вместе с тем, выявлены две субсферы здоровья, в которых испытуемые с низкой вовлеченностью оценивают свое здоровье выше, чем испытуемые со средней вовлеченностью. Это оценка окружающей среды как физически безопасной ($t = 2,795$; $p < 0,006$) и как открывающей возможности для отдыха и развлечений ($t = 2,90$; $p < 0,004$).

Если в качестве группирующей переменной использовать уровень *контроля*, то можно обнаружить некоторое сужение «зоны присутствия» фактора жизнестойкости в самооценках здоровья.

Так, в сфере физического здоровья контроль отвечает лишь за высокие оценки жизненной энергии и умения противостоять усталости. В сфере социального здоровья данный фактор затрагивает только личные отношения. При оценке окружающей среды как здоровой уровень контроля существенен лишь при восприятии ее как физически безопасной, привлекательной, открывающей возможности для приобретения новой информации и навыков, хорошо обеспеченной транспортом.

При сравнении двух полярных групп (с низким и высоким контролем) обнаруживаются различия в самооценках духовного здоровья. Психологическое здоровье – единственная сфера, все без исключения компоненты которой оказались зависимыми от такого параметра жизнестойкости, как уровень контроля.

Принятие риска отвечает за наименьшее количество значимых различий в самооценках здоровья. Различия есть в основном в сферах 1) окружающей среды (оценка среды как дружелюбной с точки зрения возможности получить медицинскую и социальную помощь, как информационно насыщенной и обучающей, как отвечающей экологическим нормам и эстетическим канонам), 2) психического здоровья (способность поддерживать положительный эмоциональный настрой и адекватную самооценку, позитивно оценивать себя и свою внешность), и 3) социальных отношений (здоровье в субсферах личных отношений и сексуальной активности).

Компонент «Принятие риска» отчасти затрагивает и другие сферы здоровья: в физической сфере он определяет положительный энергетический баланс индивида, а в сфере «Уровень независимости» – способность к работе.

Анализ различий самооценок здоровья в разных субсферах показал: при высокой жизнестойкости во всех сферах и подавляющем большинстве субсфер здоровья студенты дают более высокие оценки самочувствию и качеству своей жизни.

3.2. Невротические наклонности и здоровье студентов

3.2.1. Взаимосвязь показателей здоровья и показателей невротических наклонностей личности

Коэффициенты линейной корреляции в таблице 3.6 подтверждают гипотезу о том, что чрезмерно выраженные невротические наклонности являются постоянно действующим внутренним личностным фактором нарушения здоровья студенческой молодежи.

Все без исключения статистически значимые корреляции являются обратными. Это означает, что восприятие и оценка своего здоровья как сниженного статистически чаще встречается у студентов, некоторые невротические наклонности которых оказались особенно выраженными.

Однако разные сферы проявления здоровья демонстрируют разную уязвимость по отношению к фактору невротических наклонностей. В наименьшей степени фактор невротических наклонностей сказывается на самооценке испытуемыми здоровья в физической, и особенно в духовной сфере. Снижение физического здоровья у себя констатируют студенты, у которых оказались выраженными невротические потребности в любви и привязанности ($r_{xy} = -0,26$; $p < 0,005$), в самодостаточности и независимости ($r_{xy} = -0,31$; $p < 0,0005$) и в совершенстве и неуязвимости ($r_{xy} = -0,27$; $p < 0,005$). Такие испытуемые убеждены, что важно понравиться другим людям, не проявлять враждебность по отношению к ним (следовательно, необходимо вытеснять агрессивные импульсы). Одновременно с этой тенденцией у них проявляется и противоположная установка – дистанцироваться от других, избегать близости, демонстрировать независимость от окружающих. Еще одна особенность испытуемых, отмечавших у себя снижение физического здоровья – перфекционистская тенденция быть совершенным в делах и поступках, соответствовать высшим стандартам, ни в коем случае не ошибаться.

Таблица 3.6
 Взаимосвязи показателей степени выраженности невротических наклонностей и здоровья в шести основных сферах (n = 126)

Виды невротических наклонностей	Сферы проявления здоровья					
	физическая	психологическая	уровень независимости	социальные взаимоотношения	окружающая среда	духовная
В любви и привязанности	-0,26***	-0,32*****	-0,27***	-0,18*	-0,23**	0,08
В руководящем партнере	-0,17	-0,29*****	-0,20*	-0,09	-0,25**	-0,01
В заключении своей жизни в узкие рамки	-0,16	-0,30*****	-0,33*****	-0,20*	-0,18*	-0,24**
Во власти (через интеллект и волю)	-0,00	0,10	0,03	0,06	0,12	0,02
В эксплуатации других	-0,07	-0,00	-0,09	0,02	-0,06	-0,07
В признании и престиже	-0,11	-0,15	-0,11	-0,09	-0,14	-0,01
В восхищении собой	-0,11	-0,16	-0,17	-0,09	-0,07	-0,00
В личных достижениях	-0,13	-0,13	-0,13	-0,04	-0,04	-0,15
В самодостаточности и независимости	-0,31*****	-0,22*	-0,29***	-0,23**	-0,22*	-0,07
В совершенстве и неуязвимости	-0,27***	-0,26***	-0,25***	-0,18*	-0,19*	-0,23**

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,001$; «*****» – $p < 0,0005$.

Эти три разнонаправленные и основанные на невротических наклонностях тенденции («стремление к любви и сближению + дистанцирование + желание быть совершенным и неуязвимым») образуют предболезненную психосоматическую функциональную систему, которая отразилась на снижении самооценок физического здоровья у ряда испытуемых.

Недостаточность духовного здоровья констатировали у себя только те, кто злоупотребляет заключением своей жизни в узкие рамки ($r_{xy} = -0,24$; $p < 0,01$) и чрезмерно стремится к совершенству и неуязвимости ($r_{xy} = -0,23$; $p < 0,01$). У этих испытуемых тяга к «совершенному и правильному» в мыслях, делах и поступках сочеталась с самоограничительными тенденциями, со стремлением не выделяться, довольствоваться малым, «занимать вторые места».

Это противоречивое сочетание мотивационных тенденций мешает пониманию смысла собственной жизни и деятельности, препятствует функционированию личных убеждений и мировоззрения как опоры при переживании трудностей.

Показатели остальных сфер проявления здоровья тесно отрицательно связаны с четырьмя-пятью показателями степени выраженности невротических наклонностей. Наиболее «опасной» для здоровья оказалась невротическая наклонность к тому, чтобы достичь совершенства и неуязвимости.

Гипертрофированная потребность в руководящем партнере отражается на снижении самооценок здоровья в трех сферах – психологической ($r_{xy} = -0,29$; $p < 0,001$), в сфере «уровень независимости» ($r_{xy} = -0,20$; $p < 0,05$) и в сфере «окружающая среда» ($r_{xy} = -0,25$; $p < 0,01$).

Так называемый «руководящий партнер» – это некая фигура Значимого Другого, спроецированный на кого-то из окружения Родительский Образ [282]. В результате такой проекции наши испытуемые делегировали другим людям ответственность за свою жизнь, отказывались взрослеть, пытались оставаться в роли Ребенка.

Если испытуемый стремится оставаться ребенком и не желает взрослеть, то ему придется «расплачиваться здоровьем».

Некоторые коэффициенты корреляции свидетельствуют о парадоксальности внутреннего мира носителей невротических наклонностей.

Так, например, испытуемые с резко выраженной тенденцией заключить свою жизнь в узкие рамки особенно жалуются на снижение психологического здоровья (т.е. на ограничения в возможностях концентрации внимания, неспособность к «полету фантазии», отсутствие «смелости мысли» и т.п.) ($r_{xy} = -0,30$; $p < 0,001$). Те, кто сильно желает самостоятельности и независимости (т.е. поддержания дистанции от других людей), в то же время отмечают у себя снижение здоровья в области социальных взаимоотношений ($r_{xy} = -0,23$; $p < 0,01$).

Рассчитывались коэффициенты корреляции между показателями степени выраженности невротических наклонностей и показателями самооценок на уровне субсфер здоровья (см. рис. 3.12). Обнаружено, что чем сильнее выражены невротические наклонности личности, тем ниже оценивают испытуемые свое здоровье. Почти все статистически значимые коэффициенты корреляции – отрицательные. Исключение составляют только две корреляции. Во-первых, это положительная связь показателя выраженности невротического стремления к власти с оценкой того, насколько для субъекта открыта возможность приобретать новую информацию и навыки (элемент сферы «Окружающая среда») ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,05$). Во-вторых, это позитивная корреляция показателя невротического стремления к власти и показателя самооценки (элемент психологической сферы проявления здоровья) ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,01$).

Общая закономерность, состоящая в том, что выраженные невротические наклонности сопряжены с более низкими самооценками здоровья, проявилась во всех сферах. Наиболее «опасными» для здоровья оказались такие невротические наклонности, как стремление заключить свою жизнь в узкие рамки (13 статистически значимых коэффициентов корреляции), стремление к совершенству и неуязвимости (12 коэффициентов корреляции) и стремление к самодостаточности и независимости (11 коэффициентов корреляции). Для этих невротических наклонностей характерно системное, сквозное проникновение во все (или почти все) сферы проявления здоровья. Так, например, если человек невротически ограничивает себя узкими рамками, то последствия этого он чувствует и в снижении эффективности когнитивного функционирования ($r_{xy} = -0,19$; $p < 0,05$), и на уровне эмоциональных состояний ($r_{xy} = -0,25$; $p < 0,01$), и в сфере духовности ($r_{xy} = -0,24$;

$p < 0,01$), и в отношении возможностей обогащения новой информацией, навыками ($r_{xy} = -0,32$; $p < 0,01$). Повреждается также способность развлекаться и отдыхать ($r_{xy} = -0,25$; $p < 0,01$), выполнять повседневные дела ($r_{xy} = -0,29$; $p < 0,01$); снижаются способности к работе ($r_{xy} = -0,29$; $p < 0,01$). Негативным образом данная невротическая склонность проявляется во взаимоотношениях с другими людьми ($r_{xy} = -0,25$; $p < 0,01$), в самооценке ($r_{xy} = -0,30$; $p < 0,01$).

Наименее «угрожающими» здоровью оказались невротические склонности (потребности): 1) во власти, 2) в эксплуатации других (и одного отрицательного коэффициента корреляции с показателями самооценки здоровья), 3) в восхищении собой (1 коэффициент корреляции), 4) в личных достижениях (2 коэффициента корреляции), 5) в признании и престиже (3 коэффициента корреляции).

Таким образом, чрезмерно выраженные невротические склонности являются постоянно действующим внутренним личностным фактором нарушения здоровья студенческой молодежи. Включение невротических склонностей в процесс смыслообразования учебной, коммуникативной деятельности, деятельности саморазвития и самосовершенствования (спорта, самовоспитания и т.п.) студентов препятствует образованию «истинных» мотивов. Если мотивы этих деятельностей базируются на невротических склонностях, то такие деятельности становятся источником хронического стресса, истощают человека духовно и физически, делая его нездоровым.

3.2.2. Особенности здоровья студентов с разной степенью выраженности невротических склонностей

Невротические склонности определенным образом сочетаются [268] и имеют разную степень выраженности в зависимости от уровня, на котором находится личность на шкале зрелости [145]. Поэтому нами выяснялась специфика проявления сфер и субсфер здоровья студентов в зависимости от степени выраженности их невротических склонностей. Испытуемые методом k-means кластерного анализа были разделены на группы со слабой, умеренной и сильной выраженностью невротических склонностей. Кластерные профили, отражающие степень выраженности

сразу всех десяти невротических наклонностей в трех группах испытуемых, представлены на рисунке 3.13. В таблицах ПРИЛОЖЕНИЯ 12 содержится математико-статистическое обоснование приемлемости классификации.

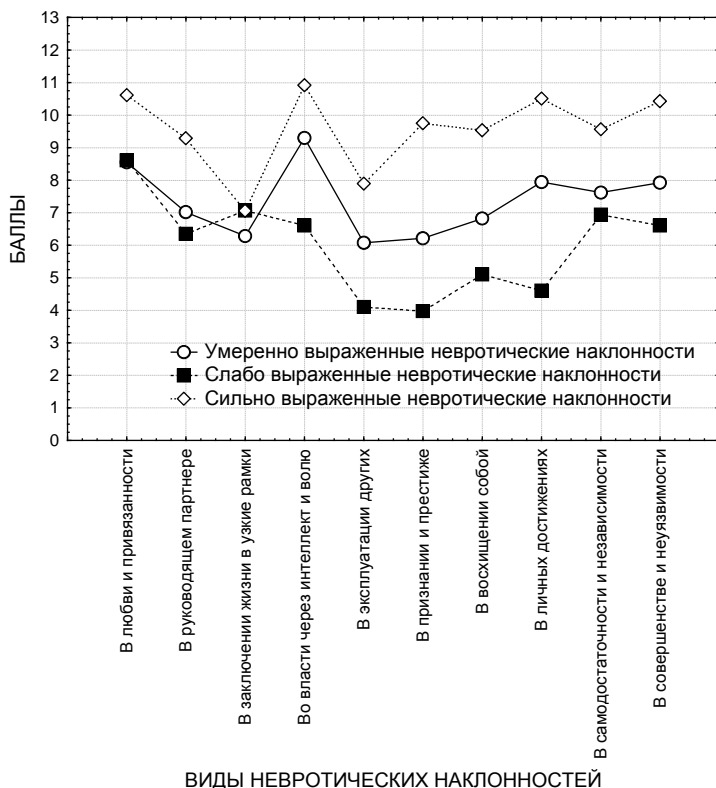


Рис. 3.13. Кластерные профили, отражающие степень выраженности невротических наклонностей в трех группах испытуемых.

В группу испытуемых со *слабо выраженными* невротическими наклонностями попали 54 человека. Это студенты, которые мало озабочены проблемой собственного престижа. Они не нуждаются в том, чтобы вызывать восхищение у окружающих. Тен-

денция эксплуатировать других им почти не свойственна. Их достиженческая мотивация далека от того, чтобы занять главное место в их жизни. Единственная невротическая склонность, которая более, или менее заметна в их повседневной коммуникативной практике – потребность в любви и привязанности. В группу с *умеренно выраженными* невротическими склонностями попали 99 студентов. Им свойственны наибольшая свобода от невротической склонности к тому, чтобы заключить свою жизнь в узкие рамки, выраженная невротическая склонность к власти через интеллект, или волю, заметный подъем показателей невротических склонностей к любви и привязанности, личным достижениям, совершенству и неувязимости, самодостаточности и независимости.

Таким образом, сравнивая первую и вторую группы, мы можем заметить, что усиление роли и веса невротических склонностей в функционировании мотивационных систем (и более широко – в жизни человека в целом) происходит, прежде всего, как акцентирование достиженческих и властных тенденций, тенденций личной силы и неувязимости.

В третью группу с *сильно выраженными* невротическими склонностями попало 65 испытуемых. Они существенно превосходят испытуемых двух других групп почти по всем показателям за исключением одного – невротической склонности к заключению своей жизни в узкие рамки. Степень ее выраженности в данной группе почти такая же, как в группе со слабо выраженными невротическими склонностями. Характерная особенность «сильной» группы – обладание выраженными невротическими склонностями, которые образуют противоречивые сочетания. Так, например, у этих испытуемых чрезвычайно сильное стремление к власти может сочетаться с не менее сильной тенденцией к любви и привязанности. Страстно желая личных достижений и независимости, эти испытуемые в то же время хотели бы иметь руководящего партнера и т.п.

Общее количество студентов, которые заполняли пункты опросника ВОЗКЖ-100, и у которых была диагностирована та, или иная степень выраженности невротических склонностей – 126. У 31 человека невротические склонности оказались слабо выраженными, у 59 – умеренно выраженными и у 36 – сильно выраженными.

Таблица 3.7

Показатели оценок собственного здоровья (интегральная и по отдельным сферам) в группах испытуемых со слабо, умеренно и сильно выраженными невротическими наклонностями

Сферы здоровья	Выраженность невротических наклонностей			t; p	
	I (n=31) Слабая	II (n=59) Умеренная	III (n=36) Сильная	I / II	II / III / III
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	16,16±2,37	15,37±2,13	15,03±2,69	1,60; 1,81; -	0,69; -*
Физическая сфера	14,51±1,66	13,89±2,16	13,37±2,29	1,38; 2,29; -	1,12; 0,02 -
Психологическая сфера	15,34±2,05	14,57±1,97	13,96±2,07	1,73; 2,72; -*	1,43; 0,01 -
Уровень независимости	17,19±1,33	15,80±2,26	15,60±2,14	3,14; 3,56; 0,002	0,41; 0,001 -
Соц. взаимоотношения	16,18±2,29	15,58±2,36	15,56±1,81	1,16; 1,25; -	0,06; - -
Окружающая среда	13,48±1,34	13,40±1,57	12,88±1,72	0,26; 1,57; -	1,49; - -
Духовная сфера	17,23±2,23	15,95±2,40	16,36±2,47	2,45; 1,49; 0,01	-0,80; - -

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

Результаты сравнения этих трех групп студентов по показателям самооценок здоровья в разных сферах отражены в табл. 3.7. Выявлены пять случаев статистически значимых различий. В двух случаях различия проявляются как сильная тенденция, почти достигающая минимально приемлемого уровня значимости. Все различия убедительно подтверждают общую закономерность: чем менее выражены невротические наклонности, тем выше самооценки здоровья.

При перемещении от группы с наименее – к группе с наиболее выраженными невротическими наклонностями отчетливо проявляется тенденция к снижению всех почти показателей. Исключение составляет лишь показатель самооценки здоровья в духовной сфере: он оказался несколько выше в третьей группе ($16,36 \pm 2,47$) чем во второй ($15,95 \pm 2,40$).

Испытуемые со слабо выраженными невротическими наклонностями характеризуются высокими самооценками, прежде всего в духовной сфере, в сферах независимости, социальных взаимоотношений. В этой группе – наиболее высокий общий показатель (G) качества жизни и состояния здоровья в целом. Эти испытуемые отличаются от испытуемых второй группы (т.е. группы с умеренно выраженными невротическими наклонностями) более высокими оценками 1) уровня своей независимости (соответственно, $17,19 \pm 1,33$ и $15,80 \pm 2,26$; $t = 3,14$; $p < 0,002$), и 2) своего духовного здоровья (соответственно, $17,23 \pm 2,23$ и $15,95 \pm 2,40$; $t = 3,14$; $p < 0,01$). Кроме того, имеется заметное преимущество первой группы над второй по показателю психологического здоровья, но только как сильная тенденция (соответственно, $15,34 \pm 2,05$ и $14,57 \pm 1,97$; $t = 1,73$).

Переход от слабой к умеренной степени выраженности невротических наклонностей характеризуется, прежде всего, значительным скачком потребности во власти через интеллект или волю. Заметно усиливается потребность в личных достижениях; возрастают показатели «социально ориентированных» невротических наклонностей к получению признания, престижа, восхищения окружающих, усиливается тенденция эксплуатировать других людей. За акцентирование всех этих тенденций в личности человеку приходится «расплачиваться» здоровьем. Феноменологически утрата здоровья во второй группе переживается как: 1) уменьшение количества степеней свободы самостоятельного

передвижения в пространстве, 2) привязка к лекарствам – специально вводимым внутрь организма веществам для достижения оптимальных функциональных состояний, 3) ограничения в деятельности, требующей проявления определенных способностей, 4) возникновение элементов закрепощенности в духовной сфере – сфере смыслов, убеждений, мировоззренческих приоритетов, 4) некоторое снижение в когнитивных способностях (концентрация внимания, обучаемость и память, креативность и мышление).

При сравнении первой группы с третьей общая картина сниженной самооценки здоровья еще более усугубляется. «Области повреждения» здесь – сферы независимости, психологического и физического функционирования. Именно по показателям здоровья в этих сферах третья группа наиболее существенно уступает первой. По показателю самооценки здоровья в сфере независимости группа с сильно выраженными невротическими наклонностями уступает первой группе на уровне $p < 0,001$ (соответственно, $15,60 \pm 2,14$ и $17,19 \pm 1,33$; $t = 3,56$). Наметившееся во второй группе снижение уровня психологического здоровья как тенденция, в третьей группе уже становится весьма отчетливым. Третья группа существенно (на уровне $p < 0,01$) уступает по этому показателю первой группе (соответственно, $13,96 \pm 2,07$ и $15,34 \pm 2,05$; $t = 2,72$). Негативное влияние на личность сильно выраженных невротических наклонностей в третьей группе становится настолько явным, что это сказывается на физической сфере: субъект начинает осознавать в качестве особых проблем физической дискомфорт, соматические болевые ощущения, недостатки сна, усталость и нехватку энергии. Различия между группами значимы на уровне $p < 0,02$ (соответственно, $13,37 \pm 2,29$ и $14,51 \pm 1,66$; $t = 2,29$).

Сопоставление показателей самооценки здоровья во второй и третьей группах не выявило статистически значимых различий.

Для получения детализированной картины различий в самооценках здоровья вычислялись показатели субсфер (см. таблицу ПРИЛОЖЕНИЯ 13). При переходе от слабой к умеренной степени выраженности невротических наклонностей внутренняя картина здоровья наших испытуемых деформируется одновременно в нескольких сферах и субсферах. Постепенная утрата здоровья в *физической* сфере выражается в проблемах сна и утрате способности полноценно отдыхать. Отход от эталона здоровья в *психоло-*

гической сфере представлен нарастанием недовольства собственной внешностью и образом тела. При умеренной выраженности невротических наклонностей их ограничивающее влияние на функционирование психики проявляется пока еще не столь значительно. Субъект обнаруживает это влияние как утрату соответствия своей внешности неким усвоенным извне социально-перцептивным эталонам здоровья; перестает быть оптимальным восприятие собственной телесности. Многие испытуемые второй группы отмечают у себя также некоторое снижение когнитивного функционирования (концентрации внимания, способности накапливать и использовать информацию, делать выводы), но это снижение проявляется только как тенденция.

В группе испытуемых с умеренно выраженными невротическими наклонностями определенным образом нарушается и сфера *независимости*. Здесь подвержены пагубному влиянию невротических наклонностей субсферы подвижности (способность передвигаться, наличие трудностей при передвижении, степень удовлетворенности своей способностью к передвижению и т.п.), способность к работе (наличие этой способности, степень удовлетворенностью ею и т.п.). В качестве сильной, но не достигшей уровня значимости, проявилась тенденция чаще отмечать потребность в лекарствах, зависимость от них, необходимость в медицинской помощи.

Умеренно выраженные невротические наклонности проявились и в сфере *социальных отношений*. Оценка социального здоровья в данной группе испытуемых значительно снизилась за счет заметной утраты способности эффективно обратиться за практической социальной поддержкой. Испытуемые говорили как об уменьшении случаев получения поддержки вообще, так и о сужении круга лиц (окружающих, друзей, членов семьи), от которых можно дожидаться помощи.

Сфера здоровья, связанная с благополучием *окружающей среды* (т.е. с восприятием ее как «здоровой») для второй группы испытуемых оказалась наиболее стойкой и не подверженной давлению невротических наклонностей. Как тенденция, не достигшая уровня значимости, отмечен лишь некоторый рост недовольства своими финансовыми ресурсами.

Духовная сфера во второй группе испытуемых, наоборот претерпевает заметное влияние со стороны умеренно выраженных

невротических наклонностей. Самооценки духовного здоровья в этой группе заметно снижены по сравнению с испытуемыми первой группы. Испытуемые второй группы отмечают, что личные убеждения и мировоззрение теперь вносят в их жизнь мало смысла. Они теперь мало помогают в противостоянии жизненным трудностям. Некоторые испытуемые даже начинают сомневаться в смысле жизни вообще.

Сравнение показателей субсфер здоровья первой и третьей групп испытуемых позволяет детально судить о деформации общей картины здоровья у студентов с сильно выраженными невротическими наклонностями. Ключевым элементом отхода от здоровья в *физической* сфере у испытуемых третьей группы становится субсфера жизненной активности, энергии. Усугубляются проблемы с отдыхом и сном, но все же центральной «фигурой» в восприятии и экспресс-оценке такими испытуемыми своего физического состояния становится хроническая усталость, от которой не удается избавиться никакими средствами.

Сниженная самооценка здоровья в *психологической* сфере относится к трем субсферам. Как и студенты с умеренно выраженными невротическими наклонностями, испытуемые третьей группы выражают недовольство своей внешностью и ощущают признаки нездоровья в образе тела. Однако в данной группе отчетливо проявились еще два направления снижения самооценки здоровья. Один из них весьма показателен – это устойчивый негативный эмоциональный фон. Отход от принципов здорового функционирования организма и личности у обладателя выраженных невротических наклонностей настолько велик, что отрицательные эмоции у такого человека становятся постоянным спутником его жизни. Речь идет о частых депрессивных переживаниях, печали, беспокойстве, тревоге. Эти эмоции пролонгированы, проникают, по словам испытуемых, в их повседневную жизнь. Они превращаются в особую проблему, приковывающую к себе внимание человека, вызывающую вторичные эмоции (беспокойство по поводу тревоги, депрессии и т.п.). Еще одно направление снижения самооценки здоровья – снижение эффективности и качества когнитивного функционирования (концентрации внимания, работы памяти, способности обучаться, мыслить и решать проблемы). Рефлексия своего когнитивного снижения наметилась (на уровне тенденции) еще у испытуемых с умеренным присут-

ствием невротических склонностей, но в третьей группе это снижение стало весьма заметным для большинства участников исследования.

При сильно выраженных невротических склонностях страдает и сфера проявления *независимости* личности. Она существенно затронута в трех субсферах из четырех – подвижности, способности выполнять повседневные дела и способности работать. Испытуемые третьей группы, подобно испытуемым второй, отмечают признаки утраты здоровья в таком компоненте сферы *социальных отношений*, как способность обращаться и получать практическую и социальную поддержку у окружающих. Сравнение самооценок субсфер здоровья в первой и третьей группах свидетельствует об изменении восприятия *окружающей среды* под влиянием сильно выраженных невротических склонностей: окружающая среда начинает восприниматься как несущая угрозу физическому существованию субъекта; испытуемые ощущают себя в ней менее защищенными. Кроме того, как тенденция, наметилось недовольство работы транспортом.

Сопоставление самооценок здоровья в разных субсферах второй и третьей группы испытуемых свидетельствует о преимуществе группы с умеренными невротическими склонностями. Третья группа существенно уступает второй по показателю жизненной активности, энергии и усталости, присутствия в жизни негативных эмоций, по способности выполнять повседневные дела, по склонности воспринимать окружающую среду, как содержащую угрозы физической безопасности, по уменьшению возможностей отдыхать и развлекаться. Как тенденция проявилась склонность испытуемых третьей группы давать еще более низкую (по сравнению со второй группой) оценку работе транспорта.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о невротических склонностях как о «сквозном», интегрально действующем деструктивном факторе снижения общей субъективной картины здоровья и отдельных ее элементов.

3.2.3. Структура оценок здоровья у студентов с низко, умеренно и сильно выраженными невротическими склонностями

Для выявления структуры глубинных латентных факторов, определяющих разнообразные самооценки здоровья, был исполь-

зован эксплораторный факторный анализ методом главных компонент с последующим варимакс-вращением. Факторизации подвергся массив данных, отражающих самооценки в двадцати четырех субсферах здоровья. При определении содержательной наполненности каждого фактора учитывались только такие показатели самооценок здоровья, которые коррелировали с фактором на уровне не менее чем $|0,500|$. При определении числа факторов в структуре были использованы как критерий «каменистой осыпи» (для определения минимального количества факторов), так и критерий Кайзера (для выявления их максимального количества). При нахождении оптимального решения мы стремились выявить такую факторную структуру, при которой % суммарной объясненной дисперсии был бы максимальным. Вычисления проводились отдельно в группах со слабо, умеренно и сильно выраженными невротическими наклонностями. Результаты вычислений представлены в таблицах 3.8 – 3.10. Для всех трех групп испытуемых оптимальными оказались пятифакторные модели. Показатели субсфер, не вошедшие ни в один из факторов, удалены из таблиц.

В группе со *слабо* выраженными невротическими наклонностями пять факторов в совокупности объясняют 64% дисперсии. *Первый фактор*, обладающий наибольшим весом (6,484; 27,0% общей дисперсии) в содержательном плане оказался наполненным комплексом самооценок, представляющих все шесть сфер здоровья. Наиболее тесно с фактором коррелируют самооценки здоровья, выражающегося в способности быть независимым, здоровым психологически и социально («Способность выполнять повседневные дела» – 0,798; «Проявлять положительные эмоции» – 0,794; «Поддерживать личные отношения» – 0,778; «Успешно противостоять отрицательным эмоциям» – 0,742). В структуру данного фактора вошли разнообразные и важные проявления здоровья студентов, касающиеся самооценки личности, когнитивных функций, сексуальности, способности отдыхать и развлекаться, противостоять усталости. Отчетливо проявляется также мировоззренческий и духовный компонент здоровья. Фактор был обозначен, как «Способность действовать и поддерживать отношения на основе эффективной эмоциональной и когнитивной саморегуляции».

Таблица 3.8

Структура самооценок здоровья у группы испытуемых со слабо выраженными невротическими наклонностями

Субсферы	Факторы				
	1	2	3	4	5
F1: физическая боль и дискомфорт			0,815		
F2: жизненная активность, энергия и усталость	0,615				
F4: положительные эмоции	0,794				
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,665		0,571		
F6: самооценка	0,688				
F7: образ тела и внешность	0,584				
F8: отрицательные эмоции	0,742				
F9: подвижность			0,788		
F10: способность выполнять повседневные дела	0,798				
F11: зависимость от лекарств и лечения					0,847
F13: личные отношения	0,778				
F15: сексуальная активность	0,644				
F16: физическая безопасность и защищенность		0,762			
F17: окружающая среда дома				0,675	
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи		0,730			
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,636				
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,670				
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума		0,405		0,669	
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,620				
Факторный вес	6,484	2,529	2,376	2,101	1,878
% общей дисперсии	27,0	10,5	9,9	8,8	7,8

Второй фактор (факторный вес – 2,529; 10,5% дисперсии) можно обозначить как фактор «*Чувство защищенности в безопасной среде*». Он отражает специфику категоризации студентами окружающей социальной среды, как такой, к которой в случае необходимости можно обратиться за помощью и сравнительно легко ее получить. В структуру данного фактора вошли два показателя, характеризующие здоровье в сфере взаимоотношений человека с окружающей средой: «Физическая безопасность и защищенность» (0,762) и «Доступность и качество медицинской и социальной помощи» (0,730). Испытуемые данной группы воспринимают окружающую среду как дружелюбную по отношению к ним во многом из-за своей способности обратиться за помощью (не только медицинской, но и в более общем плане – социальной).

Смысл *третьего фактора* (факторный вес – 2,376; 9,9% дисперсии) лучше всего было бы передать словами «*Способность эффективно справляться с дискомфортом и физической болью*». Фактор определен по названию показателя, наиболее тесно коррелирующего с ним – «Противостояние физической боли и дискомфорту» (0,815). Два других, тесно коррелирующих с фактором показателя – «Подвижность» (0,788) и «Мышление, обучаемость, память и концентрация» (0,571), – свидетельствуют о том, что студенты с низко выраженными невротическими наклонностями преодолевают боль и дискомфорт достаточно конструктивно – за счет расширения своего «бытийного пространства» [72] через подвижность и многоплановую когнитивную активность.

Четвертый фактор (факторный вес – 2,101; 8,8% дисперсии) был назван «*Экологическим*», так как он вобрал в себя самооценки здоровья данной группы испытуемых в субсферах «Окружающая среда дома» (0,675) и «Климат, окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума» (0,669). Тем самым, в нашем исследовании подтвердилась закономерность, обнаруженная исследователями психологии окружающей среды [108; 179; 273; 300], а также авторами, разрабатывающими ситуационный подход в психологии [143; 201; 244 и др.], и проявляющаяся в тесной корреляции внутреннего состояния человека и образа окружающей среды, который он формирует в ходе деятельности.

Пятый фактор (факторный вес – 1,878; 7,8% дисперсии) наполнен только одним показателем – «Зависимость от лекарств

и лечения» (0,847). Высокие показатели по данной субсфере свидетельствуют об убежденности испытуемых в том, что здоровье означает *свободу от необходимости принимать лекарства и лечиться*. Наличие этого фактора в структуре самооценок здоровья свидетельствует об особом мировоззрении испытуемых со слабо выраженными невротическими наклонностями. Они убеждены, что здоровье – это некая бытийная характеристика человека, образ жизни которого оптимально соответствует его индивидуальности на всех уровнях (психофизиологическом, психологическом, социальном, духовном). Человек изначально здоров; внутри организма и личности есть все, чтобы всегда быть здоровым. Болезнь – это сигнал отхода от принципов «правильной жизни».

Таким образом, факторная структура самооценок здоровья в различных субсферах у студентов со слабо выраженными невротическими наклонностями свидетельствует о наличии в ней главным образом благополучных компонентов.

Таблица 3.9 отражает структуру факторов, выявленную в группе испытуемых с *умеренно* выраженными невротическими наклонностями. В этой группе пять факторов в совокупности так же объясняют 64% дисперсии. *Первый фактор* (факторный вес – 4,373; 18,2% объясненной дисперсии) имеет сложную и противоречивую структуру. В ней, однако, просматривается тенденция связи представлений о здоровье с благополучием в личных отношениях (0,815), в которых акцентирована сексуальность (0,756). Психологическая сфера встроена в этот фактор самооценкой высокой когнитивной активности – мышления, памяти, внимания, обучаемости (0,641), высокой самооценкой личности (0,629), умением поддерживать положительные эмоции (0,527). Присутствуют также самооценки умения обратиться за помощью (0,618), отдыхать и развлекаться (0,539). Фактор 1 был определен как «*Личные взаимоотношения с акцентом на сексуальной активности*».

В структуру *второго*, – «*Средового*», – фактора (факторный вес – 3,227; 13,4% объясненной дисперсии) вошли элементы, связанные с определением испытуемыми своего здоровья через особенности окружения – «*Окружающая среда дома*» (0,811). Два других, наиболее важных элемента «*здоровой среды*» – хорошая работа транспорта (0,742) и доступная медицинская и социальная помощь (0,644).

Таблица 3.9

Структура самооценок здоровья у группы испытуемых с умеренно выраженными невротическими наклонностями

Субсферы	1	2	3	4	5
F1: физическая боль и дискомфорт				0,863	
F2: жизненная активность, энергия и усталость			0,656		
F3: сон и отдых				0,525	
F4: положительные эмоции	0,527				
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,641				
F6: самооценка	0,629				
F9: подвижность					0,622
F10: способность выполнять повседневные дела			0,630		
F11: зависимость от лекарств и лечения				0,607	
F12: способность к работе					0,621
F13: личные отношения	0,815				
F14: практическая социальная поддержка	0,618				
F15: сексуальная активность	0,756				
F16: физическая безопасность и защищенность			0,751		
F17: окружающая среда дома		0,811			
F18: финансовые ресурсы человека					
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи		0,644			
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков					0,513
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,539				
F23: транспорт		0,742			
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства					0,637
Факторный вес	4,373	3,227	3,159	2,437	2,165
% общей дисперсии	18,2	13,4	13,2	10,2	9,0

Данный фактор является своеобразным аналогом четвертого («Экологического») фактора, выявленного в структуре представлений о своем здоровье у студентов первой группы. Однако если студенты с невыраженными невротическими наклонностями подчеркивают значимость окружающей среды как таковой (ее эстетику, климатические особенности, привлекательность и т.п.), то испытуемые с умеренно выраженными невротическими наклонностями относятся к окружающей среде прагматично, с точки зрения удобства лично для себя (транспорт, возможность обратиться к внешней среде за разными видами помощи).

В *третьем факторе*, – факторе «Безопасности» (факторный вес – 3,159; 13,2% объясненной дисперсии), – высокие оценки защищенности и физической безопасности (0,751) объединены с жизненной активностью, энергией и умением противостоять усталости (0,656), выполнять повседневные дела (0,630).

Четвертый фактор (факторный вес – 2,437; 10,2% дисперсии), который может быть назван как «Противостояние физической боли и дискомфорта» связывает способность к такому противостоянию (0,863) с возможностью избежать излишней зависимости от лекарств (0,607), но вместо этого – полноценно отдыхать и высыпаться (0,525).

В *пятом факторе* (факторный вес – 2,165; объясняет 9,0% дисперсии), который назван «Духовным» по показателю, наиболее тесно с ним коррелирует (0,637), объединились самооценки здоровья в субсферах подвижности (0,622), способности к работе (0,621) и возможности приобретать новые навыки и информацию (0,513).

По таблице 3.10 видно, что и в группе испытуемых студентов с *сильно* выраженными невротическими наклонностями тоже выделяется пять факторов, которые в совокупности объясняют 61,9% общей дисперсии.

Первый, наиболее весомый (3,970; объясняет 16,5% дисперсии) фактор в данной структуре объединяет самооценки здоровья в нескольких субсферах, ведущей из которых является субсфера самооценки (0,801). Поэтому данный фактор был назван «Самооценочным». Студенты этой группы не случайно связывают здоровье, прежде всего с высокой самооценкой, так как, по-видимому, интуитивно чувствуют собственное неблагополучие в этой области. В данный фактор вошла также оценка возможности отдыхать и развлекаться (0,755).

Таблица 3.10

Структура самооценок здоровья у группы испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями

Субсферы	1	2	3	4	5
F1: физическая боль и дискомфорт		0,557			0,510
F2: жизненная активность, энергия и усталость		0,658			
F3: сон и отдых			0,705		
F4: положительные эмоции		0,729			
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,600				
F6: самооценка	0,801				
F7: образ тела и внешность	0,729				
F8: отрицательные эмоции		0,823			
F10: способность выполнять повседневные дела		0,731			
F11: зависимость от лекарств и лечения					0,789
F13: личные отношения			0,705		
F15: сексуальная активность			0,875		
F17: окружающая среда дома				0,672	
F18: финансовые ресурсы человека			0,531		
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи				0,808	
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,576				
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,755				
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	0,524				
F23: транспорт				0,548	
Факторный вес	3,970	3,635	2,642	2,612	2,025
% общей дисперсии	16,5	15,1	11,0	10,9	8,4

Третий по степени тесноты связи с фактором показатель – самооценка внешности и образа тела (0,729). Чрезмерная озабоченность тем, какое впечатление производишь на других людей –

надежный признак наличия невротических переживаний [269], отхода от нормы нервно-психического благополучия [169], конфронтации и ведения бесплодной и энергозатратной борьбы с самим собой [181], базисного дефекта [19], растворенности в других людях, сильной зависимости от их мнения о самом субъекте. В структуре данного фактора присутствуют самооценки здоровья в субсфере когнитивного функционирования – мышления, обучаемости памяти и концентрации внимания (0,600) и средовой сфере: ее насыщенности информацией (0,576) и ее климатических характеристик (0,524).

Второй фактор (факторный вес – 3,635; объясняет 15,1% дисперсии) имеет комплексную природу и объединяет показатели самооценок здоровья в нескольких субсферах. Он был назван «*Эмоционально-энергетическим*». Ведущим показателем в структуре данного фактора является оценка того, как испытуемым удается справляться с отрицательными эмоциями (0,823), с повседневными делами (0,731), генерировать положительные эмоции (0,729), регулировать энергетический баланс и противостоять усталости (0,658). Все это необходимо для преодоления (недопущения) физической боли и дискомфорта (0,557).

Третий фактор (факторный вес – 2,642; объясняет 11,0% дисперсии) получил название «*Сексуального*», так как с ним наиболее тесно коррелируют самооценки в субсфере сексуальной активности (0,875). Примечательно то, что этот фактор в равной мере (с коэффициентом корреляции) нагружают показатели личных отношений, а также сна и отдыха. У испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями «*Сексуальный*» фактор оказался тесно положительно связанным с благополучием в субсфере финансовых ресурсов (0,531).

Четвертый фактор (2,612; объясняет 10,9% дисперсии) в данной группе испытуемых аналогичен второму фактору, полученному в группе студентов с умеренно выраженными невротическими наклонностями. Он тоже получил название «*Средового*». Однако при сильно выраженных невротических наклонностях меняется порядок, в котором самооценки здоровья в отдельных субсферах входят в данный фактор. На первое место здесь выходит оценка доступности и качества социальной и медицинской помощи (0,808). В несколько меньшей степени коррелируют с

фактором показатели здоровья в связи с окружающей средой дома (0,672) и состоянием транспорта (0,548).

Последний, *пятый фактор* (факторный вес – 2,025; объясняет 8,4% дисперсии) связан с избавлением от необходимости принимать лекарства и лечиться (0,789), что, по мнению испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями, связано с безопасностью и избавлением от физической боли (0,510).

Сравнение факторных структур оценок здоровья в группах студентов с низкой, умеренной и высокой степенью выраженности невротических наклонностей позволяет сделать вывод о том, что наиболее благополучна структура факторов в первой группе испытуемых, а наименее – в третьей. По мере усиления степени выраженности невротических наклонностей явственно проступают четыре тенденции в студенческих самооценках здоровья.

Во-первых, *снижается роль духовно-мировоззренческого компонента в рефлексии собственного здоровья и проблем, связанных с ним*. Так, студенты со слабо выраженными невротическими наклонностями хорошо понимают существенную роль личных убеждений, мировоззрения, трансцендентных переживаний в обеспечении здоровья. Смысловая ориентировка в себе и ситуации для них столь же важна, как эффективное когнитивное функционирование, эмоциональная саморегуляция, высокий энергетический потенциал. В этой группе испытуемых духовность как одна из предпосылок здоровья, включена в структуру первого фактора. В структуре самооценок здоровья во второй группе испытуемых даже удалось выделить отдельный фактор, получивший название «Духовного». Правда, он обладает наименьшим факторным весом по сравнению с остальными факторами, но в его структуре прослеживается взаимосвязь мировоззренческих и смысловых конструкторов в основном лишь способностью хорошо работать, развивать свои навыки, быть подвижным. В группе студентов с сильно выраженными невротическими наклонностями самооценки здоровья в сфере духовности вообще не вошли в структуру какого-либо фактора.

Во-вторых, *акцентируется проблематика сексуального здоровья*. По мере усиления невротических наклонностей вопросы сексуальности становятся все более привлекающими внимание, требующими ответа. Этот результат вполне закономерен, так как за неудовлетворенностью и несовершенством сексуальной жизни

стоит хроническое эмоциональное напряжение, обусловленное невротическими наклонностями. Для нездоровой сексуальности характерен страх интимности, т.е. подавленная в связи с тревогой способность человека делиться со своим партнером личностно значимыми чувствами и мыслями. Страх интимности присущ со-зависимым лицам, так как они боятся быть отвергнутыми, преданными, покинутыми [102; 238; 239]. Сексуальное здоровье означает способность личности к реакции на эротическое воздействие, здоровую сексуальную конституцию, умение «калибровать» не только свои сексуальные желания, но и желания партнера, понимать не только слова, но и язык тела [13; 96; 105]. Важнейшая составляющая сексуального здоровья – это наличие у взрослых людей возможности выбрать такие сексуальные действия и формы поведения, которые доставляют им максимальное наслаждение, одобряются ими и при этом не наносят ущерба их здоровью и обществу. Невротические наклонности существенно уменьшают количество степеней свободы выбора субъектом желаемых форм сексуального поведения, сужают «диапазон приемлемости» партнеров, усиливают ригидность их сексуальных сценариев. Все испытуемые, независимо от степени выраженности невротических наклонностей, подчеркивали в своих ответах важность и желательность сексуального здоровья. Однако у первой группы испытуемых оценки здоровья в субсфере сексуальности входят в структуру первого, – наиболее сложного и многопланового, – фактора *«Способность действовать и поддерживать отношения на основе эффективной эмоциональной и когнитивной саморегуляции»*. Оценки сексуальности входят в этот фактор наряду с другими самооценками здоровья, касающимися всех шести сфер здоровья. Способность к здоровым сексуальным отношениям здесь гармонично взаимоувязана со здоровьем в функционировании познавательных процессов, с навыками саморегуляции эмоций, с умением поддерживать энергетический баланс, восстанавливать силы во время отдыха и смены видов деятельности, с духовностью и личными убеждениями. Сексуальность для испытуемых со слабо выраженными невротическими наклонностями обладает признаками сложной функциональной системы, в которую включены различные личностные, поведенческие и ситуационные компоненты и из которых она черпает свой потенциал. Этого нельзя сказать об испытуемых с умеренно выраженными

ми, и особенно – с сильно выраженными невротическими наклонностями. Сексуальные отношения у них начинают приобретать *самодовлеющее* значение. У второй группы самооценка здоровья в сексуальной сфере входит в первый фактор уже как показатель, повлиявший на идентификацию этого фактора («*Личные взаимоотношения с акцентом на сексуальной активности*») и уступающий по силе связи с данным фактором только самооценкам здоровья в субсфере личных отношений. Возможно, это свидетельствует о навязчивой *эротизации* у испытуемых с умеренно выраженными невротическими наклонностями всяких личных отношений, например дружеских.

Тенденция повышенного внимания к сексуальности, нарочитого подчеркивания важности здоровья именно в субсфере сексуального поведения достигла своего максимального выражения у студентов с сильно выраженными невротическими наклонностями. В структуре самооценок здоровья испытуемых этой группы был выявлен отдельный, – «*Сексуальный*», – фактор, в котором сексуальность была взаимоувязана с личными отношениями (личные отношения обязательно предполагают секс), сном и отдыхом (секс – средство отдыха и расслабления), деньгами (чтобы был секс, нужны финансовые ресурсы; или: чтобы заработать деньги, можно использовать секс?). Как метко заметил объектный аналитик Д.Э. Шарфф, эротическая зона, сексуальность человека – это своеобразный экран, на который могут проецироваться самые разные проблемы человека. «Сложные психологические проблемы как векторные силы складываются, вычитаются и умножаются, а затем кристаллизуются и помещаются в эротической зоне» [281, с. 25]. Мы нашли эмпирическое подтверждение этому тезису.

В-третьих, по мере усиления невротических наклонностей происходит *прагматизация оценок внешней среды*. Студенты со слабо выраженными невротическими наклонностями в своей оценке окружающей среды опираются преимущественно на критерии красоты / безобразия, привлекательности / непривлекательности, чистоты / загрязненности, отсутствия / наличия шума и т.п. Их интересует структура и оформление среды безотносительно к непосредственным потребностям и нуждам. Для них важна, прежде всего, степень ее соответствия некоторым внутренним эстетическим критериям. Испытуемые второй, и особенно

третьей группы относятся к окружающей среде, так сказать, «потребительски», с точки зрения того, насколько ею можно воспользоваться для получения медицинской, и более широко – социальной помощи. Они склонны рассматривать окружающую среду не столько в континууме «красивая – некрасивая», сколько «полезная – бесполезная», «безопасная – небезопасная лично для меня». Эмоционально-мотивационный элемент нездоровья в образе внешней среды у таких испытуемых предполагает постоянное присутствие внутри личности постоянной бдительности, функциональной готовности (установки) к встрече с некой угрозой, опасностью.

В-четвертых, *происходит трансформация стратегии и тактики противостояния физической боли и дискомфорта*. В факторных структурах самооценок здоровья по субсферам в трех группах испытуемых данный элемент здоровья входит в разные факторы и объединяется по-разному с другими элементами. Противостоянию физической боли и дискомфорту в группе студентов со слабо выраженными невротическими наклонностями присуща активность, выражающаяся в подвижности (в физическом смысле), высокой умственной дисциплине, преодолевающей когнитивной деятельности. В отличие от них, студенты с умеренно выраженными невротическими наклонностями стремятся решать проблему дискомфорта, так сказать, напрямую – через сон и отдых и попытки управлять процессом приема лекарств. В группе с сильно выраженными невротическими наклонностями проблема преодоления физической боли и дискомфорта переводится в основном в эмоциональную плоскость (как недопущение отрицательных эмоций и максимизация положительных).

3.3. Самооценки здоровья при доминировании у студентов разных стратегий и стилей совладающего поведения

3.3.1. Взаимосвязь показателей степени выраженности копинг-стратегий и самооценок здоровья в разных сферах

В таблице 3.11 отражены коэффициенты линейной корреляции r_{xy} между показателями копингов и самооценками здоровья в

разных сферах. Подавляющее большинство коэффициентов корреляции – отрицательные.

Таблица 3.11

Взаимосвязи между самооценками здоровья в разных сферах и показателями степени выраженности копинг-стратегий у студентов ($n = 132$)

Сферы здоровья	Копинг-стратегии				
	Поиск поддержки	Повышение самооценки	Самообвинение	Анализ проблемы	Поиск виновных
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,15	-0,05	-0,32*****	-0,07	-0,30****
Физическая сфера	-0,17	-0,03	-0,34*****	-0,09	-0,23**
Психологическая сфера	-0,20*	0,02	-0,45*****	-0,07	-0,22*
Уровень независимости	-0,22*	-0,15	-0,36*****	-0,02	-0,29****
Соц. взаимоотношения	-0,12	-0,09	-0,28***	-0,01	-0,15
Окружающая среда	-0,18*	-0,08	-0,31*****	-0,03	-0,32*****
Духовная сфера	0,03	0,14	-0,25***	0,17*	-0,11

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,001$; «*****» – $p < 0,0005$; «*****» – $p < 0,0001$; «*****» – $p < 0,00005$; «*****» – $p < 0,00001$

Это означает, что студенты воспринимают необходимость преодоления как проявление отхода от здоровья. Положительно связаны только самооценка духовного здоровья и копинг «анализ проблемы» ($r = 0,17$; $p < 0,05$). Духовное здоровье характеризуется «открытостью трансцендентному», мировоззренческими поисками, нравственными исканиями и переживанием осмысленности происходящего. Такая внутренняя активность соответствует природе совладания по типу «анализ проблемы».

Вопреки ожиданиям, в большинстве случаев не выявлена тесная положительная корреляция конструктивных копингов («Анализ проблемы» и «Повышение самооценки») с самооценками здоровья в разных сферах. Однако, не получили и отрицательных. От болезни нужно не защищаться (что само по себе есть пси-

хологическая защита), а бороться за здоровье. Под такой «борьбой за здоровье» можно понимать реализацию разных форм конструктивного копинга [204; 223; 230]. Необходимость вести такую «борьбу за здоровье» осознают индивиды, находящиеся в состоянии «предболезни», или уже больные (т.е. проявление жизненных сил которых ограничено, состояние оптимальной жизнедеятельности утрачено, социальная активность сужена, а развитие личности перестало быть гармоничным). Наши испытуемые, фактически, продемонстрировали такую внутреннюю картину здоровья, в соответствии с которой «быть здоровым» означает «быть избавленным от необходимости вести какую-то ни было борьбу», поскольку состояние индивида благополучно настолько, что в овладающем поведении (даже в самом конструктивном) вообще нет необходимости.

Самообвинение наиболее существенно и негативным образом затрагивает сферу психологического здоровья ($r_{xy} = -0,45$; $p < 0,00001$), независимого поведения ($r_{xy} = -0,36$; $p < 0,00005$), физического самочувствия ($r_{xy} = -0,34$; $p < 0,0001$) а также оценку окружающей среды как здоровой ($r_{xy} = -0,31$; $p < 0,0005$). В несколько меньшей степени затрагиваются духовная сфера и социальные взаимоотношения. Самообвинительное совладание с неприятностями сопровождается низкими оценками общего состояния здоровья и качества жизни ($r_{xy} = -0,32$; $p < 0,0005$). Если человек часто использует в качестве стратегии совладания «Поиск виновных», то закономерно наталкиваясь на сопротивление окружающих, будет, как неблагоприятную для здоровья, оценивать окружающую среду ($r_{xy} = -0,32$; $p < 0,00005$). Вполне объяснима и отрицательная корреляция самооценки уровня независимости со степенью выраженности стратегии «Поиска виновных» ($r_{xy} = -0,29$; $p < 0,001$): субъект попадает в отношения зависимости, так как контроль того, что происходит с ним, переносит вовне и приписывает окружающим. Обоснованной представляется значимая на уровне $p < 0,05$ корреляция степени выраженности данной стратегии с самооценкой психологического здоровья ($r_{xy} = -0,22$). Дисгармонию в собственных мыслях, неадекватность выражения эмоций, негативные личностные качества субъект проецирует на других людей. Злоупотребление копингом данного типа не проходит бесследно и для физической сферы здоровья ($r_{xy} = -0,23$; $p < 0,01$). «Поиск виновных» – копинг-стратегия, которая так же,

как и «Самообвинение», неблагоприятно сказывается на общей оценке студентами своего здоровья и качества жизни ($r_{xy} = -0,30$; $p < 0,001$).

Копинг-стратегия «Поиск поддержки» умеренно конструктивна: она демонстрирует развитую способность индивида обратиться за помощью к близким, коллегам, медицинским и социальным работникам. Однако негативный аспект такого копинга состоит в нарочитом желании стать зависимым от других людей. Человек внутренне понимает опасность злоупотребления такой стратегией для развития собственной личности и может в связи с этим переживать психологический дискомфорт. Три отрицательных, минимально (на уровне $p < 0,05$) значимых коэффициента корреляции копинга «Поиск поддержки» с самооценками здоровья подтверждают эти выводы.

3.3.2. Самооценки здоровья у студентов с разными копинг-стилями

Выделение и идентификация стилей осуществлялась с помощью кластеризации (методом k-means) показателей степени выраженности пяти копинг-стратегий, выявленных с помощью опросника СПНС у 132 студентов (см. рисунок 3.14). Данные таблиц в ПРИЛОЖЕНИИ 14 отражают математико-статистические доказательства о приемлемости классификации.

Выделены три стиля совладания. Первый стиль (обнаруженный у 45 испытуемых) условно назван «Поиск поддержки с акцентом на проблеме виновности» (Стиль I). Этот стиль является синтезом ряда неконструктивных («самообвинение», «поиск виновных») и частично конструктивных («поиск поддержки») стратегий совладания. Испытуемые с таким стилем, попав в трудную ситуацию, склонны проявлять пессимизм, руминации, застревание на проблеме, сентенции типа: «Почему это случилось именно со мной?», отказ от попыток решения проблемы. Трудность ситуации предстает перед ними не в аспекте вызова или повода для проверки своих возможностей, а как неприятность, возникшая по чьей-то вине (своей, или других людей), поэтому их когнитивная активность часто сводится к поиску виновных. Испытуемые с таким стилем склонны утрачивать самообладание, переживать

уныние, гнев, печаль, злость. Они пытаются повлиять на свое состояние, подавляя эти эмоции.

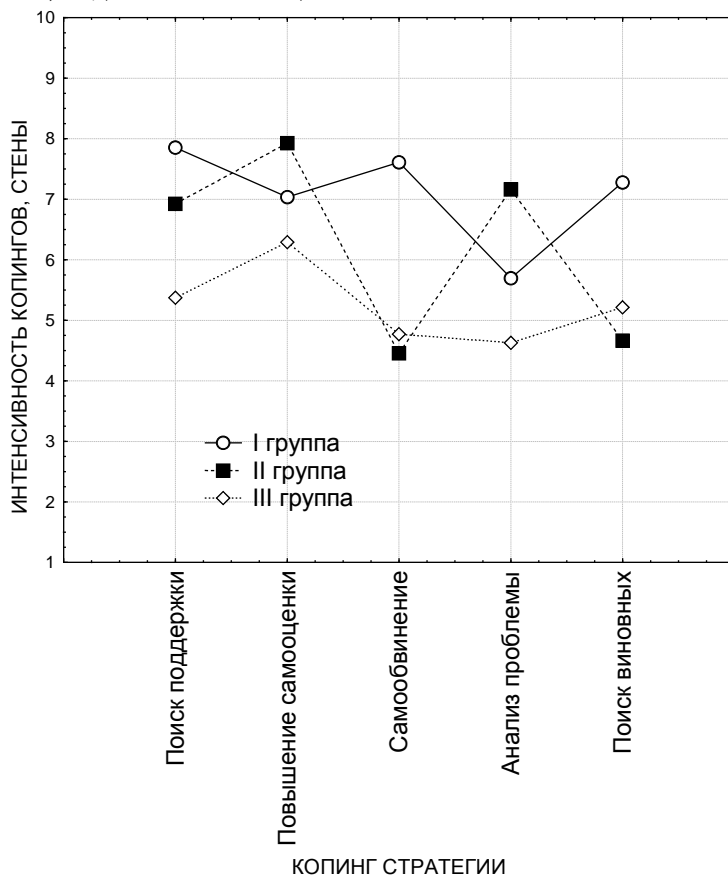


Рис. 3.14. Кластерные профили, отражающие степень выраженности стратегий совладающего с неприятностями поведения (стили копингов) в трех группах испытуемых

Стиль II («Повышение самооценки с акцентом на решении проблемы») обнаружен у 45 испытуемых. Они конструктивно сосредоточены на проблеме, не стремятся найти виновных и не склонны к самообвинениям. Сосредоточены на анализе проблемы, ее истоков, динамики, перспективах ее решения; соотносят

разные информационные потоки, выдвигают и проверяют гипотезы, пытаются понять смысл происходящего, обнаружить новые возможности для действия. Стремятся переформулировать проблему в позитивном ключе, помочь себе юмором, преуменьшить серьезность неприятной ситуации.

При стиле III (42 испытуемых) центральным элементом активности также является повышение самооценки, но не посредством анализа проблемы, а через самоуспокоение. Испытуемые этой группы не склонны к обвинению себя, или окружающих. Столкновение с неприятностью для них – это повод не столько для исследования окружающего мира, сколько для обращения к себе, коррекции пошатнувшегося в связи со стрессом позитивного мнения о себе. В табл. 3.12 приведены самооценки здоровья в разных сферах у студентов с тремя стилями копингов. Наиболее существенно различаются I и II стили. Значимые различия по t-критерию Стьюдента получены по всем без исключения показателям, включая G. Особенно значимы различия в психологической сфере ($t = -4,156$; $p < 0,00007$) и сфере «Уровень независимости» ($t = -4,182$; $p < 0,00007$). Поиск ответа на вопрос: «Кто виноват?», или самообвинения актуализируют множество интенсивных эмоций, которые, по меткому замечанию Р. Фрэнкина [259], «не совпадают с целью» и блокируют конструктивный процесс личностно-ситуативного взаимодействия. Отсутствие продвижения в решении проблемы отражается на многих системных уровнях: в психологической сфере – в виде снижения когнитивного функционирования (невозможность эффективного сосредоточения, ухудшение динамики перцептивных и мыслительных операций, ошибки при запоминании и трудности при извлечении информации из памяти, доминирование негативного эмоционального фона, возникновение противоречивых побуждений и конфликты между ними и т.п.); в сфере независимого поведения – как уменьшение количества степеней свободы поведения (субъект прикован к мыслям о «чужой злой воле», или «собственной несостоятельности»); в физической сфере – как снижение самочувствия, вызванное соматизацией множества негативных переживаний; в сфере социальных взаимоотношений – как воображаемое, или реальное ухудшение взаимоотношений с другими людьми – «виновниками» трудной ситуации, или «обвинителями»; в оценке «нездоровья» окружающей среды – как результат проек-

ции на нее собственного неблагополучия; в духовной сфере – как результат фиаско в попытках осмыслить происходящее.

Таблица 3.12
Самооценки здоровья у студентов с разными стилями совладающего поведения

Сферы здоровья	Стили coping			t; p		
	I (n = 45)	II (n = 45)	III (n = 42)	I / II	I / III	II / III
G (Качество жизни и состояние здоровья)	14,58±2,50	16,22±2,15	15,83±1,90	-3,344; 0,001	-2,624; 0,01	0,891; -
Физическая сфера	13,18±1,89	14,42±2,24	14,34±1,90	-2,845; 0,005	-2,859; 0,005	0,181; -
Психологическая сфера	13,65±1,96	15,45±2,15	14,93±1,55	-4,156; 0,00007	-3,354; 0,001	1,298; -
Уровень независимости	15,17±1,99	16,93±2,02	16,37±1,95	-4,182; 0,00007	-2,847; 0,005	1,325; -
Социальные взаимоотношения	15,11±2,28	16,33±1,85	15,94±2,29	-2,798; 0,006	-1,700; *	0,874; -
Окружающая среда	12,54±1,50	13,82±1,67	13,52±1,13	-3,837; 0,0002	-3,429; 0,0009	0,987; -
Духовная сфера	16,00±2,54	17,49±2,48	15,79±1,76	-2,812; 0,006	0,454; -	3,667; 0,0004

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

Обнаружено некоторое превосходство самооенок здоровья у испытуемых со II стилем над испытуемыми с III стилем. По самооценкам духовного здоровья это превосходство статистически значимо ($t = -3,667$; $p < 0,0004$).

По ряду признаков выделенные нами II и III стили совладания весьма близки двум глобальным типам совладания со стрессом, описанным Р. Лазарусом и С. Фолкман – проблемно-ориентированному совладанию, нацеленному на разрешение стрессовой ситуации и эмоционально-ориентированному совладанию, которое преобладает в том случае, когда оценка говорит о том, что ничего невозможно сделать и объектом воздействия субъект делает самого себя, свои эмоции [343].

III стиль совладания существенно превосходит I по большинству показателей самооенок здоровья кроме показателя духовной сферы и сферы социальных взаимоотношений.

Для выявления более детальной картины различий в самооенках здоровья были вычислены показатели самооенок по отдельным субсферам (рис. 3.15).

Точные данные по каждому из показателей здоровья в субсферах у студентов с разными стилями совладания отражены в таблице ПРИЛОЖЕНИЯ 15. Выявлены следующие закономерности.

Во-первых, I стиль копинга существенно уступает двум другим стилям по большинству самооенок здоровья во всех сферах, особенно стилю II. При сопоставлении показателей студентов с I и II стилями в пользу испытуемых со II стилем выявлено 17 различий и еще в трех случаях обнаружены сильные тенденции к значимости различий. При сопоставлении показателей I и III групп – 13 значимых различий и две сильные тенденции.

Во-вторых, сфера психологического здоровья стилем совладания затрагивается наиболее полно и всеобъемлюще. Стиль сказывается и на функционировании познавательных процессов, и на регуляции эмоций разных модальностей, и на восприятии себя изнутри (интероцептивно), и на самооценке внешности. Стереотипная привычка реагировать на неприятность выяснением того, кто виноват, предъявлением претензий к окружающим, обвинениями в свой, или чужой адрес, упованием на помощь извне, существенно и по всему фронту снижает «чувство здоровья».

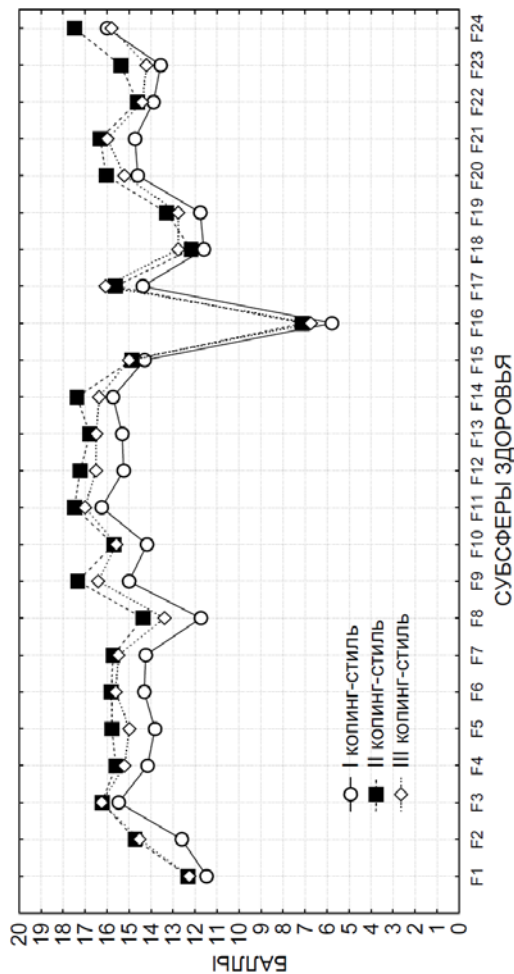


Рис. 3.15. Профили самооенок здоровья в различных субфакторах у студентов с разными стилями совладания с неприятностями. (Обозначения: F1 – физическая боль и дискомфорт; F2 – жизненная активность, энергия и усталость; F3 – сон и отдых; F4 – положительные эмоции; F5 – мышление, обучаемость, память и концентрация; F6 – самооценка; F7 – образ тела и внешность; F8 – отрицательные эмоции; F9 – подвижность; F10 – способность выполнять повседневные дела; F11 – зависимость от лекарств и лечения; F12 – способность к работе; F13 – личные отношения; F14 – практическая социальная поддержка; F15 – сексуальная активность; F16 – физическая безопасность и защищенность; F17 – окружающая среда дома; F18 – финансовые ресурсы человека; F19 – доступность и качество медицинской и социальной помощи; F20 – возможности для приобретения; F21 – информация и навыки; F22 – возможность для отдыха и развлечений и их использование; F23 – климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума; F24 – транспорт; F24 – духовность, личные убеждения, религиозные чувства).

В-третьих, «ценой» совладания с неприятностями посредством I стиля в сфере физического здоровья являются большие энергозатраты, потеря жизненной активности и усталость. По данному показателю наиболее «экономным» является II стиль совладания: лучший способ сохранить психическую энергию – заниматься конструктивным решением проблемы, сосредоточившись на задаче.

В-четвертых, стиль копинга в сфере независимости наиболее заметно затрагивает субсферу подвижности в пространстве, способности свободно перемещаться. В несколько меньшей степени это касается способностей к выполнению дел (на работе и в быту). Зависимость / независимость от лекарств с проявлениями того, или иного стиля совладания почти не связана.

В-пятых, при склонности к I стилю копинга повышается вероятность деформации личных отношений: субъект привносит в них деструктивные эмоции, элементы претенциозного отношения к партнерам, «повисания» на них и переноса ответственности за себя на окружающих. Индивиды с выраженной установкой на получение помощи воспринимают свои отношения с другими как «лишенные поддержки» и поэтому «недостаточно здоровые». Студенты со стилем совладания, нацеливающим их на решение проблемы и повышение самооценки, воспринимают свои отношения с другими как благополучные и поддерживающие.

В-шестых, стиль совладания выступает в качестве «схемы апперцепции» (если использовать понятие А. Адлера [5]) при восприятии окружающей среды. Студенты с I стилем совладания по сравнению с испытуемыми второй группы воспринимают окружающую среду как более опасную в физическом смысле, хуже оснащенную транспортом, содержащую меньше возможностей для получения полезной информации, медицинской и социальной помощи, менее предназначенную для отдыха и развлечений. Таким образом, стиль совладания – фактор, определяющий общее количество и массив «жалоб» на окружение. При сравнении стиля I со стилем III выясняется, что чрезмерный акцент на вопросах вины и установка на получение помощи могут негативно сказаться также и на восприятии окружающей обстановки дома.

В-седьмых, отказ реально решать проблему, упование на чужую помощь, склонность обвинять себя, или других людей подрывают духовное здоровье.

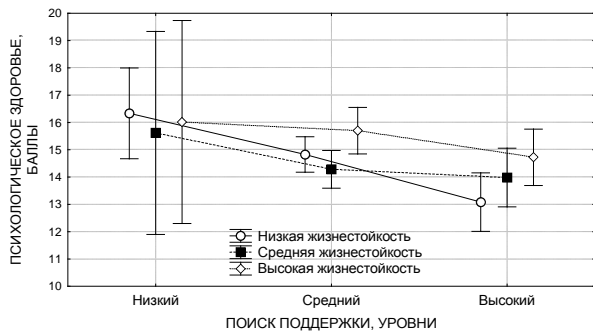
В-восьмых, студенты, которые при переживании неприятностей кроме повышения самооценки стремятся решить проблему (II стиль) превосходят тех, кто занят только повышением самооценки (III стиль) по показателю духовного здоровья.

Таким образом, психологический конструкт «Стиль совладающего поведения» как некая диспозициональная, обобщенная и типическая характеристика личности, задающая тенденцию к определенным образом фиксированному типу поведения, существенно сказывается на разных параметрах общей картины здоровья студентов. В связи с этим можно уверенно вести речь о более и менее благополучных стилях копингов.

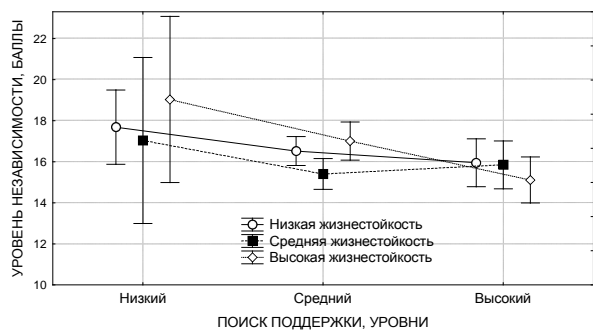
3.3.3. Самооценки здоровья у студентов, обладающих низкой, средней и высокой жизнестойкостью, и проявляющих стратегии совладающего поведения с разной интенсивностью

На данном этапе исследования решалась задача выявления особенностей взаимодействия фактора совладания с неприятностями и фактора жизнестойкости в их совместном влиянии на внутреннюю картину здоровья студентов. Обработка данных строилась в соответствии с алгоритмом двухфакторного дисперсионного анализа (2-Way ANOVA). В качестве независимых переменных выступили: 1) уровень жизнестойкости и 2) уровни выраженности стратегий совладания с неприятностями. Результаты отражены в таблицах ПРИЛОЖЕНИЯ 16. По таблицам видно, что эффекты взаимодействия факторов совладания и жизнестойкости проявились только лишь по отношению к неконструктивным (самообвинение, поиск виновных) и частично конструктивному (поиск поддержки) стратегиям совладания.

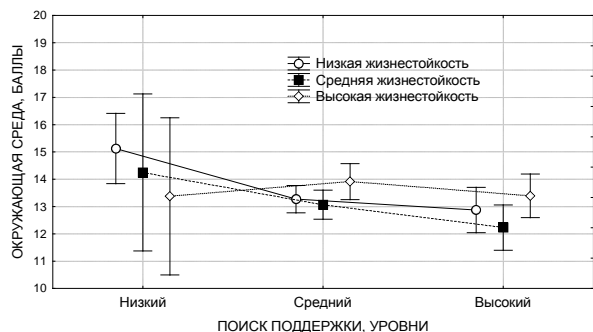
На сериях рисунков 3.16 – 3.18 проиллюстрированы случаи взаимодействия, при которых величина F-отношения достигла уровня статистической значимости. По форме кривых на рисунках 3.16 (а – в) видно, что у студентов проявляется зависимость самооценок здоровья от уровня жизнестойкости и уровня выраженности стратегии совладания «Поиск поддержки». Взаимодействие двух независимых переменных (уровней совладания и жизнестойкости) заметно проявляется лишь в отношении трех сфер здоровья – психологического, уровня независимости и здоровья в связи с оценкой внешней среды.



(а)



(б)



(в)

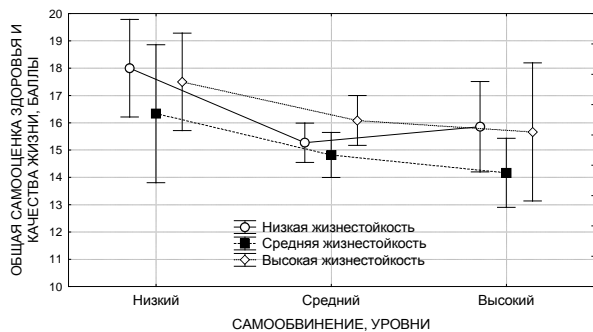
Рис. 3.16. Зависимость самооценок психологического здоровья (а), уровня независимости (б), окружающей среды (в) от уровня выраженности копинг-стратегии «Поиск поддержки» у студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью.

Наиболее высокие самооценки здоровья в этих трех сферах демонстрируют испытуемые с низким уровнем проявления копинга «Поиск поддержки»; испытуемые, максимально сориентированные на помощь извне, оценили свое здоровье наиболее низко. Однако из этого правила есть два исключения, которые обнаруживаются при учете особенностей жизнестойкости студентов. Во-первых, наихудшие оценки своего здоровья в сфере независимости в группе со средней жизнестойкостью имеют место у испытуемых со средней выраженностью копинга «Поиск поддержки». Во-вторых, наихудшие оценки окружающей среды в группе высокостойких студентов обнаруживаются при низкой склонности проявлять совладающую стратегию «Поиск поддержки».

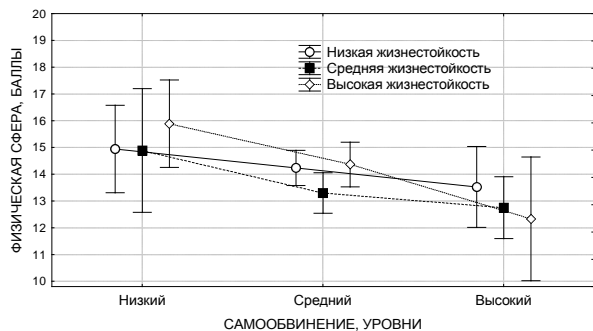
В отношении психологического здоровья наблюдается резкое уменьшение самооценок у студентов с низкой жизнестойкостью по мере усиления их установки на поиск внешней помощи. Высокий уровень жизнестойкости, наоборот, позволяет испытуемым продолжать чувствовать психологическое благополучие при росте зависимости от внешней помощи. Только лишь при сильном проявлении копинга «Поиск поддержки» у студентов с высокой жизнестойкостью происходит заметное снижение самооценок психологического здоровья. Таким образом, жизнестойкость как бы «сглаживает» негативные аспекты влияния копинг-стиля «Поиск поддержки» на психологическое здоровье испытуемых.

В отношении здоровья в сфере «Уровень независимости» именно испытуемые с высокой жизнестойкостью демонстрируют наиболее стремительное падение самооценок по мере усиления роли копинг-стратегии «Поиск поддержки» в их адаптации к трудностям. По-видимому, они наиболее остро и болезненно переживают необходимость обращаться за внешней помощью; их чувствительность к малейшим признакам утраты самодостаточности развита в наибольшей (по сравнению с испытуемыми других групп) степени. Достаточно небольших проявлений несамостоятельности для того, чтобы они были «прочитаны» высокостойкими студентами как отход от привычной для них нормы здоровья и благополучия в сфере независимости.

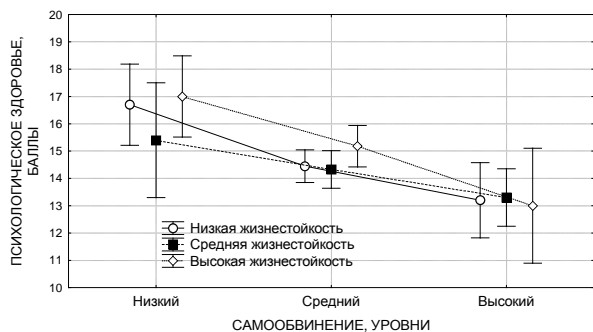
В отношении переживания окружающей среды как «здоровой» правило «чем сильнее выражен копинг поиска помощи, тем ниже оценка своего здоровья» распространяется только на испытуемых со средней и низкой жизнестойкостью.



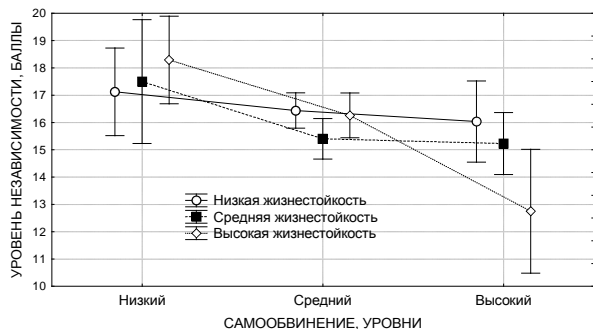
(а)



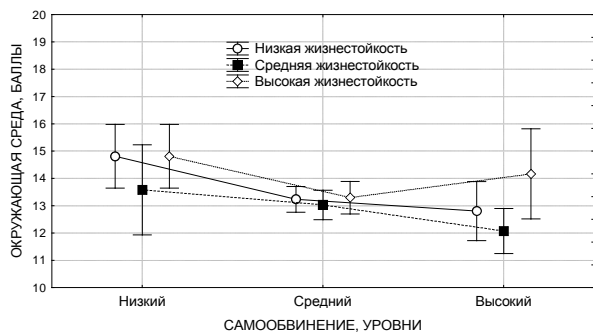
(б)



(в)



(г)



(д)

Рис. 3.17. Зависимость самооценок здоровья и качества жизни в целом (а), физического здоровья (б), психологического здоровья (в), уровня независимости (г), окружающей среды (д) от уровня выраженности копинг-стратегии «Самообвинение» у студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью.

Пытаясь, переложить на окружающих решение своих проблем и сталкиваясь с отказом, эти испытуемые начинают истолковывать среду как «недружелюбную», «непредсказуемую», «опасную». Высокая жизнестойкость, по-видимому, блокирует такого рода мысли и истолкования.

Кривые на рисунках 3.17 (а – д) показывают, что у студентов проявляется зависимость самооценок здоровья от уровня жизнестойкости и уровня выраженности стратегии совладания «Самообвинение». Взаимодействие факторов «уровень совладания» и

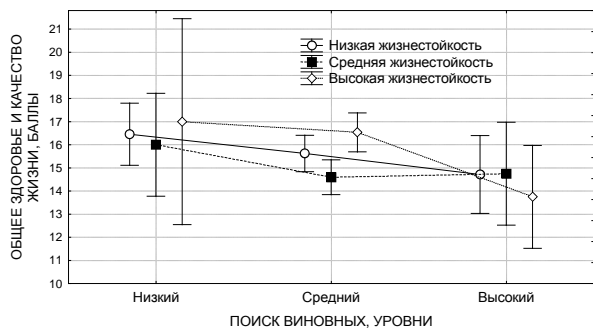
«жизнестойкость» в данном случае существенно проявилось в отношении четырех сфер здоровья – физической и психологической сфер, уровня независимости и оценки внешней среды как здоровой, а также в отношении показателя G. Чем к более выраженным самообвинениям склонны испытуемые, тем менее здоровыми они себя ощущают. При этом конкретная картина снижения самооенок здоровья при усилении роли совладания по типу самообвинения существенно зависит от того, насколько велика жизнестойкость личности испытуемых. Данная закономерность отчасти нарушается только в двух случаях: 1) показатель G у испытуемых с низкой жизнестойкостью принимает форму буквы U, т.е. наименее здоровыми чувствуют себя студенты со средним, но не с низким уровнем совладания посредством самообвинений; 2) такую же U-образную форму принимает кривая зависимости оценок внешней среды как здоровой в группе студентов с высокой жизнестойкостью.

Высокая жизнестойкость – фактор, определяющий наиболее высокие самооценки физического здоровья при отсутствии (низкой выраженности) самообвинений. Однако, при выраженном «Самообвинении» в наихудшем положении оказываются именно высокостойкие испытуемые. По-видимому, такие студенты опираются на очень высокие интероцептивные стандарты физического самочувствия и оценивают его значительно строже менее стойких испытуемых. Не исключено, что самообвинения у них приводят к актуализации негативных переживаний, которые подвергаются воздействию таких психологических защит, которые быстро и эффективно переводят проблему на соматический уровень.

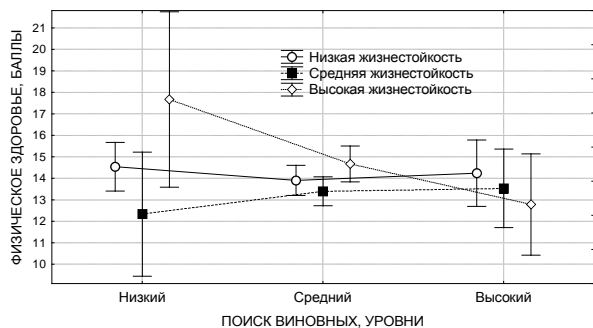
Испытуемые с высокой жизнестойкостью в сочетании со средне и особенно – с низко выраженными самообвинительными тенденциями наиболее высоко оценивают свое психологическое здоровье. Наоборот, если привычка обвинять себя выражена сильно, то высокостойкие оценивают свое психологическое здоровье ниже испытуемых двух других групп. Для жизнестойкой личности состояние самообвинения обладает всеми признаками болезненности, коренящейся в психической сфере. Даже незначительные самообвинения воспринимаются ими как аномалия, как нечто неправильное и неестественное, т.е. такое, чего у «психически здорового человека не должно быть в принципе».

У высокостойких испытуемых показатель независимости наиболее высок при минимальных самообвинениях и наиболее низок – при максимальных. Угол наклона кривой данной группы на графике (см. рис. 3.17 (г)) наиболее велик. Продуцирование самообвинений в психике субъекта для высокостойких испытуемых – это фактор утраты независимости в суждениях, действиях, мышлении, переживаниях, жизненном выборе. Существенно то, что наиболее высокие самооценки здоровья в сфере независимости в условиях повышенной склонности к самообвинениям дают студенты с низкой жизнестойкостью.

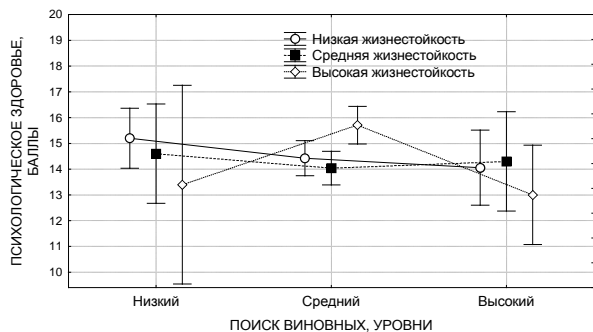
Окружающая среда воспринимается как здоровая при минимальном присутствии самообвинительных мыслей во всех группах испытуемых. При росте интенсивности копинга «Самообвинение» оценка среды как здоровой снижается. Когда этот копинг становится максимально выраженным, в двух группах – со средней и низкой жизнестойкостью, – оценки благополучия среды становятся минимальными. Однако в группе высокостойких происходит парадоксальный рост показателя «здоровья» окружающей среды. У средне- и низкостойких испытуемых преобладают «беспомощные мотивационные паттерны» [211], основанные на имплицитной «теории заданности способностей» (т.е. веры в то, что их способности, интеллектуальные и коммуникативные умения неизменяемы, заданы раз и навсегда, а личностные качества – неконтролируемы и фиксированы) [323]. Жизнестойкие испытуемые, наоборот, убеждены в том, в процессе развития отношений с другими людьми личность меняется, что человек может существенно влиять на свои личностные качества, умственные способности. По мере усиления самообвинения испытуемые с недостаточной жизнестойкостью накапливают потенциал негативных эмоций, который проецируется на внешнее окружение и оно начинает восприниматься как «опасное», «экологически неблагоприятное», «недружелюбное» и т.п. У жизнестойких испытуемых усиление самообвинительных тенденций в психике, достигнув определенной «точки перегиба», приводит к актуализации настойчивости, попыток конструктивного воздействия на среду с целью получить новую информацию, знания, выработать умения и навыки, усилить компетенцию. Такие люди воспринимают внешнюю среду не как источник опасности, а как пространство для действия, объект для познания.



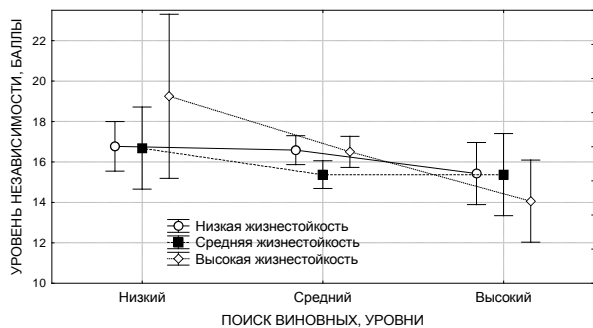
(а)



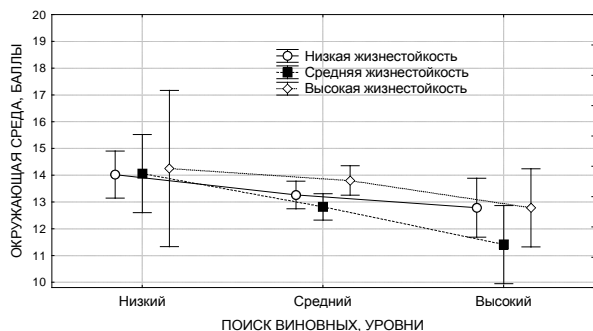
(б)



(в)



(г)



(д)

Рис. 3.18. Зависимость самооценок здоровья и качества жизни в целом (а), физического здоровья (б), психологического здоровья (в), уровня независимости (г), окружающей среды (д) от уровня выраженности копинг-стратегии «Поиск виновных» у студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью.

Выявлены следующие закономерности зависимости самооценок здоровья от уровня жизнестойкости и уровня выраженности стратегии совладания «Поиск виновных» (см. серию рисунков 3.18 (а – д)). Во-первых, для большинства условий диагностики действует правило: наиболее высокие самооценки здоровья проявляются при низко выраженном копинге «Поиск виновных», а наиболее низкие самооценки – при сильно выраженных тенденциях обвинять других. В группах испытуемых с разными уровнями жизнестойкости это правило проявляется по-разному (с разной степенью отчетливости), а иногда даже нарушается. Во-вторых,

самооценки физического здоровья у испытуемых с низкой жизнестойкостью при усилении копинга «Поиск виновных» практически не меняются. Если тенденция к поиску виновных усиливается у испытуемых с высокой жизнестойкостью, то это неминуемо ведет к резкому снижению самооценок физического самочувствия (своеобразная «цена» копинга для высокостойких). В-третьих, стойкостные проявления личности и стремление переложить вину на других людей несовместимы: при наличии их у одного и того же человека по-видимому, возникает переживание внутреннего конфликта, который имеет тенденцию выражаться в болезненных телесных ощущениях и недомоганиях. У испытуемых со средней жизнестойкостью имеет место противоположная картина: недостаточность, слабая выраженность копинга «Поиск виновных» сопровождается физическими недомоганиями, а усиление данной стратегии совладения эти недомогания сглаживает.

Тем самым, именно эта категория испытуемых будет заинтересована в поиске виновных при переживании неприятностей и стрессов, так как получает для этого внутреннее эмоциональное подкрепление. При сильной склонности искать виновных в наиболее выигрышном положении в плане физического самочувствия оказываются студенты с низкой жизнестойкостью. В-четвертых, усиление тенденции искать и «назначать» виновных в окружении почти не сказывается на психологическом здоровье испытуемых с низким и средним уровнем жизнестойкости. В группе высоко жизнестойких наблюдается отчетливая зависимость самооценок психологического здоровья, определяемая взаимодействием факторов силы копинга и жизнестойкости. Она имеет форму перевернутой буквы U: наиболее высокие самооценки проявляются при средней жизнестойкости. Испытуемые с низкой жизнестойкостью и невыраженным совладанием по типу поиска виновных низко оценивают свое психологическое здоровье из-за внутренней локализации причин и источников проблем и неприятностей, которые с ними случаются, и в которых они объективно, может быть, не виноваты. У испытуемых с высокой жизнестойкостью и сильной тенденцией обвинять других острое психологическое выражение получает внутренний конфликт между стойкостными тенденциями (готовностью «лицом к лицу» встречаться с трудностями и самостоятельно им противостоять) и тенденциями находить «козлов отпущения», перекладывать ответ-

ственность на окружающих. В-пятых, испытуемые с высокой жизнестойкостью чувствуют себя наиболее здоровыми по сравнению с испытуемыми со средней и низкой жизнестойкостью в сфере «Уровень независимости». Однако это справедливо при слабой выраженности копинга «Поиск виновных». При средней степени копинга такое преимущество стойкой группы над другими исчезает, а при сильно выраженной тенденции обвинять других – картина меняется на противоположную. Выявление виновности других в личных неприятностях для высокостойких переживается болезненно потому, что фактически означает признание своей зависимости от этих других. В-шестых, при самооценивании здоровья в аспекте взаимоотношений с окружающей средой с усилением копинга «Поиск виновных» происходит снижение показателей по всех трех группах испытуемых.

3.4. Атрибутивный стиль и самооценки здоровья студентами в разных сферах и субсферах

3.4.1. Взаимосвязи показателей атрибутивного стиля и самооценок здоровья у студентов

Таблица 3.13 отражает результаты вычисления коэффициентов линейной корреляции r_{xy} Пирсона между показателями атрибутивного стиля личности и самооценок здоровья в разных сферах. Наибольшее количество тесных положительных связей обнаружено между показателями опросника СТОУН-В и показателями психологического и духовного здоровья. В отношении психологического здоровья выявлено шесть тесных коэффициентов корреляции, уровень значимости которых варьирует от $p < 0,005$ до $p < 0,0005$.

Показатели психологического здоровья оказались наиболее высокими у тех студентов, которые чаще других проявляют склонность связывать позитивные события своей жизни со стабильными, постоянно действующими, неизменными с течением времени причинами ($r_{xy} = 0,28$).

Для выраженного психологического здоровья оказалась существенной также привычка испытуемого трактовать причины благоприятных событий в своей жизни как имеющие всеобъемлющий и глобальный характер ($r_{xy} = 0,26$).

Таблица 3.13
 Взаимосвязи параметров атрибутивного стиля и самооценок здоровья в разных сферах у студентов (n = 201)

Сферы здоровья	Параметры атрибутивного стиля							
	Стабильность	Глобальность	Контроль	Успех	Неудача	Достижения	Межличностная сфера	
Г (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,17*	0,09	0,14*	0,14*	0,15*	0,18*	0,14*	
Физическая сфера	0,17*	0,11	-0,01	0,03	0,14*	0,06	0,15*	
Психологическая сфера	0,28*****	0,26*****	0,12	0,22***	0,24*****	0,26*****	0,26*****	
Уровень независимости	0,19**	0,20***	0,09	0,14	0,21**	0,17*	0,22***	
Социальные взаимоотношения	0,20***	0,12	0,00	0,09	0,13	0,12	0,12	
Окружающая среда	0,14*	0,12	0,16*	0,16*	0,16*	0,21***	0,13	
Духовная сфера	0,14*	0,19**	0,16*	0,26*****	0,09	0,23*****	0,15*	

Примечание: «*» – p < 0,05; «**» – p < 0,01; «***» – p < 0,005; «****» – p < 0,001; «*****» – p < 0,0005.

Такие испытуемые придерживаются оптимистичного атрибутивного стиля в отношениях с другими людьми ($r_{xy} = 0,26$), при достижениях ($r_{xy} = 0,26$). Они, как правило, оптимистичны как при переживании успеха ($r_{xy} = 0,22$), так и в случае неудачи ($r_{xy} = 0,24$). Единственный фактор, не коррелирующий с показателем психологического здоровья – контроль, который отражает меру управляемости воспринимаемой причины.

Для духовного здоровья студентов чрезвычайно важными оказались оптимизм при атрибуции причин успеха ($r_{xy} = 0,26$; $p < 0,0005$) и достижений ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,001$). Можно предположить в связи с этим, что переживание успехов и достижений, их «творение» собственными руками и головой является важным условием создания и поддержания системы личных убеждений – ключевого, базового признака духовного здоровья. Менее тесно, но все-таки на статистически значимом уровне показатель духовного здоровья студентов коррелировал с тремя основными параметрами атрибутивного стиля – стабильностью ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$), глобальностью ($r_{xy} = 0,19$; $p < 0,01$) и контролем ($r_{xy} = 0,16$; $p < 0,05$), свидетельствуя об универсальном характере присутствия оптимизма в жизни, наполненной смыслом. Для духовного здоровья существенен также оптимистический стиль объяснения возникающих межличностных ситуаций ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$). Во взаимодействии с другим человеком, в возникновении привязанностей, обязательств, при проявлении поддержки, в соперничестве и любви апробируются и корректируются уже принятые личностью смыслы, открываются новые и отвергаются не оправдавшие себя смысловые образования. Поэтому духовная жизнь, соответствующая эталону здоровья включает в себя проявления человека именно в межличностной сфере.

Обращает на себя внимание отсутствие связи показателя духовного здоровья с показателем оптимизма при объяснении неудач. Неудача, пережитая в оптимистическом стиле – это «не запомненная» неудача, событие, масштаб которого ограничивается узким сегментом человеческой жизни, явление, не привязываемое к каким-либо постоянно присутствующим в личности чертам, фундаментальным свойствам. Это лишь сигнал, информирующий о неправильно выбранной частной стратегии действия, которую легко скорректировать. Так проявляется созидательный характер духовного здоровья, которое служит для создания новых мен-

тальных структур, все более осмысленно структурирующих реальность для субъекта, но не для накопления негативного эмоционального опыта, боли провалов и личных катастроф.

Менее всего с показателями атрибутивного стиля оказались связанными показатели здоровья в физической и особенно социальной сферы. Для ощущения себя физически здоровым существенны: параметр стабильности ($r_{xy} = 0,17$; $p < 0,05$), оптимизм при объяснении неудач ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$), и оптимизм в межличностных ситуациях ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$). Восприятие своих социальных взаимоотношений как здоровых коррелирует только с параметром стабильности ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,005$). По пять статистически значимых коэффициентов корреляции обнаружено при анализе взаимосвязей параметров атрибутивного стиля с показателями здоровья по шкалам «Уровень независимости» и «Окружающая среда».

Для получения более детализированной картины взаимосвязей вычислялись коэффициенты корреляции между параметрами атрибутивного стиля и самооценками здоровья в отдельных субсферах (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 17).

Обнаружено, что все без исключения статистически значимые взаимосвязи – положительные, что свидетельствует о важной роли позитивных атрибуций в построении внутренней картины здоровья. Наибольшее количество тесных корреляций проявилось в сфере *психологического* здоровья. Так, все семь параметров атрибутивного стиля взаимосвязаны (при r_{xy} , равном от 0,16 до 0,33 на уровне значимости от $p < 0,05$ до $p < 0,000005$) с показателями такой субсферы психологического здоровья, как «мышление, обучаемость, память и концентрация».

Шесть показателей (за исключением параметра контроля) столь же тесно коррелируют с таким показателем психологического здоровья, как «самооценка». Оптимистическая атрибуция достижения успехов и ситуаций успеха, а также высокие показатели по параметрам глобальности и контроля оказались весьма важными для генерирования положительных эмоций. Отсутствие отрицательных эмоций сопряжено с умением оптимистически воспринимать неудачи и демонстрировать высокие показатели по параметру стабильности.

Интересно то, что оптимизм атрибуции неудачи внутри сферы психологического здоровья имеет «сквозной» характер и охва-

тывает почти все субсферы (кроме положительных эмоций). Это же можно сказать о параметре глобальности, который оказался не связанным только с показателем отрицательных эмоций. Параметр контроля проявляет себя в сфере психологического здоровья, прежде всего как фактор, сопутствующий (а может быть и обуславливающий) положительные эмоции.

Все без исключения показатели атрибутивного стиля оказались тесно связанными со способностью к работе (субсфера из сферы «*Уровень независимости*»). По-видимому, оптимистическое атрибутирование включается в мотивационно-целевые и регулятивные компоненты деятельности, позитивно сказываясь на ее динамике и результативности. Оптимизм в области неудач, достижений, межличностных отношений, а также высокие показатели по параметру стабильности присутствуют в таком аспекте здоровья, как «способность выполнять повседневные дела».

Студенты, оценившие себя как здоровых в субсфере «*Подвижность*» отличаются, прежде всего, оптимизмом в ситуациях неудачи, в межличностных ситуациях. Кроме того, они характеризуются высокими показателями по параметру глобальности. Очень тесно коррелирует оптимистическое атрибутирование с показателями здоровья в *духовной* сфере (речь идет, прежде всего, об оптимистической трактовке ситуаций успеха и достижений).

Стабильность, глобальность, оптимизм при неудачах и в межличностных отношениях – важное условие ощущения себя *физически* здоровым (способным эффективно противостоять усталости, обладающим жизненной энергией). Хороший и здоровый сон и способность качественно отдыхать также взаимосвязаны с высокими показателями по параметру стабильности и оптимизму при переживании неудачи.

Из трех субсфер сферы здоровья в *социальных отношениях* тесно связанной с показателями атрибутивного стиля оказалась субсфера здоровья личных отношений. Здесь чрезвычайно весомо проявился параметр стабильности, а также оптимизм при неудачах, в ситуации достижений и в межличностных ситуациях. Сексуальное здоровье было высоко оценено, прежде всего, теми испытуемыми, которые характеризовались высокими показателями по параметрам стабильности и глобальности.

Оптимистический атрибутивный стиль проявил себя как существенный апперцептивный фактор при восприятии *окружаю-*

щей среды как «здоровой», или «больной». Наиболее весомо он обнаруживает себя в субсфере «физическая безопасность и защищенность». Чаще всего такую характеристику окружающей среде давали студенты, у которых были диагностированы высокие показатели по параметрам глобальности и контроля, а также демонстрирующие оптимизм в межличностных ситуациях, ситуациях успеха и достижений.

Из всех показателей атрибутивного стиля наиболее важным для описания окружающей среды как здоровой оказался оптимизм при объяснении достижений. Среда, по мнению таких студентов, не только безопасна физически, но и богата стимулами, информационно насыщена, предоставляет свободу для выбора полезных занятий, развлечений. Она стимулирует выработку полезных навыков и умений, а при необходимости может оказать помощь (медицинскую, социальную и др.). Кроме того, обнаружена весьма тесная взаимосвязь оптимистического атрибутивного достижений с подчеркиванием благополучия окружающей среды в климатическом, экологическом и эстетическом аспектах.

В несколько меньшей степени, но, тем не менее, существенно проявили себя такие параметры атрибутивного стиля, как глобальность и оптимизм при восприятии успеха. Из восьми субсфер здоровья, входящих в сферу «Окружающая среда» они статистически значимо коррелируют с четырьмя («физическая безопасность и защищенность», «предоставление возможности приобрести новую информацию и навыки», «наличие возможностей для отдыха и развлечений и их использование», «высокая оценка среды в климатическом, эстетическом и экологическом аспектах»).

Один из ключевых параметров атрибутивного стиля, – стабильность, – проявляет себя при оценке испытуемыми окружающей среды как здоровой весьма скромно. На статистически значимом уровне он коррелирует лишь с двумя субсферами («финансовые ресурсы человека» и «доступность и качество медицинской и социальной помощи»).

Выявлено также, что оценка окружающей среды как хорошо (или плохо) оснащённой транспортом статистически значимо не коррелирует ни с одним из показателей атрибутивного стиля.

низкой жизнестойкости самым важным психологическим средством, обеспечивающим ощущение здоровья в целом и в подавляющем большинстве отдельных сфер (кроме духовной) оказался оптимизм в ситуациях достижения (шесть статистически значимых корреляций из семи возможных). Компоненты жизнестойкости (вовлеченность, контроль и принятие риска) препятствуют возникновению внутреннего болезненного напряжения в стрессовых ситуациях.

Если компоненты жизнестойкости не сформированы (или недостаточно выражены), то внутреннее напряжение, вызванное стрессом, может стать хроническим и переживаться субъектом как утрата здоровья. Однако наличие достижений у таких людей и, самое главное, оптимистическая трактовка их причинности возмещают недостаток жизнестойкости, разряжают лишнее напряжение, стабилизируют внутреннюю картину здоровья (как общего, так и парциального). Интересно то, что оптимистически воспринимаемые собственные достижения студентами с низкой жизнестойкостью оказались незначимыми для высокой оценки духовного здоровья.

Для данной группы важными для поддержания хорошего здоровья оказались также оптимистическое восприятие собственных успехов (5 статистически значимых корреляций) и параметр контроля (4 статистически значимых корреляции). Проявление оптимизма в ситуациях успеха существенно для высоких самооценок физического, психологического, социального и духовного здоровья, а также для восприятия окружающей среды как здоровой. Контроль существенен для восприятия себя физически здоровым, независимым и пребывающим в здоровой окружающей среде. Этот параметр атрибутивного стиля положительно связан также с общей оценкой своего здоровья в целом. Для высокой оценки своего психологического здоровья оказались важными такие параметры атрибутивного стиля, как стабильность, глобальность и оптимизм в ситуациях межличностных отношений. Оптимистичное отношение к собственным неудачам способствует проявлению более высоких общих самооценок здоровья.

В целом, анализ взаимосвязей между показателями в группе студентов с низкой жизнестойкостью приводит к выводу о том, что оптимистический атрибутивный стиль может в определенной степени компенсировать недостаток жизнестойкости личности.

сознательного вмешательства в слаженное и гармоничное течение физиологических и психофизиологических процессов может привести к их нарушению и сбоям в функционировании ряда систем и подсистем организма. Субъективно такие сбои переживаются как более, или менее обратимое снижение физического самочувствия. Снижение самооенок уровня независимости происходит потому, что акцентированный при оптимистическом атрибутивном стиле контроль является онтогенетическим наследником внешнего (со стороны родителей и других значимых фигур) контроля. Этот внешний контроль был интериоризован, но в каких-то своих компонентах все еще не освободился окончательно от той «родительской составляющей», которая присутствует в психике субъекта в качестве переживания, несвободы, «направляемости извне». В-третьих, появились «свободно плавающие» элементы коррелограммы, никак не связанные с другими ее компонентами. В отношении параметров атрибутивного стиля это – глобальность и показатель оптимизма в атрибутировании неудачи. Именно этими своими компонентами оптимистический атрибутивный стиль перестает участвовать в обеспечении высокого самооценивания здоровья испытуемыми при увеличении жизнестойкости от низкого к среднему уровню. В отношении самооенок здоровья это – общий показатель здоровья (G), самооенки здоровья социальных взаимоотношений и окружающей среды. Умеренная жизнестойкость в отличие от низкой освобождает эти две сферы здоровья от тесной привязки к атрибутивным процессам. В-четвертых, у испытуемых со средней жизнестойкостью резко сужается спектр проявления оптимизма атрибуции достижений (оптимистическая трактовка достижений и успехов) аспектов функционирования личности. Два этих показателя коррелируют лишь с самооенками духовного здоровья. В-пятых, сферой здоровья, которая сколько-нибудь заметно остается взаимосвязанной с параметрами оптимистического атрибутивного стиля, является духовное здоровье (кроме показателей оптимистической атрибуции достижений и успехов, оно связано с параметром контроля). В-шестых, параметром атрибутивного стиля, который у студентов со средней жизнестойкостью обладает наиболее широким (две корреляции) «спектром действия», является стабильность (связана с самооенками физического и психологического здоровья). В-седьмых, физическое здоровье чаще всего высоко

оценивалось теми студентами со средней жизнестойкостью, которые высоко оценили свое здоровье в межличностной сфере.

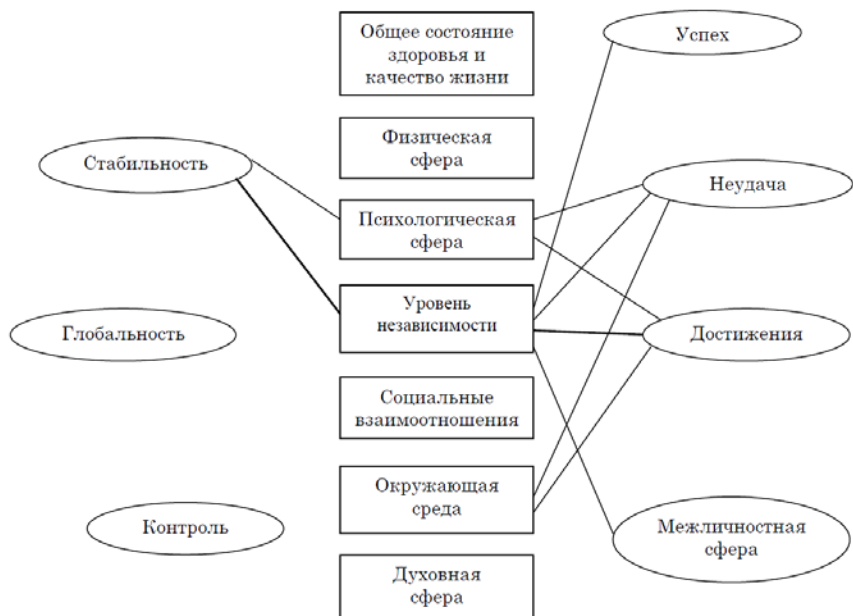


Рис. 3.21. Структура взаимосвязей параметров атрибутивного стиля и самооенок здоровья в разных сферах у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 68). *Примечания:* — — — — — p < 0,05; — — — — — p < 0,01.

Общее количество взаимосвязей между показателями оптимистического атрибутивного стиля и самооенками здоровья (общей и в отдельных сферах) у испытуемых с *высокой* жизнестойкостью несколько больше, чем в предыдущей группе (десять). Есть специфика и в структуре этих связей (см. рис. 3.21). Во-первых, самооенки здоровья теперь взаимосвязаны преимущественно с оптимизмом атрибутирования личностью своих достиженческих проявлений (достижения — успехи — неудачи); здесь обнаружено семь статистически значимых корреляций из десяти. Во-вторых, самооенки только трех сфер здоровья из шести теперь взаимосвязаны с параметрами оптимистического атрибутивного стиля.

При этом наиболее «широким фронтом» с этими параметрами взаимосвязаны самооценки уровня независимости личности (пять статистически значимых коэффициентов корреляции, два из которых – на уровне $p < 0,01$). В-третьих, при высокой жизнестойкости самооценки здоровья в трех важнейших сферах (физической, социальной и духовной) теперь проявляются вне какой-либо связи со стилем атрибуций.

3.5. Проявление личностных особенностей студентов в самооценках здоровья

3.5.1. Факторы Большой Пятерки и образ собственного здоровья у студентов

В таблице 3.14 представлены коэффициенты r_{xy} линейной корреляции между показателем общего качества жизни и состояния здоровья (G), самооценками здоровья в разных сферах и факторами Большой Пятерки, полученными на выборке в 213 студентов. В большинстве случаев обнаруживаются положительные связи показателей, иногда достигающие статистической значимости.

Так, общая высокая самооценка состояния здоровья и качества жизни (G) оказалась взаимосвязанной с акцентированным выражением четвертого фактора в сторону полюса эмоциональной стабильности ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$). Эмоционально устойчивые испытуемые – это, прежде всего, люди, не склонные к тревожности (а значит быстро адаптирующиеся к деятельности в стрессовых и напряженных условиях). Такая способность эффективного противостояния стрессору повышает вероятность восприятия своей жизни как здоровой.

Наиболее весомо в сферах внутренней картины здоровья студентов проявилась экстраверсия (1-й фактор). Она значимо коррелирует с самооценками здоровья в пяти сферах из шести продиагностированных нами. Экстраверсия, как личностная диспозиция, способствует сокращению длительности и интенсивности стрессовых реакций, которые играют значимую роль в последующем возникновении различных болезней [241]. Наиболее существенно она сказывается на восприятии себя как независимой личности ($r_{xy} = 0,24$; $p < 0,0005$).

Таблица 3.14

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах и факторов
Большой Пятерки у студентов (n = 213)

Сферы здоровья	Экстраверсия– Интроверсия	Привязанность– Обособленность	Самоконтроль– Импульсивность	Эмоц. устойчивость– Эмоц. неустойчивость	Экспрессивность– Практичность
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,10	0,08	0,06	0,15*	0,05
Физическая сфера	0,20**	0,15*	0,11	0,11	0,12
Психологическая сфера	0,22**	0,12	0,14*	0,23***	0,14*
Уровень независимости	0,24****	0,21**	0,25****	0,07	0,18*
Социальные взаимоотношения	0,03	0,00	-0,01	0,15*	-0,10
Окружающая среда	0,14*	0,06	0,05	0,14*	0,06
Духовная сфера	0,15*	0,14*	0,11	0,07	0,12

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,005$; «***» – $p < 0,001$; «****» –
 $p < 0,0005$.

Несколько парадоксальным выглядит отсутствие статистически значимой взаимосвязи показателя экстраверсии с самооценкой здоровья в сфере социальных взаимоотношений. Высокие оценки по второй шкале теста «Большая Пятерка» характерны для студентов, характеризующихся склонностью к сотрудничеству, кооперации, дружелюбию. Именно такие испытуемые продемонстрировали высокие самооценки в физической ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$) и духовной ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) сферах, а также в сфере «Уровень независимости» ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,005$). Последний результат кажется несколько необычным, так как очень высокие баллы по второму фактору «Большой Пятерки» свидетельствуют о выраженной склонности испытуемого к согласию с другими (вплоть до ведомости).

Низкие оценки по данной шкале, наоборот, характерны для неконформистов, людей, склонных к конкуренции, соперничеству, противостоянию другим, даже враждебности. Однако при ближайшем рассмотрении этот результат оказывается закономерным: акцент на несогласии с другими и склонность противостоять им присущ тем испытуемым, которые ощущают внутреннюю слабость собственной позиции и выбирают конфронтацию как способ сохранить независимость [269].

Высокий самоконтроль (а значит плановость, целенаправленность, умение следовать алгоритму) сопряжен с высокой оценкой своего психологического здоровья ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) и особенно – независимости ($r_{xy} = 0,25$; $p < 0,0005$). Ситуативные и импульсивные испытуемые непоследовательны, временами хаотичны. Из-за этого они могут утратить ощущение психологического благополучия, независимости, и поэтому нуждаются в «твердой руке» (т.е. во влиятельном партнере), в неких четких и определенных принципах и стандартах (особенно – моральных), которые приходят извне, и с помощью которых можно упорядочить свою жизнь [277 – 279].

Эмоциональная устойчивость (т.е. высокие показатели по четвертому фактору Большой Пятерки) заметно сказались на мнении испытуемых о своем психологическом здоровье ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,001$), а также в сферах здоровья, связанных с взаимодействием человека с внешним миром – «Социальные взаимоотношения ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$) и «Окружающая среда ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$). Эти результаты вполне предсказуемы, так как перепады настроения и неспособность с ними справиться – вполне очевидное, феноменологически понятное и доступное для самонаблюдения свидетельство временной, или постоянной утраты психологического здоровья.

Экспрессивные чувствуют себя более независимыми ($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,05$) и психологически здоровыми ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) из-за своей гибкости, пластичности и обучаемости. Они интересуются разными сторонами жизни, новая (и особенно – принципиально новая) информация не является для них стрессовой, что в целом, сказывается на более высоких самооценках здоровья.

Таблица 3.15

Взаимосвязь показателей самооценок здоровья в различных субсферах с факторами «Большой Пятерки» (n = 213)

Субсферы здоровья	Факторы «Большой Пятерки»				
	Экстраверсия- Интроверсия	Привязанность- Обособленность	Самоконтроль- Импульсивность	Эмоц. устойчивость- Эмоц. неустойчивость	Экспрессивность- Практичность
F1: физическая боль и дискомфорт	0,08	-0,05	0,00	0,06	-0,11
F2: жизненная активность, энергия и усталость	0,15*	0,15*	0,15*	0,12	-0,10
F3: сон и отдых	0,18**	-0,11	-0,08	0,06	-0,05
F4: положительные эмоции	0,23**	0,13	-0,09	0,15*	0,15*
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,08	0,05	0,12	0,15*	-0,03
F6: самооценка	0,20**	-0,08	0,12	0,21**	0,11
F7: образ тела и внешность	0,17*	0,10	0,12	0,11	-0,12
F8: отрицательные эмоции	0,14*	0,08	0,07	0,24**	-0,12
F9: подвижность	0,23**	-0,13	0,14*	0,00	0,16*
F10: способность выполнять повседневные дела	0,16*	0,14*	0,19**	0,11	-0,10
F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,08	0,12	-0,12	0,03	-0,10
F12: способность к работе	0,23**	0,22**	0,27**	0,08	0,14*
F13: личные отношения	0,05	0,03	-0,02	0,18**	0,08
F14: практическая социальная поддержка	0,03	0,05	0,14*	0,14*	0,11
F15: сексуальная активность	-0,05	-0,05	-0,07	0,07	0,05
F16: физическая безопасность и защищенность	0,10	0,03	-0,11	0,05	-0,08
F17: окружающая среда дома	-0,03	0,02	0,02	0,08	0,01
F18: финансовые ресурсы человека	-0,07	0,03	0,04	0,04	0,02
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	0,09	-0,06	-0,00	0,02	-0,04
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,14*	0,13	-0,07	0,13	0,11

Продолжение табл. 3.15

F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,05	0,05	-0,02	0,18	0,02
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	0,10	-0,08	-0,07	0,12	0,02
F23: транспорт	0,11	0,04	-0,08	0,08	-0,10
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,15*	0,14*	-0,11	0,07	0,12

Примечания: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Для получения более детальной картины взаимосвязей факторов Большой Пятерки с самооценками здоровья у студентов вычислялись коэффициенты корреляции личностных показателей с самооценками в отдельных субсферах здоровья (см. таблицу 3.15).

Высокие самооценки *физического* здоровья статистически чаще встречаются у студентов с высокими показателями по первым трем факторам Большой Пятерки. Экстравертированные, склонные к сотрудничеству, доброжелательные, но при этом умеющие действовать планомерно, проявлять ответственность и настойчивость испытуемые, как правило, не жалуются на нехватку жизненной энергии, усталость. Кроме того, экстраверсия оказалась тесно связанной ($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,01$), с такой субсферой физического здоровья, как «Хороший сон, умение отдыхать».

Выраженные оценки по фактору экстраверсии оказались весьма существенными для проявления *психологического* здоровья студентов. С ним статистически значимо коррелируют показатели здоровья по четырем субсферам из пяти: наличие положительных ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,01$) и минимум отрицательных ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) эмоций, высокая самооценка ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,01$), удовлетворенность образом собственного тела и внешностью ($r_{xy} = 0,17$; $p < 0,01$). Фактор экстраверсии не затрагивает лишь особенности когнитивного функционирования – мышление, обучаемость, память и концентрацию внимания. Столь же весомым для психологического здоровья студентов оказался фактор эмоциональной устойчивости. Он положительно коррелирует наличием положительных ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,05$) и отсутствием отрицательных ($r_{xy} = 0,24$; $p < 0,01$) эмоций, с высокой самооценкой личности ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,01$), а также когнитивных способностей – мышле-

ния, памяти, внимания, обучаемости ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,01$). Еще одна статистически значимая положительная связь обнаружена между способностью поддерживать положительный эмоциональный фон и фактором экспрессивности (гибкости, пластичности) ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,01$).

Наибольшее число положительных и статистически значимых корреляций между показателями субсфер здоровья и факторами Большой Пятерки обнаружено в такой сфере здоровья, как «Уровень независимости» – десять. Экстраверсия оказалась существенной для оценивания испытуемыми себя как подвижных ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,01$), способных выполнять повседневные дела ($r_{xy} = 0,16$; $p < 0,05$) и обязанности по работе ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,01$). Фактор привязанности (сотрудничества, уважения других, понимания) оказался необходимым для способности выполнять повседневные дела ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) и работать ($r_{xy} = 0,22$; $p < 0,01$). Умение сдерживать импульсы, контролировать поведение, быть ответственным, аккуратным и настойчивым также важно для качественного выполнения повседневных дел ($r_{xy} = 0,19$; $p < 0,01$) и особенно – работы ($r_{xy} = 0,27$; $p < 0,01$). Кроме того, оно тесно коррелирует с высокой оценкой своей мобильности и подвижности ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,01$). Вполне ожидаемыми и логически объяснимыми оказались еще два коэффициента корреляции, свидетельствующие о тесной связи фактора экспрессивности с самооценками подвижности ($r_{xy} = 0,16$; $p < 0,05$) и способности работать ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$). Обращает на себя внимание факт отсутствия сколько-нибудь тесных корреляций факторов Большой Пятерки с тенденцией испытуемых подчеркивать свою независимость (или наоборот, зависимость) от приема лекарств.

Субсферы, входящие в три оставшиеся сферы здоровья – социального, средового и духовного, – оказались нагруженными факторами Большой Пятерки в меньшей степени, чем субсферы уже проанализированных физического, психологического здоровья и «Уровня независимости». Так, высокая самооценка способности обратиться за практической социальной поддержкой, представляющая собой один из компонентов *социального здоровья* студентов, оказалась положительно связанной с факторами самоконтроля ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$) и эмоциональной устойчивости ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,05$). Эмоциональная устойчивость оказалась так-

же важна для умения поддерживать благополучные личные отношения ($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,01$).

Оценки *окружающей среды* как «здоровой», распределенные по восьми субсферам, почти никак не коррелируют с факторами Большой Пятерки. Исключение составляет лишь взаимосвязь экстраверсии с высокой оценкой внешней среды как открывающей возможности для приобретения новых навыков и информации. Что касается *духовного* здоровья, то оно оценивалось высоко, прежде всего, испытуемыми с высокими показателями по первым двум факторам Большой Пятерки – экстраверсии ($r_{xy} = 0,15$; $p < 0,01$) и привязанности ($r_{xy} = 0,14$; $p < 0,01$).

3.5.2. Специфика личностной обусловленности самооценок здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости

Жизнестойкость как особый паттерн установок и навыков, позволяющих превратить стрессовую жизненную ситуацию в ситуацию новых возможностей, опосредует проявление личностных качеств в поведении, направленном на сохранение человеком своего здоровья. Поэтому нас интересовали случаи взаимодействия факторов «личностные свойства» и «уровень жизнестойкости» при оценивании студентами своего здоровья в физической, психологической, социальной, духовной и других сферах.

На основе нормативных данных А.Б. Хромова [271] было произведено распределение испытуемых на группы с высоким, средним и низким уровнями выраженности каждого из пяти факторов Большой Пятерки. Результаты дисперсионного анализа отражены в сериях рисунков 3.22 – 3.27 (проиллюстрированы только случаи, когда эффект взаимодействия двух независимых переменных достиг уровня статистической значимости).

Статистически достоверные взаимодействия между независимыми переменными «уровень жизнестойкости» и «факторы Большой Пятерки» выявлены при их совместном влиянии на самооценки *физического* здоровья студентов применительно к факторам: 1) Экстраверсия / Интроверсия (F -отношение = 3,63 при $p < 0,007$), 2) Привязанность / Обособленность ($F = 3,35$; $p < 0,01$) и 3) Экспрессивность / Практичность ($F = 5,21$; $p < 0,0005$).

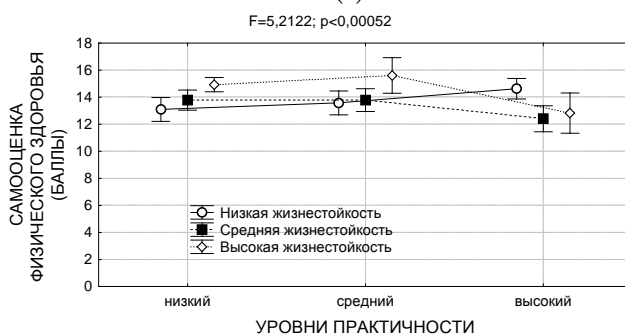
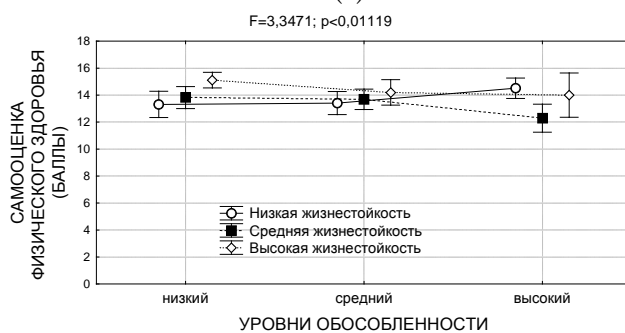
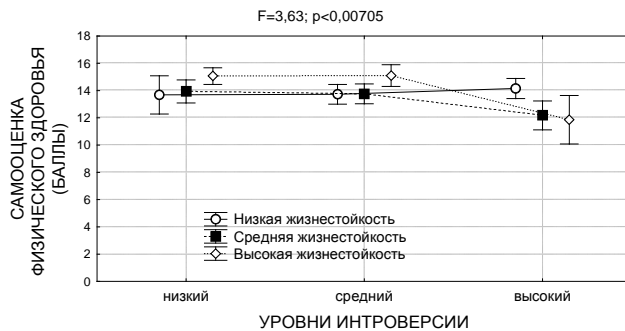


Рис. 3. 22 (а – в). Зависимость самооценок физического здоровья от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

По рисунку 3.22 (а) видно, что наиболее высокие оценки своему физическому самочувствию (прежде всего – жизненной энергии) дают студенты с высокой жизнестойкостью и характеризующиеся высокой и умеренной экстраверсией. При таком сочетании наилучшим образом проявляются позитивные аспекты экстраверсии (общительность, высокая скорость приема и переработки информации, работоспособность и др.). В то же время сочетание высокой жизнестойкости с выраженной интроверсией детерминирует самые низкие самооценки физического здоровья. Такие испытуемые существенно уступают интровертам с низкой жизнестойкостью. Данный результат кажется парадоксальным только на первый взгляд. Выраженные проявления жизнестойкости (акцентированный стойкостный стиль учебы, работы и общения) не соответствуют (а иногда даже резко противоречат – вплоть до несовместимости!) интровертному личностному типу. Жизнестойкость означает, прежде всего, готовность рисковать, быть открытым новому опыту и вовлекаться в новые связи, отношения и проекты. Такие испытуемые обречены на хроническое несоответствие своих поведенческих установок своей же индивидуальности [3; 8; 18; 148; 149; 160; 203; 296]. Это противоречие, по-видимому, переживается такими студентами в виде неприятных соматических ощущений, усталости, нехватки энергии, неспособности полноценно отдыхать.

Студенты с высокой жизнестойкостью сообщают об ухудшении физического самочувствия при увеличении обособленности (рис. 2.22 (б)). В наихудшем положении здесь оказывается группа студентов с умеренной жизнестойкостью, но максимально выраженной обособленностью. При низкой жизнестойкости высокая обособленность, наоборот, обеспечивает наиболее высокие самооценки физического здоровья.

Характер кривых на рис. 2.22 (в) свидетельствует о наибольшем благополучии в плане физического здоровья студентов с высоким уровнем жизнестойкости в сочетании с высокой и средней экспрессивностью (легким отношением к жизни, опорой в основном на интуицию и чувства, интересом к различным сторонам жизни, легкой обучаемостью, стремлением избегать рутинной работы, уходом от текущих дел и обязанностей). У студентов с высокой жизнестойкостью, но при этом – с противоположными жизненными установками (реалистичность, недоверие к отвлечен-

ным идеям, ориентация на материальные ценности, стремление к постоянству и нелюбовь к резким переменам в жизни, поиск во всем практической выгоды и т.п.), – ситуация меняется на противоположную.

Такие студенты сравнительно низко оценивают свое физическое здоровье. «Жизнестойкие практики» переоценивают значимость рационального подхода к жизни и деятельности вообще, и к учебе – в частности. По-видимому, они себя перегружают, но при этом долгое время игнорируют эмоциональные и проприоцептивные сигналы обратной связи, свидетельствующие о постепенном вхождении субъекта в стадию «предболезни» [13].

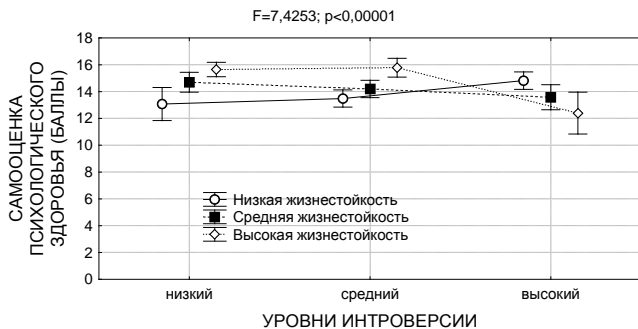
Эти сигналы, накопившись, к какому-то моменту преодолевают порог сознания и предстают во внутреннем опыте субъекта как достаточно выраженная интегральная и отрицательно эмоционально окрашенная картина физического неблагополучия и «подорванного здоровья».

Студенты с низкой жизнестойкостью по мере усиления акцента на практичности наоборот, выигрывают. Наиболее низкие самооценки физического здоровья среди таких студентов демонстрируют экспрессивные, беззаботные и безответственные испытуемые, а наиболее высокие – реалистичные практики, компенсирующие нехватку жизнестойкости собственным упорством и прагматической ориентацией в ситуациях работы и учебы в вузе. Создается впечатление, что при такого рода личностной структуре сниженное физическое самочувствие выполняет своеобразную функцию напоминания субъекту о том, что «жизнь проходит впустую», что романтика и предпочтение отвлеченных идей не способствуют систематической работе над собой.

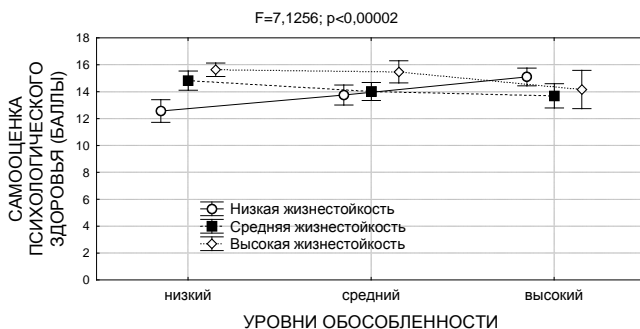
На рисунках 2.23 (а – г) отражены эффекты взаимодействия факторов жизнестойкости и Большой Пятерки в их влиянии на самооценку *психологического* здоровья студентов. Иллюстрируются только те случаи, когда эффект взаимодействия достиг уровня значимости.

Хорошо видно, что самые высокие оценки своему психологическому здоровью дают, как правило, жизнестойкие студенты:

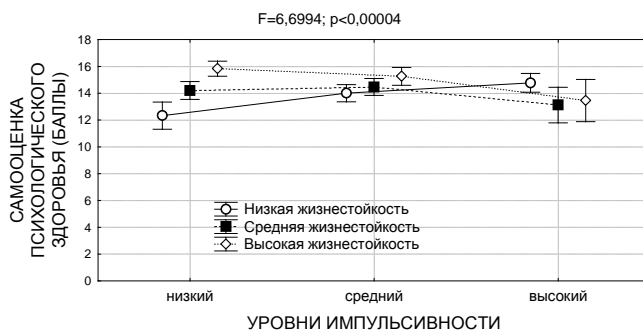
- с выраженными, или, по крайней мере, с умеренными экстраверсией, активностью, доминированием, стремлением получать новые впечатления ($F = 7,43; p < 0,00001$),



(а)



(б)



(в)

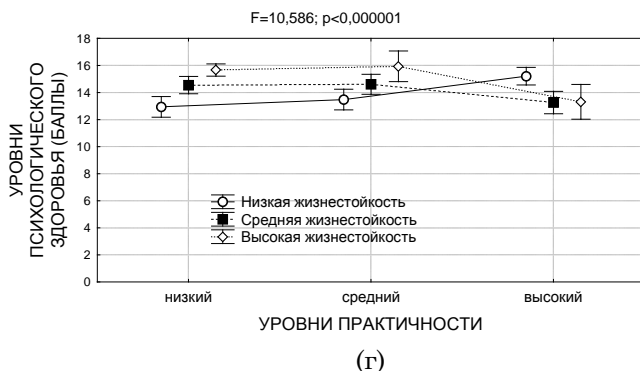


Рис. 3.23 (а – г). Зависимость самооценок психологического здоровья от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

- проявляющие отчетливые, или умеренные привязанность, теплоту во взаимоотношениях, понимание и уважение других, способность и тягу к сотрудничеству ($F = 7,13$; $p < 0,00002$),

- способные к выраженным, или умеренным проявлениям самоконтроля, аккуратности, предусмотрительности и ответственности ($F = 5,21$; $p < 0,0005$),

- демонстрирующие сильную, или умеренную тенденцию к экспрессивности, любопытству, пластичности и сенситивности ($F = 10,59$; $p < 0,000001$).

Существенно то, что в двух случаях из четырех (при сочетании факторов Экстраверсия / Интроверсия X жизнестойкость, а также факторов Экспрессивность / Практичность X жизнестойкость, см. рис.3.23 (а) и 3.23 (г) наихудшем положении оказываются именно жизнестойкие студенты, если их показатели по двум соответствующим факторам Большой Пятерки минимальны. Жизнестойкий интроверт при оценивании своих когнитивных способностей и умения регулировать эмоции, по-видимому, использует настолько высокие стандарты, что гарантированно остается недовольным своим психологическим функционированием (по сравнению с другими категориями испытуемых). То же самое можно сказать о чрезмерно практичных, ригидных и консервативных, но при этом жизнестойких испытуемых.

Испытуемые с низкой жизнестойкостью демонстрируют противоположную картину. Характер кривых на графиках, отражающих показатели психологического здоровья в этой группе студентов, свидетельствует о том, что при недостатке жизнестойкости психологическое здоровье оценивается как более высокое при акцентированных: интроверсии, обособленности, импульсивности и практичности. При сниженной жизнестойкости, очевидно, «противопоказано» обилие контактов, участие в многообразных и разноплановых взаимоотношениях, интенсивная переработка большого объема социально-перцептивной информации, эмпатические отклики на других людей и погружение в их проблемы, проявление плановости, систематичности, настойчивости и расчетливости, сохранение любознательности, артистичности и пластичности во взаимоотношениях. Если все эти качества пытается проявлять человек с низкими показателями жизнестойкости, то он незамедлительно начинает ощущать недостатки своего когнитивного функционирования, снижение эмоционального фона. Снижение психологического здоровья – это «цена», которую приходится платить таким студентам за поведение, противоречащее их индивидуальности.

На рисунках 3.24. (а – в) отражены эффекты взаимодействия факторов Большой Пятерки и жизнестойкости при их совместном влиянии на самооценку студентами *уровня независимости*. Наиболее независимыми себя считают жизнестойкие испытуемые с выраженными и умеренно выраженными 1) экстраверсией ($F = 7,07$; $p < 0,00002$), 2) привязанностью ($F = 5,06$; $p < 0,0007$) и 3) самоконтролем ($F = 5,98$; $p < 0,0002$). Если у испытуемых с высокой жизнестойкостью по этим трем шкалам Большой Пятерки преобладают низкие оценки (т.е. соответственно проявляются выраженная интроверсия, обособленность и импульсивность), то можно предсказать наиболее низкие самооценки уровня независимости. Показатели испытуемых с низкой жизнестойкостью подчиняются противоположной закономерности: студенты этой группы сообщают о более высокой независимости при росте интроверсии, обособленности и импульсивности. Это означает, что высокая (или, хотя бы умеренная) жизнестойкость позволяет человеку чувствовать себя внутренне независимым, даже будучи включенным в близкие отношения, предполагающие взаимопонимание, доверительность.

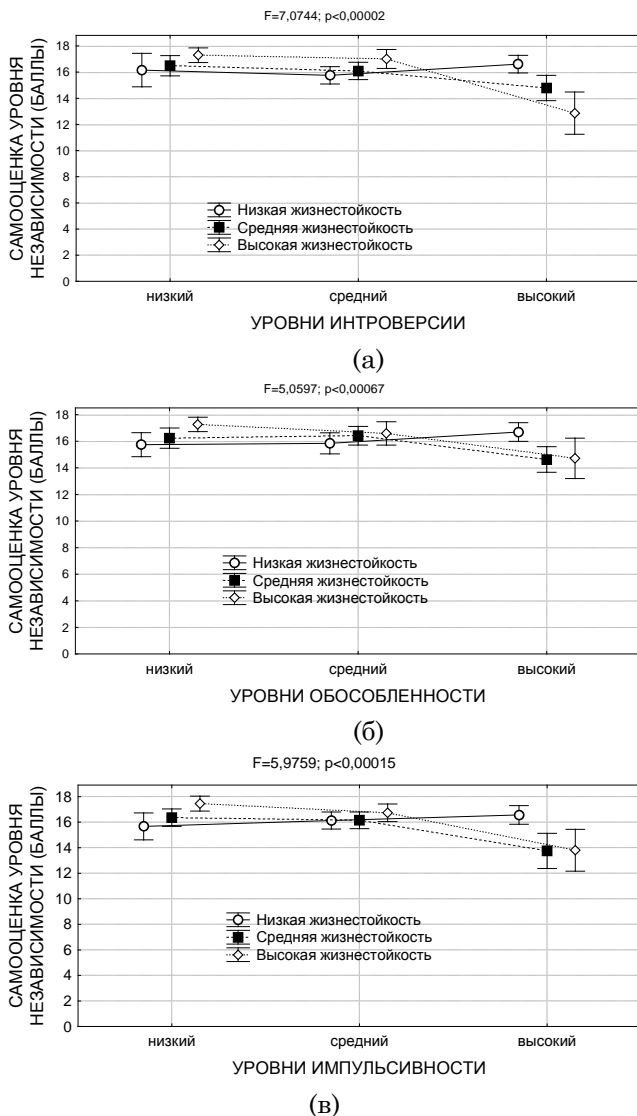


Рис. 3.24. Зависимость самооценок уровня независимости от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

Жизнестойкая личность настолько дифференцирована, что сохраняет чувство границы между Я и Другим даже в условиях тесного взаимодействия да счет преодоления «комплекса слияния» и дифференциации эмоциональной жизни [285]. Испытуемые с низкой жизнестойкостью проявляют тенденцию к эмоциональному слиянию с партнерами по общению. Поэтому чтобы чувствовать себя независимыми, они отдаляются от других, интровертизируются, стремятся быть импульсивными (понимая, по-видимому, аккуратность, ответственность и предусмотрительность как проявления зависимости от других людей).

Рисунки 3.25 (а, б) отражает особенности взаимодействия факторов жизнестойкости и Большой Пятерки при их влиянии на самооценки студентами *социального* здоровья. Статистически значимого уровня это взаимодействие достигло лишь применительно к факторам «Самоконтроль / Импульсивность» ($F = 2,64$; $p < 0,04$) и «Экспрессивность / Практичность» ($F = 3,88$; $p < 0,005$). Студенты с высокой жизнестойкостью оценивают свое социальное здоровье сравнительно высоко, независимо от того, насколько они импульсивны, или, наоборот, склонны к самоконтролю. Их способность обратиться за социальной поддержкой, развивать личные взаимоотношения существенно не страдает при снижении способности к самоконтролю. По-видимому, менее выраженные настойчивость, аккуратность, предусмотрительность во взаимоотношениях в значительной мере могут быть компенсированы стойкостными качествами (готовностью рисковать, включаться в новые взаимоотношения и социальные связи).

У испытуемых со средней жизнестойкостью кривая, отражающая самооценки социального здоровья, имеет форму перевернутой латинской буквы «U». Это означает, что, более низкие оценки своему социальному здоровью давали студенты этой группы с крайними значениями по фактору «Самоконтроль – Импульсивность». Крайне выраженные аккуратность, ответственность, самоконтроль, так же, как и их антиподы – неаккуратность, безответственность, беспечность, при умеренной жизнестойкости создают трудности для поддержания удовлетворяющих личных взаимоотношений. При таком сочетании факторов также снижается способность эффективно обращаться за помощью к другим людям.

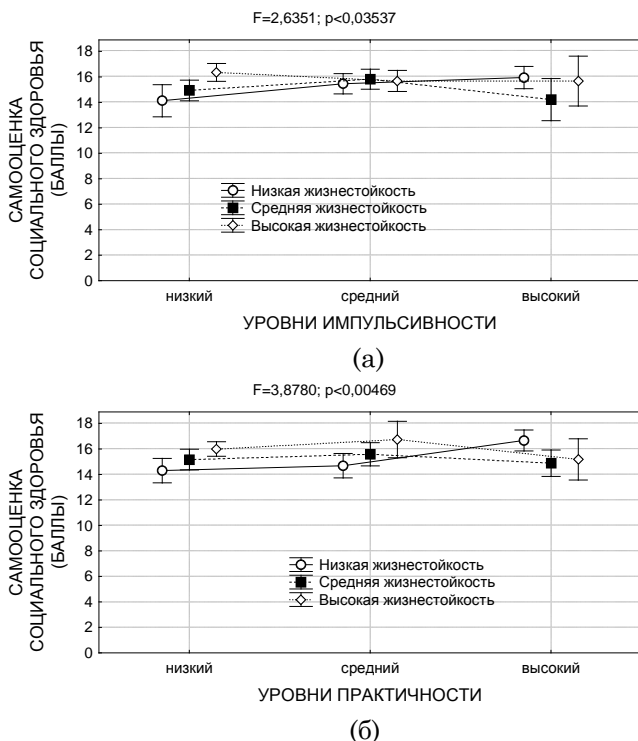


Рис. 3.25. Зависимость самооценок социального здоровья от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

Кривая, отражающая самооценки социального здоровья у испытуемых с низкой жизнестойкостью, заметно поднимается с ростом импульсивности и утратой способности к самоконтролю. Возможно, люди, сочетающие признаки низкой жизнестойкости и неспособности к самоконтролю воспринимаются партнерами по общению и окружающими людьми как беззащитные, нуждающиеся в опеке, помощи и поддержке. Демонстрация своей слабости может быть эффективной коммуникативной стратегией. По-видимому, социум (особенно в лице людей с выраженной мотивацией помогающего поведения) воспринимается такими испытуе-

мыми как «благоприятный для жизни», «заботящийся», «благополучный» [17; 29; 116; 183; 185; 233].

Такой же рост самооценок социального здоровья в группе студентов с низкой жизнестойкостью можно наблюдать по мере уменьшения экспрессивности (пластичности, любознательности, сензитивности) и усиления практичности (консерватизма, нечувствительности и ригидности) (см. рис. 3.25 (б)). Сочетание низкой жизнестойкости и высокой практичности дает возможность таким испытуемым выбрать для себя предсказуемую и относительно свободную от стрессоров коммуникативную среду, в которой им удастся построить личные отношения, получить необходимую социальную поддержку. Если же испытуемые с низкой жизнестойкостью отличаются высокой экспрессивностью, то такие студенты сталкиваются с неразрешимыми для них коммуникативными задачами. Психологические и энергетические ресурсы при низкой жизнестойкости недостаточны для обеспечения когнитивного и эмоционального взаимодействия с социальной средой, характерного для экспрессивной личности.

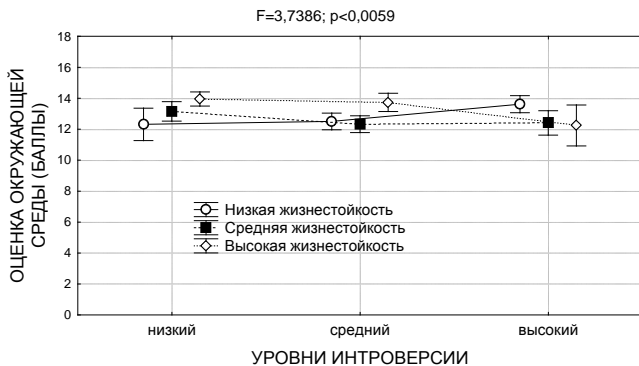
В группе студентов с высокой жизнестойкостью наиболее высокие оценки социальному здоровью дают испытуемые с умеренной экспрессивностью / практичностью. При крайних вариантах проявления этого фактора Большой Пятерки в данной группе испытуемых социальное здоровье оценивается заметно ниже. Сходным образом распределены показатели социального здоровья в группе испытуемых со средней жизнестойкостью.

На рисунках 3.26 (а – г) проиллюстрированы случаи зависимости оценок студентами *окружающей среды* как «здоровой» от взаимодействия факторов жизнестойкости и Большой Пятерки.

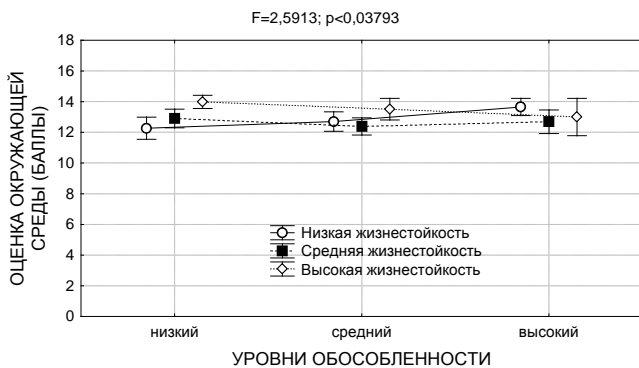
Существенными оказались совместные влияния на зависимую переменную фактора жизнестойкости с факторами:

а) Экстраверсии / Интроверсии	($F = 3,74$;	$p < 0,006$),
б) Привязанности / Обособленности	($F = 2,59$;	$p < 0,04$),
в) Самоконтроля / Импульсивности	($F = 2,89$;	$p < 0,02$),
г) Экспрессивности / Практичности	($F = 3,83$;	$p < 0,005$).

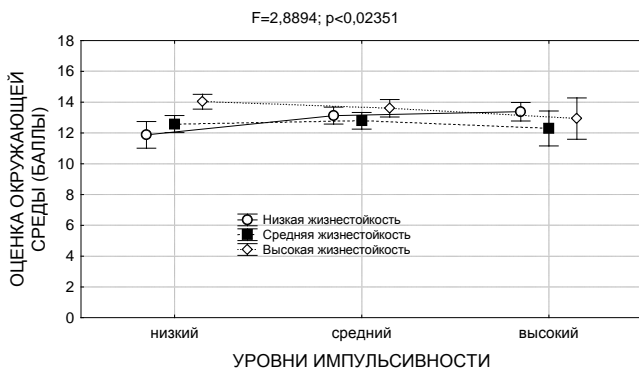
С наибольшей вероятностью образ окружающей среды как «здоровой» формируется в сознании студентов с высокой (в одном случае – средней) жизнестойкостью, но при этом экстравертных, склонных к привязанности, самоконтролю и умеренно экспрессивных.



(а)



(б)



(в)

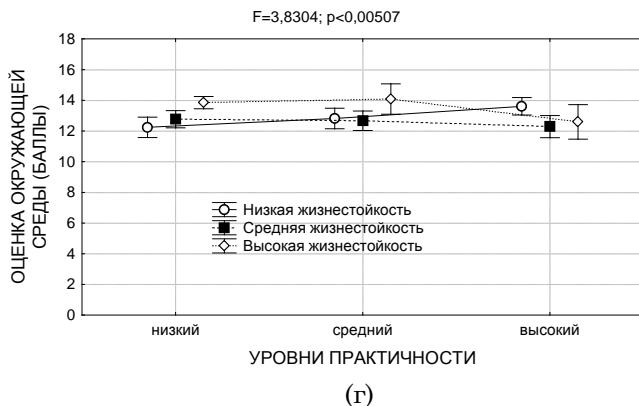
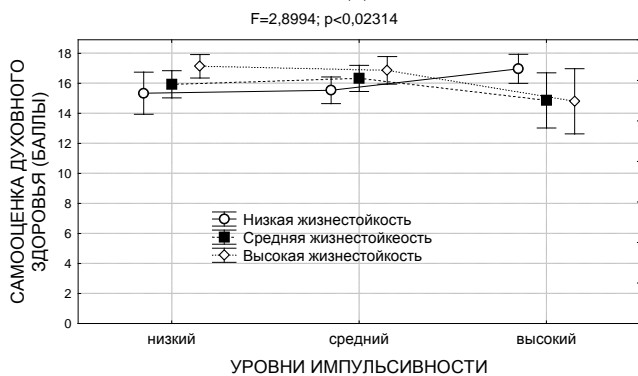
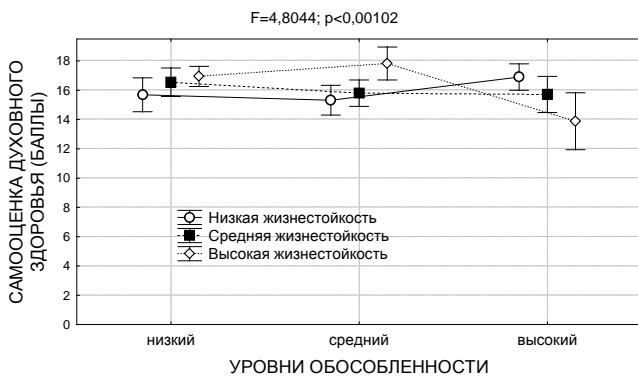
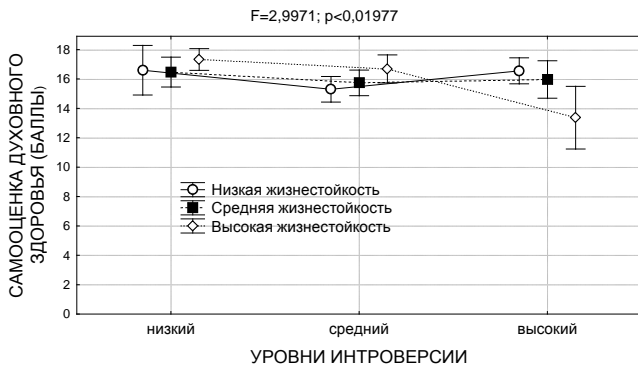


Рис. 3.26. Зависимость оценок окружающей среды как здоровой от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

Сравнительно высоко оценивают окружающую среду и студенты с низкой жизнестойкостью. Но при этом они должны обладать противоположным комплексом личностных качеств, диагностируемых Большой Пятеркой – интровертностью, обособленностью, импульсивностью и практичностью. Если испытуемые с низкой жизнестойкостью отличаются высокой экстраверсией, привязанностью, самоконтролем и экспрессивностью, то окружающая среда в восприятии таких людей предстает скорее как «нездоровая», «стрессогенная», «проблемная», «трудная», «неудобная для жизни».

Факторы Большой Пятерки, а именно: а) Экстраверсия / Интроверсия ($F = 3,00$; $p < 0,02$), б) Привязанность / Обособленность ($F = 4,80$; $p < 0,001$), в) Самоконтроль / Импульсивность ($F = 2,90$; $p < 0,02$) и г) Экспрессивность / Практичность ($F = 5,66$; $p < 0,0002$) во взаимодействии с фактором жизнестойкости существенно повлияли на самооценки студентами *духовного* здоровья (см. рис. 3.27 (а – г)). О мировоззренческой определенности, наличии смысла в жизни и руководящих ценностях духовного порядка чаще всего говорили испытуемые с высокой (в одном случае – средней) жизнестойкостью и высокими показателями по параметрам экстраверсии, привязанности, самоконтроля и экспрессивности.



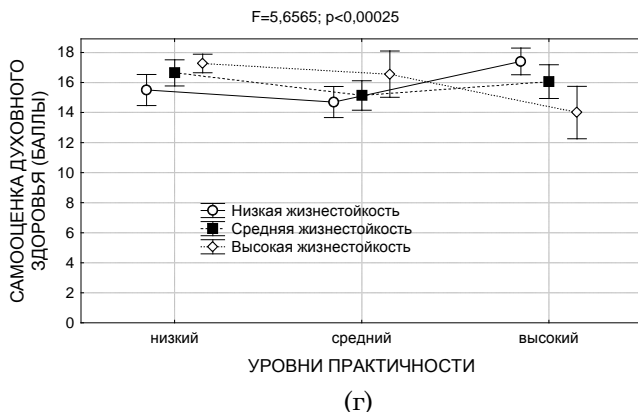


Рис. 3.27. Зависимость оценок духовного здоровья от факторов Большой Пятерки с учетом уровня жизнестойкости студентов.

При наличии высокой жизнестойкости, но низких оценок по экстраверсии, привязанности, самоконтролю и экспрессивности студенты отмечают наибольшее количество проблем с духовным здоровьем. Сужение контактов с миром и чрезмерная обращенность к себе, нехватка навыков сотрудничества, принятия Другого и доверительной коммуникации (при интроверсии и обособленности), безответственность и беспечность (при импульсивности), ригидность и консерватизм (при практичности) существенно повышают вероятность дефицита смысла, духовной пустоты, ухода от решения главных жизненных вопросов (типичных симптомов духовного нездоровья). Высокая жизнестойкость обязывает человека настоятельно искать смысл, вырабатывать и обогащать ценностные ориентиры, быть открытым к переживанию трансцендентного

Сравнительно низкие оценки своего духовного здоровья продемонстрировали студенты с низкой жизнестойкостью при условии умеренной или сильной выраженности экстраверсии, привязанности, самоконтроля и экспрессивности. Если эти последние четыре качества меняются на противоположные, то испытуемые с низкой жизнестойкостью, наоборот, демонстрируют высокие самооценки духовного здоровья.

3.6. Самооценки здоровья у студентов, предпочитающих разные источники социальной поддержки

3.6.1. Предпочтения различных источников социальной поддержки и самооценка здоровья в разных сферах и субсферах у студентов

Результаты вычисления коэффициентов корреляции между показателями самооенок здоровья и показателями Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки (MSPSS) отражены в табл. 3.16, а для 24-х субсфер – в табл. 3.17. Суммарный показатель опросника MSPSS оказался положительно связанным почти со всеми показателями самооценки здоровья. Только в двух случаях положительная корреляция не достигает уровня значимости: поддержание здоровья в духовной сфере и обеспечение независимости личности не базируются на ресурсе поддержки извне. Духовное здоровье предполагает повседневную практику выслушивания себя, своего «внутреннего голоса» [264], открытость внутренним образам. Здоровые люди умеют «считывать» окружающий мир своим духовным зрением [263, с. 160]. Поиск помощи во внешнем мире отвлекает субъекта от работы с внутренними содержаниями психики.

Наиболее тесно ($r_{xy} = 0,31$; $p < 0,0005$) суммарный показатель восприятия внешней поддержки связан с оценкой окружающей среды как здоровой. Тем самым испытуемые дают понять, что здоровье в данной сфере – результат не только индивидуального выбора, но и во многом плод коллективных усилий. Здесь важна роль и сокурсников ($r_{xy} = 0,25$; $p < 0,005$), и друзей ($r_{xy} = 0,24$; $p < 0,01$), и даже Значимого Другого ($r_{xy} = 0,19$; $p < 0,05$).

Социальная поддержка содержит, по мнению испытуемых, ресурсы усиления здоровья их социальных взаимоотношений: суммарный показатель восприятия поддержки тесно коррелирует с показателем здоровья в данной сфере ($r_{xy} = 0,27$; $p < 0,005$). Исключительно важной здесь видится роль значимого Другого ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,0001$), а также семьи ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$) и друзей ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$). Общественные организации принципиально не рассматриваются нашими испытуемыми как источник поддерживающих здоровье ресурсов.

Таблица 3.16
 Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями готовности
 получать поддержку в стрессовой ситуации у студентов (n = 133)

Сферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокруженники	Друзья	Значимый Другой	Общественные организации	Суммарный показатель
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,09	0,22**	0,11	0,13	0,14	0,27***
Физическая сфера	0,06	0,11	0,12	0,21*	0,01	0,18*
Психологическая сфера	0,10	0,16	0,12	0,25***	0,03	0,23**
Уровень независимости	0,01	0,08	0,09	0,11	0,01	0,11
Социальные взаимоотношения	0,20*	0,11	0,20*	0,36***	0,01	0,27***
Окружающая среда	0,05	0,25***	0,24**	0,19*	0,07	0,31***
Духовная сфера	0,09	0,04	0,01	0,17*	0,06	0,11

Примечание: «*» – p < 0,05; «**» – p < 0,01; «***» – p < 0,005; «****» – p < 0,0005; «*****» – p < 0,0001.

Таблица 3.17

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субферах с показателями готовности получить поддержку в стрессовой ситуации у студентов (n = 133)

	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокрусьники	Друзья	Знакомыи Другои	Общественные организации	Суммарный показатель
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,07	-0,04	-0,03	0,08	-0,09	-0,06
F2: жизненная активность, энергия и усталость	0,01	0,20*	0,06	0,10	0,05	0,18*
F3: сон и отдых	0,15	0,06	0,18*	0,23**	0,04	0,20*
F4: положительные эмоции	0,07	0,03	0,07	0,20*	-0,03	0,09
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,07	0,26***	0,21*	0,20*	0,07	0,31****
F6: самооценка	0,17	0,19*	0,07	0,26***	0,06	0,26***
F7: образ тела и внешность	0,12	0,03	0,08	0,21*	0,01	0,13
F8: отрицательные эмоции	-0,03	0,09	0,04	0,10	0,00	0,08
F9: подвижность	0,06	0,03	0,06	0,11	-0,09	0,04
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,06	0,14	0,06	0,08	-0,10	0,08

Продолжение таблицы 3.17

F11: зависимость от лекарств и лечения	0,06	0,01	-0,04	0,09	0,07	0,05
F12: способность к работе	-0,06	0,05	0,20*	0,04	0,12	0,13
F13: личные отношения	0,31****	0,15	0,13	0,36****	0,05	0,31****
F14: практическая социальная поддержка	0,14	0,25****	0,38****	0,22**	0,04	0,38****
F15: сексуальная активность	0,06	-0,10	0,01	0,26****	-0,06	-0,00
F16: физическая безопасность и защищенность	0,07	-0,04	0,05	0,04	0,01	0,02
F17: окружающая среда дома	-0,01	0,20*	0,15	0,00	0,12	0,21*
F18: финансовые ресурсы человека	0,11	0,14	0,20*	0,18*	-0,01	0,22**
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	-0,01	0,21*	0,23**	0,18*	0,04	0,26****
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,12	0,30****	0,27****	0,27****	0,14	0,41****
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,04	0,15	0,10	0,20*	0,08	0,21*
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,10	0,13	0,07	-0,02	0,03	0,08
F23: транспорт	0,00	0,09	0,07	0,07	-0,06	0,07
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,09	0,04	0,01	0,17*	0,06	0,11

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,0005$.

Из всех источников социальной поддержки самым существенным оказался Значимый Другой (важен для пяти сфер здоровья из шести продиагностированных). Показатель восприятия Значимого Другого в качестве ресурса оказался единственным, с которым статистически значимо коррелировали самооценки испытуемыми физического ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,05$), психологического ($r_{xy} = 0,25$; $p < 0,005$) и духовного ($r_{xy} = 0,17$; $p < 0,05$) здоровья. Таким образом, помощь от Значимого Другого имеет «сквозной» характер, проникает почти во все сферы здоровья.

Самооценка здоровья в сфере «Уровень независимости» не коррелировала ни с одним из показателей восприятия социальной поддержки. Испытуемые, по-видимому, убеждены, что подлинная независимость имеет, прежде всего, глубинные, внутренние источники и не приходит извне.

Данные таблицы 3.17 свидетельствует о том, что и на уровне субсфер наибольшее количество статистически значимых корреляций с самооценками здоровья образует показатель Значимого Другого как источника социальной поддержки.

В контексте проблематики *физического* здоровья он важен для полноценного сна и отдыха ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,01$). С помощью Значимого Другого облегчается реализация потенциала *психического* здоровья в таких его аспектах, как поддержание положительного эмоционального тонуса ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$), когнитивное функционирование (память, внимание, мышление, обучаемость в целом) ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$), высокая самооценка личности ($r_{xy} = 0,26$; $p < 0,005$), тела и внешности ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,05$).

С восприятием помощи со стороны Значимого Другого оказались тесно связанными все три самооценки здоровья в сфере *социальных отношений*: личные отношения ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,0005$), вероятность получить практическую поддержку ($r_{xy} = 0,22$; $p < 0,01$) и сексуальные отношения ($r_{xy} = 0,26$; $p < 0,005$). Значимый Другой – это один из наиболее важных источников социальной поддержки в построении образа *окружающей среды как здоровой*. Он, по мнению испытуемых, важен здесь как источник восполнения растратченных финансовых ресурсов ($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,05$), фактор обеспечения доступности качественной медицинской и социальной помощи

($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,05$), новой информации и навыков ($r_{xy} = 0,27$; $p < 0,005$), расширения возможностей для отдыха и развлечений ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,005$). Образ Значимого Другого «задействован» и в механизмах поддержания духовного здоровья ($r_{xy} = 0,17$; $p < 0,05$).

Сокурсники и Друзья как источники воспринимаемой социальной поддержки, менее весомы, чем Значимый Другой. Однако показатели степени выраженности этих видов поддержки образовали по семь статистически значимых коэффициентов корреляции с самооценками здоровья в разных субсферах. Так, фактор Сокурсников важен для высоких самооценок *окружающей среды как здоровой*: окружающей среды внутри дома ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$), доступности качественной медицинской и социальной помощи ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,05$) и среды как источника новой информации и навыков ($r_{xy} = 0,30$; $p < 0,005$).

Поддержка сокурсников, конкретизируясь в практической социальной поддержке ($r_{xy} = 0,25$; $p < 0,005$) необходима, по мнению студентов, для поддержания *социального здоровья*. Сокурсники – фактор поддержания *психического здоровья* в его когнитивном ($r_{xy} = 0,26$; $p < 0,005$) и самооценочном ($r_{xy} = 0,19$; $p < 0,05$) аспектах. Помощь сокурсников необходима и для поддержания на надлежащем уровне *физического здоровья*, а именно в плане энергичности, жизненной активности и противостояния усталости ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$).

В этих же сферах, но в отчасти иных субсферах проявляется поддержка со стороны друзей. Она важна для *физического здоровья* в плане обеспечения здорового сна и отдыха ($r_{xy} = 0,18$; $p < 0,05$), а для *психического здоровья* – для мышления, памяти, обучаемости и хорошей концентрации ($r_{xy} = 0,21$; $p < 0,05$). Поддержка друзей – единственный источник, существенно важный для обеспечения способности к работе ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$) – субсферы здоровья, относящейся к сфере «Уровень независимости».

Здоровье с сфере социальных отношений через одну из своих субсфер, – практическую социальную поддержку, – оказалось очень тесно связанной с поддержкой друзей ($r_{xy} = 0,38$; $p < 0,0005$). Кроме того, Друзья – это источник поддержки высоких самооценок здоровья в сфере «*Окружающая среда*», в субсферах «финансовые ресурсы» ($r_{xy} = 0,20$; $p < 0,05$), «доступность и качество медицинской помощи» ($r_{xy} = 0,23$; $p < 0,01$) и

«возможности для приобретения новой информации и навыков» ($r_{xy} = 0,27$; $p < 0,005$).

Наши испытуемые почти не воспринимают собственную семью как фактор социальной поддержки в ситуациях напряженности стресса, которые могли бы привести к снижению уровня здоровья.

Исключение составляет только лишь самооценка здоровья в сфере социальных отношений, взятая в аспекте «личных отношений» ($r_{xy} = 0,31$; $p < 0,0005$). Возможно, такой результат обусловлен недостаточной дифференцированностью таких двух источников поддержки как Семья и Значимый Другой: значимыми другими могут быть конкретные члены семьи наших испытуемых.

Возможность обращения к общественным организациям не связана ни с одним из показателей самооценок здоровья в различных субсферах.

3.6.2. Предпочтения различных источников социальной поддержки и самооценки здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости

Мы предположили, что жизнестойкость может выступать в роли модератора восприятия социальной поддержки и тем самым, косвенно сказываться на самооценках здоровья. В таблицах 3.18 – 3.20 представлены коэффициенты корреляции r_{xy} Пирсона между показателями самооценок студентами здоровья в разных сферах и показателями восприятия социальной поддержки в группах с высокой, средней и низкой жизнестойкостью. Результаты корреляционного анализа в целом подтвердили предположение: менее жизнестойкими испытуемыми социальная поддержка воспринимается как более желательная и необходимая для того, чтобы справляться со стрессами.

В группе студентов с *высокой* жизнестойкостью обнаружена только одна статистически значимая обратная связь самооценки уровня своей независимости и восприятия поддержки со стороны сокурсников ($r_{xy} = -0,36$; $p < 0,05$). Группа *умеренно* стойких студентов продемонстрировала пять положительных коэффициентов корреляции.

Таблица 3.18
 Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями готовности получить поддержку в стрессовой ситуации у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 32)

Сферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокруженники	Друзья	Значимый Другой	Общественные организации	Суммарный показатель
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,16	0,05	0,17	0,03	0,03	0,15
Физическая сфера	0,11	-0,08	0,24	0,17	-0,02	0,08
Психологическая сфера	0,31	-0,07	0,06	0,22	-0,12	0,04
Уровень независимости	0,11	-0,36*	-0,04	-0,05	-0,17	-0,27
Социальные взаимоотношения	0,18	-0,21	0,04	0,12	-0,18	-0,13
Окружающая среда	-0,01	-0,02	0,25	0,13	-0,02	0,07
Духовная сфера	0,25	0,03	0,20	0,01	-0,07	0,13

Примечание: «*» – $p < 0,05$.

Таблица 3.19
 Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями готовности получать поддержку в стрессовой ситуации у студентов со средней жизнестойкостью (n = 42)

Сферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Современники	Друзья	Значимый Другой	Общественные организации	Суммарный показатель
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,05	0,11	-0,05	0,03	0,09	0,07
Физическая сфера	0,21	0,13	-0,04	0,19	0,00	0,20
Психологическая сфера	0,04	0,05	0,15	0,31*	0,11	0,22
Уровень независимости	0,07	0,27	0,11	0,16	0,13	0,32*
Социальные взаимоотношения	0,18	0,12	0,22	0,36*	0,18	0,37*
Окружающая среда	0,04	0,23	0,22	0,28	0,06	0,35*
Духовная сфера	-0,23	0,06	-0,01	0,06	-0,07	-0,03

Примечание: «*» – $p < 0,05$.

Таблица 3.20

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями готовности получать поддержку в стрессовой ситуации у студентов с низкой жизнестойкостью (n = 50)

Сферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокручники	Друзья	Значимый Другой	Общественные организации	Суммарный показатель
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,18	0,42***	0,11	0,19	0,22	0,41***
Физическая сфера	-0,06	0,18	0,22	0,20	-0,11	0,16
Психологическая сфера	-0,04	0,30*	0,14	0,10	-0,00	0,22
Уровень независимости	-0,19	0,12	0,17	0,02	-0,04	0,07
Социальные взаимоотношения	0,29*	0,30*	0,30*	0,43***	-0,04	0,36**
Окружающая среда	0,07	0,42***	0,24	0,08	0,02	0,35*
Духовная сфера	0,14	0,02	-0,03	0,27	0,09	0,11

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$.

По их мнению, психологическое и социальное здоровье связано с помощью со стороны Значимого Другого (соответственно $r_{xy} = 0,31$ и $r_{xy} = 0,36$; в обоих случаях $p < 0,05$); кроме того, общая ориентация на социальную помощь (т.е. суммарный показатель опросника MSPSS) связана с независимостью личности, ее социальным здоровьем и восприятием окружающей среды в качестве здоровой.

Испытуемые с *низкой* жизнестойкостью продемонстрировали наибольшую нуждаемость в социальной помощи (10 корреляций). Так, чтобы удовлетворительно налаживать свои взаимоотношения, студенты с *низкой* жизнестойкостью нуждаются в помощи семьи ($r_{xy} = 0,29$; $p < 0,05$), сокурсников ($r_{xy} = 0,30$; $p < 0,05$), друзей ($r_{xy} = 0,30$; $p < 0,05$) и особенно – Значимого Другого ($r_{xy} = 0,43$; $p < 0,005$). Наиболее важный и эффективный источник помощи для студентов с *низкой* жизнестойкостью – сокурсники. Их помощь важна для поддержания психологического и социального здоровья (в обоих случаях $r_{xy} = 0,30$; $p < 0,05$), а также для восприятия своей окружающей среды как здоровой ($r_{xy} = 0,42$; $p < 0,005$). Кроме того, помощь сокурсников – условие общей высокой оценки качества жизни и здоровья в целом (показатель G) ($r_{xy} = 0,42$; $p < 0,005$). Общая ориентация испытуемых с *низкой* жизнестойкостью на социальную поддержку (суммарный показатель опросника MSPSS) оказалась прямо связанной с самооценками здоровья в целом (показатель G) ($r_{xy} = 0,41$; $p < 0,005$), социальным здоровьем ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,01$) и восприятием окружающей среды как здоровой ($r_{xy} = 0,35$; $p < 0,05$).

Таким образом, при разных уровнях жизнестойкости личности самооценки здоровья студентами в разных сферах взаимосвязаны с восприятием социальной поддержки по-разному. При высокой жизнестойкости эти взаимосвязи минимальны (и даже отрицательны): жизнестойкие студенты самодостаточны; они объективно не нуждаются в выраженной внешней помощи для поддержания здоровья и душевного равновесия. Снижение жизнестойкости оборачивается ростом потребности в поддержке из разных внешних источников.

Этот вывод подтверждается и при анализе коэффициентов корреляции показателей восприятия социальной поддержки с самооценками здоровья в различных субсферах (см. таблицы

ПРИЛОЖЕНИЯ 19 – 21). В группе с высокой жизнестойкостью обнаружено 9, в группе со средней жизнестойкостью – 16, а в группе с низкой жизнестойкостью – 27 статистически значимых коэффициентов корреляции. При этом испытуемые с *высокой* жизнестойкостью показали, что навязчивая «помощь» со стороны общественных организаций снижает у них самооценку тела и внешности (субсфера из сферы психологического здоровья) ($r_{xy} = -0,36$; $p < 0,05$), делает их менее подвижными и мобильными (субсфера из сферы «уровень независимости») ($r_{xy} = -0,42$; $p < 0,05$). Они не нуждаются в «помощи» сокурсников, так как она снижает самооценку их способности к работе (субсфера из сферы «Уровень независимости») ($r_{xy} = -0,40$; $p < 0,05$) и самооценку сексуальной активности (субсфера из сферы социального здоровья) ($r_{xy} = -0,34$; $p < 0,05$). Некоторая поддержка испытуемым этой группы все же необходима: со стороны семьи – для поддержания высокой самооценки образа тела и внешности ($r_{xy} = 0,39$; $p < 0,05$), а также для здоровых личных отношений ($r_{xy} = 0,39$; $p < 0,05$); со стороны друзей – для высокой оценки окружающей среды как отвечающей экологическим и эстетическим стандартам ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,05$), со стороны Значимого Другого – для здорового сна и отдыха ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,05$) и поддержания положительного эмоционального тонуса ($r_{xy} = 0,39$; $p < 0,05$).

Испытуемые со *средним* уровнем жизнестойкости отмечали важность помощи друзей, которые обеспечивают практическую социальную поддержку ($r_{xy} = 0,35$; $p < 0,05$), сокурсников, от поддержки которых могут зависеть жизненная энергия и способность противостоять усталости ($r_{xy} = 0,32$; $p < 0,05$), возможность приобретать новую информацию и навыки ($r_{xy} = 0,36$; $p < 0,05$). Особенно важен для студентов этой группы Значимый Другой, с показателем восприятия помощи от которого связаны хорошие мышление, обучаемость, память и концентрация внимания ($r_{xy} = 0,35$; $p < 0,05$), здоровье в личных отношениях ($r_{xy} = 0,37$; $p < 0,05$), в сексуальной активности ($r_{xy} = 0,40$; $p < 0,01$), доступность качественной медицинской и социальной помощи ($r_{xy} = 0,30$; $p < 0,05$), возможности для отдыха и развлечений, их использование ($r_{xy} = 0,34$; $p < 0,05$). Показатель общей ориентации на получение внешней поддержки положительно коррелирует в этой группе испытуемых с

отдельными субсферами, относящимися к сфере физического здоровья (жизненная активность, энергия, усталость), сфере «Уровень независимости» (подвижность, независимость от лекарств и лечения), сфере социального здоровья (личные отношения, практическая и социальная поддержка), сфере «Окружающая среда» (доступность и качество медицинской и социальной помощи, возможности для приобретения новой информации и навыков, возможности для отдыха и развлечений и их использование). Таким образом, уже при жизнестойкости среднего уровня для испытуемых в вопросах собственного здоровья становится характерным полагаться на помощь извне, ожидать внешней поддержки из различных источников.

Однако всеобъемлющей и системно проявляющейся эта тенденция становится у испытуемых с *низкой* жизнестойкостью. В число воспринимаемых ими источников поддержки входят и семья, и сокурсники, и друзья и Значимый Другой. Субсферами здоровья, самооценки в которых чрезвычайно тесно связаны с внешней поддержкой, являются: 1) возможности для приобретения новой информации и навыков (здесь очень важны друзья, сокурсники, семья), 2) личные отношения (здесь ожидается помощь прежде всего от сокурсников, семьи и Значимого Другого), 3) сон и отдых (поддержка друзей, сокурсников), 4) мышление, обучаемость, память и концентрация (поддержка сокурсников, друзей), 5) возможность получить практическую социальную поддержку (от друзей, Значимого Другого).

В отдельных случаях важна поддержка: 1) сокурсников (для поддержания высокой самооценки, восприятия окружающей среды дома как здоровой; пополнения финансовых ресурсов; восприятия доступности медицинской и социальной помощи; обнаружения возможностей для развлечения и отдыха), 2) друзей (для высокой самооценки способности к работе). Показатель общей ориентации на получение внешней поддержки связан в этой группе с отдельными субсферами, относящимися к сфере физического здоровья (сон и отдых), сфере психологического здоровья (мышление, обучаемость, память и концентрация; самооценка), сфере «Уровень независимости» (способность к работе), сфере социального здоровья (личные отношения; практическая и социальная поддержка), сфере «Окружающая

среда» (восприятие окружающей среды дома как здоровой; доступность и качество медицинской и социальной помощи; возможности для приобретения новой информации и навыков).

3.7. Самооценки здоровья у студентов с разной чувствительностью к действию стресс-факторов учебной деятельности

3.7.1. Показатели здоровья студентов в разных сферах и субсферах в связи с напряжением в различных проблемных областях учебной деятельности в вузе

Таблица 3.21 отражает взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с напряжением, обусловленным прессингами в пяти «проблемных областях» учебной деятельности 128 студентов. Как и ожидалось, все статистически значимые корреляции отрицательны. Акцентированность прессингов в учебной деятельности студентов сопряжена со снижением самооценок в разных сферах.

Показатель внутреннего прессинга («Личностные качества», препятствующие эффективной учебной деятельности) образовал наиболее тесные отрицательные связи с самооценками здоровья почти во всех сферах (кроме духовного здоровья), а также с показателем G (общее качество жизни и состояние здоровья).

Трудности с пониманием учебного материала, неумение распорядиться временем, недостатки памяти, внимания, отсутствие навыков быстрой и эффективной записи лекции за преподавателем, склонность к прокрастинации, недостаточность волевого усилия и усидчивости, неумение придать более глубокий смысл приобретаемым знаниям и связать их с будущей профессиональной деятельностью – все это создает напряжение в психике студентов, дополнительную нагрузку на механизмы адаптации и ощущение утраты психологического здоровья ($r_{xy} = -0,43$; $p < 0,000005$), здоровья в сфере «Уровень независимости» ($r_{xy} = -0,39$; $p < 0,00001$), в физической сфере ($r_{xy} = -0,36$; $p < 0,00005$), а также духовного ($r_{xy} = -0,31$; $p < 0,0005$) и социального ($r_{xy} = -0,23$; $p < 0,01$) здоровья.

Таблица 3.21
 Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями напряженности
 в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов (n = 128)

Сферы здоровья	Проблемные области					Личности качества
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личности качества	
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,18	0,03	-0,08	-0,20*	-0,26***	
Физическая сфера	-0,22*	-0,01	-0,21*	-0,27***	-0,36***	
Психологическая сфера	-0,23*	-0,01	-0,16	-0,24**	-0,43***	
Уровень независимости	-0,34***	0,00	-0,19*	-0,26***	-0,39***	
Социальные взаимоотношения	-0,10	0,10	-0,08	-0,12	-0,23**	
Окружающая среда	-0,29***	-0,06	-0,21*	-0,32***	-0,31***	
Духовная сфера	-0,01	0,06	-0,06	-0,14	-0,14	

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,0005$;
 «*****» – $p < 0,00005$; «*****» – $p < 0,00001$; «*****» – $p < 0,000005$.

Эти результаты свидетельствуют о способности наших испытуемых занять достаточно зрелую и критичную позицию в вопросе источников неблагополучия и неудач в их учебной деятельности.

Вторая по своей значимости для снижения самооценок здоровья проблемная область учебной деятельности студентов – «Условия обучения». Этот вид прессинга не затрагивает только самооценки духовного и социального здоровья. Неблагополучие образовательной среды (неудобство аудиторий, недостаточная техническая оснащённость учебного процесса, необходимость заниматься общественной работой, идущее вразрез с ожиданиями студентов поведение сотрудников деканата, лаборантов кафедр и т.п.) является фактором, предрасполагающим к восприятию окружающей среды, как недостаточно здоровой ($r_{xy} = -0,32$; $p < 0,0005$). Снижаются самооценки физического ($r_{xy} = -0,27$; $p < 0,005$) и психологического ($r_{xy} = -0,24$; $p < 0,01$) здоровья, здоровья в сфере «Уровень независимости» ($r_{xy} = -0,26$; $p < 0,005$).

Возникающее в ходе учебной деятельности неблагополучие во *взаимоотношениях с другими студентами* угрожает снижением самооценок прежде всего в сфере «Уровень независимости» ($r_{xy} = -0,34$; $p < 0,0005$) и «Окружающая среда» ($r_{xy} = -0,29$; $p < 0,005$). В несколько меньшей степени, но все же существенно оказываются затронутыми психологическое ($r_{xy} = -0,23$; $p < 0,05$) и физическое ($r_{xy} = -0,22$; $p < 0,05$) здоровье.

Особенности *организации учебного процесса* (неоптимальное, по мнению студентов, построение и специфика проведения лекционных занятий и т.п.) связаны только с некоторым снижением самооценок здоровья в сфере физического здоровья ($r_{xy} = -0,21$; $p < 0,05$), а также в сферах «Окружающая среда» ($r_{xy} = -0,21$; $p < 0,05$) и «Уровень независимости» ($r_{xy} = -0,19$; $p < 0,05$).

Интересно то, что наличие проблем во *взаимоотношениях с преподавателями* (специфика поведения преподавателя, его манера вести лекции и семинары, педагогический стиль и т.п.) не коррелирует с самооценками здоровья ни в одной из сфер. Кроме того, самооценка духовного здоровья не коррелирует на статистически значимом уровне ни с одним из показателей напряженности (прессинга) в какой-либо проблемной области учебной деятельности студентов.

В таблице ПРИЛОЖЕНИЯ 22 отражены коэффициенты корреляции показателей выраженности напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности студентов с самооценками их здоровья в различных субсферах. Недостаточная сформированность *личностных качеств*, необходимых для успешной учебной деятельности существенно затрагивает субсферы психологического здоровья: она выражается в сниженных показателях самооценки тела, внешности и личности в целом, в частом переживании отрицательных эмоций и неэффективном, по мнению испытуемых, функционировании познавательных процессов. Существенно снижены в связи с действием прессинга «Личностные качества» и показатели в субсферах физического здоровья (физическая боль, дискомфорт, усталость, сниженная жизненная энергия, нарушения сна, проблемы с отдыхом). Снижен уровень независимости в таких аспектах, как способность к работе и к повседневным делам; зависимость от лекарств и лечения, наоборот, возрастает. В сфере социального здоровья нарушается сексуальная активность, а в сфере восприятия окружающей среды как здоровой заметно снижаются оценки безопасности и эстетической привлекательности окружения; снижены также возможности получения из внешней среды информации, полезной для развития навыков и умений, для развлечения и отдыха.

Прессинг, обусловленный *недостатками условий обучения*, связан со снижением самооценок в субсферах, входящих в сферу физического здоровья (физическая боль, дискомфорт, снижение жизненной энергии, усталость), психического здоровья (отрицательный эмоциональный фон, недовольство телом, внешностью), здоровья в сфере «Уровень независимости» (необходимость в лекарствах и лечении, ограничения подвижности и способности выполнять повседневные дела), здоровья в сфере «Окружающая среда» (дефицит защищенности, физической безопасности, непривлекательность окружающей среды, ее информационная бедность и т.п.).

Третий по значимости прессинг проистекает из проблемной области «*Взаимоотношения со студентами*». Этот показатель отрицательно коррелирует с самооценками здоровья в субсферах, относящихся к сфере «Окружающая среда» (ее непривлекательность, информационная бедность, недовольство транспортом), к психологической сфере (недовольство телом и внешностью, пре-

обладание отрицательных эмоций), к сфере «Уровень независимости» (ограниченная подвижность, сниженная способность выполнять повседневные дела, зависимость от лекарств и лечения), а также к сфере физического здоровья (нехватка жизненной энергии, усталость).

Недостатки *организации учебного процесса*, выступая в роли стрессора, оборачиваются у студентов субъективным переживанием чувства сниженного здоровья в физической сфере – в виде физической боли и дискомфорта, в психологической сфере – в качестве устойчивого отрицательного эмоционального фона настроения, в сфере «Уровень независимости» – как излишняя привязанность к лекарствам, при восприятии окружающей среды – в виде акцентирования ее непривлекательности (в эстетическом и экологическом смысле), ее обедненности в информационном плане и ограниченности с точки зрения содержания в ней возможностей для развлечения и отдыха.

Прессинг «Взаимоотношения с преподавателями» как стрессор неэффективен: степень его выраженности статистически значимо коррелирует только с одним из показателей сферы «Окружающая среда» (загрязненность и непривлекательность окружающей среды).

3.7.2. Особенности взаимосвязи самооценок здоровья с напряженностью в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью

На рис. 3.28 отражены показатели чувствительности к действию прессингов из пяти проблемных областей учебной деятельности у студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью. Наиболее выраженные стрессоры возникают в области организации учебного процесса, а наименее выраженные – во взаимоотношениях со студентами. На первый взгляд, результаты кажутся парадоксальными: студенты с низкой жизнестойкостью в большинстве проблемных областей (за исключением области «Взаимоотношения с преподавателями») продемонстрировали наименее высокую чувствительность к прессингу. Однако проверка различий на статистическую значимость свидетельствует об их несущественности в большинстве случаев. По критерию U Манна-

Уитни различия значимы только при сравнении: 1) группы с низкой и средней жизнестойкостью по показателям «Условия обучения» ($U = 650,0$; $p < 0,002$) и «Личностные качества» ($U = 750,0$; $p < 0,02$); 2) группы с низкой и высокой жизнестойкостью по показателю «Условия обучения» ($U = 493,0$; $p < 0,05$).

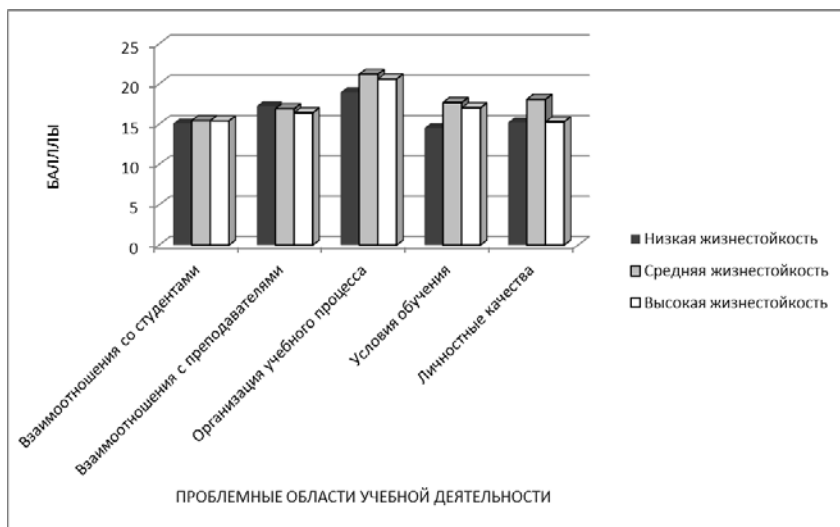


Рис. 3.28. Чувствительность к действию прессингов из разных проблемных областей учебной деятельности у студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью.

Результаты корреляционного анализа показателей самооценки здоровья в разных сферах и чувствительности к прессингам в разных областях учебной деятельности, выполненного отдельно в группах с разными уровнями жизнестойкости отражены в таблицах 3.22 – 3.24. С целью проверки буферной роли жизнестойкости во взаимосвязи видов прессинга и самооценок здоровья студентами были вычислены коэффициенты корреляции между показателями прессингов и самооценками здоровья отдельно в группах испытуемых с низкой (см. табл. ПРИЛОЖЕНИЯ 23), средней (см. табл. ПРИЛОЖЕНИЯ 24) и высокой (см. табл. ПРИЛОЖЕНИЯ 25) жизнестойкостью.

Выявлены следующие закономерности.

1. Больше всего коэффициентов корреляции выявлено у испытуемых с высокой жизнестойкостью (десять), несколько менее (девять) – у студентов со средней жизнестойкостью, а меньше всего – у студентов с низкой (три) жизнестойкостью. По-видимому, выраженность такого конструкта как жизнестойкость, способствует более дифференцированному отношению субъекта к нюансам прессингов внешней и внутренней среды в качестве стрессоров. Хорошо развитая жизнестойкость, не приводя в целом существенному повышению чувствительности к стрессорам учебной деятельности, делает отношение субъекта к этим стрессорам значительно более разнообразным и тонко дозированным. При высокой (и отчасти – средней) жизнестойкости система защит и копингов имеет более сложное строение, обеспечивая «дифференцированные ответы на дифференцированные воздействия» [131; 134].

Такие студенты хорошо различают проблемы, возникающие в учебной деятельности из-за особенностей организации учебного процесса, и не путают их с проблемами условий обучения, или недостатков в собственной личности. Их требования к учебному процессу и стандарты качества обучения в целом выше, чем у студентов с низкой жизнестойкостью. Последние менее дифференцированно воспринимают ситуации учебной деятельности и руководствуются более грубыми критериями оценки происходящего.

2. При высокой жизнестойкости самооценки здоровья существенно не связаны с прессингом «Условия обучения». Стойкие студенты не реагируют снижением самочувствия, деформацией взаимоотношений или ухудшением когнитивного функционирования на такие сложности, как недостаточная техническая оснащённость учебного процесса, недостатки аудиторий, нехватка учебников и т.п.

Полученные данные убедительно свидетельствуют об одной очень важной тенденции. Чем выше жизнестойкость личности студентов, тем чаще проявляются отрицательные взаимосвязи показателей самооценки здоровья с показателями чувствительности к действию разного рода стрессоров (прессингов) в их учебной деятельности. Таких статистически значимых отрицательных взаимосвязей в группе студентов с низкой жизнестойкостью выявлено всего 3, в группе со средней жизнестойкостью – 9, а в группе с высокой жизнестойкостью – 10.

Таблица 3.22

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с низкой жизнестойкостью (n = 50)

Сферы здоровья	Проблемные области					Личностные качества
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества	
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,00	0,01	0,11	-0,02	-0,13	
Физическая сфера	-0,11	0,03	-0,17	-0,16	-0,20	
Психологическая сфера	-0,09	-0,01	-0,08	-0,24	-0,37**	
Уровень независимости	-0,14	0,02	-0,07	-0,22	-0,31*	
Социальные взаимоотношения	0,05	0,11	0,01	-0,04	-0,16	
Окружающая среда	-0,16	-0,02	-0,08	-0,29*	-0,17	
Духовная сфера	0,02	-0,02	0,02	-0,06	-0,15	

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Таблица 3.23

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов со средней жизнестойкостью ($n = 43$)

Сферы здоровья	Проблемные области				
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условная обучения	Личностные качества
С (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,31	0,14	-0,30	-0,39*	-0,23
Физическая сфера	-0,29	0,08	-0,18	-0,32	-0,32
Психологическая сфера	-0,33*	0,02	-0,23	-0,33*	-0,28
Уровень независимости	-0,51**	0,03	-0,22	-0,34*	-0,24
Социальные взаимоотношения	-0,13	0,22	-0,08	-0,10	-0,07
Окружающая среда	-0,42*	-0,08	-0,36*	-0,46**	-0,45**
Духовная сфера	-0,09	0,01	-0,20	-0,13	0,06

Примечание: «*» – $p < 0,05$, «**» – $p < 0,005$.

Таблица 3.24

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 35)

Сферы здоровья	Проблемные области					
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества	
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	-0,45*	-0,30	-0,19	-0,13	-0,30	
Физическая сфера	-0,47*	-0,51*	-0,45*	-0,21	-0,53**	
Психологическая сфера	-0,45*	-0,25	-0,31	-0,09	-0,49*	
Уровень независимости	-0,68**	-0,36	-0,42*	-0,01	-0,67**	
Социальные взаимоотношения	-0,21	-0,08	-0,12	0,13	-0,19	
Окружающая среда	-0,33	-0,25	-0,28	-0,30	-0,24	
Духовная сфера	-0,04	0,16	-0,06	-0,24	-0,18	

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Т.е. жизнестойкость, возможно, выступает в роли серьезного «оздоравливающего» фактора, помогающего студенту сохранять позитивный образ своего здоровья в условиях достаточно интенсивного воздействия на личность прессингов учебной деятельности.

Эта же закономерность проявляется и при коррелировании показателей выраженности прессингов учебной деятельности с самооценками здоровья на уровне отдельных субсфер (см. табл. ПРИЛОЖЕНИЯ 22 – 25).

При низкой и средней жизнестойкости недовольство условиями обучения как прессинг, проявляется в снижении самооценок образа тела и внешности, в усилении частоты переживания отрицательных эмоций, в снижении энергетического тонуса, в восприятии окружающей среды, как недостаточно здоровой и т.п.

3. Во всех трех группах студентов (с низкой, средней и высокой жизнестойкостью) самооценки духовного здоровья оказались никак не затронутыми ни одним из видов продиагностированных прессингов учебной деятельности.

Внутренний прессинг «Личностные качества» (т.е. обнаруживаемые студентами в процессе учебной деятельности собственные недостатки), наоборот, имеет «сквозную» природу. Он достаточно тесно отрицательно коррелирует со многими самооценками здоровья во всех трех группах испытуемых. Речь идет о самооценках здоровья в субсферах, составляющих психологическое, здоровье, «Уровень независимости» и восприятие окружающей среды как здоровой.

4. Прессинг «Взаимоотношения с преподавателями» оказался малозначимым для самооценок здоровья у студентов с низкой и средней жизнестойкостью. Однако при высокой жизнестойкости он начинает тесно отрицательно коррелировать с самооценками некоторых субсфер психологического и физического здоровья, а также здоровья в сфере «Уровень независимости». Хорошие взаимоотношения со студентами не столь важны для высоких самооценок здоровья у испытуемых с низкой жизнестойкостью. Однако, они важны при высокой, и особенно средней жизнестойкости.

Таким образом, конструкт «жизнестойкость» опосредует взаимосвязи между стресс-факторами (в частности, прессингами) учебной деятельности студентов и самооценками здоровья в разных сферах и субсферах. Студенты с высокой, а в ряде случаев –

со средней жизнестойкостью, четче нестойких испытуемых сфокусированы на особенностях учебного процесса, готовы к обнаружению его недостатков в различных звеньях, способны к субъективному отражению этих недостатков на «языке» собственной внутренней картины здоровья. Выражаясь словами А. Маслоу, жизнестойкость повышает «уровень жалоб» [156] студентов, т.е. делает их более требовательными к организации, оснащению и характеру протекания учебного процесса в вузе, ко всем участникам учебной коммуникации (преподавателям, администрации, другим студентам и к самим себе).

На основе проведенного цикла эмпирических исследований можно сделать следующие выводы.

1. Жизнестойкостный профиль личности положительно связан с особенностями оценки студентами своего здоровья в разных сферах. Наиболее тесно показатели жизнестойкости коррелируют с оценками психологического, а наименее тесно (но при этом, на статистически значимом уровне) – духовного здоровья. Это обусловлено локализацией механизмов поддержания духовного здоровья на более высоких и поэтому неоднозначных (по сравнению с механизмами обеспечения собственно психологического здоровья) системных уровнях организации субъекта и личности (уровни смыслов, имплицитных теорий и допущений относительно Я и внешнего мира и т.п.). Жизнестойкостный параметр «Принятие риска», по сравнению с другими параметрами, образует наименьшее количество взаимосвязей с самооценками здоровья в разных сферах. Он безотносителен к оценкам студентами своего физического и духовного здоровья, а также здоровья в сфере «Уровень независимости». Для духовной сферы, а также сфер «Окружающая среда», «Уровень независимости» и отчасти – психологической и физической сфер проявилась тенденция к U-образной взаимосвязи самооценок здоровья с показателями жизнестойкости: наименее высоко оценили свое здоровье студенты со средними показателями жизнестойкости. Студенты с высокой вовлеченностью существенно превосходят испытуемых со средней и низкой вовлеченностью по показателям самооценок здоровья во всех сферах. Данный параметр жизнестойкости затрагивает все

сферы здоровья. Контроль наиболее отчетливо проявляется в самооценках здоровья в психологической и духовной сферах, а также в сферах «Уровень независимости» и «Окружающая среда». При этом в лучшем положении неизменно оказываются испытуемые с высокой жизнестойкостью по параметру контроля. Однако фактор контроля не столь всеобъемлющ, как фактор вовлеченности: при самооценках физического и социального здоровья он почти не сказывается. Наименее влиятельным при оценивании студентами своего здоровья оказался жизнестойкостный параметр «Принятие риска». Стойкие по этому параметру испытуемые превзошли остальных в самооценках психологического, социального здоровья и в оценках окружающей среды как здоровой. Разные субсферы здоровья в различной степени «откликаются» на увеличение как отдельных показателей жизнестойкости, так и ее суммарного индекса. Параметр вовлеченности вносит вклад в самооценки здоровья в 21 субсфере, параметр контроля – в 15, а параметр принятия риска – в 11 субсферах. Во всех случаях проявилась закономерность: более высокие самооценки здоровья присущи испытуемым с более высокой жизнестойкостью.

2. Чрезмерно выраженные невротические наклонности выступают в качестве перманентного внутриличностного фактора нарушения здоровья. Чем сильнее выражены невротические наклонности у студентов, тем ниже они оценивают свое здоровье (как на уровне сфер, так и субсфер). Разные сферы здоровья проявляют различную «уязвимость» по отношению к фактору невротических наклонностей. Менее всего повреждающему воздействию со стороны невротических наклонностей подвержено здоровье в физической и духовной сферах, а более всего – в психологической и в сфере «Окружающая среда». Наиболее опасной для здоровья является чрезмерная выраженность такой триады невротических наклонностей, как «стремление заключить свою жизнь в узкие рамки», «стремление к совершенству и неуязвимости» и «стремление к самодостаточности и неуязвимости». Парное сравнение групп испытуемых со слабо, умеренно и сильно выраженными невротическими наклонностями убедительно подтверждает общую закономерность: чем менее выражены невротические наклонности, тем выше самооценки здоровья. Невротические наклонности определенным образом структурируют представления субъекта о собственном здоровье. Многообразие само-

оценок здоровья у испытуемых со *слабо* выраженными невротическими наклонностями является выражением следующих пяти латентных факторов: 1) «Способность действовать и поддерживать отношения на основе эффективной эмоциональной и когнитивной саморегуляции», 2) «Чувство защищенности в безопасной среде», 3) «Способность эффективно справляться с дискомфортом и физической болью», 4) «Экологический», и 5) «Свобода от необходимости принимать лекарства и лечиться». Субъективная картина здоровья в группе студентов с *умеренно* выраженными невротическими наклонностями структурирована следующими пятью факторами: 1) «Личные взаимоотношения с акцентом на сексуальной активности», 2) «Средовой», 3) «Безопасность», 4) «Противостояние физической боли и дискомфорту», и 5) «Духовный». При *сильно* выраженных невротических наклонностях самооценки здоровья образуют такие факторы, как 1) «Самооценочный», 2) «Эмоционально-энергетический», 3) «Сексуальный», 4) «Средовой», и 5) «Избавление от необходимости принимать лекарства и лечиться». Невротические наклонности проявляются в качестве апперцептивной тенденции, сказывающейся на том, как субъект воспринимает собственное здоровье. Наиболее благополучной является картина собственного здоровья у студентов с минимально выраженными невротическими наклонностями, а наименее благополучной – у испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями. По мере усиления в структуре личности невротических наклонностей во внутренней картине здоровья 1) снижается роль духовно-мировоззренческого компонента и рефлексии релевантных ему проблем, 2) акцентируется проблематика сексуального здоровья, 3) происходит прагматизация оценок внешней среды, и 4) трансформируются стратегии и тактики противостояния физической боли и дискомфорту (они смещаются из когнитивно-регулятивной плоскости в защитно-эмоциональную).

3. Ощущение себя здоровым в различных сферах закономерным образом связано с тенденциями к использованию тех, или иных стратегий совладания с жизненными трудностями. Полученные данные не позволяют утверждать, что использование конструктивных копингов сопряжено с высокими самооценками здоровья, но они убедительно свидетельствуют о том, что приверженность неконструктивным копингам (особенно «Самообвине-

нию» и «Поиску виновных») тесно коррелирует со сниженными самооценками здоровья практически во всех сферах. Попытка применить какие-либо стратегии совладающего поведения (пусть даже и конструктивные) может свидетельствовать об утрате благополучия (физического, психологического, социального, или какого-либо еще) и о необходимости начинать борьбу за утрачиваемое здоровье. Для самооценки здоровья в разных сферах и субсферах оказались существенными стилевые характеристики совладающего поведения. Удалось выделить три стиля совладания с трудностями у студентов: копинг-стиль I – «Поиск поддержки с акцентом на проблеме виновности», копинг-стиль II – «Повышение самооценки с акцентом на решении проблемы» и копинг-стиль III – «Повышение самооценки с акцентом на самоуспокоении». Самые высокие самооценки здоровья продемонстрировали студенты с копинг-стилем II, а самые низкие – с копинг-стилем I. Наиболее масштабными оказались различия между группами испытуемых с I и II стилями совладания в сферах психологического здоровья и независимости. Испытуемые, придерживающиеся в основном I копинг-стиля, несут наибольшие «потери» в сфере психологического здоровья в целом, в области энергозатрат, физической подвижности; им угрожает деформация личных отношений, утрата духовного равновесия, искажение восприятия окружающей среды в сторону трактовки ее как опасной и неблагоприятной. Обнаружен эффект взаимодействия факторов совладания и жизнестойкости при их совместном влиянии на внутреннюю картину здоровья у студентов. Такое взаимодействие статистически значимо проявилось в отношении самооценок психологического здоровья, уровня независимости и восприятия окружающей среды как здоровой. Самые низкие самооценки психологического здоровья наблюдаются при сочетании низкой жизнестойкости с выраженной установкой на поиск внешней поддержки. Высокая жизнестойкость в сочетании со слабо выраженной склонностью обращаться за внешней помощью – условие высоких самооценок в сфере «Уровень независимости». Средняя и особенно низкая жизнестойкость в сочетании с выраженным копингом «Поиск поддержки» – причина низких оценок студентами окружающей среды как здоровой. Конкретная картина снижения самооценок здоровья при усилении роли совладания по типу самообвинения существенно зависит от того, насколько велика

жизнестойкость испытуемых. Испытуемые с высокой жизнестойкостью в сочетании со слабо выраженным самообвинительным копингом наиболее высоко оценивают свое *психологическое* здоровье, здоровье в сфере «Уровень независимости». Если копинг «Самообвинение» выражен максимально и при этом жизнестойкость невелика, то предельно низкими становятся оценки благополучия *окружающей среды*. Жизнестойкость выступает в роли своеобразного «оздоравливающего фактора» восприятия внешней среды. У испытуемых с высокой жизнестойкостью и сильно выраженным копингом «Поиск виновных» острое психологическое выражение получает внутренний конфликт между стойкостными тенденциями (готовностью «лицом к лицу» встретиться с трудностями и противостоять им) и тенденциями находить «козлов отпущения», перекладывать ответственность на окружающих.

4. Позитивные атрибуции важны для построения внутренней картины здоровья: показатели оптимистического атрибутивного стиля положительно коррелируют с самооценками здоровья у студентов, особенно в психологической и духовной сферах. В наименьшей степени показатели атрибутивного стиля оказались связанными с самооценками физического, и особенно – социального, – здоровья. Оптимизм, проявляющийся по всем семи параметрам, регистрируемым с помощью опросника СТОУН-В, сопряжен с высокими самооценками когнитивных процессов; шесть показателей атрибутивного стиля (кроме «контроля» – с самооценкой личности. Оптимизм по всем параметрам существенно важен для проявления способности к работе. Стабильность, оптимизм при неудачах важны для физического здоровья. Оптимизм при объяснении достижений наиболее важен для восприятия окружающей среды как здоровой. Стиль атрибуции может в известной степени компенсировать недостаток жизнестойкости. Оптимистический стиль атрибуции в ситуациях достижений и успехов оказался чрезвычайно важным для ощущения себя здоровым студентами с низкой жизнестойкостью. При умеренно выраженной жизнестойкости роль атрибутивного стиля в поддержании субъективного «чувства здоровья» снижается. При высокой жизнестойкости самооценки здоровья в физической, социальной и духовной сферах проявляются вне какой-либо связи с атрибутивным стилем.

5. На внутренней картине здоровья студентов заметно скажутся их личностные качества, которые отражены в понятии «Большая Пятерка». Эмоциональная стабильность (4-й фактор Большой Пятерки) – психологическое условие общего хорошего самочувствия и качества жизни студентов. Экстраверсия (1-й фактор Большой Пятерки) тесно коррелирует с показателями здоровья почти во всех сферах. Наиболее тесно связанными с показателями теста «Большая Пятерка» оказались самооценки студентами психологического здоровья и здоровья в сфере «Уровень независимости». Социальное здоровье студентов оказалось сферой, наименее привязанной к показателям факторов Большой Пятерки: оно выше у эмоционально устойчивых испытуемых (4-й фактор Большой Пятерки). Обладает спецификой личностная обусловленность самооценок здоровья у студентов с разными уровнями жизнестойкости. Жизнестойкость опосредует проявление личностных качеств в здоровьесберегающем поведении. С помощью дисперсионного анализа выявлены статистически достоверные эффекты совместного влияния независимых переменных «факторы Большой Пятерки» и «уровень жизнестойкости» на физическое (в трех случаях), психологическое (в четырех случаях), социальное (в двух случаях), духовное (в четырех случаях) здоровье, а также здоровье в сферах «Уровень независимости (в трех случаях)» и «Восприятие окружающей среды как здоровой» (в четырех случаях).

6. Общая направленность испытуемых на поиск средовых копинг-ресурсов, положительно связана с самооценками здоровья почти во всех сферах. Лишь в духовной сфере и в сфере «Уровень независимости» студенты не опираются на поддержку извне. Внешняя поддержка (прежде всего – со стороны сокурсников, друзей, значимого Другого) оказалась наиболее важной для формирования оценки внешней среды как здоровой. Для социального здоровья необходима поддержка значимого Другого, семьи и друзей. Общественные организации не рассматриваются испытуемыми как источник поддерживающих здоровье ресурсов. Сферой здоровья, самооценка которого существенно не затрагивается перспективой получения какой-либо социальной поддержки, является уровень независимости. Из всех источников социальной поддержки самым влиятельным оказался Значимый Другой. Для физического здоровья он важен для полноценного сна и отдыха,

для психологического здоровья он – фактор полноценного эмоционального и когнитивного функционирования, высокой самооценки, для социального – фактор благополучия в сексуальных и личных отношениях. Жизнестойкость выступает в роли модератора восприятия социальной поддержки и тем самым, косвенно сказывается на самооценках здоровья. Менее жизнестойкими испытуемыми социальная поддержка воспринимается как более желательная и необходимая для того, чтобы справляться со стрессами.

7. Оценки студентами своего здоровья в разных сферах и субсферах отрицательно связаны с показателями чувствительности к прессингам, вызывающим напряжение в процессе учебной деятельности в пяти проблемных областях (взаимоотношения со студентами, взаимоотношения с преподавателями, организация учебного процесса, условия обучения, собственные личностные качества). Наиболее тесно с самооценками здоровья почти во всех сферах коррелировал показатель внутреннего прессинга (недовольство своими личностными качествами). Показатель неудовлетворенности условиями обучения не связан только с самооценками духовного и социального здоровья. Неблагополучие во взаимоотношениях с другими студентами оборачивается снижением самооценок здоровья в сферах «Уровень независимости», «Окружающая среда», а также психологического и физического здоровья. Неоптимальная организация учебного процесса связана с некоторым снижением самооценок физического здоровья, а также здоровья в сферах «Окружающая среда» и «Уровень независимости». Наличие проблем во взаимоотношениях с преподавателями не коррелируют с самооценками здоровья ни в одной из сфер. Самооценка духовного здоровья не коррелирует ни с одним из показателей напряженности (прессинга) в какой-либо проблемной области учебной деятельности студентов.

Жизнестойкость опосредует взаимосвязи между стресс-факторами учебной деятельности студентов и самооценками здоровья в разных сферах и субсферах. Студенты с высокой, а в ряде случаев – со средней жизнестойкостью, четче нестойких испытуемых сфокусированы на особенностях учебного процесса, готовы к обнаружению его недостатков в различных звеньях, способны к субъективному отражению этих недостатков на «языке» собственной внутренней картины здоровья.

ГЛАВА IV ПРЕДИКТОРЫ И ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ

4.1. Предикторы самооценок здоровья у студентов

Результаты 126 испытуемых, прошедших полную батарею тестов, были обработаны с помощью процедуры множественного регрессионного анализа. В качестве независимых переменных, выступивших по отношению к зависимой в роли предикторов, были использованы показатели:

- *стратегий совладающего поведения* – 1) поиск поддержки, 2) повышение самооценки, 3) самообвинение, 4) анализ проблемы, 5) поиск виновных;

- *пяти факторов Большой Пятерки* – 6) «Экстраверсия / Интроверсия», 7) «Привязанность / Обособленность», 8) «Самоконтроль / Импульсивность», 9) «Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость», 10) «Экспрессивность / Практичность»;

- *трех центральных параметров стиля атрибуции* – 11) стабильность, 12) глобальность, 13) контроль;

- *пяти показателей восприятия разных видов социальной поддержки* – 14) поддержка семьи, 15) поддержка сокурсников, 16) поддержка друзей, 17) поддержка Значимого Другого, 18) поддержка общественных организаций;

- *четырёх внешних и одного внутреннего стрессоров (пресингов)* – 19) взаимоотношения со студентами, 20) взаимоотношения с преподавателями, 21) организация учебного процесса, 22) условия обучения, 23) личностные качества;

- *значений трех факторов*, которые были выделены в результате эксплораторного (исследовательского) факторного анализа данных по десяти шкалам, полученных с помощью опросника невротических наклонностей – 24) «Власть и престиж», 25) «Любовь и привязанность», 26) «Независимость и неуязвимость».

«Сжатие» данных по опроснику невротических наклонностей было обусловлено необходимостью соблюдения ограничений, которые налагаются специалистами по множественному регресси-

онному анализу на проведение данной математико-статистической процедуры [167]. Количество независимых переменных по возможности следует уменьшать. Среди независимых переменных не должно быть таких, которые тесно коррелируют друг с другом. Таблица 4.1 иллюстрирует трехфакторную модель структурирования сферы невротических наклонностей личности, полученную методом главных компонент с варимакс-вращением. Три фактора в совокупности объясняют около 67% общей дисперсии и по своей наполненности довольно четко соответствуют трем «невротическим характерам», выделенным и описанным К. Хорни («Стремящийся против людей», «Стремящийся к людям» и «Стремящийся от людей») [268].

Для каждого испытуемого по каждому из этих трех факторов, названных «Власть и престиж», «Любовь и привязанность» и «Независимость и неуязвимость», были получены факторные значения, которые и были включены в процедуру множественного регрессионного анализа.

Таблица 4.1

Факторная структура результатов тестирования испытуемых с помощью опросника «Невротические наклонности»

Невротические наклонности к...	Факторы		
	I	II	III
любви и привязанности	0,251	0,723	0,115
наличию руководящего партнера	0,493	0,690	-0,172
заключению своей жизни в узкие рамки	-0,324	0,686	0,321
власти через интеллект и волю	0,630	-0,237	0,423
эксплуатации других	0,636	0,029	0,269
признанию и престижу	0,797	0,206	0,131
восхищению собой	0,796	0,200	0,016
личным достижениям	0,721	0,045	0,399
самодостаточности и независимости	0,119	0,043	0,854
совершенству и неуязвимости	0,310	0,238	0,645
Факторный вес	3,113	1,669	1,719
% объясненной дисперсии	31,1	17,2	16,7

Для соблюдения второго из указанных ограничений множественного регрессионного анализа мы исключили из анализа дополнительные показатели опросника СТОУН (оптимизм в объяс-

нении ситуаций успеха, неудачи, а также в достиженческой и межличностной сферах).

Распределение каждого из использованных показателей было проверено на нормальность: во всех случаях показатели асимметрий и эксцессов по модулю не превосходили 1. При выполнении анализа была использована пошаговая процедура с включением (т.е. в порядке возрастания p -уровня) в уравнение регрессии всех независимых переменных и последующим удалением тех из них, корреляция с критерием которых превышает заданное значение $p = 0,1$. Цель применения данной математико-статистической процедуры:

- 1) выявить предикторы, влияющие на показатели самооценки студентами здоровья в физической, психологической, социальной, духовной сферах, а также в сфере «Уровень независимости» и в восприятии внешней среды как здоровой;
- 2) определить степень влиятельности каждого предиктора;
- 3) проанализировать специфику состава и влиятельности предикторов здоровья в разных сферах в группах студентов с высокой, средней и низкой жизнестойкостью.

Стандартные коэффициенты регрессии (β -коэффициенты) являются универсальной мерой влияния независимой переменной на зависимую [167]. Они дают возможность сравнивать независимые переменные (показатели ряда тестов, перечисленные в 2.2) по их влиянию на зависимую переменную (самооценки здоровья в сферах физического психологического, социального и духовного здоровья, уровня независимости и оценки окружающей среды как здоровой). Удалось выделить ряд предикторов физического здоровья студентов. Наиболее влиятельной оказалась переменная «Личностные качества» ($\beta = -0,214$; $t = -3,239$; $p < 0,001$), т.е. способность студентов спокойно переносить воздействие так называемого внутреннего прессинга. Обнаруживая в себе ряд недостатков (отсутствие необходимых навыков и умений, приемов эмоциональной саморегуляции и волевого контроля, мотивации и т.п.), такие студенты не видят повода для отказа от учебной деятельности. Значимым оказалось влияние второго фактора Большой Пятерки «Привязанность / Обособленность» ($\beta = 0,211$; $t = 1,998$; $p < 0,05$). Более высокие оценки своему физическому здоровью давали студенты, личностные качества которых приближены к полюсу «Привязанность» (теплота в общении с людьми).

ми, склонность к сотрудничеству, уважение других, понимание и доверчивость по отношению к ним). Еще один, – четвертый, – фактор Большой Пятерки («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость») оказывает обратное влияние на самооценку физического здоровья. Так как устойчивость высока при низких значениях данного фактора, то более здоровыми себя чувствуют эмоционально стабильные, самодостаточные и свободные от тревоги испытуемые. На статистически значимом уровне проявилось влияние на физическое здоровье такого параметра атрибутивного стиля, как стабильность ($\beta = 0,145$; $t = 2,138$; $p < 0,04$), а также способности обратиться за поддержкой к сокурсникам ($\beta = 0,132$; $t = 1,995$; $p < 0,05$).

Психологическое здоровье студентов зависит от шести независимых переменных. Во-первых, важны низкие оценки по четвертому фактору Большой Пятерки («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость»), свидетельствующие об эмоциональной устойчивости испытуемого ($\beta = 0,297$; $t = -4,275$; $p < 0,0001$). Во-вторых, необходима стабильность как характеристика атрибутивного стиля ($\beta = 0,229$; $t = 3,642$; $p < 0,0005$). В-третьих, условием психологического здоровья является отказ от стратегии совладания со стрессами, предполагающей акцент на обвинении испытуемым самого себя ($\beta = -0,195$; $t = 2,39$; $p < 0,02$). В-четвертых, желательно преобладание экстравертных тенденций над интровертными (по первому фактору Большой Пятерки) ($\beta = 0,193$; $t = -2,282$; $p < 0,03$). В-пятых, существенна также поддержка сокурсников ($\beta = 0,188$; $t = 3,036$; $p < 0,003$). В-шестых, еще одним важным предиктором психологического здоровья оказалась способность сопротивляться внутреннему прессингу «Личностные качества», т.е. не утрачивать веры в себя в процессе учебной деятельности, несмотря на проявляющиеся недостатки в собственной умственной деятельности, мотивации и эмоционально-волевой саморегуляции ($\beta = -0,184$; $t = -2,887$; $p < 0,004$).

На здоровье в сфере «Уровень независимости» статистически значимо влияет пять факторов. Прежде всего, проявились личностные черты, связанные с третьим («Самоконтроль / «Импульсивность», $\beta = -0,221$; $t = -2,505$; $p < 0,01$) и четвертым («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость», $\beta = -0,178$; $t = -2,515$; $p < 0,04$) факторами Большой Пятерки. Это означает, что высокие оценки своей независимости дава-

ли испытуемые, у которых импульсивность (свобода от бремени ответственности, сковывающего самоконтроля и внутренних правил, интериоризованных ограничений) сочеталась со стабильностью эмоций, способностью расслабиться и находиться в состоянии эмоционального комфорта. Как и в случае с психологическим здоровьем, здесь также важен такой параметр атрибутивного стиля, как стабильность ($\beta = 0,175$; $t = 2,656$; $p < 0,009$). Необходима поддержка друзей ($\beta = 0,159$; $t = 2,45$; $p < 0,02$) и толерантность по отношению к внутреннему прессингу «Личностные качества» ($\beta = -0,157$; $t = -1,98$; $p < 0,05$).

Здоровье в сфере *социальных взаимоотношений* обусловлено тремя предикторами. Наиболее влиятельный из них – пятый фактор Большой Пятерки («Экспрессивность / Практичность»): самооценки социального здоровья в выборке наших испытуемых повышаются по мере приближения показателей по данному фактору к полюсу экспрессивности ($\beta = 0,325$; $t = 2,434$; $p < 0,02$). Сензитивные качества, пластичность во взаимодействии с другими людьми, артистичность, искренний интерес к происходящему вокруг, хорошо развитое чувство юмора делают общение с такими людьми легким и непринужденным. Второй по значимости предиктор – это стабильность как параметр атрибутивного стиля ($\beta = 0,160$; $t = 2,356$; $p < 0,02$), а третий – поддержка Значимого Другого ($\beta = 0,138$; $t = 2,17$; $p < 0,05$).

Восприятие *внешней среды* как здоровой детерминировано шестью предикторами. Прежде всего – четвертым фактором Большой Пятерки («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость» ($\beta = -0,19$; $t = 2,883$; $p < 0,004$): более здоровой она представляется эмоционально устойчивым испытуемым. Существенными оказались две формы социальной поддержки – со стороны сокурсников ($\beta = 0,187$; $t = 2,861$; $p < 0,005$) и Значимого Другого ($\beta = 0,144$; $t = 2,17$; $p < 0,03$). Восприятие социальной среды в аспекте ее здоровья, либо нездоровья испытывает на себе заметное апперцептивное влияние со стороны такого атрибутивного конструкта, как контроль ($\beta = 0,18$; $t = 2,827$; $p < 0,005$). Трактовка окружения как «более здорового» определяется также тем, насколько студенты могут противостоять внутреннему прессингу «Личностные качества» ($\beta = -0,173$; $t = -2,43$; $p < 0,02$), т.е. негативным переживаниям и фрустрациям, возникающим в процессе учебной деятельно-

сти в связи с осознанием нехватки у себя необходимых для успешной учебы психических качеств, знаний, умений и навыков. Шестой влиятельной независимой переменной оказалась степень интровертности испытуемых (первый фактор Большой Пятерки «Экстраверсия / Интроверсия») – чем она больше, тем «здоровее» испытуемым кажется среда, их окружающая ($\beta = 0,14$; $t = -2,079$; $p < 0,04$).

При вычислении регрессионного уравнения, позволяющего прогнозировать показатели *духовного здоровья* на статистически значимом уровне проявился только один предиктор – копинг по типу «Анализ проблем» ($\beta = 0,189$; $t = 2,735$; $p < 0,007$).

Значения показателей здоровья в различных сферах наилучшим образом можно спрогнозировать с помощью следующих уравнений регрессии:

Физическое здоровье = $12,03 - 0,07$ Личностные качества + $0,03$ БП(II) – $0,03$ БП(IV) + $0,04$ Стабильность + $0,2$ Поддержка сокурсников.

Психологическое здоровье = $8,23 - 0,05$ БП(IV) + $0,06$ Стабильность – $0,20$ Самообвинение + $0,03$ БП(I) + $0,27$ Поддержка сокурсников – $0,05$ Личностные качества.

Уровень независимости = $16,38 - 0,03$ БП(III) – $0,03$ БП(IV) + $0,05$ Стабильность + $0,37$ Поддержка друзей – $0,46$ Личностные качества.

Социальное здоровье = $8,44 + 0,048$ БП(V) + $0,048$ Стабильность + $0,57$ Поддержка Значимого Другого.

Здоровая внешняя среда = $8,79 - 0,03$ БП(IV) + $0,21$ Поддержка сокурсников + $0,03$ Контроль – $0,04$ Личностные качества + $0,43$ Поддержка Значимого Другого – $0,02$ БП(I).

Духовное здоровье = $12,00 + 0,23$ Анализ проблемы.

В таблице ПРИЛОЖЕНИЯ 26 сведены все предикторы, влияющие на статистически значимом уровне на показатели здоровья в шести сферах у студентов. Выявлены следующие закономерности.

1. Ни в одной из сфер не проявился фактор невротических наклонностей. Ни группа наклонностей, входящих в симптомокомплекс «Власть и престиж», ни наклонности, относимые к группе «Любовь и привязанность», ни наклонности, квалифицируемые как проявление установки «Независимость и неуязвимость» не оказали существенного влияния на оценки своего здоровья во всей выборке испытуемых в целом.

2. Почти столь же малозаметным оказалось влияние такого аспекта психической активности, как совладающее поведение. Лишь в двух отдельных случаях совладающее поведение проявилось как существенно важное: приверженность копингу «Анализ проблемы» способствует повышению духовного здоровья, а отказ от копинга «Самообвинение» – усилению психологического здоровья.

3. Наиболее влиятельные предикторы – личностные черты индивидов, характеризующиеся факторами Большой Пятерки (девять случаев статистически значимого влияния). При этом почти сквозной характер имеет четвертый фактор («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость»). Устойчивые испытуемые (по сравнению с неустойчивыми) чувствуют себя значительно более здоровыми в четырех сферах из шести исследованных (в плане физического и психологического здоровья, в сфере «Уровень независимости» и в восприятии внешней среды как здоровой). Первый фактор Большой Пятерки («Экстраверсия / Интроверсия») содержит внутреннее противоречие в своем влиянии на здоровье; экстравертные черты способствуют большому психологическому здоровью, а интровертные – способствуют «оздоровлению» образа окружающей среды, складывающегося в сознании испытуемых.

4. Атрибутивный стиль – существенный причинный фактор здоровья. При этом речь идет в основном об одном из параметров стиля атрибуции – стабильности. Его влияние на внутреннюю картину здоровья положительное и почти сквозное: от степени проявления этого конструкта в семантизации индивидом внешней и внутренней реальности напрямую зависят самооценки физического, психологического и социального здоровья, здоровья в сфере «Уровень независимости». Другой параметр атрибутивного стиля, – контроль, – положительно влияет на формирующийся у индивида образ окружающей среды как здоровой. Не охваченной

влиянием со стороны стилиа атрибуций осталась только сфера духовного здоровья.

5. Подверженность воздействиям внешних прессингов как факторов стресса и фрустрации студентов практически не сказалась на самооценках здоровья ни в одной из его сфер. Ни недостатки в преподавательской работе, ни неотрегулированные взаимоотношения с однокурсниками, ни недостатки организации учебного процесса и условий обучения не проявились как статистически значимые причины снижения самооценок здоровья у студентов в какой-либо сфере. Внутренний прессинг, – обнаружение студентом у самого себя недостатков в способностях, умственной деятельности, организации и саморегуляции учения – наоборот, весомая причина снижения здоровья. Удалось доказать, что студенты, которые умеют снижать значимость таких недостатков, не расстраиваются при их обнаружении, мысленно на них не концентрируются, обнаруживают более высокое самочувствие в физической и психологической сферах, в сфере «Уровень независимости» и при восприятии окружающей среды как здоровой.

6. Для всех сфер (за исключением духовного здоровья) важна социальная поддержка, способность ее воспринять и воспользоваться ею. При этом разные формы воспринимаемой социальной поддержки не равносильны. Наиболее существенна поддержка сокурсников, которая позитивно сказывается на физическом и психологическом здоровье студентов, а также способствует восприятию окружающей среды как здоровой. Поддержка Значимого Другого – условие социального здоровья и восприятия внешней среды как здоровой. Поддержка друзей – условие здорового чувства независимости.

7. Сфера духовного здоровья в отличие от других сфер почти не испытывает на себе влияния со стороны продиагностированных в данном исследовании факторов (за исключением фактора совладания посредством анализа проблемы).

4.2. Предикторы здоровья в разных сферах у студентов с разными уровнями жизнестойкости

Последовательно рассмотрим β -коэффициенты использованных нами независимых переменных в их воздействии на само-

оценки здоровья в различных сферах в группах студентов с низкой ($n = 49$), средней ($n = 34$) и высокой ($n = 43$) жизнестойкостью.

Группа испытуемых и низкой жизнестойкостью. Из четырех предикторов физического здоровья в этой группе наиболее влиятельным оказался 5-й фактор Большой Пятерки – Экспрессивность / Практичность ($\beta = 0,497$; t -критерий Стьюдента равен $3,337$; $p < 0,001$). Выраженная экспрессивность с ее специфическими стилевыми особенностями («легкое» отношение к жизни, уподобление ее игре, высокая обучаемость с акцентом на чувствах и интуиции, игнорирование повседневных забот и рутины и т.п.) позволяют таким испытуемым чувствовать себя здоровыми даже при низкой жизнестойкости. Значимым предиктором здоровья у этих испытуемых также является такая составляющая атрибутивного стиля, как контроль ($\beta = 0,389$; $t = 3,971$; $p < 0,0005$). Способность переживать происходящие в окружающем мире и внутри себя как контролируемое со стороны субъекта необходима для поддержания высокого физического тонуса при низкой жизнестойкости. Третий по влиятельности предиктор в этой группе испытуемых – невротические наклонности, вошедшие в структуру фактора «Независимость и неуязвимость» ($\beta = -0,341$; $t = -3,614$; $p < 0,001$). Испытуемые с низкой жизнестойкостью чувствуют себя более здоровыми физически при условии как можно меньшей выраженности у них невротического стремления к независимости и неуязвимости. Еще одна независимая переменная оказывает обратное влияние на физическое здоровье студентов с низкой жизнестойкостью. Это – степень подверженности внутреннему прессингу, связанному с концентрацией на своих личностных недостатках, которая может происходить у студентов в условиях учебной деятельности в вузе ($\beta = -0,248$; $t = -2,373$; $p < 0,02$). Испытуемые этой группы дают своему физическому здоровью более высокие оценки, если не имеют поводов для переживания недовольства и неудовлетворенности своими умственными способностями, умениями, необходимыми для регуляции учебной деятельности эмоционально волевыми свойствами и качествами.

Предикторы хорошего психологического здоровья у студентов с низким уровнем жизнестойкости таковы. Это, прежде всего центральный конструкт оптимистического атрибутивного стиля – глобальность ($\beta = 0,260$; $t = 2,633$; $p < 0,01$). Речь идет о склонности испытуемого интерпретировать свои успехи и удачи во всео-

хватывающем, всеобъемлющем ключе, с подчеркиванием их обоснованности, укорененности в личностной структуре, постоянства и закономерного характера. Когда же интерпретируются неудачи, то испытуемый использует локальные объяснения с акцентом на случайности и внешней обусловленности произошедшего. Другой основой психологического здоровья студентов этой группы явился еще один параметр атрибутивного стиля – контроль ($\beta = 0,223$; $t = 2,386$; $p < 0,02$). Третий предиктор оказывает на психологическое здоровье обратное влияние. Это копинг-стратегия «поиск поддержки» ($\beta = -0,222$; $t = -2,227$; $p < 0,03$). Более здоровы психологически те испытуемые, кто не злоупотребляет этим видом копинга.

Регрессионный анализ выявил пять предикторов здоровья в сфере «Уровень независимости» у студентов с низким уровнем жизнестойкости. Во-первых, это опять-таки 5-й фактор Большой Пятерки – Экспрессивность / Практичность ($\beta = 0,365$; $t = 3,583$; $p < 0,001$). Экспрессивные испытуемые в отличие от практичных избегают рутинной работы, проявляют гибкость в условиях резких перемен, не обращают внимания на текущие повседневные дела, сохраняют относительную независимость от складывающихся обстоятельств и условий деятельности. Им это удается делать, даже в условиях сниженной жизнестойкости личности. Во-вторых, это степень подверженности внутреннему прессингу, проявляющемуся в склонности искать причины неудач в учебной деятельности в своих личностных качествах и недостатках ($\beta = -0,359$; $t = -3,277$; $p < 0,002$). Данный предиктор влияет на уровень независимости обратным образом, т.е. наиболее здоровыми в данной сфере чувствуют себя такие испытуемые с низкой жизнестойкостью, которые в наименьшей степени склонны искать причины неудач в учебной деятельности внутри себя. В-третьих, это копинг-стратегия «Самообвинение» ($\beta = 0,299$; $t = 2,581$; $p < 0,01$). Отметим некоторую парадоксальность этого результата. При низкой жизнестойкости испытуемые будут ощущать большую независимость при более частом использовании такой стратегии совладания со стрессорами как обвинения, направленные на себя. Самообвинения, таким образом, выступают для нестойких испытуемых в роли средства достижения независимости (способности быть мобильным, не зависеть от лекарств, не быть стесненным жизненными обстоятельствами и условиями, справляться с уче-

бой, работой и ее требованиями). В-четвертых, это один из параметров оптимистического атрибутивного стиля – контроль ($\beta = 0,290$; $t = 2,859$; $p < 0,006$). Переживание подконтрольности происходящего для испытуемых со сниженной жизнестойкостью является условием повышения уровня независимости. В-пятых, это такой источник социальной поддержки, как друзья ($\beta = 0,279$; $t = 2,784$; $p < 0,007$). Это еще один парадоксальный результат, характерный для испытуемых с низкой жизнестойкостью: вмешательство друзей, их советы и содействие для студентов являются условием достижения высокого уровня независимости.

Исследование психологических факторов, причинно обуславливающих здоровье в сфере *социальных взаимоотношений* (т.е. социального здоровья) у испытуемых с низкой жизнестойкостью выявило только два предиктора, влияющих на независимую переменную на статистически значимом уровне. Более влиятельным оказался 5-й фактор Большой Пятерки – Экспрессивность / Практичность ($\beta = 0,338$; $t = 2,73$; $p < 0,008$). Несколько менее влиятельный предиктор – «Независимость и неуязвимость» ($\beta = -0,276$; $t = -2,621$; $p < 0,001$), который является одним из трех факторов структуры невротических наклонностей личности. Полученные результаты говорят о том, что при низкой жизнестойкости о сравнительно высоком благополучии взаимоотношений и социальном здоровье будут говорить те студенты, которые отличаются повышенной экспрессивностью и при этом не стремятся отдаляться от других людей, акцентировать свою независимость. И наоборот, озабоченность своей психологической уязвимостью, попытки предпринимать специальные меры для ее преодоления, излишняя практичность и расчетливость, погруженность в повседневные дела снижают качество социальных взаимоотношений у таких испытуемых, вызывают ощущение дефицита социального здоровья.

Восприятие *окружающей среды как здоровой* обусловлено в группе студентов с низкой жизнестойкостью совокупным влиянием пяти предикторов. Прежде всего это – восприятие социальной поддержки со стороны сокурсников ($\beta = 0,408$; $t = 4,299$; $p < 0,0005$). Это означает, что феноменологически, для студентов с низкой жизнестойкостью реальная и эффективная помощь сокурсников выступает как неотъемлемая часть субъективного образа «дружелюбной», «здоровой» окружающей среды. Среда пере-

стает быть таковой, если эта помощь отсутствует, или по какой-либо причине не воспринимается субъектом (даже если реально она есть и может быть зафиксирована сторонними наблюдателями). Контроль как один из параметров оптимистического стиля атрибуции событий и явлений позитивно сказывается на восприятии окружающей среды как здоровой ($\beta = 0,383$; $t = 4,114$; $p < 0,0005$), что вполне объяснимо. Контролируемые внешние события предсказуемы, управляемы, не неожиданны; в целом они – важная особенность «организованной», а значит «здоровой» окружающей среды. Для того, чтобы окружающая среда представлялась испытуемому с низкой жизнестойкостью достаточно «дружелюбной» и «здоровой», желательны проявления экспрессивности с его стороны (пятый фактор Большой Пятерки) ($\beta = 0,304$; $t = 2,188$; $p < 0,04$), а также отказ от такой копинг-стратегии, как повышение самооценки ($\beta = -0,207$; $t = -2,075$; $p < 0,05$). Кроме того, чрезмерная активизация невротических наклонностей, входящих в структуру фактора «Любовь и привязанность» ($\beta = -0,203$; $t = -2,067$; $p < 0,05$) может привести к снижению оценок окружающей среды как здоровой.

Духовное здоровье студентов с низкой жизнестойкостью определяется двумя характеристиками оптимистического атрибутивного стиля – глобальностью ($\beta = 0,454$; $t = 3,118$; $p < 0,003$) и стабильностью ($\beta = -0,318$; $t = -2,115$; $p < 0,04$), а также восприятием такой разновидности поддержки, как поддержка Значимого другого ($\beta = 0,386$; $t = 3,182$; $p < 0,002$). Наибольшие показатели здоровья в данной сфере продемонстрировали испытуемые, склонные к универсальным и обобщающим причинным объяснениям, которые, однако, характеризуются изменчивостью во времени (т.е. нестабильностью). Кроме того, для этих испытуемых характерен достаточно напряженный диалог со Значимым Другим.

В группе испытуемых с низким уровнем жизнестойкости предсказанию показателей здоровья в разных сферах могут служить следующие регрессионные уравнения.

Физическое здоровье = $6,11 + 0,06БП(V) + 0,07Контроль - 0,67Независимость и неуязвимость - 0,08Личностные качества$.

Психологическое здоровье = $4,70 + 0,07Глобальность + 0,04Контроль - 0,28Поиск поддержки$.

Уровень независимости = $8,56 + 0,04БП(V) - 0,1Личностные\ качества + 0,28Самообвинение + 0,05Контроль + 0,54Поддержка\ друзей.$

Социальное здоровье = $8,04 + 0,05БП(V) - 0,61Независимость\ и\ неуживимость.$

Здоровая окружающая среда = $11,34 + 0,47Поддержка\ сокурсников + 0,06Контроль + 0,03БП(V) - 0,19Повышение\ самооценки - 0,34Любовь\ и\ привязанность.$

Духовное здоровье = $2,26 + 0,14Глобальность + 1,9Поддержка\ Значимого\ Другого - 0,1Стабильность.$

Группа испытуемых со средней жизнестойкостью.

Показатели физического здоровья в этой группе испытуемых на статистически значимом уровне зависят от семи предикторов. Так, существенной оказалась роль предпочитаемых испытуемыми стратегий совладания со стрессами и жизненными трудностями. Наиболее здоровы те, кто не склонен к самообвинениям ($\beta = -0,463$; $t = 3,462$; $p < 0,001$), предпочитает вместо этого искать виновных в окружении ($\beta = 0,443$; $t = 3,353$; $p < 0,002$), и не злоупотребляет нарочито искусственными, избыточными мерами по повышению самооценки ($\beta = -0,303$; $t = -2,595$; $p < 0,01$). Существенными оказались два из пяти факторов Большой Пятерки – эмоциональная устойчивость ($\beta = 0,446$; $t = 2,94$; $p < 0,005$) и практичность, как противоположность экспрессивности ($\beta = -0,349$; $t = -2,076$; $p < 0,04$). Значимым для высоких самооценок физического здоровья является отказ от атрибутивных объяснений, в которых акцентируется идея контроля ($\beta = -0,305$; $t = -2,919$; $p < 0,005$), а также воспринимаемая поддержка семьи ($\beta = 0,259$; $t = 2,529$; $p < 0,02$).

Здоровье в психологической сфере у студентов со средним уровнем жизнестойкости обеспечивается влиянием шести независимых переменных. Во-первых, это эмоциональная устойчивость личности, т.е. отсутствие тревожных переживаний, преобладание расслабленности над напряженностью, эмоционального комфорта – над всеми остальными возможными вариантами настроения, эмоциональная стабильность ($\beta = -0,476$; $t = -2,814$; $p < 0,007$). Во-вторых, преобладание практичности над экспрессивностью, т.е. проявление консервативных тенденций и нечувствительность к различным отвлекающим и пробуждающим любознательность

раздражителям, реалистичность, трезвый взгляд на жизнь ($\beta = -0,376$; $t = -2,036$; $p < 0,05$). В-третьих, это активация невротических наклонностей к власти и престижу ($\beta = 0,349$; $t = 2,905$; $p < 0,005$); данный фактор вобрал в себя пять видов потребностей – во власти через интеллект и волю, в эксплуатации других, в признании и престиже, в восхищении собой, и в личных достижениях. В-четвертых, это своеобразный иммунитет по отношению такому внешнему прессингу, сбивающему нормальный ход учебной деятельности, как неудовлетворительные взаимоотношения с другими студентами-одногоруппниками и сокурсниками ($\beta = -0,332$; $t = -2,786$; $p < 0,007$). В-пятых – избегание такого стиля совладания со стрессами, как самообвинение ($\beta = -0,26$; $t = -2,323$; $p < 0,02$). В-шестых, умение воспользоваться социальной поддержкой со стороны друзей ($\beta = 0,241$; $t = 2,218$; $p < 0,03$).

Здоровье в сфере «*Уровень независимости*» в группе испытуемых со средней жизнестойкостью также находится под влиянием шести переменных. Выраженное обратное влияние на него удалось выявить со стороны третьего фактора Большой Пятерки – «Самоконтроль / Импульсивность» ($\beta = -0,575$; $t = -4,085$; $p < 0,0005$). Более независимыми чувствуют себя студенты, характеризующиеся импульсивностью, т.е. свободой от необходимости быть предусмотрительными, ответственными, аккуратными, настойчивыми. Важной оказалась чувствительность к неполадкам во взаимоотношениях с преподавателями ($\beta = 0,321$; $t = 2,836$; $p < 0,006$). Считающие себя независимыми студенты, как правило, внимательно отслеживают поступки, манеру поведения преподавателей, их действия и стиль общения с участниками учебного процесса. Взаимоотношения с другими студентами ($\beta = -0,287$; $t = -2,709$; $p < 0,009$), –наоборот, – беспокоят таких испытуемых значительно меньше и, обычно, не являются для них стрессовыми. Студенты со средней жизнестойкостью, считающие себя здоровыми в сфере «Уровень независимости», обычно не практикуют такой копинг-стиль, как повышение самооценки ($\beta = -0,265$; $t = 2,497$; $p < 0,02$). Им также не свойственен такой способ повышения собственного оптимизма, который предполагает восприятие окружающей реальности как подконтрольной субъекту, управляемой им ($\beta = -0,263$; $t = -2,617$; $p < 0,01$). Вместе с тем, эти испытуемые ощущают в себе стремление к власти и престижу ($\beta = 0,199$; $t = 2,027$; $p < 0,05$).

С помощью регрессионного анализа удалось выявить шесть условий здоровья в сфере социальных взаимоотношений у студентов со средним уровнем жизнестойкости. Наиболее влиятельным оказался пятый фактор Большой Пятерки, представленный полюсом экспрессивности ($\beta = 0,923$; $t = 3,53$; $p < 0,001$). Сензитивность в восприятии партнера по общению, пластичность реагирования на нюансы коммуникации, интерес к различным аспектам общественной жизни и взаимодействия людей, хорошо развитый художественный вкус и многое другое, сопряженное с данным фактором, превращают общение таких людей в особое искусство. Вполне объяснимо и проявление второго по влиятельности предиктора – первого фактора Большой Пятерки – «Экстраверсии / Интроверсии» ($\beta = 0,653$; $t = 3,357$; $p < 0,001$). Экстраверты предпочитают работу с людьми, общительны, что делает их социальные взаимоотношения непринужденными, легко строящимися и поддерживающимися без особых затрат личностных и интеллектуальных ресурсов. При этом социальное здоровье такого субъекта воспринимается как им самим, так и окружающими как соответствующие самым высоким стандартам. Еще один фактор Большой Пятерки, – «Привязанность / Обособленность» повлиял на зависимую переменную обратным образом ($\beta = -0,429$; $t = -2,317$; $p < 0,02$). Испытуемые со средней жизнестойкостью только в том случае будут чувствовать себя социально здоровыми, если, несмотря на свои экстравертные особенности будут сосредоточены на своих личных проблемах. Поверхностная общительность и показное дружелюбие должны сочетаться здесь с умением держать дистанцию, иметь свою обособленную позицию, блюсти свои интересы и «глубоко в душе» стремиться не столько сотрудничать с другими, сколько соперничать. Социальное здоровье таких студентов оказалось существенно зависящим от того, как у них складываются отношения с преподавателем: показатели здоровья статистически значимо выше у тех, кто воспринимает фигуру преподавателя как фрустрирующую ($\beta = 0,393$; $t = 3,288$; $p < 0,002$). По-видимому, конфронтация с преподавателем, требовательность по отношению к нему, фиксация его недостатков и промахов, уличение в недобросовестности являются для таких испытуемых частью роли «правильного» студента, признаком зрелости и социального здоровья. Важным условием повышения социального здоровья студентов со средней жизнестойкостью является их отказ от ис-

пользования копинг-стратегии повышения самооценки ($\beta = -0,352$; $t = -3,321$; $p < 0,004$) и от проявления невротических наклонностей, объединяемых фактором «Любовь и привязанность» – нужда в руководящем партнере, в любви, привязанности, в том, чтобы поместить свою жизнь в узкие рамки ($\beta = -0,249$; $t = -2,165$; $p < 0,03$).

Выявлено восемь статистически значимых условий восприятия *окружающей среды как здоровой* испытуемыми со средней жизнестойкостью. Прежде всего это – толерантность по отношению к такому внешнему прессингу, как взаимоотношения со студентами ($\beta = -0,424$; $t = -4,065$; $p < 0,0005$). Окружающую среду как дружелюбную воспринимают такие испытуемые со средней жизнестойкостью, которые способны не обращать внимания и не реагировать на особенности поведения одноклассников, которые могут нарушить обычный ход учебной деятельности. Наоборот, склонность интерпретировать поведение преподавателей как нарушающее процесс учебной деятельности и не соответствующее представлениям студента о преподавательской роли, является причиной снижения испытуемыми со средней жизнестойкостью оценок окружающей среды как здоровой ($\beta = 0,321$; $t = 2,714$; $p < 0,009$). Третья по влиятельности независимая переменная здесь – это отсутствие привычки использовать такую стратегию совладания, как повышение самооценки ($\beta = -0,308$; $t = -3,061$; $p < 0,004$). Студенты, не нуждающиеся в том, чтобы специально, какими-то особыми мерами и способами подтверждать свою личностную ценность в своих глазах и глазах окружающих, склонны характеризовать свое окружение как здоровое. Высоким оценкам здоровья окружающей среды способствует наличие такого вида социальной поддержки, как поддержка друзей ($\beta = 0,296$; $t = 2,83$; $p < 0,007$), смещение к полюсу интроверсии оценок испытуемых по первому фактору Большой Пятерки ($\beta = -0,292$; $t = 2,574$; $p < 0,01$), а также отсутствие привычки к самообвинениям как средству совладания со стрессами и жизненными трудностями ($\beta = -0,275$; $t = 2,853$; $p < 0,006$). В несколько меньшей степени, но все же на статистически значимом уровне на независимую переменную повлияли еще два фактора – отсутствие склонности трактовать свои личностные качества (особенности когнитивной, эмоционально-волевой и мотивационной сфер личности) как препятствия для эффективной учебной деятельности ($\beta = -0,238$; $t = -$

2,185; $p < 0,03$) и свобода от группы невротических наклонностей, входящих в структуру фактора «Любовь и привязанность» ($\beta = -0,23$; $t = -2,196$; $p < 0,03$).

Духовное здоровье испытуемых со средним уровнем жизнестойкости обусловлено пятью предикторами. Три из них – параметры атрибутивного стиля. Интересно то, что глобальность ($\beta = 0,419$; $t = 2,662$; $p < 0,01$) и контроль ($\beta = 0,288$; $t = 2,677$; $p < 0,01$) оказывают на самооценки духовного здоровья прямое влияние, а стабильность ($\beta = -0,316$; $t = -2,055$; $p < 0,05$) – обратное. Т.е. более высокие оценки духовному здоровью дают испытуемые, склонные трактовать причины своих успехов как распространяющиеся широко, на многие аспекты и стороны жизни и при этом, управляемые со стороны субъекта. Однако эти причины воспринимаются испытуемыми как недостаточно стабильные во времени, происходящие изредка. Кроме того, духовно здоровые испытуемые этой группы умеют дистанцироваться от потенциально фрустрирующих недостатков организации учебного процесса в вузе ($\beta = -0,353$; $t = -3,156$; $p < 0,003$). По второму фактору Большой Пятерки («Привязанность / Обособленность») они демонстрируют статистически значимое смещение показателей к полюсу обособленности ($\beta = -0,25$; $t = -2,397$; $p < 0,02$).

В группе испытуемых со средним уровнем жизнестойкости предсказанию показателей здоровья в разных сферах способствуют следующие регрессионные уравнения.

Физическое здоровье = $18,06 - 0,56$ Самообвинение – $0,08$ БП(IV) + $0,6$ Поиск виновных – $0,05$ БП(V) – $0,07$ Контроль – $0,5$ Повышение самооценки + $0,83$ Поддержка семьи.

Психологическое здоровье = $17,05 + 0,07$ БП(IV) – $0,05$ БП(V) + $0,61$ Власть и престиж – $0,1$ Взаимоотношения со студентами – $0,25$ Самообвинение + $0,28$ Поддержка друзей.

Уровень независимости = $25,53 - 0,1$ БП(III) + $0,12$ Взаимоотношения с преподавателями – $0,1$ Взаимоотношения со студентами – $0,39$ Повышение самооценки – $0,06$ Контроль + $0,42$ Власть и престиж.

Социальное здоровье = $18,56 + 0,16$ БП(V) + $0,13$ БП(I) – $0,08$ БП(II) + $0,16$ Взаимоотношения с преподавателями – $0,58$ Повышение самооценки – $0,67$ Любовь и привязанность.

Здоровая окружающая среда = $13,46 - 0,11$ Взаимоотношения со студентами + $0,09$ Взаимоотношения

с преподавателями – 0,33 *Повышение самооценки* + 0,57 *Поддержка друзей* – 0,04 *БП(I)* – 0,24 *Самообвинения* – 0,06 *Личностные качества* – 0,4 *Любовь и привязанность*.

Духовное здоровье = 13,82 + 0,13 *Глобальность* – 0,17 *Организация учебного процесса* – 0,12 *Стабильность* + 0,07 *Контроль* – 0,04 *БП(II)*.

Группа испытуемых с высокой жизнестойкостью.

При выявлении предикторов физического здоровья в этой группе удалось выделить две независимые переменные, влияние которых достигает статистически значимого уровня. Это, во-первых, взаимоотношения с преподавателями ($\beta = -0,326$; $t = -2,944$; $p < 0,004$). Более высокие оценки своему физическому здоровью давали студенты, научившиеся игнорировать те, или иные недостатки в работе преподавателя, в его общении со студентами. Во-вторых, это – выраженность экстравертных черт личности ($\beta = 0,309$; $t = 2,557$; $p < 0,02$).

Психологическое здоровье жизнестойких студентов определяется четырьмя независимыми переменными. Оно является выраженным у студентов с развитым самоконтролем, аккуратных, настойчивых и ответственных (третий фактор Большой Пятерки «Самоконтроль / Импульсивность») ($\beta = 0,422$; $t = 3,292$; $p < 0,002$). Это – эмоционально устойчивые студенты (четвертый фактор Большой Пятерки «Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость») ($\beta = -0,308$; $t = -2,704$; $p < 0,009$), способные контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, не уклоняющиеся от реальности, самодостаточные и уверенные в себе, не поддающиеся случайным колебаниям настроения, способные сохранить хладнокровие и спокойствие в стрессовых и трудных жизненных ситуациях. Третий по влиятельности предиктор психологического здоровья жизнестойких студентов – склонность использовать наиболее конструктивную стратегию совладания – анализ проблемы ($\beta = 0,236$; $t = 2,269$; $p < 0,03$). Четвертое условие психологического здоровья – способность не придавать особого значения недостаткам в работе преподавателей, неполадкам во взаимоотношениях с ними ($\beta = -0,218$; $t = -2,105$; $p < 0,04$).

Семь независимых переменных оказались существенно значимыми для здоровья студентов с высокой жизнестойкостью в сфере «Уровень независимости». На показателях здоровья в дан-

ной сфере сказываются прежде всего личностные особенности, связанные с третьим фактором Большой Пятерки («Самоконтроль / Импульсивность»): наиболее здоровы студенты, склонные к самоконтролю ($\beta = 0,481$; $t = 3,785$; $p < 0,0005$). Именно эти качества, – развитая волевая регуляция поведения, настойчивость, обязательность, ответственность, добросовестность, аккуратность и точность в делах и др. – дают возможность субъекту добиваться высоких результатов в достижении своих целей. В глазах окружающих (и в своих собственных) такой человек выглядит как независимый и самодостаточный, не нуждающийся в управлении со стороны. Далее, влиятельным оказался первый фактор Большой Пятерки («Экстраверсия / Интроверсия»): более высокие уровни независимости демонстрировали интроверты ($\beta = -0,339$; $t = -3,028$; $p < 0,004$). В отличие от экстравертов они опираются преимущественно на собственные силы и желания, нежели на мнения и взгляды других людей. Их сдержанность, погруженность в личные проблемы и переживания, склонность планировать свою деятельность, не прислушиваясь к советам других, недостаточное внимание к происходящему вокруг, а также другие подобные личностные качества поддерживают образ самостоятельного, дистанцированного от других и независимого человека. Здоровье в сфере «Уровень независимости» у жизнестойких студентов тем выше, чем менее они привержены такой стратегии копинга, как поиск виновных ($\beta = -0,289$; $t = -2,457$; $p < 0,02$). Поиск виновных часто превращается в способ избегания ответственности за произошедшее и приписывание ее внешним обстоятельствам и другим людям. Субъект, сделавший для себя эту стратегию совладания привычной и часто используемой, одновременно попадает в зависимость от того как складываются внешние обстоятельства и как ведут себя другие люди. Так подрывается здоровье в сфере «Уровень независимости». Четвертая по значимости независимая переменная – это активизация невротических наклонностей, входящих в структуру фактора «Власть и престиж» (личные достижения, восхищение собой, эксплуатация других, признание окружающих, власть через интеллект и волю) ($\beta = 0,272$; $t = 2,592$; $p < 0,01$). Обнаружено также, что ощущение здоровья в сфере «Уровень независимости» у жизнестойких студентов обусловлено высокими показателями по такому параметру атрибутивного стиля, как контроль ($\beta = 0,240$; $t = 2,752$; $p < 0,008$). Весьма показателен

тельно то, что испытуемые этой группы расценивают попытки общественных организаций оказать им помощь как признак утраты независимости ($\beta = -0,22$; $t = -2,56$; $p < 0,02$). Вполне объяснимо и обратное влияние четвертого фактора Большой Пятерки («Эмоциональная устойчивость / Эмоциональная неустойчивость»; $\beta = -0,206$; $t = -2,071$; $p < 0,05$) на показатели здоровья в сфере «Уровень независимости»: независимые испытуемые как правило, отличаются хорошо развитым самоконтролем в эмоциональной сфере.

Здоровье в сфере *социальных взаимоотношений* в группе жизнестойких студентов определяется группой из пяти предикторов. Во-первых, это отсутствие озабоченности проблемой повышения самооценки при совладании с трудностями и стрессами ($\beta = -0,453$; $t = -2,881$; $p < 0,005$). Во-вторых, это отсутствие склонности «коллекционировать ошибки преподавателя», искать в его действиях, поведении, манере общения со студентами повод для конфликтов, или для отказа от учебной деятельности ($\beta = -0,436$; $t = -2,99$; $p < 0,004$). В-третьих, это развитость у жизнестойких студентов копинг-стратегии «Поиск поддержки» ($\beta = 0,434$; $t = 3,165$; $p < 0,002$). Четвертый предиктор тематически согласуется с третьим: это восприятие такого вида социальной поддержки, как поддержка со стороны друзей ($\beta = 0,422$; $t = 3,295$; $p < 0,002$). Если действие третьей независимой переменной выражается в способности жизнестойкого и социально здорового студента попросить помощь, то четвертый предиктор говорит о способности воспринять предлагаемую помощь, которую уже реально оказывают (или готовы оказать). Эти два конструкта («Восприятие социальной поддержки» и «Оказание поддержки») не тождественны, что подтверждается теоретически и эмпирически в ряде работ [308; 384]. Еще одна независимая переменная, обуславливающая социальное здоровье студентов с высокой жизнестойкостью – это один из параметров атрибутивного стиля, – стабильность в интерпретации позитивных событий и успехов ($\beta = 0,431$; $t = 3,669$; $p < 0,001$).

Шестью независимыми переменными обусловлено восприятие студентами с высокой жизнестойкостью *окружающей среды как здоровой*. Такое восприятие испытывает на себе влияние личностных черт, входящих в структуру второго фактора Большой Пятерки – «Привязанность / Обособленность» ($\beta = 0,418$;

$t = 3,29$; $p < 0,002$). Наиболее здоровыми в данной сфере из всех студентов с высокой жизнестойкостью чувствуют себя испытуемые, способные устанавливать и поддерживать прочные привязанности (склонные сотрудничать, уважающие других, эмпатичные, понимающие, испытывающие теплые чувства к партнерам по общению, доверяющие другим и т.п.). Такое отношение к окружающим, как правило, вызывает аналогичную реакцию на субъекта, создавая для него «дружелюбно настроенную», благополучную среду, которая воспринимается как «здоровая». Такие испытуемые практически не пользуются копингом «Поиск виновных» ($\beta = -0,415$; $t = -2,765$; $p < 0,008$). Поиски виновных, по мнению А. Менегетти – это «объективация своей собственной ситуации», надежное свидетельство незрелости субъекта, выражающее в поведении, действиях, мыслях и чувствах, быстро приводящих к конфронтации с окружением и перекрывающее доступ Я к метафизике человеческого Бытия [159]. Воспринимающие свою среду как здоровую, жизнестойкие студенты также не озабочены повышением самооценки ($\beta = -0,313$; $t = -2,149$; $p < 0,04$). В данной группе студентов оценка внешней среды как здоровой оказалась зависящей от активизации невротических наклонностей, входящих в фактор «Независимость и неуязвимость» ($\beta = 0,306$; $t = 2,337$; $p < 0,03$). Если жизнестойкий испытуемый дистанцируется от среды, проявляет самодостаточность, не поддается чьему-то влиянию, стремится быть в своих действиях точным, совершенным, аккуратным, самостоятельным, то он с повышенной вероятностью концептуализирует окружение как неагрессивное, дружелюбное, здоровое. Пятый по степени влиятельности предиктор показывает зависимость восприятия жизнестойкими студентами внешней среды как «здоровой» или «больной» от того, насколько испытуемые подвержены фрустрирующим воздействиям недостатков организации учебного процесса в вузе ($\beta = -0,245$; $t = -2,053$; $p < 0,05$). Это влияние обратное, т.е. феноменологически образ внешней среды благополучен у тех, кто не подвержен такого рода фрустрациям. Шестой предиктор показывает значимость переживания контролируемости происходящего во внешнем мире как одного из параметров стиля атрибуции для восприятия окружающей среды как здоровой ($\beta = 0,237$; $t = 2,246$; $p < 0,03$).

Сфера духовного здоровья в группе испытуемых с высокой жизнестойкостью определяется воздействием семи предикторов. Наиболее влиятельными оказались два фактора Большой Пятерки – «Привязанность / Обособленность» ($\beta = -0,458$; $t = -2,891$; $p < 0,005$) и «Экстраверсия / Интроверсия» ($\beta = -0,423$; $t = -3,172$; $p < 0,002$). Характер этого влияния таков, что более высокие оценки своему духовному здоровью в группе испытуемых с высокой жизнестойкостью дают обособленные интроверты. Значим для духовного здоровья такой предиктор, как стратегия совладания через анализ проблемы ($\beta = 0,392$; $t = 3,819$; $p < 0,0005$). Весьма существенна такая характеристика атрибутивных построений субъекта, как контроль ($\beta = 0,381$; $t = 3,739$; $p < 0,0005$). Пятый по влиятельности предиктор – это чувствительность испытуемого к недостаткам и напряжению во взаимоотношениях с другими студентами, которые возникают в ходе учебной деятельности в вузе и могут ей препятствовать ($\beta = 0,375$; $t = 3,733$; $p < 0,0005$). Обнаружено, что на оценки своего духовного здоровья статистически значимо влияет также склонность использовать такой копинг, как поиск поддержки ($\beta = -0,252$; $t = -2,136$; $p < 0,04$), причем для более высоких самооценок здоровья здесь важен именно отказ от такой стратегии совладания с трудностями. Столь же важен и отказ от чрезмерно расширительных и глобальных атрибутивных трактовок в интерпретации причин своих успехов ($\beta = -0,245$; $t = -2,188$; $p < 0,03$).

В группе испытуемых с высоким уровнем жизнестойкости показатели здоровья в разных сферах можно предсказать с помощью следующих регрессионных уравнений.

Физическое здоровье = $21,11 - 0,13$ Взаимоотношения с преподавателями + $0,06$ БП(I).

Психологическое здоровье = $12,5 + 0,07$ БП(III) – $0,05$ БП(IV) + $0,16$ Анализ проблемы – $0,07$ Взаимоотношения с преподавателями.

Уровень независимости = $21,74 + 0,09$ БП(III) – $0,06$ БП(I) – $0,37$ Поиск виновных + $0,57$ Власть и престиж + $0,05$ Контроль – $0,4$ Поддержка общественных организаций – $0,04$ БП(IV).

Социальное здоровье = $12,65 - 0,67$ Повышение самооценки – $0,18$ Взаимоотношения с преподавателями + $0,49$ Поиск поддержки + $0,11$ Стабильность + $1,05$ Поддержка друзей.

Здоровая окружающая среда = $14,38 + 0,06БП(II) - 0,41Поиск виновных - 0,34Повышение самооценки + 0,46Независимость и неуязвимость - 0,08Организация учебного процесса.$

Духовное здоровье = $18,99 - 0,1БП(II) - 0,1БП(I) + 0,4Анализ проблемы + 0,1Контроль + 0,18Взаимоотношения со студентами - 0,36Поиск поддержки.$

В таблицах ПРИЛОЖЕНИЙ 27 – 29 сведены все предикторы, влияющие на статистически значимом уровне на показатели здоровья в шести сферах у студентов с низкой, средней и высокой жизнестойкостью. По данным этих таблиц можно судить о том, как меняются структура предикторов здоровья и направление их влияния в зависимости от уровня жизнестойкости студентов. Выявлены следующие закономерности.

1. Наименьшее общее количество выявленных с помощью регрессионного анализа предикторов здоровья во всех сферах выявлено в группе студентов с низкой жизнестойкостью – 22, наибольшее – у студентов со средней жизнестойкостью – 38. При высокой жизнестойкости статистически значимого уровня достигли 29 предикторов.

2. По мере роста жизнестойкости существенным условием обеспечения здоровья практически во всех сферах становится активное использование одних копинг-стратегий и намеренный отказ от других копинг-стратегий. При высокой и особенно средней жизнестойкости важным становится умение в трудных и стрессовых ситуациях отказываться от стратегии повышения самооценки; при средней жизнестойкости – от самообвинений. При низкой жизнестойкости на самочувствии испытуемых никак не сказываются попытки поиска виновных, или намеренного отказа от этих попыток. При средней жизнестойкости способность найти виновного повышает самооценку физического здоровья. При высокой жизнестойкости, наоборот, отказ от поиска виновных улучшает образ внешней среды в сознании испытуемого и повышает уровень его независимости.

3. Обладает спецификой влияние факторов Большой Пятерки на самооценки здоровья в зависимости от уровня жизнестойкости. При низкой жизнестойкости это влияние выражено значи-

тельно менее по сравнению с высокой и особенно средней жизнестойкостью. К тому же оно является «однобоким»: важным для здоровья оказался только пятый фактор («Экспрессивность / Практичность»). Экспрессивные студенты по сравнению с практичными чувствовали себя более здоровыми физически, социально, в сфере «Уровень независимости» и при восприятии внешней среды как здоровой. Первый фактор Большой Пятерки («Экстраверсия / Интроверсия»), будучи незначимым в качестве предиктора здоровья в группе студентов с низкой жизнестойкостью, становится важной детерминантой социального здоровья и восприятия внешней среды как здоровой у испытуемых со средней жизнестойкостью. Наиболее весом он – у студентов с высокой жизнестойкостью, т.к. определяет физическое и духовное здоровье, а также здоровье в сфере «Уровень независимости». При этом первый фактор Большой Пятерки функционирует как предиктор здоровья противоречиво. Так, в группе испытуемых с высокой жизнестойкостью для поддержания физического здоровья желательна экстраверсия, а для обеспечения духовного здоровья и независимости предпочтительнее оказывается интроверсия. В группе со средней жизнестойкостью здоровье в сфере социальных взаимоотношений обусловлено экстраверсией, а образ внешней среды как здоровой с большей вероятностью возникает у интровертов. Эмоциональная устойчивость, никак не проявляясь при низкой жизнестойкости, становится необходимой для психологического здоровья и независимости у испытуемых с высокой жизнестойкостью и для хорошего физического самочувствия – у испытуемых со средней жизнестойкостью. В то же время, при средней жизнестойкости эмоционально неустойчивые испытуемые более высоко оценивали свое психологическое здоровье по сравнению с эмоционально устойчивыми студентами. Самоконтроль также не проявился в группе с низкой жизнестойкостью, но оказался важным для психологического здоровья и независимости у студентов с высокой жизнестойкостью. При средней жизнестойкости предпочтительнее оказалась импульсивность: она способствует более высоким самооценкам испытуемых данной группы в сфере «Уровень независимости».

4. Атрибутивные стили – это система предикторов здоровья, значимость которых заметно снижается по мере роста жизнестойкости. У нестойких студентов переживание подконтрольности

происходящего необходимо для физического и психологического здоровья, здоровья в сфере «Уровень независимости» и для восприятия окружающей среды как здоровой. Глобальные атрибуции для таких испытуемых – условие психологического и духовного здоровья. В то же время, для духовного здоровья им необходим отказ от чрезмерно стабильных атрибуций. В группах со средней и, особенно – с высокой жизнестойкостью, здоровье в различных сферах зависит от атрибутивных построений в меньшей степени. Так, для испытуемых с высокой жизнестойкостью параметр контроля существует только для духовного здоровья и ощущения себя независимым, а параметр стабильности – для высоких самооценок социального здоровья.

5. Из всех форм воспринимаемой социальной поддержки наиболее важной оказалась поддержка друзей. Она – условие переживания независимости в группе с низкой жизнестойкостью, психологического здоровья и восприятия внешней среды как здоровой – в группе со средней жизнестойкостью и социального здоровья – у студентов с высокой жизнестойкостью. В целом отмечена тенденция несколько большего влияния на самооценки здоровья фактора социальной поддержки при низкой и средней жизнестойкости, чем при жизнестойкости высокой.

6. На самооценках здоровья в группе студентов с низкой жизнестойкостью в наименьшей степени сказался фактор прессингов. Здесь оказалось существенным умение противостоять только внутреннему прессингу. Испытуемые этой группы чувствуют себя более независимыми и здоровыми физически, если умеют конструктивно реагировать на собственные недостатки в умственной деятельности, в эмоционально-волевой саморегуляции и мотивации. При высокой жизнестойкости физическому, психологическому и социальному здоровью студентов способствует толерантное отношение к преподавателю, умение не обращать внимания на недостатки в его работе. Кроме того, в этой группе вероятность формирования образа окружающей среды как здоровой будет тем выше, чем меньше испытуемые обращают внимание на недостатки в организации учебного процесса. В наибольшей степени фактор прессингов как предиктора здоровья в разных сферах проявился у студентов со средним уровнем жизнестойкости. Причем, проявился он здесь противоречивым образом. Так, своеобразное «попустительство» по отношению к сокурсни-

кам (т.е. игнорирование их поведения, нарушающего учебный процесс) способствует сохранению психологического здоровья, ощущения независимости и образа окружающей среды как здоровой. Умение игнорировать недостатки организации учебного процесса позволяет сохранять духовное здоровье, а либеральное отношение к собственным недостаткам позитивно сказывается на образе внешней среды как здоровой. Однако, в то же время, «привередливое» отношение к преподавателям, выискивание в их работе недостатков, культивирование критического настроения по отношению к ним оказалось условием поддержания здоровья в трех сферах – независимости, социальных взаимоотношений и восприятия окружающей среды как здоровой.

7. Невротические наклонности как предиктор укрепления (или наоборот, утраты) здоровья проявились в наибольшей степени в группе со средней жизнестойкостью, несколько меньше – у нестойких, и в наименьшей степени – у испытуемых с высоким уровнем жизнестойкости. В зависимости от фактора жизнестойкости оказалась различной направленность их влияния на сферы здоровья. Так, для студентов с низкой жизнестойкостью важно отсутствие невротических наклонностей: чтобы их физическое самочувствие было хорошим, а социальные взаимоотношения благополучными, им необходимо отказаться от искусственно-вычурных и нарочитых попыток доказывать окружающим свою независимость и неуязвимость. В то же время, перегиб в противоположную сторону, заключающийся в форсированном сближении с другими (чрезмерное проявление невротических наклонностей к любви и привязанности) создает для таких студентов угрозу нарушения здоровья в сфере социальных взаимоотношений. Противоречивой является роль невротических наклонностей в поддержании здоровья у студентов со средней жизнестойкостью. Некоторое усиление властных тенденций и стремление к престижу может поспособствовать увеличению показателей их психологического здоровья и здоровья в сфере «Уровень независимости». В то же время акцентирование любви и привязанности повышает вероятность утраты здоровья в сферах социальных взаимоотношений и восприятия окружающей среды как здоровой. Студентам с высокой жизнестойкостью следовало бы усилить властно-престижные акценты в поведении – это укрепит их чувство независимости. Кроме того, такие испытуемые могут улучшить фор-

мирующийся у них образ внешней среды как здоровой: для этого нужно усилить в своем повседневном поведении тенденции к независимости и не уязвимости.

4.3. Динамика самооценок здоровья у студентов в формирующем эксперименте

На основе массива эмпирических данных, полученных нами на всех этапах эмпирического исследования, была создана корректировочно-развивающая программа, предназначенная для оптимизации отношения студентов к собственному здоровью. Она была использована в формирующем эксперименте, цель которого – оценить степень эффективности данной программы.

Разработка и проверка эффективности коррекционно-развивающей программы осуществлялись в несколько этапов. На первом этапе были разработаны структура и содержание программы. В основу программы были положены выявленные в констатирующем исследовании факторы внутренней картины здоровья у студентов. Их проявление тесно связано с уровнем жизнестойкости личности студентов, поэтому усиление жизнестойких личностных характеристик стало основной целью формирующего эксперимента.

На втором этапе проводилась апробация программы в формирующем эксперименте. В проверке эффективности коррекционно-развивающей программы принимали участие 25 студентов экспериментальной группы (11 юношей и 14 девушек в возрасте от 18 до 28 лет, студенты II – V курсов стационара и заочного отделения психологического факультета ХНУ имени В.Н. Каразина) и 25 студентов контрольной группы (10 юношей и 15 девушек в возрасте от 18 до 27 лет, студенты тех же курсов, того же вуза и факультета). Все 50 студентов – участники эмпирического исследования, результаты которого отражены в 3-й главе монографии. Распределение испытуемых по группам (экспериментальной и контрольной) осуществлялось посредством рандомизации. Испытуемые контрольной группы в тренинге не участвовали. Объем программы составил 36 академических часов. Работа проводилась во время как плановых (нормативных) занятий, так и во внеучебное время на протяжении 9 недель (в среднем по 4 часа в неделю). Тренинговая работа включала в себя,

кроме участия в выполнении упражнений с их последующим обсуждением, также прослушивание и обсуждение теоретических материалов по конкретным проблемам (в форме мини-лекций). Участники тренинга выполняли также определенные домашние задания, результаты которых также обсуждались в процессе групповой работы.

Программа включала в себя блоки: 1) самопознания, самопринятия, самоодобрения; 2) ситуационный; 3) антивиктимный; 4) саморегуляции эмоций; 5) мотивационный. В них были включены упражнения, разработанные М.А. Одинцовой [172], И.В. Тримаскиной с сотр. [237], И.В. Стишенок [228], М.Е. Сандомирского [207], Ю. Куля и М. Шторх [115], Ю.В. Саенко [205], М.С. Корольчук и сотр. [188], Т.Б. Хомуленко и сотр. [267], Е.В. Емельяновой [69], С.С. Занюка [73], Р. МакМаллина [147], Л. Кэмерон-Бендлер и М. Лебо [119].

Блок «Самопознания, самопринятия, самоодобрения» содержал упражнения, предназначенные для пробуждения интереса участников тренинга к самим себе, к своим личностным качествам и особенностям (особенно к таким, от которых зависит отношение к собственному здоровью и с которыми связана принимаемая концепция здоровья). Примеры упражнений: «Мой образ»; «Соматограмма, или мои позитивные и негативные соматические маркеры»; «Кто я?»; «Судно, на котором я плыву»; «Процедура ревизии ощущений»; «Марионетка»; «Знакомство с собой» и др.

«Ситуационный» блок упражнений имел целью сформировать у участников тренинга навыки и умения точного распознавания типа ситуации, в которую они попадают, и оптимального выбора формы взаимодействия с ней (т.е. выбор, ведущий к усилению жизнестойкости личности). Студенты усваивали признаки и учились различать: 1) обычные, повседневные ситуации, 2) трудные повседневные ситуации (четыре вида нормативных ситуаций – ситуации аномии, ситуации социальной энтропии, проблемные повседневные ситуации, повседневные стрессы), и 3) ситуации неповседневности (т.е. трудные жизненные ситуации, выходящие за рамки повседневности – экстремальная, критическая, кризисная, стресс, фрустрация, конфликт). Примеры упражнений: «Мои ресурсы»; «Позитивный анализ проблемной

ситуации»; «Я существую – Я ухожу...»; «Интроспекция “Кто Я?”, “Куда Я иду?”»; «Подарки жизни» и др.

«Антивиктимный» блок упражнений был предназначен для идентификации проявлений виктимности в собственном поведении и обучение основам жизнестойкостного стиля совладания с трудностями. Примеры упражнений: «Расширение внутреннего пространства»; «Установление личной дистанции»; «Контур человека»; «Хозяин желаний»; «Разожми кулак»; «Взаимодействие»; «Мои права»; «Сон героя»; «Совладающие образы» и др.

Блок «Саморегуляция эмоций» был предназначен для формирования способности превращать эмоциональное отреагирование (особенно, отреагирование отрицательных эмоций – гнева, горя, печали, страха, тревоги и др.) в созидательной деятельности и для личностного роста. Примеры упражнений: «Выражение и отражение чувств»; «Скрытые чувства»; «Позитивное истолкование»; «Прослеживание старых чувств»; «Иррациональные и рациональные идеи»; «Я злюсь... на меня злятся...»; «Принятие критики»; «Декатастрофизация»; «Да здравствует Депрессия!»; «Осознание стыда, вины, обиды»; «Оживление приятных воспоминаний» и т.д.

«Мотивационный» блок включал в себя упражнения и техники, предназначенные для развития способностей и умений самомотивирования к конструктивной деятельности (в основном – учебной), эффективного целеполагания, противостояния прокрастинации проявлению безволия. Примеры упражнений: «Новая постановка старых вопросов “Кто виноват?”, “Что делать?”, или “Вижу цель!”»; «Образ потребности»; «Труд и профессия»; «Постановка целей»; «Достижение целей»; «Удовольствия»; «Увлечения»; «Ответственность»; «Что я хочу на самом деле?» и др.

Для проверки эффективности развивающее-коррекционной программы, направленной на стимуляцию интереса студентов к собственному здоровью, модификаций поведения в сторону более здорового образа жизни посредством усиления жизнестойкости личности, был использован опросник С. Дерябо и В. Явина «Индекс отношения к здоровью» [65]. Изначально данная методика была создана для проверки эффективности проводимой в средней и высшей школе работы в области валеологии. Шкалы данного опросника (эмоциональная, познавательная, практическая и шкала поступков) позволяют оценить масштаб изменений, кото-

рые происходят у участников формирующего эксперимента в основных сферах личности и в поведении.

1) «*Эмоциональная Шкала*» – отражает степень чувствительности испытуемого к различным проявлениям своего организма; она диагностирует восприимчивость к эстетическим аспектам здоровья, способность получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем;

2) «*Познавательная Шкала*» – отражает готовность к восприятию информации по проблемам здоровья, поступающей из разных источников, стремление получать эту информацию;

3) «*Практическая Шкала*» – диагностирует степень готовности к практическим действиям, направленным на заботу о своем здоровье;

4) «*Шкала Поступков*» – отражает стремление испытуемого изменить свое окружение (микро- и макросоциум), повлиять на него в направлении своих убеждений относительно здорового образа жизни.

Перед прохождением процедуры тренинга экспериментальная и контрольная группы были протестированы с помощью опросника С. Дерябо и В. Ясвина. Этот же опросник был использован еще раз как в экспериментальной группе (после того, как она поучаствовала в тренинговой коррекционно-развивающей программе), так и в контрольной группе (спустя промежуток времени, во время которого в экспериментальной группе был проведен тренинг). Тем самым нам удалось обеспечить контроль независимой переменной «Участие в тренинге / Неучастие в тренинге» для исследования ее влияния на зависимые переменные, которые были зафиксированы с помощью четырех шкал опросника. Следовательно, если тренинговая программа эффективна и участие в ней действительно способствует стимуляции развития компонентов отношения к своему здоровью у студентов, то в контрольной серии диагностики можно ожидать статистически значимое повышение показателей.

Полученные эмпирические данные были обработаны в двух направлениях:

1. *В направлении сравнения показателей отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной и контрольной групп* (см. табл. 4.2 и 4.3). Это делалось до тренинга с целью обеспечения эквивалентности групп испытуемых, а также для того, чтобы

можно было трактовать возможные изменения в показателях отношения к здоровью как обусловленные именно влиянием коррекционно-развивающей программы. Сравнение двух групп испытуемых (экспериментальной и контрольной) происходило также и после тренинга – для выявления особенностей изменений в системе компонентов отношения к здоровью, а также масштабов, направленности и специфики этих изменений.

2. В направлении сравнения показателей отношения к здоровью, выявленных до и после формирующего эксперимента (см. табл. 4.4 и 4.5). В экспериментальной группе это делалось для выявления особенностей сдвигов в показателях, для определения тех компонентов отношения к здоровью, которые оказались наиболее (или, наоборот, наименее) чувствительными к формирующим воздействиям. В контрольной группе констатирующее и контрольное исследования были разделены периодом, во время которого испытуемые другой, – экспериментальной, – группы участвовали в тренинге конструктивного отношения к здоровью. В беседе с испытуемыми контрольной группы мы выяснили, что никто из них за этот период не участвовал в каких-либо систематических психологических программах, направленных на формирование каких-либо личностных качеств, свойств, умений.

Данные таблицы 4.2 говорят о том, что экспериментальная и контрольная группы укомплектованы достаточно удачно.

Таблица 4.2

Сопоставление (в процентилях) показателей отношения к здоровью в экспериментальной и контрольной группах перед началом формирующего эксперимента (констатирующая диагностика)

Шкалы отношения к здоровью	Группы испытуемых		U	p
	Экспер. (n = 25)	Контр. (n = 25)		
Эмоциональная	24,32±21,61	27,24±15,53	254,5	-
Познавательная	33,92±26,13	37,80±25,64	278,5	-
Практическая	23,60±21,80	24,92±21,06	279,0	-
Шкала поступков	24,32±21,61	22,12±13,06	302,5	-

Существенных различий между группами ни по одному из показателей не зафиксировано. Это позволяет корректно связывать причинно-следственной связью различия между данными

группами, которые возникли после проведения коррективно-развивающей программы, с фактом целенаправленного формирования у испытуемых экспериментальной группы конструктивного отношения к здоровью.

После участия испытуемых в реализации коррективно-развивающей программы различия в пользу экспериментальной группы возникли по всем четырем показателям, причем по трем из них – на статистически значимом уровне (см. табл. 4.3).

Наиболее существенные изменения произошли по параметру «Практическая Шкала». Если в контрольной группе данный показатель равен в среднем $25,52 \pm 23,07$ процентилям, то в экспериментальной он вырос до $45,40 \pm 28,40$ процентов в среднем на группу ($U = 196,5$; $p < 0,02$). Следовательно, формирующие воздействия заметно усилили готовность студентов к разного рода практическим действиям, направленным на заботу о своем здоровье.

Таблица 4.3

Сопоставление (в процентилях) показателей отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной и контрольной групп после проведения формирующего эксперимента (контрольная диагностика)

Шкалы отношения к здоровью	Группы испытуемых		U	p
	Экспер. (n = 25)	Контр. (n = 25)		
Эмоциональная	45,76±31,66	26,44±16,80	209,5	0,04
Познавательная	44,88±26,66	28,48±18,43	204,5	0,04
Практическая	45,40±28,40	25,52±23,07	196,5	0,02
Шкала поступков	42,72±34,94	24,04±23,04	225,0	-*

Примечание: «» – сильная тенденция к значимости различий ($p < 0,1$).*

В беседе с испытуемыми выяснилось, что некоторые студенты приняли окончательное решение записаться в спортивные секции и фактически начали их посещать. Испытуемые утверждали, что стали строже руководствоваться принципами здорового питания, отказались от «нездоровой» пищи, курения, алкоголя. У многих возник интерес к практикам укрепления ментального здоровья (медитация, аутогенная тренировка, поведенческий самоконтроль и оптимизация паттернов когнитивной обработки инфор-

мации, дыхательные практики, освоение техник противостояния стрессам, возникающим в процессе учебной деятельности и общения и т.п.). Один из участников серьезно увлекся борьбой с прокрастинацией в собственной учебной деятельности. Как минимум у четырех испытуемых констатированы последовательные попытки самоорганизации учебной деятельности с учетом принципов научной организации труда.

Прохождение программы развития жизнестойкости привела к появлению и усилению интереса испытуемых к различной (как популярной, так и строго научной) информации по проблемам здоровья. По «Познавательной Шкале» различия между экспериментальной и контрольной группами также стали статистически значимыми (соответственно, $44,88 \pm 26,66$ и $28,48 \pm 18,43$ процентов; $U = 204,5$; $p < 0,04$). Студенты отмечали, что они «с интересом и много читают о здоровье, о способах его поддержания». У ряда студентов пробудился интерес к работам таких ученых, врачей и популяризаторов здорового образа жизни, как Л. Хэй, А. Эрет, А. Менегетти, С. Бубновский, М. Норбеков, И. Неумывакин, П. Брэгг, И. Мечников, Р. Шэлдрейк и др. В беседе выяснилось, что студентам «стали интересны собственные тело и душа», т.е. испытуемые стали чаще обращать внимание на различные повседневные телесные ощущения и психологические явления, которые раньше игнорировали. Эти «внутренние сигналы» стали предметом самоизучения и интерпретации. Тренинговые упражнения, по-видимому, способствовали развитию психосоматической компетентности, под которой можно понимать систему взаимосвязанных когнитивных способностей, входящих в структуру Я телесного. Эти способности обеспечивают восприятие, анализ, интерпретацию и использование проприо- и interoцептивных сигналов, их включение в структуру образа собственного тела. Такое включение возможно благодаря фокусировке внимания и концентрации на внутренних сигналах, выделения их на фоне irrelevantной информации. Психосоматически компетентные люди без особых затруднений вербализуют внутренние сигналы в соответствии с общепринятыми культурными шаблонами, а также подбирают индивидуализированные образы, иллюстрирующие характеристики их тела. Такая внутренняя когнитивная активность создает основу для эмоционального принятия человеком собственного тела, дает возможность вести своеобразный внут-

ренный диалог с ним, заботиться о нем. Поэтому для многих изменился характер занятий спортом: теперь испытуемые стали уделять больше внимания «психологической составляющей» физических упражнений, которые, говоря словами одного из участников эксперимента, «стали более одухотворенными».

В экспериментальной группе заметно усилился «эмоциональный контакт» с собственным организмом, развилась способность эстетически переживать свое здоровье, наслаждаться им. По «Эмоциональной шкале» преимущество – также на стороне экспериментальной группы ($45,76 \pm 31,66$ и $26,44 \pm 16,80$ процентов; $U = 209,5$; $p < 0,04$).

Обнаружена сильная (на уровне $p < 0,1$) тенденция в пользу испытуемых экспериментальной группы также и по «Шкале поступков». (соответственно, $42,72 \pm 34,94$ и $24,04 \pm 23,04$ процентов). Участники тренинга проявляют заметную тенденцию влиять на отношение к здоровью также и окружающих людей, пропагандировать здоровый образ жизни.

Таблица 4.4

Сдвиги в показателях отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной группы, произошедшие под влиянием формирующего эксперимента (проценты)

Шкалы отношения к здоровью	Стадии диагностики		Т	р
	Констатир.	Контрольн.		
Эмоциональная	24,32±21,61	45,76±31,66	10,0	0,003
Познавательная	33,92±26,13	44,88±26,66	8,0	0,05
Практическая	23,60±21,80	45,40±28,40	1,5	0,002
Шкала поступков	24,32±21,61	42,72±34,94	60,5	.*

Примечание: «» – сильная тенденция к значимости различий ($p < 0,1$).*

Испытуемые, прошедшие программу тренинга, сообщали об отсутствии, или меньшей выраженности различных болезненных симптомов, которые ранее свидетельствовали о наличии разного рода психологических проблем. Понятие внутренней картины здоровья появилось в психологии в связи с постепенной переориентацией глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на санцентрическую.

Внутренняя картина здоровья – это особое семиотическое пространство сознания личности, которое может быть фактором, мотивирующим здоровый образ жизни, действия, ведущие к оздоровлению. Овладение навыками поддержания динамической устойчивости психики – одна из важнейших форм самооздоровления. Нам удалось доказать саму возможность влияния на это семиотическое пространство средствами предложенной нами корректировочно-развивающей программы.

В таблице 4.5 представлены данные, свидетельствующие о направленности и величине сдвигов по четырем шкалам опросника С. Дерябо и В. Ясвина, произошедших в экспериментальной группе под влиянием корректировочно-развивающей программы. Все показатели изменились в сторону улучшения отношения к здоровью. В трех случаях – по «Эмоциональной», «Познавательной» и «Практической» шкалам они достигли уровня статистической значимости.

Изменение показателя отношения к здоровью по «Шкале Поступков» зафиксировано на уровне сильной тенденции.

Наиболее значительными сдвиги оказались по «Практической Шкале» (подъем с $23,60 \pm 21,80$ до $45,40 \pm 28,40$ перцентилей; $T = 1,5$, $p < 0,002$), что свидетельствует специфике созданной нами корректировочно-развивающей программы. Она способствует, прежде всего, изменению поведенческих приоритетов студентов.

Таблица 4.5

Сопоставление показателей отношения к здоровью у испытуемых контрольной группы, зафиксированных на констатирующей и контрольной стадиях эксперимента (перцентили)

Шкалы отношения к здоровью	Стадии диагностики		Т	р
	Констатир.	Контрольн.		
Эмоциональная	27,24±15,53	26,44±16,80	67,0	-
Познавательная	37,80±25,64	28,48±18,43	59,5	-
Практическая	24,92±21,06	25,52±23,07	35,5	-
Шкала поступков	22,12±13,06	24,04±23,04	31,0	-

Изменения в экспериментальной группе существенно затронули эмоциональный компонент отношения студентов к собственному здоровью – произошел рост показателя «Эмоциональ-

ной Шкаль» с $24,32 \pm 21,61$ до $45,76 \pm 31,66$ перцентилей ($T = 10,0$; $p < 0,003$). Несколько менее масштабные, но при этом статистически значимые изменения произошли и в познавательном компоненте отношения к здоровью (подъем с $33,92 \pm 26,13$ до $44,88 \pm 26,66$ перцентилей; $T = 8,0$, $p < 0,05$).

Данные таблицы 4.5, отражающие результаты сопоставления констатирующего и контрольного замеров в контрольной группе, не свидетельствуют о каких-либо существенных изменениях (даже на уровне тенденции).

Полученные данные являются достаточно убедительным свидетельством эффективности разработанной нами программы коррекционно-развивающих воздействий компонентов системы отношения к своему здоровью у студентов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Мышление в категориях «причина – следствие» и применение многомерного регрессионного анализа позволяют последовательно раскрывать смысл понятия «здоровье» вне зависимости от степени изученности в психологической науке сущности феномена болезни. Вычисление предикторов здоровья и построение прогностических регрессионных уравнений – один из возможных путей наполнения понятия «здоровья» позитивным содержанием, условие преодоления негативных определений этого явления лишь как отсутствия болезни. Здоровье в процессе такого исследования предстает как частично открытая многомерная и многоуровневая система, имеющая множество ментальных, поведенческих, соматических, коммуникативных и феноменологических проявлений, в совокупности отражающих достигнутые субъектом уровни адаптации к жизненным требованиям в различных бытийных сферах и одновременно уровни самостановления, самополагания и творчества себя в этих сферах. Преимущество такого подхода состоит в открывающейся перед субъектом возможности влияния на свое здоровье. Оно трактуется как результат, «побочный продукт» определенной системы действий, умений, способностей, интерпретаций, интенций и устремлений, по отношению к которым он обладает свободой выбора и которыми может управ-

лять. Это выбор в пользу «саногенного мышления» [175], и даже шире – «саногенного поведения».

2. Многомерность здоровья проявляется в различающихся списках предикторов, влияющих на показатели самооенок здоровья в разных сферах. При этом, «сквозные» предикторы (т.е. присутствующие в качестве компонентов регрессионных уравнений для большинства сфер здоровья) характеризуются различной степенью влиятельности в разных сферах. Такими «сквозными», т.е. интегрально обуславливающими здоровье не менее чем в четырех сферах, предикторами являются: 1) четвертый фактор Большой Пятерки (выражающийся в эмоциональной устойчивости личности), 2) стабильность как стиль атрибуций (выражающийся в склонности субъекта выделять неизменные с течением времени причины происходящего), и 3) толерантность по отношению к внутреннему прессингу (т.е. способность студента избегать стрессового состояния, не снижать качества учебной деятельности при обнаружении недостатков в самом себе).

3. Наиболее важными психологическими условиями здоровья студентов являются: 1) в физической сфере – толерантность по отношению к недостаткам собственной личности, 2) в психологической сфере – эмоциональная устойчивость личности, 3) в сфере «Уровень независимости» – импульсивность (понимаемая как свобода от избыточного самоконтроля), 4) в сфере социальных взаимоотношений – экспрессивность, 5) при восприятии внешней среды как здоровой – эмоциональная устойчивость личности, 6) в духовной сфере – предпочтение анализа проблемы, как стратегии совладания со стрессами и жизненными трудностями.

4. Влияние ряда предикторов на самооценки здоровья в разных сферах оказалось незначительным (не достигшим уровня статистической значимости). В некоторых случаях этот результат не согласуется с данными других исследователей, нашими изначальными гипотетическими предположениями, с житейской точкой зрения. К числу таких предикторов относятся: 1) все внешние прессинги, 2) поддержка семьи и общественных организаций, 3) факторы невротических наклонностей, 4) параметр глобальности в атрибутивных построениях испытуемых, 5) такие стратегии копингов, как «поиск виновных», «поиск поддержки» и «повышение самооценки». Однако многие из этих предикторов превраща-

ются в весьма влиятельные причины здоровья при учете фактора жизнестойкости в построении регрессионных уравнений.

5. Уровень жизнестойкости опосредует конкретный ассортимент, направление и степень влияния изученных нами предикторов на самооценки студентами здоровья в разных сферах. По мере роста жизнестойкости существенно увеличивается удельный вес копингов в обеспечении здоровья почти во всех его сферах. Более влиятельными также становятся личностные качества, охватываемые понятием «факторов Большой Пятерки». От одностороннего и незначительного, это влияние эволюционирует к почти всеобъемлющему, присутствующему в разных сферах здоровья. По мере роста жизнестойкости снижается влиятельность атрибутивных стилей. Наиболее важной формой социальной поддержки, независимо от уровня жизнестойкости студентов, является «поддержка друзей». Фактор прессингов (т.е. подверженности их стрессовому воздействию, или, наоборот, толерантности по отношению к ним), вопреки ожиданиям, оказался наименее влиятельным у испытуемых с низкой жизнестойкостью. Прессинги как предикторы здоровья оказались наиболее влиятельными у студентов со средней жизнестойкостью. Невротические наклонности как предиктор укрепления (или наоборот, утраты) здоровья, проявились в наибольшей степени в группе со средней жизнестойкостью, несколько меньше – у нестойких, и в наименьшей степени – у испытуемых с высокой жизнестойкостью.

6. С помощью формирующих воздействий, организованных с учетом результатов диагностики самооценок здоровья возможна достаточно эффективная оптимизация отношения студентов к собственному здоровью. Последствия прохождения коррективно-развивающей программы имеют системный характер и приводят к пробуждению познавательного интереса к проблематике здоровья, усилению мотивации к здоровому образу жизни.

ЗАКЛУЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Полисистемность здоровья, его многоуровневость, многокачественность, а также приверженность того, или иного исследователя определенной объяснительной парадигме, привели к появлению и разработке множества понятий, которые в настоящее время используются для раскрытия сущности психологического здоровья и его механизмов (выживание, устойчивость личности, ее гармония, субъективное благополучие, забота о себе, психологические защиты, стратегии и стили совладания со стрессом, адаптационный и личностный потенциал, ресурсы, восприятие социальной поддержки, атрибутивный стиль, саногенные аспекты Я, здоровьесберегающие личностные качества, внутренняя картина здоровья, жизнестойкость личности и др.). Жизнестойкость, которая проявляется как способность человека выдерживать ситуацию острого или хронического стресса, сохранять внутреннюю сбалансированность, не снижая при этом качества и успешности деятельности, является общей мерой психического здоровья человека. И жизнестойкость в целом, и отдельные ее компоненты (вовлеченность, контроль и принятие риска) у студентов – ключевой фактор сохранения работоспособности и здоровья в условиях переживания разного рода трудностей в учебной деятельности.

Чем выше жизнестойкость у студентов (как общая, так и по отдельным компонентам), тем более здоровыми себя они чувствуют. Как суммарный, так и парциальные показатели жизнестойкости положительно связаны с самооценками здоровья в разных сферах. Наиболее тесные связи обнаружены с оценками психологического, а наименее тесные – духовного здоровья. Наименьшее количество корреляций с самооценками здоровья – у показателя «Принятие риска», наибольшее – у «Вовлеченности». Вклад разных компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска) в хорошее самочувствие и переживание здоровья в разные субсферы различен.

Невротические наклонности организуют апперцептивную тенденцию, влияющую на внутреннюю картину здоровья у студентов. Наиболее благополучной является картина собственного здоровья у студентов с минимально выраженными невротическими наклонностями, а наименее благополучной – у испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями. Менее

всего повреждающему воздействию со стороны невротических наклонностей подвержено здоровье в физической и духовной сферах, а более всего – в психологической и в сфере «Окружающая среда». Наиболее опасной для здоровья является чрезмерная выраженность такой триады невротических наклонностей, как «стремление заключить свою жизнь в узкие рамки», «стремление к совершенству и неуязвимости» и «стремление к самодостаточности и неуязвимости». По мере усиления в структуре личности невротических наклонностей во внутренней картине здоровья 1) снижается роль духовно-мировоззренческого компонента и рефлексии релевантных ему проблем, 2) акцентируется проблематика сексуального здоровья, 3) происходит прагматизация оценок внешней среды, и 4) трансформируются стратегии и тактики противостояния физической боли и дискомфорту (они смещаются из когнитивно-регулятивной плоскости в защитно-эмоциональную). Высокие самооценки здоровья в разных сферах и субсферах чаще всего встречаются у студентов, использующих конструктивные копинги. Самооценки здоровья у студентов положительно коррелируют с показателями оптимистического атрибутивного стиля, особенно в психологической и духовной сферах. Психологические условия общего хорошего самочувствия и качества жизни студентов – эмоциональная стабильность (4-й фактор Большой Пятерки) и экстраверсия (1-й фактор Большой Пятерки). Высокие самооценки здоровья почти во всех сферах характерны для студентов, которые способны к восприятию разных видов социальной поддержки (исключая такой источник, как «Общественные организации»). Из всех источников социальной поддержки самым влиятельным оказался Значимый Другой. Показатели чувствительности к прессингам, вызывающим напряжение в процессе учебной деятельности в пяти проблемных областях (взаимоотношения со студентами, взаимоотношения с преподавателями, организация учебного процесса, условия обучения, собственные личностные качества) отрицательно связаны с самооценками здоровья в разных сферах и субсферах. Наиболее тесно с самооценками здоровья коррелировал показатель внутреннего прессинга (недовольство своими личностными качествами).

Жизнестойкость выступает в роли модератора воздействий ряда психологических факторов на внутреннюю картину здоровья у студентов. Самые низкие самооценки психологического здоро-

вья обнаружены при сочетании низкой жизнестойкости с выраженной установкой на поиск внешней поддержки. Высокая жизнестойкость в сочетании со слабо выраженной склонностью обращаться за внешней помощью – условие высоких самооценок в сфере «Уровень независимости». Средняя и особенно низкая жизнестойкость в сочетании с выраженным копингом «Поиск поддержки» – причина низких оценок студентами окружающей среды как здоровой. Испытуемые с высокой жизнестойкостью в сочетании со слабо выраженным самообвинительным копингом наиболее высоко оценивают свое психологическое здоровье, здоровье в сфере «Уровень независимости». Оптимистический стиль атрибуции в ситуациях достижений и успехов важен для ощущения себя здоровым студентами с низкой жизнестойкостью. Уровень жизнестойкости опосредует влияние факторов Большой Пятерки на все сферы здоровья. Менее жизнестойкими испытуемыми социальная поддержка воспринимается как более желательная и необходимая для того, чтобы справляться со стрессами. Жизнестойкость опосредует взаимосвязи между стресс-факторами учебной деятельности студентов и самооценками здоровья в разных сферах и субсферах. Студенты с более выраженной жизнестойкостью, более внимательны к особенностям и недостаткам учебного процесса в вузе, способны к субъективному отражению этих недостатков на «языке» собственной внутренней картины здоровья.

Посредством регрессионного анализа выделены предикторы, влияющие на показатели самооценок студентами здоровья в разных сферах. Наиболее влиятельными, присутствующими в качестве компонентов регрессионных уравнений для большинства сфер здоровья предикторами оказались четвертый фактор Большой Пятерки (эмоциональная устойчивость), стабильность (как параметр атрибутивного стиля) и толерантность по отношению к внутреннему прессингу (т.е. способность студента избегать стрессового состояния, не снижать качества учебной деятельности при обнаружении недостатков в самом себе). Наиболее важными психологическими условиями здоровья студентов являются: 1) в физической сфере – толерантность по отношению к недостаткам собственной личности, 2) в психологической сфере – эмоциональная устойчивость личности, 3) в сфере «Уровень независимости» – импульсивность (свобода от избыточного самоконтроля), 4) в сфере

социальных взаимоотношений – экспрессивность, 5) при восприятии внешней среды как здоровой – эмоциональная устойчивость личности, 6) в духовной сфере – копинг анализ проблемы. Уровень жизнестойкости опосредует конкретный ассортимент, направление и степень влиятельности предикторов в отношении внутренней картины здоровья студентов.

Коррекционно-развивающая программа, включающая в себя блоки 1) «самопознания, самопринятия, самоодобрения», «ситуационный», «антивиктимный», «саморегуляции эмоций» и «мотивационный» оказалась достаточно эффективной для оптимизации отношения к здоровью у студентов. Оптимизация произошла в познавательном (рост интереса к проблематике здоровья), эмоциональном (усиление «чувства здоровья») направлениях, а также в направлении предпочтения здоровьесберегающих форм повседневного поведения и поступков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л.М. Аболин. — Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1987. — 262 с.
2. Абрамова Г.С. Психология в медицине: Учеб. пособие / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдниц. — М.: ЛПА «Кафедра – М», 1998. — 272 с.
3. Абульханова К.А. Проблема соотношения личности, индивидуальности, субъекта / К.А. Абульханова // Современная личность: Психологические исследования / Отв. ред. М.И. Воловикова, Н.Е. Харламенкова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. — С. 17-35.
4. Авиценна (Абу Али Ибн Сина). Книга знания. Избранные философские произведения. — М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. — 750 с.
5. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / Адлер А.; пер. с нем. А.М. Боговикова. — М.: Фонд «За экономическую грамотность», 1995. — 296 с.
6. Адлер А. Наука жить / Адлер А.; пер с англ. и нем. — К.: Port-Royal, 1997. — 288 с.
7. Адлер А. Понять природу человека / Адлер А.; пер. с нем. — СПб.: Академический проект, 1997. — 256 с.
8. Айзенк Г. Структура личности / Айзенк Г.; пер. с англ. — СПб.: Ювента; М.: КСП+, 1999. — 464 с.
9. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Александер Ф.; пер. с англ. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. — (Серия «Психология без границ»).
10. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. — Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. — С. 82-90.
11. Американская социологическая мысль: Тексты / Под В.И. Добренкова. — М.: Изд-во Моск ун-та, 1994. — 496 с.
12. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1968. — 339 с.
13. Ананьев В.А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.
14. Андреева Г.М. Психология социального познания: Учеб. пособие / Г.М. Андреева. — М.: Аспект Пресс, 2000. — 288 с.
15. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Л.И. Анцыферова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. — 512 с. — (Достижения в психологии).
16. Аргайл М. Психология счастья / Аргайл М.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 271 с.

17. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию / Аронсон Э.; пер. с англ. М.А. Ковальчука. — М.: Аспект Пресс, 1998. — 517 с.

18. Асмолов А.Г. Психология личности: Культурно-историческое понимание развития человека / А.Г. Асмолов. — М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2007. — 528 с.

19. Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии / Балинт М.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2002. — 256 с.

20. Балтес Б.П. Всевозрастной подход в психологии развития: исследование динамики подъемов и спадов на протяжении жизни / П.Б. Балтес // Психологический журнал. — Т. 15. — № 1. — 1994. — С. 60-80.

21. Бандура А. Теория социального научения / Бандура А.; пер. с англ. — СПб.: Евразия, 2000. — 320 с.

22. Барабанщиков В.А. Системность. Восприятие. Общение / В.А. Барабанщиков, В.Н. Носуленко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. — 480 с.

23. Башмакова О.В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 – “Загальна психологія, історія психології” / О.В. Башмакова. — К., 2007. — 21 с.

24. Бек Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство / Бек Дж.С.; пер. с англ. — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. — 400 с.

25. Бергсон А. Творческая эволюция / Бергсон А.; пер. с франц. — М.: КАНОН-пресс; Кучково поле, 1998. — 384 с.

26. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Берн Э.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1988. — 400 с.

27. Берн Э. Транзактный анализ и психотерапия / Берн Э.; пер. с англ. — СПб.: Изд-во «Братство», 1992. — 224 с.

28. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: Избранные статьи / Бинсвангер Л.; пер с греч., лат., франц. — М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1999. — 336 с.

29. Бирхофф Г.У. Просоциальное поведение / Перспективы социальной психологии / Ред.-сост. М. Хьюстон, В. Штребе, Дж.М. Стефенсон; пер. с англ. — М.: ЭКСМО, 2001. — С. 398-420.

30. Блумер Г. Общество как символическая интеракция // Современная зарубежная социальная психология. Тексты / Под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. — С. 173-179.

31. Богучарова О.І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец. 19.00.01 “Загальна психологія, історія психології” / О.І. Богучарова. — К., 2013. — 39 с.

32. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. — М.: ПЕР СЭ, 2000. — 352 с.
33. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 528 с.
34. Болтвівець С.І. Теоретико-методичні засади педагогічної психогігії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец. 19.00.07 – “Педагогічна та вікова психологія” / С.І. Болтвівець. — К., 2005. — 47 с.
35. Бондырева С.К. Выживание (факторы и механизмы) / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов. — М.: Изд-во Московского психологического социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2007. — 368 с.
36. Борневассер М. Стресс в условиях труда // Иностранная психология. — 1994. Т. 2. — № 1(3). — С. 44-51.
37. Брайт Дж. Стресс. Теория, исследования, мифы / Брайт Дж., Джонс Ф.: пер. с англ. А. Боричев и др. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2003. — 352 с. — (Проект «Психология-Best»).
38. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии / Б.С. Братусь // Вопросы психологии. — 1997. — №5. — С. 3-20.
39. Браун Дж. Социокультурные ориентации сознания в отношении к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму / Дж. Браун, Н.Л. Русинова // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б.М. Фирсов. — СПб., 1996. — С. 132-159.
40. Брушлинский А.В. Психология субъекта / А.В. Брушлинский. — М.: Институт психологии РАН; СПб.: Алетейя, 2003. — 272 с.
41. Валуева Е.А. Диагностика эмоциональной креативности: адаптация опросника Дж. Эверилла / Е.А. Валуева // Социальный и эмоциональный интеллект: От процессов к измерениям / Под ред. Д.В. Любина, Д.В. Ушакова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — С. 216-227.
42. Васильева О.С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. — Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. — 480 с.
43. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с.
44. Вернадский В.И. Биосфера и ноосфера / В.И. Вернадский. — М.: Наука, 1989. — 261 с.
45. Викторов П.П. Учение о личности и настроениях / П.П. Викторов // Общие основы учения о личности, чувствах и настроениях в связи с вопросами усовершенствования и вырождения человека. Вып I. — М.: Изд. Д.П. Ефимова, 1903. — 210 с.

46. Викторов П.П. Учение о личности и настроениях / П.П. Викторов // Дальнейшее развитие учения об основах личности, чувств, настроений в связи с вопросами усовершенствования и вырождения человека. Вып. II. — М.: Изд. Магазин «Книжное дело», 1904. — 188 с.

47. Винникотт Д.В. Ребенок, семья и внешний мир / Винникотт Д.В.; пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016. — 256 с. — (Теория и практика психоанализа).

48. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с. — (Серия «Практическая психология»).

49. Герген К.Дж. Социальная конструкция в контексте / Герген К.Дж.; пер. с англ. — Х.: Изд-во «Гуманитарный центр», 2016. — 328 с.

50. Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности: Учебное пособие / Ж.М. Глозман. — М.: Изд. Центр «Академия», 2002. — 208 с.

51. Гнатюк О.В. Формування в учнів молодшого шкільного віку уявлення про здоров'я як особистісну цінність: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 — «Педагогічна та вікова психологія» / О.В. Гнатюк. — К., 2008. — 25 с.

52. Голдберг Л.Р. Межкультурное исследование лексики личностных черт: "Большая пятерка" факторов в английском и русском языках / Л.Р. Голдберг, А.Г. Шмелев // Психологический журнал. — 1993. — Т. 14. — № 4. — С. 32-39.

53. Голдберг Э. Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия» / Голдберг Э.; пер. с англ. — М.: Поколение, 2007. — 384 с.

54. Гордеева Т.О. Диагностика оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач: Опросник СТОУН / Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, В.Ю. Шевяхова. — М.: Смысл, 2009. — 152 с.

55. Горяча Т.С. Особливості психічного здоров'я в осіб із «соматогенною фрустрацією»(на прикладі хворих на остеохондроз): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 — «Медична психологія» / Т.С. Горяча. — Х., 2007. — 21 с.

56. Грановская Р.М. Защита личности: психологические механизмы / Р.М. Грановская, И.М. Никольская. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.

57. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, Смерть и Трансценденция в психотерапии / Гроф С.; пер. с англ. — М.: Центр «Соцветие», 1992. — 336 с.

58. Гроф С. Психология будущего. Уроки современных исследований сознания / Гроф С.; пер. с англ. — М.: ООО «Издательство АСТ», 2001. — 476 с.

59. Гроф С. Исцеление наших самых глубоких ран. Холотропный сдвиг парадигмы / Гроф С.; пер. с англ. — М.: Ганга, 2013. — 400 с.

60. Давыдовский И.В. Общая патология человека / И.В. Давыдовский. — М.: Медицина, 1969. — 610 с.
61. Даниленко О.И. Индивидуальность в контексте культуры: психология душевного здоровья / О.И. Даниленко. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. — 193 с.
62. Декарт Р. Страсти души // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.В. Гишпенрейтер, М.В. Фаликман. — М.: ЧеРо, 2002. — С. 39-48.
63. Джидарьян И.А. Психология счастья и оптимизма / И.А. Джидарьян. — М.: Изд-во «Институт Психологии РАН», 2012. — 268 с.
64. Джонсон Р. Проживая свою непрожитую жизнь / Джонсон Р., Рупль Дж.; пер. с англ. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2017. — 248 с.
65. Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2007. — 950 с.
66. Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. — М.: Мысль, 1979. — 622 с.
67. Дубровина И.В. Психологические аспекты психического здоровья детей и школьников / И.В. Дубровина // Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. — М.: Академия, 1997. — С. 7-19.
68. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Дюркгейм Э.; пер с фр. — М.: Мысль, 1994. — 399 с.
69. Емельянова Е.В. Скажи депрессии «Прощай!», или Как избавиться от проблем / Е.В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2008. — 320 с.
70. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 320 с. — (Серия «Как стать психологом»).
71. Еттінген Г. Перегляд позитивного мислення: на основі нової науки про мотивацію / Еттінген Г.; пер. з англ. — К.: Наш Формат, 2015. — 208 с.
72. Журавлев А.Л. Социально-психологическое пространство личности / А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. — 496 с.
73. Занюк С.С. Психология мотивации. Теория и практика мотивирования. Мотивационный тренинг / С.С. Занюк. — К.: Эльга-Н; Ника-Центр, 2001. — 352 с. — (Сер. «Новейшая психология»; Вып. 7).
74. Зарицька В.В. Теоретико-методологічні основи розвитку емоційного інтелекту у контексті професійної підготовки: монографія / В.В. Зарицька. — Запоріжжя: КПУ, 2010. — 304 с.

75. Зелінська Т.М. Амбівалентність особистості: Теорія, діагностика і психокорекція: Навч. посібн / Т.М. Зелінська. — К.: Каравела, 2010. — 256 с.

76. Иванченко Г.В. Забота о себе: история и современность / Г.В. Иванченко. — М.: Смысл, 2009. — 304 с.

77. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. — СПб.: Питер, 2001. — 464 с. — (Серия «Учебник нового века»).

78. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии. — 1993. — № 1. — С. 86-88.

79. Калина Н.Ф. Основы юнгианского анализа сновидений / Н.Ф. Калина, И.Г. Тимошук. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер., 1997. — 304 с.

80. Карпов А.В. Категория субъекта и современный метакогнитивизм / А.В. Карпов // Субъектный подход в психологии / Под ред. А.Л. Журавлева, В.В. Знакова, З.И. Рябикиной, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — С. 67-81.

81. Капрара Дж. Психология личности / Капрара Дж., Сервон Д.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 640 с. — (Серия «Мастера психологии»).

82. Карсон Р. Аномальная психология / Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.; пер. с англ. — 11-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 1167 с. — (Серия «Мастера психологии»).

83. Кеннон В. Физиология эмоций. Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости / Кеннон В.; пер. с англ. — Л.: Прибой, 1927. — 175 с.

84. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л.А. Китаев-Смык. — М.: Академический проект, 2009. — 943 с. — (Технологии психологии).

85. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы / Е.А. Климов. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1969. — 277 с.

86. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / Кляйн М.; пер. с англ. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 96 с.

87. Князев Г.Г. Пятифакторная структура личности в процессе развития (по данным родителей и самооценки) / Г.Г. Князев, Е.Р. Слободская // Психологический журнал. — 2005. — Т.26 — № 6. — С. 69-77.

88. Князев Г.Г. Валидизация русскоязычной версии опросника Л. Голдберга «Маркеры факторов "Большой Пятерки"» / Г.Г. Князев, Л.Г. Митрофанова, В.А. Бочаров // Психологический журнал — 2010. Т. 31. — № 5. — С. 100-110.

89. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.

90. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо и др.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
91. Колесов Д.В. Состояния человека (семантика, психология, медицина): Учебное пособие / Д.В. Колесов, Д.Д. Колесов. — М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2008. — 704 с. — (Серия «Библиотека психолога»).
92. Колотій Н.М. Психологічне здоров'я підлітків та його оцінка в умовах загальноосвітнього навчального закладу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 — “Педагогічна та вікова психологія” / Н.М. Колотій. — Х., 2003. — 20 с.
93. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. — М.: Наука, 1980. — 256 с.
94. Конфуций. Лунь юй / Пер. с кит., коммент. Л.С. Переломова: Факсимильный текст "Лунь юя" с коммент. Чжу Си: К 2550-летию Конфуция. — М.: Вост. Лит., 1998. — 590 с.
95. Корнилова Т.В., Апробация краткого опросника Большой пятёрки (ТІРІ, КОБТ) / Т.В. Корнилова, М.А. Чумакова // Психологические исследования. — 2016. — Т. 9. — № 46. — С. 5. Электронный ресурс: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1259-kornilova46.html>
96. Короленко Ц.П. Сексуальность в постсовременном мире / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. — М.: Академический проект; Культура, 2011. — 326 с.
97. Корытова Г.С. Модификация психодиагностической методики «MSPSS» для изучения ресурсов совладания / Г.С. Корытова // Современные наукоемкие технологии. — 2007. — № 3. — С. 77-80.
98. Кохан В.Г. Діяльність військового керівника по збереженню психічного здоров'я військовослужбовців: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.09 — “Психологія праці в особливих умовах” / В.Г. Кохан. — Хмельницький, 2003. — 19 с.
99. Кохут Х. Анализ самости: Системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Кохут Х.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2003. — 368 с. — (Серия «Современная психотерапия»).
100. Кохут Х. Восстановление самости / Кохут Х.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2002. — 316 с. — (Серия «Современная психотерапия»).
101. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини / І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич. — Луцьк: РВВ-Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. — 430 с.
102. Кочарян А.С. Нарушения эмоционального контакта у женщин при синдроме токсической любви / А.С. Кочарян, Е.В. Фролова, И.В. Гурговая // Вісник ХНУ. Серія «Психологія». — 2008. — № 807. — С. 173-178.

103. Кочарян Г.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
104. Красильников Г.Т. и др. Внутренняя картина здоровья как медико-психологическая проблема / Г.Т. Красильников, Л.Н. Сыч, Л.Л. Галина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1996. — № 2. — С. 19-21.
105. Кришталь В.В. Сексология. Учебное пособие / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.
106. Кроссли М.Л. Нарративная психология. Самость, психологическая травма и конструирование смыслов / Кроссли М.Л.; пер. с англ. О.В. Гритчиной. — Х.: Гуманитарный центр, 2013. — 284 с.
107. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: дисс. ...доктора психол. наук: 19.00.13 — психология развития, акмеология / Крюкова Татьяна Леонидовна. — Кострома, 2005. — 473 с.
108. Кряж И.В. Психология глобальных экологических изменений: монография / И.В. Кряж. — Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2012. — 512 с.
109. Кузнецов М.А. Специфика эмоциональных переживаний в условиях предэкзаменационного стресса у студентов, стремящихся к успеху и ориентированных на избегание неудачи / М.А. Кузнецов, А.В. Егорова // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. — К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. — № 26 (50). — Частина I. — С. 280-286.
110. Кузнецов М.А. Специфіка реагування на екзаменаційний стрес у студентів з різними рівнями емоційної креативності / М.А. Кузнецов, Н.Ю. Діомідова // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. — Психологія. Випуск 35. — Х.: ХНПУ, 2010. — С. 149-154.
111. Кузнецов М.А. Емоційне вигорання вчителів: Основні закономірності динаміки / М.А. Кузнецов, О.В. Грицук. — Х.: ХНПУ, 2011. — 206 с.
112. Кукуруза А.В. Характеристика внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией. [Электронный ресурс] / А.В. Кукуруза, Е.А. Кириллова, Е.Э. Беляева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
113. Куликов Л.В. Психология настроения / Л.В. Куликов. — СПб.: Изд-во Санкт-Петерб. ун-та, 1997. — 329 с.
114. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие / Л.В. Куликов. — СПб.: Питер, 2004. — 464 с.
115. Куль Ю. Сила собственного «Я». Семь психогимнастик для бессознательного / Куль Ю., Шторх М.; пер. с нем. — Х.: Изд-во «Гуманитарный Центр», 2015. — 324 с.

116. Куницына В.Н. Межличностное общение. Учебник для вузов / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. — СПб.: Питер, 2001. — 544 с.
117. Купер К.Л. Организационный стресс. Теории, исследования и практическое применение / Купер К.Л., Дэйв Дж., О'Драйсколл М.П.; пер. с англ. — Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. — 336 с.
118. Кьеркегор С. Страх и трепет / Кьеркегор С.; пер. с дат. — М.: Республика, 1993. — 383 с. — (Библиотека этической мысли).
119. Кэмерон-Бендлер Л. Заложник эмоций. Как спасти вашу эмоциональную жизнь / Кэмерон-Бендлер Л., Лебо М.; пер. с англ. — Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1999. — 256 с. — (Сер. «Психотерапия новой волны»).
120. Лаак Я.Т. Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания / Лаак Я.Т., Брутман Г.; пер. с англ. — М.: Книжный дом «Университет», 2003. — 112 с.
121. Лао-Цзы. Дао-де-цзин. Электронный ресурс:
122. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. — М.: АСТ; АСТ МОСКВА, 2007. — С. 410-433.
123. Латынов В.В. Дискурс и психологическое самочувствие личности / В.В. Латынов // Дискурс в современном мире. Психологические исследования / Отв. ред. Н.Д. Павлова, И.А. Зачесова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. — С. 194-204.
124. Леви-Строс К. Структурная антропология / Леви-Строс К.; пер. с фр. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 512 с.
125. Левченко В.В. Позитивная психология: учеб. пособие / В.В. Левченко. — М.: ФЛИНТА, 2014. — 258 с.
126. Леонтьев А.Н. Образ мира / Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. В 2-х т. Т. II. — М.: Педагогика, 1983. — С. 251-261.
127. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.
128. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2002. — С. 56-65.
129. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. — М.: Смысл, 2003. — 487 с.
130. Леонтьев Д.А. К дифференциальной антропологии / Наука и будущее: идеи, которые изменяют мир: Материалы международной конференции / Д.А. Леонтьев. — М., 2004. — С. 107-109.

131. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
132. Лісова О.С. Критерії психологічної діагностики і типологія внутрішньої картини здоров'я // Психологічні перспективи: Зб. наукових праць Волинського національного університету ім. Лесі Українки. — Вип. 14. — Луцьк, 2009. — С. 15-24.
133. Либин А.В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций / А.В. Либин. — М.: Смысл, 1999. — 532 с.
134. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации / А.В. Либина. — М.: Эксмо, 2008. — 400 с.
135. Линдеман Х. Аутогенная тренировка / Линдеман Х.; пер. с англ. — Минск: Попурри, 2000. — 192 с.
136. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. — М.: Наука, 1984. — 444 с.
137. Лоренц К. Обратная сторона зеркала / Лоренц К.; пер. с англ. — М.: Республика, 1998. — 493 с.
138. Лэнг Р. Расколотое «Я»: Анти-психиатрия / Лэнг Р.; пер. с англ. — СПб.: Белый кролик, 1995. — 352 с.
139. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия / Лэнгле А.; пер. с нем. — М.: Генезис, 2004. — 128 с.
140. Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессии / Лэнгле А.; пер. с нем. — М.: Генезис, 2010. — 128 с.
141. Лэнгле А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования / Лэнгле А., Уколова Е.М., Шумский В.Б.; пер. с нем. — М.: Логос, 2014. — 556 с.
142. Любомирски С. Психология счастья. Новый подход / Любомирски С.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2014. — 352 с.
143. Магнуссон Д. Ситуационный анализ: эмпирические исследования соотношений выходов и ситуаций // Психологический журнал. — 1983. — Т.4. — № 2. — С. 28-33.
144. Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решений / С. Мадди // Психологический журнал. — 2005. — Т. 26. — №6. — С. 87-101.
145. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Мак-Вильямс Н.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Клас», 2007. — 480 с.
146. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 16-24.
147. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / МакМаллин Р.; пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с.

148. Максименко С.Д. Генезис существования личности / С.Д. Максименко. — К.: Изд-во ООО «КММ», 2006. — 240 с.
149. Максименко С.Д. Людина і здоров'я / Психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. І.Ф. Прокопенка / С.Д. Максименко, Т.Б. Хомуленко. — Х.: Фоліо, 2012. — С. 824-846.
150. Малер М.С. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация / Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2011. — 413 с. — (Библиотека психоанализа).
151. Мамайчук И.И. Внутренняя картина здоровья детей и подростков // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — С. 437-465.
152. Маркузе Г. Эрос и цивилизация. Одномерный человек: Исследование идеологии развитого индустриального общества / Маркузе Г.; пер. с англ. — М.: ООО "Издательство АСТ", 2002. — 526 с.
153. Мартенс Й.-У. Самомотивация. Искусство мотивировать себя / Мартенс Й.-У., Куль Ю.; пер. с нем. — Х.: Изд-во «Гуманитарный Центр», 2017. — 320 с.
154. Маслоу А. Психология бытия / Маслоу А.; пер. с англ. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 300 с.
155. Маслоу А. Мотивация и личность / Маслоу А.; пер. с англ. — СПб.: Евразия, 1999. — 478 с.
156. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / Маслоу А.; пер. с англ. — М.: Смысл, 1999. — 424 с.
157. Медицинская поэзия средневековья: Валафрид Страбон. Садик, Одо из Мена. О свойствах трав, Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья.; пер. с лат. — М.: Интербук, 1992. — 224 с.
158. Медична психологія. Підручник / [Максименко С.Д., Коваль І.А., Максименко К.С., Папуча М.В.]. За ред. акад. С.Д. Максименка. — Вінниця: Нова Книга, 2008. — 520 с.
159. Менегетти А. Система и личность / А. Менегетти; пер. с ит. — М.: Серебряные нити, 1996. — 128 с.
160. Мерлин В.С. Психология индивидуальности: Избранные психологические труды / В.С. Мерлин. — М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2005. — 544 с. — (Серия «Психологи России»).
161. Молчанова О.Н. Самооценка: Теоретические проблемы и эмпирические исследования: учеб. пособие / О.Н. Молчанова. — М.: Флинта; Наука, 2010. — 392 с.
162. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека / В.И. Моросанова; Ин-т психологии РАН; Психологический ин-т РАО. — М.: Наука, 2010. — 519 с.
163. Мэй Р. Проблема тревоги / Мэй Р.; пер. с англ. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 432 с. — (Серия «Психология. XX век»).

164. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. — 426 с.
165. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии А.А. Налчаджян. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Эксмо, 2010. — 368 с. — (Психологическое образование).
166. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. — 1997. — Т. 18. — № 5. — С. 20-30.
167. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А.Д. Наследов. — СПб.: Речь, 2004. — 392.
168. Немировский К. Винникотт и Когут: Новые перспективы в психоанализе, психотерапии и психиатрии: Интерсубъективность и сложные психические расстройства / Немировский К.; пер. с исп. — М.: Когито-Центр, 2010. — 217 с. — (Серия «Библиотека психоанализа»).
169. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения / Т.А. Немчин. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. — 167 с.
170. Овчинникова О.В. Экспериментальное исследование эмоциональной напряженности в ситуации экзамена / О.В. Овчинникова, Э.Ю. Пунг // Психологические исследования. Вып. 4 / Под ред. А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. — С. 49-56.
171. Одинцова В.В. Анализ ситуационных различий в тестовых нормах (на примере тест-опросника "Большая пятерка") / В.В. Одинцова, А.Г. Шмелев // Вопросы психологии. — 2006. — № 6. — С. 143-146.
172. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости: учебное пособие / М.А. Одинцова. — М.: ФЛИНТА; Наука, 2015. — 296 с.
173. Олефір В.О. Мотиваційно-особистісні фактори професійної успішності рятувальників / В.О. Олефір, С.О. Скліаров. — Х.: УПА, 2011. — 183 с.
174. Оллпорт Г. Личность в психологии / Оллпорт Г.; пер. с англ. — М.: КСП+, СПб.: Ювента (При участии психологического центра «Ленато»), 1998. — 345 с.
175. Оллпорт Г. Становление личности: Избранные труды / Оллпорт Г.; пер. с англ. — М.: Смысл, 2002. — 462 с.
176. Орлов Ю.М. Оздоровляющее (саногенное) мышление / Ю.М. Орлов. — М.: Слайдинг, 2006. — 96 с. — (Серия: «Управление поведением»).
177. Осницкий А.К. Структура и функции регуляторного опыта в развитии субъектности человека // Субъект и личность в психологии саморегуляции / Под ред. В.И. Моросановой. — М. – Ставрополь: ПИ РАО, СевКавГТУ, 2007. — С. 233-256.

178. Падун М.А. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика / М.А. Падун, А.В. Котельникова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. — 206 с.
179. Панов В.И. Экологическая психология: Опыт построения методологии / В.И. Панов. — М.: Наука, 2004. — 197 с.
180. Перлз Ф. Гештальт-семинары / Ф. Перлз; пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. — 325 с.
181. Перлз Ф. Гештальт-подход, Свидетель терапии Ф. Перлз; пер. с англ. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 224 с.
182. Платон. Собрание сочинений в четырех томах. Том 4. / Общ. ред. А.Ф. Лосева, Я.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. Пер. с древнегреч. А.Н. Егунова, С.П. Кондратьева, С.Я. Шейнман-Топштейн и др. — М.: Изд-во «Мысль», 1994. — Российская Академия наук. Институт философии. Серия «Философское наследие». Т. 121.
183. Познание человека человеком (возрастной, гендерный, этнический и профессиональный аспекты) / Под ред. А.А. Бодалева, Н.В. Васиной. — СПб.: Речь, 2005. — 324 с.
184. Потапчук Є.М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец. 19.00.09 – «Психологія праці в особливих умовах» / Є.М. Потапчук. — Хмельницький, 2004. — 31 с.
185. Почебут Л.Г. Социальная психология / Л.Г. Почебут, И.А. Мейжис. — СПб.: Питер, 2010. — 672 с. — (Серия: «Мастера психологии»).
186. Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. — СПб.: Питер, 2008. — 384 с.
187. Психологическая защита: направления и методы / [Маликова Т.В., Михайлов Л.А., Соломин В.П., Шатровой О.В.]. — СПб.: Речь, 2008. — 231 с.
188. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Навчальний посібник / [М.С. Корольчук, М.В. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергина]. Заг. ред. М.С. Корольчука. — К.: Фірма «ІНКОС», 2002. — 272 с.
189. Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы / Отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. — 624 с.
190. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 607 с.
191. Психология индивидуальности: Новые модели и концепции / Под ред. Е.Б. Старовойтенко, В.Д. Шадрикова. — М.: НОУ ВПО МПСИ, 2009. — 384 с.

192. Психология современного лидерства: Американские исследования / Под. ред. Дж. Канджеми, К.Дж. Ковальски, Т.Н. Ушаковой. — М.: Когито-Центр, 2007. — 288 с.

193. Райх В. Функция оргазма. Основные сексуально-экономические проблемы биологической энергии / Райх В.; пер. с нем. — СПб.: Университетская книга; М.: АСТ, 1997. — 303 с.

194. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся практикующих психологов / Райх В.; пер. с нем., англ. — М.: ТЕРРА – Книжный клуб; Республика, 1999. — 464 с.

195. Реан А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. — 479 с. — (Психология – лучшее).

196. Римские стоики. Сенека, Эпиктет, Марк Аврелий. — М.: Терра-Книжный Клуб, Республика, 1995. — 543 с.

197. Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление человека / Роджерс К.; пер. с англ. — М.: Издательская группа «Прогресс» – «Универс», 1994. — 480 с.

198. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия / Роджерс К.; пер. с англ. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 317 с.

199. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / Роджерс К.; пер. с англ. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 464 с.

200. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. — 2000. — № 1 (21). — С. 12-30.

201. Росс Л. Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии / Росс Л., Нисбетт Р.; пер. с англ. — М.: Аспект-Пресс, 1999. — 429 с.

202. Рудина Л.М. Коучинг эпохи перемен // Психотерапия. Специальный выпуск. Материалы Международной конференции «Психотерапия и консультирование: технологии и духовное измерение» (Москва, 10-11 октября 2009 г.) / Л.М. Рудина. — 2009. — №9. — С. 74-85.

203. Русалов В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования / В.М. Русалов. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. — 528 с. — (Серия: «Достижения в психологии»).

204. Русина Н.А. Копинг-ресурсы личности как основа ее здоровья / Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. — С. 197-216.

205. Саенко Ю.В. Регуляция эмоций: тренинги управления чувствами и настроениями / Ю.В. Саенко. — СПб.: Речь, 2010. — 232 с. — (Серия «Психологический тренинг»).

206. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Салливан Г.С.; пер. с англ. — СПб.: Ювента, М.: КСП+, 1999. — 347 с.
207. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Телесные технологии. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 256 с. — (Серия «Учебное пособие»).
208. Сапронов Д.В. Личностный динамизм и его диагностика / Д.В. Сапронов, Д.А. Леонтьев // Психологическая диагностика. — 2007. — № 1. — С. 66-84.
209. Сас Т. Миф душевной болезни / Сас Т.; пер. с англ. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. — 421 с. — (Психологические технологии).
210. Св. Максим Исповедник. О страстях и помыслах // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.В. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. — М.: ЧеРо, 2002. — С. 37-38.
211. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / М. Селигман; пер. с англ. — М.: Издательство «София», 2006. — 368 с.
212. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и на свою жизнь / М. Селигман; пер. с англ. — М.: Альпина Паблишер, 2015. — 338 с.
213. Селье Г. Стресс без дистресса / Селье Г.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1982. — 125 с.
214. Сергиенко Е.А. Контроль поведения как субъектная регуляция / Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, Ю.В. Ковалева. — М.: Издательство «Институт психологии РАН, 2010. — 352 с. (Экспериментальные исследования).
215. Сиерес Д. О различных подходах к понятию “здоровье” / Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. — 1998. — Т. 5. — № 1. — С. 7-16.
216. Сірко Р.І. Психічне здоров'я у старшому юнацькому віці як предмет психологічного аналізу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 – “Загальна психологія, історія психології” / Р.І. Сірко. — К., 2002. — 20 с.
217. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Сирота. — Бишкек, 1994. — 283 с.
218. Скиннер Б.Ф. Оперантное научение // История зарубежной психологии. Тексты (30-е – 60-е годы XX века) / Под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. — С. 59-95.
219. Скиннер Б.Ф. По ту сторону свободы и достоинства / Скиннер Б.Ф.; пер. с англ. — М.: Оперант, 2015. — 192 с.
220. Скиннер Р. Семья и как в ней уцелеть / Р. Скиннер, Дж. Клииз; пер с англ. — М.: Независимая фирма «Клас», 1995. — 272 с.

221. Скиннер Р. Жизнь и как в ней выжить / Скиннер Р., Клииз Д.; пер. с англ. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 368 с.

222. Смирнов В.М. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» / В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — С. 38-62.

223. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. — 474 с. — (Интеграция академической и университетской психологии).

224. Созонтов А.Е. Гедонистический и эвдемонистический подходы к проблеме психологического благополучия / А. Е. Созонтов // Вопросы психологии. — 2006. — №4. — С. 105-114.

225. Соловьева С.Л. Ресурсы личности. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 30.06.2010)

226. Спиноза Б. Этика / Б. Спиноза. — Минск: Харвест, М.: АСТ, 2001. — 336 с.

227. Стиль человека: психологический анализ / Под. Ред. А.В. Либина. — М.: Смысл, 1998. — 310 с.

228. Стишенок И.В. Тренинг уверенности в себе. Развитие и реализация новых возможностей / И.В. Стишенок. — СПб.: Речь, 2012. — 230 с.

229. Страх в работе менеджеров: Психология и инновационный менеджмент / Под ред. Й. Фраймута; пер. с нем. О.А. Шепиловой, И.В. Развалаевой. — Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2005. — 416 с.

230. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. — 512 с. — (Психология социальных явлений).

231. Стюарт Я. Современный транзактный анализ / Стюарт Я., Джойнс В.; пер. с англ. — СПб.: Социально-психологический центр, 1996. — 330 с.

232. Тартанг Тулку Ринпоче. Жест равновесия; пер. с англ. — К: REFL-book, 1994. — 288 с.

233. Тейлор Ш. Социальная психология / Ш. Тейлор, Л. Пипло, Д. Сирс; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2004. — 767 с.

234. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Под ред. К. Бейкера, А.Я. Варги. — М.: Когито-Центр, 2005. — 496 с.

235. Тиллих П. Мужество быть / П. Тиллих. Избранное. — М.: Изд-во «Юристъ», 1995. — С. 7-131.

236. Тищенко П.Д. Геномика, здоровье и биотехнологический антропогенез // Мир психологии. — 2000. — № 1 (21). — С. 31-54.

237. Тримаскина И.В. Тренинг эмоционального интеллекта / И.В. Тримаскина, Д.Б. Тарантин, С.В. Матвиенко. — СПб.: Речь, 2010. — 157. — (Серия «Психологический тренинг»).
238. Уайнхолд Б. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд. — М.: Независимая фирма «Класс», 2002. — 224 с.
239. Уайнхолд Б. Противозависимость: бегство от близости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд. — Каменец-Подольский: Аксиома, 2009. — 328 с.
240. Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / Уайт М.; пер. с англ. — М.: Генезис, 2010. — 326 с.
241. Фернхем А. Личность и социальное поведение / Фернхем А., Хейвен П.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2001. — 368 с.
242. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 – “общая психология, история психологии” / П.П. Фесенко. — М., 2005. — 206 с.
243. Фетискин Н.П. Методика изучения монотоностойчивости личности / Н.П. Фетискин // Психологический журнал. — 1991. — Т. 12. — № 2. — С. 120-128.
244. Филиппов А.В. Ситуация как элемент психологического тезауруса / А.В. Филиппов, С.В. Ковалев // Психологический журнал. — 1986. — Т. 7. — № 1. — С. 14-21.
245. Философские сюжеты Эрика Эриксона: Переводы работ американского психоаналитика / Под общ. ред. П.С. Гуревича. — М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. — 416 с.
246. Франкл В. Человек в поисках смысла / Франкл В.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1990. — 367 с.
247. Франкл В. Сказать жизни «Да»: психолог в концлагере / Франкл В.; пер. с нем. — М.: Смысл, 2007. — 173 с.
248. Фрейд А. Эго и механизмы защиты / Фрейд А.; пер. с англ. — М.: Изд-во ЭКСМО, 2003. — 256 с.
249. Фрейд З. О психоанализе. Пять лекций // Хрестоматия по истории психологии. Период открытого кризиса (начало 10-х годов – середина 30-х годов XX в.) / Под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. — М.: Изд-во Моск ун-та, 1980. — С. 148-184.
250. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / Фрейд З.; пер. с нем. — М.: Наука, 1989. — 455 с.
251. Фрейд З. Психология бессознательного / Фрейд З.; пер. с нем. и англ. — М.: Просвещение, 1989. — 448 с.
252. Фрейд З. Толкование сновидений / Фрейд З.; пер. с нем. — К.: Здоров'я, 1991. — 384 с.
253. Фромм Э. Бегство от свободы / Фромм Э.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1990. — 272 с.

254. Фромм Э. Иметь или быть? / Фромм Э.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1990. — 336 с.

255. Фромм Э. Человек для себя. Исследование психологических проблем этики / Фромм Э.; пер. с англ. — Минск: Коллегиум, 1992. — 253 с.

256. Фромм Э. Душа человека / Фромм Э.; пер. с нем., англ. — М.: Республика, 1992. — 430 с.

257. Фромм Э. Психоанализ и этика / Фромм Э.; пер. с англ. — М.: Изд-во «Республика», 1993. — 415 с.

258. Фромм Э. Здоровое общество / Фромм Э.; пер. с англ. — М.: Аст, Хранитель, 2006. — 544 с.

259. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Фрэнкин Р.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 651 с.

260. Фуко М. Герменевтика субъекта (выдержки из лекций в Коллеж де Франс 1981–1982 гг.); пер. с англ., нем., франц. // Социо-Логос, Вып. 1 / Под ред. В.В. Винокурова, А.Ф. Филиппова. — М.: Прогресс, 1991. — 480 с.

261. Харнер М. Путь шамана / Харнер М.; пер. с англ. — М.: Сфинкс, 1999. — 128 с.

262. Харрис Т.А. Я – о'кей, ты – о'кей / Харрис Т.А.; пер. с англ. — М.: Смысл, 1997. — 328 с.

263. Холлис Дж. Жизнь как странствие: Вопросы и ответы / Холлис Дж.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2009. — 184 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

264. Холлис Дж. Мифологемы. Воплощения невидимого мира / Холлис Дж.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2010. — 184 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

265. Холлис Дж. Обретение смысла во второй половине жизни. Как наконец стать по-настоящему взрослым / Холлис Дж.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2012. — 334 с. — (Серия «Юнгианская психология»).

266. Холодная М.А. Когнитивные стили: О природе индивидуального ума / М.А. Холодная. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 304 с.

267. Хомуленко Т.Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід: Навч.-метод. посіб. / Т.Б.Хомуленко, І.О.Філенко, К.І.Фоменко, О.С.Шукалова, М.В.Коваленко. — Х.: Діса плюс, 2015. — 264 с.

268. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни; пер. с англ. — М.: Издательская группа «Прогресс» — «Универс», 1993. — 480 с.

269. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни // Психоанализ и культура. — М.: Юрист, 1995. — С. 5-190.

270. Хорни К. Невроз и развитие личности / К. Хорни; пер. с англ. Л.В. Трубициной. — М.: Смысл, 1998. — 375 с.
271. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие / А.Б. Хромов. — Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. — 23 с.
272. Чебыкин А.Я. Эмоциональная регуляция учебно-познавательной деятельности / А.Я. Чебыкин. — Одесса, 1992. — 168 с.
273. Черноушек М. Психология жизненной среды / М. Черноушек; пер. с чеш. — М.: Мысль, 1989. — 174, с.
274. Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания / М. Чиксентмихайи; пер. с англ. — М.: Смысл; Альпина-нон-фикшн, 2011. — 461 с.
275. Чиксентмихайи М. В поисках потока: психология включенности в повседневность / Чиксентмихайи М.; пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2011. — 194 с.
276. Шадриков В.Д. Психология деятельности и способности человека: Учебное пособие / В.Д. Шадриков. — М.: Издательская корпорация «Логос», 1996. — 320 с.
277. Шапиро Д. Невротические стили / Шапиро Д.; пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. — 197 с.
278. Шапиро Д. Автономия и ригидная личность / Шапиро Д.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2009. — 160 с.
279. Шапиро Д. Динамика характера: Саморегуляция при психопатологии / Шапиро Д.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2009. — 216 с.
280. Шапкин С.А. Мотивационно-волевые детерминанты адаптации оператора к условиям депривации сна: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.03 – «Психология труда, инженерная психология, эргономика» / С.А. Шапкин. — М., 1994. — 20 с.
281. Шарфф Д.Э. Сексуальные отношения: Секс и семье с точки зрения теории объектных отношений / Д.Э. Шарфф; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2008. — 304 с.
282. Шарфф Дж.С. Основы теории объектных отношений / Шарфф Дж.С., Шарфф Д.Э.; пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2009. — 304 с.
283. Шварцер Р. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. — 1996. — № 7. — С. 71-76.
284. Шварц-Салант Н. Нарциссизм и трансформация личности: Психология нарциссических расстройств личности / Шварц-Салант Н.; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2007. — 296 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

285. Шварц-Салант Н. Черная ночная рубашка. Комплекс слияния и непрожитая жизнь / Шварц-Салант Н.; пер. с англ. — М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2008. — 237 с.
286. Шибутани Т. Социальная психология / Шибутани Т.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1969. — 536 с.
287. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна / Штайнер К.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 416 с.
288. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики: Анализ жизненных сценариев / Штайнер К.; пер. с англ. — М.: Апрель-Пресс; Эксмо, 2003. — 304 с. — (Серия «Как стать психологом»).
289. Шульте Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство / Шульте Д.; пер. с нем. // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С. 49-65.
290. Элиаде М. Азиатская алхимия / Элиаде М.; пер. с рум., фр., англ. — М.: Янус-К, 1998. — 604 с.
291. Эммонс Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности / Эммонс Р.; пер. с англ. — М.: Смысл, 2004. — 416 с.
292. Эриксон Э. Детство и общество / Эриксон Э.; пер. с англ. — СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. — 592 с.
293. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Эриксон Э.; пер. с англ. — М.: Прогресс, 1996. — 344 с.
294. Эриксон Э. Трагедия личности / Эриксон Э.; пер. с англ. — М.: Алгоритм, Эксмо, 2008. — 256 с.
295. Юнг К.-Г. Психология бессознательного / Юнг; пер. с нем. — М.: Канон, 1995. — 320 с.
296. Юнг К.-Г. Психологические типы / Юнг К.-Г.; пер. с нем. — СПб.: Ювента; М.: Издательская фирма «Прогресс – Универс», 1995. — 717 с.
297. Юнг К.-Г. АИОН / Юнг К.-Г.; пер. с англ., лат. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 336 с. — (Серия «Актуальная психология»).
298. Юнг К.-Г. Психология и алхимия / Юнг К.-Г.; пер. с англ., лат. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер., 1997. — 592 с.
299. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дис... д-ра мед. наук / В.М. Ялтонский. — СПб., 1995. — 396 с.
300. Ясвин В.А. Психология отношения к природе / В.А. Ясвин. — М.: Смысл, 2000. — 456 с.
301. Ясперс К. Общая психопатология / Ясперс К.; пер. с нем. Л.О. Акопяна. — М.: Практика, 1997. — 1053 с.
302. Allred K.D. The Hardy Personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat / Allred K.D., Smith T.W. // *Journal of Personality & Social Psychology*. — 1989. — Feb. — Vol. 56. — №2. — P. 257-266.

303. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model / A. Antonovsky. — New York: John Wiley & Sons, 1990. — 562 p.
304. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale / A. Antonovsky // *Social Science Medicine*. — 1993. — № 36. — P. 725-733.
305. Baltes P.B. The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self report / Baltes P.B, Baltes M.M, Freund A.M., Lang F. // *Technical report 1999*.
306. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy / Bandura A. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989. — 729 p.
307. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control / A. Bandura. — NY. : Freeman, 1997. — 604 p.
308. Barerra M.Jr. Distinctions between social support concepts, measures, and models / Barerra, M.Jr. // *American Journal of Community Psychology*. — 1986 — №14. — P. 413-445.
309. Becker P. Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung / Becker P. — Göttingen: Hogrefe, 1995. — 336 s.
310. Billings A.G. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events / A.G. Billings, R.H. Moos // *Journal of Behavioral Medicine*. — 1981. — №4. — P. 157-189.
311. Bradburn N.M. The structure of psychological wellbeing / Bradburn N.M. — Chicago: Aldine, 1969.
312. Cheng H. Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health / Cheng H., Furnham A. // *Journal of Happiness Studies*. — 2001. — № 2. — P. 307-323.
313. Cheng H. Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well-being / Cheng H., Furnham A. // *Counseling Psychology Quarterly*. — 2003. — V. 16, №2. — P. 121-130.
314. Callahan K. Health Perception and Social Role Following Cardiac Rehabilitation: A study of King's definition of health. [Электронный ресурс]: by The University of Arizona College of Nursing / K. Callahan, J. Secrest // Режим доступа: <http://www.juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Callahan.htm>
315. Clarke D.E. Vulnerability to stress as a function of age, sex, locus of control, Hardiness and Type A personality / D.E. Clarke // *Social Behavior and Personality*. — 1995. — Vol. 23. — №3. — P. 285-286.
316. Cobb S. Termination: The consequences of job loss / Cobb S., Kasl S.V. — Cincinnati: NIOSH., 1977.

317. Cohen S. Stress, social support, and the buffering hypothesis / Cohen S., Wills T.A. // *Psychological Bulletin*, — 1985. — V. 98. — P. 310-357. — 1987. — Vol. 5. — P. 525-534.

318. Epstein S. Cognitive experiential self-theory / S. Epstein // *Handbook of personality: Theory and research* / Ed. L. Pervin. — N.Y.: Guilford. — 1990. — P. 165-192.

319. Friedman H. Does childhood personality predict longevity? / Friedman H., Tucker J., Tomlinson-Keasey C. et al. // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1993. — 65. — P. 176-185.

320. Golby J. Mental Toughness and Hardiness at Different Levels of Rugby League / Golby J., Sheard M. // *Personality and Individual Differences*. — 2004. — 37. — P. 933-942.

321. Gow A.J. Goldberg's "IPIP" Big-Five factor markers: Internal consistency and concurrent validation in Scotland Gow A.J., Whiteman M.C., Pattie A., Deary I.J. // *Personality and Individual Differences*. — 2005. — V. 39. — P. 317-329.

322. Diener F. The Satisfaction With Life Scale / E. Diener [et al] // *Journal of Personality Assessment*. — 1985. — Vol. 49. — № 1. — P. 71-75.

323. Dweck C. A social-cognitive approach to motivation and personality / C. Dweck, E. Leggett // *Psychological Review*. — 1999. — V. 95. — P. 256-273.

324. Frydenberg E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / Frydenberg E., Lewis R. // *American Educational Research Journal*. — 2000. — №37(3). — P. 727-745.

325. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges / Frydenberg E. — Oxford University Press, 2002. — 176 p.

326. Haan N. A tripartite model of ego functioning, values and clinical and research applications / N. Haan // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1969. — № 148. — P. 14-30.

327. Haan N. Coping and defending. Process of self-environment organization / N. Haan. — New York-San Francisco-London: Academic Press, 1977.

328. Hobfoll S.E. Personality and social resources in immediate and continued stress resistance among women / Hobfoll S.E., Leiberman Y. // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1987. — V. 52. — P. 18-26.

329. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S.E. Hobfoll // *American Psychologist*. — 1989. — № 44(3). — P. 513-524.

330. Hobfoll S.E. The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory / S.E. Hobfoll // *Applied Psychology: An International Review*. — 2001. — № 50(3). — P. 337-421.

331. Holahan C.J. Life stressors, resistance factors, and psychological health: An extension of the stress-resistance paradigm / C.J. Holahan, R.N. Moos // *Journal of Personality and Social psychology*. — 1990. — № 58. — P. 909-917.
332. Holahan C.J. Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning / C.J. Holahan, R.N. Moos, S. Schaefer // *The Handbook of Coping. Theory, Research, Applications* / M. Zeidner, N. S. Endler. — New York: Wiley, 1996. — P. 25-43.
333. House J. Work stress and social support. Reading / House J. — MA: Addison-Wesley, 1981 — 352 p.
334. Jahoda M. Current concepts of positive mental health / Jahoda M. — NY.: Basic Books, 1958. — 136 p.
335. Janis I.L. Stress, attitudes and decisions / I.L. Janis. — NY.: Praeger, 1982. — 352 p.
336. Kashubeck S. Differences in distress among adult children of alcoholics // S. Kashubeck, S.A. Christensen // *Journal of Counseling Psychology*. — 1992. — Vol. 39. — №3. — P. 356-362.
337. Kasl S.V. Some mental health consequences of plant closing and job loss / Kasl S.V., Cobb S. // *Mental Health and the economy* / Eds. L.A. Ferman & J.P. Gordus. — Kalamazoo: W. E. Upjohn Institute, 1979. — P. 255-299.
338. Khoshaba D. Early Antecedents of Hardiness / D. Khoshaba, S. Maddi. — *Consulting Psychology Journal*. — Spring 1999. — Vol. 51. — №2. — 106-117.
339. Kobasa S.C. Stressful Life Events, Personality and Health: an Inquiry into Hardiness / S.C. Kobasa // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1979. — 37. — P. 1-11.
340. Kobasa S.K. Existential personality theory / Kobasa S.K., Maddi S.R. // *Current personality theory* / R. Corsini (Ed.). — Itasca, IL., 1983. — P. 243-276.
341. Kroeber T.C. The coping functions of the ego mechanisms / T.C. Kroeber // *The study of lives* / R. White (Ed.). — NY.: Atherton, 1963. — P. 178-189.
342. Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale / Kuhl J., Beckmann J. (Eds.) *Volition and Personality: Action versus state orientation*. — Gottingen – Toronto : Hogrefe, 1991. — P. 45-69.
343. Lazarus R. Stress, Appraisal, and Coping / R. Lazarus, S. Folkman. — NY.: Springer, 1984. — 456 p.
344. Leak G.K. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness / G.K. Leak, D.E. Williams // *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory Research and Practice*. — 1989. — Sept. — Vol. 45. — №3. — 369-375.

345. Maddi S.R. Hardiness Training at Illinois Bell Telephone / S.R. Maddi // Health promotion evaluation / J.R Opatz (Ed.). — Stevens Point (WI): National Wellness Institute, 1987. — P. 101-115.

346. Maddi S. Hardiness and Mental Health / Maddi S., Khoshaba D. // Journal of Personality Assessment. — 1994. — Vol. 63. — № 2. — P. 265-274.

347. Maddi S. Relationship of Hardiness to Alcohol and Drug Use in Adolescents / Maddi S., Wadhwa P., Haier R. // Journal of Drug Alcohol Abuse. — 1996. — Vol. 22. — № 2. — P. 247-257.

348. Maddi S. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness / S. Maddi // Encyclopedia of Mental Health / H.S. Friedman (Ed.). — San Diego (CA): Academic Press, 1998. — P. 323-335.

349. Maddi S. Prolonging Life by Heroic Measures: a Humanistic Existential Perspective / Maddi S. // Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases, and Clinical Care / P.T. Costa, G.R. VandenBos (Eds.). — Washington (DC): APA, 2003. — P. 153-184.

350. Maddi S. The Role of Hardiness and Religiosity in Depression and Anger / Maddi S. // International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy. — 2004. — Vol. 1. — № 1. — P. 38-49.

351. Maddi S. Hardiness Considered Across Cultures / Maddi S., Harvey R. // Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping / P.T.P. Wong, L.C.J. Wong (Eds.). — NY.: Springer, 2005. — P. 403-420.

352. Maddi S. The Personality Construct of Hardiness III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism and Performance / Maddi S., Harvey R., Khoshaba D., Lu J., Persico M., Brow M. // Journal of Personality. — 2006. — Vol. 74. — № 32. — P. 575-598.

353. Maddi S. PVSIII-R. The Development and Internet Instruction Manual. 2001 / Maddi S., Khoshaba D. // www.hardinessinstitute.com

354. Marshall G. The five-factor model of personality as a framework for personality-health research / Marshall G., Wortman C., Vickers R. et al. // Personality and Social Psychology. — 1994. — 67. — P. 278-286.

355. Martin T.A. Applications of the Russian NEO-PI-R / Martin T.A., Costa P.T., Oryol V.E., Rukavishnikov A.A., Senin I.G. // The Five-Factor Model Across Cultures / Eds. Marsella A.J. (Series Ed.), McCrae R.R., Allik J. — NY.: Plenum, 2002. — P. 261-277.

356. McCrae R.R. An introduction to the five-factor model and its applications / McCrae R.R., John O.P. // Journal of Personality. — 1992. — Vol. 60. — P. 175-215.

357. McCrae R.R. Folk concepts, Natural Language, and Psychological Constructs: The California Psychological Inventory and the Five-Factor Model / McCrae R.R., Costa P.T., Piedmont, R.L. // Journal of Personality. — 1993. — № 61. — P. 1-26.

358. McCrae R.R. Evaluating replicability of factors in the revised NEO PI: Confirmatory Factor Analysis versus Procrustes Rotation / McCrae

R.R., Zonderman A.B., Costa P.T. Bond M.H. // *Personality Processes and Individual Differences*. — 1996. — № 70. — P. 552-566.

359. Menaghan E.G. Measuring coping effectiveness: A panel analysis of marital problems and coping efforts / E.G. Menaghan / *Journal of Health and Social Behavior*. — 1982. — №23. — P. 220-234.

360. Menninger K. *The human mind* / Menninger K. — NY.: Alfred A. Knopf., 1946.

361. Millon T. On the nature of clinical health psychology // *Handbook of clinical health psychology* / Ed. by T. Millon, C. Green, R. Meagher. — NY.: Plenum, 1982. — P. 1-28.

362. Mitchell R.E. Stress, coping, and depression among married couples / R.E. Mitchell, R.C. Cronkite, R.H. Moos // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1983. — №92. — P. 433-448.

363. Nagy S. Relations between preventive health behavior and hardiness / Nagy S., Nix C.L. // *Psychological Reports*. — 1989. — Aug. — Vol. 65. — №1. — P. 339-345.

364. Parkes K. Social support and the demand-discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples / Parkes K., Mendham C, von Rabenau C. // *Journal of Vocational Behavior*. — 1994. — V. 44. — P. 91-113.

365. Pearlin L.I. The structure of coping / L.I. Pearlin, C. Schooler // *Journal of Health and Social Behavior*. — 1978. — № 19. — P. 2-21.

366. Peterson C., Bossio L.M. *Optimism and health*. — NY.: Free press, 1991.

367. Peterson C. Explanatory style and illness / Peterson C., Seligman M.E.P. // *Journal of Personality*. — 1987. — V. 55. — P. 2.

368. Peterson C. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study / Peterson C., Seligman M.E.P., Vaillant G.E. // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1988. — V. 55. — P. 23-27.

369. Peterson C. Optimism and physical well-being / Peterson C., Bossio L.M. // *Optimism and Pessimism, Implications for Theory, Research, and Practice* / E.C. Chang (Ed.). — Washington (DC): APA, 2000. — P. 127-145.

370. Rhodewalt F. On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern: Perception of life events versus coping with life events / Rhodewalt F., Agustsdottir S. — *Journal of Research in Personality*. — 1989. — Jun. — Vol. 18. — №2. — P. 211-223.

371. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being / C. Ryff // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1989. — Vol. 57. — P. 1069-1081.;

372. Ryff C. The structure of psychological well-being revisited / C. Ryff, C. Keyes // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1995. — Vol. 69. — P. 719-27.

373. Sacks C.R. Perception of illness and depression in chronic renal disease / C.R. Sacks, R.A. Peterson, P.L. Kimmel // *American Journal of Kidney disease*. — 1999. — Vol.15. — № 1. — P. 31-39.

374. Sansone S. Self-Regulating Interest: The Moderating Role of Hardiness and conscientiousness / Sansone S., Wiebe D., Morgan C. // *Journal of Personality*. — 1999. — Vol. 67. — № 4. — P. 701-732.

375. Schmitz G. S. Proaktive Einstellung von Lehrern: Konstruktbeschreibung und psychometrische Analysen / G. S. Schmitz, R. Schwarzer // *Zeitschrift für Empirische Pädagogik*. — 1999. — № 13 (1). — P. 3-27.

376. Sheppard J.A. The Relationship of Hardiness, Gender, and Stress to Health Outcomes in Adolescents / J.A. Sheppard, J.H. Kashani // *Journal of Personality*. — 1991. — Dec. — Vol. 59. — №4. — P. 747-768.

377. Solcova I. Relation between psychological Hardiness and Physiological Response / Solcova I., Sykora J. // *Homeostasis in Health & Disease*. — 1995. — Vol. 36. — № 1 (Feb.). — P. 30-34.

378. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model / R. Schwarzer // *Self-efficacy: Thought control of action* / R. Schwarzer. — Washington, DC: Hemisphere, 1992. — P. 217-242.

379. Tuval-Mashiach R. Coping with Trauma: narrative and cognitive perspectives / R. Tuval-Mashiach, S. Freedman, N. Bargai, R. Boker, H. Hadar, A.Y. Shaley // *Psychiatry*. — 2004. — V. 67 (3). — P. 280-293.

380. Vaillant G.E. *Adaptation to life* / Vaillant G.E. — Boston : Little, Brown, 1977. — 396 p.

381. Wichowski H.C., Kubsch S.M. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens / H.C. Wichowski, S.M. Kubsch // *Journal Adv. Nursing*. — 1997. — Mar. — 25 (3). — P. 548-553.

382. Wiebe D.J. Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms / D.J. Wiebe // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1991. — Jan. — Vol. 60. — №1. — P. 89-99.

383. Williams P.G. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health / P.G. Williams, D.J. Wiebe, T.W. Smith // *Journal of Behavioral Medicine*. — 1992. — Jun. — Vol. 15 — №3. — P. 237-255.

384. Winnubst J. Social support, stress and organization: Toward optimal matching / Winnubst J., Schabracq M. // *Handbook of work and health psychology* / Eds. M. Schabracq, J. Winnubst, C. Cooper. — NY.: John Wiley, 1996. — P. 87-102.

385. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition / Wolpe J. — Stanford: Stanford University Press, 1958. — 239 p.

386. Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support / Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. // Journal of Personality Assessment. — 1988. — V. 52. — P. 30-41.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Опросник ВОЗКЖ-100

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Курс _____ Группа _____
Факультет _____ Дата _____ Время _____

Инструкция

Дальнейшие вопросы касаются того, что вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в **ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**.

Например, имея в виду последние две недели, вы отвечаете на вопрос:
Насколько сильно вы беспокоитесь о своем здоровье?

1	2	3	4	5
совсем не беспокоюсь	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем **ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, **КАК МНОГО** определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) вы испытали за последние 2 недели. Если вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F 1.2. Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

Ф 1.3. Насколько вам трудно справиться с болью или дискомфортом?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

Ф 1.4. В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 2.2. Насколько легко вы утомляемы?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

Ф 2.4. Насколько сильно вас беспокоит усталость?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 3.2. Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

Ф 3.4. Как сильно вас беспокоят проблемы сна?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 4.1. Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 4.3. Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 4.4. Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?

1	2	3	4	5
совсем не испытываю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

Ф 5.3. Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?

1	2	3	4	5
совсем не могу	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

Ф 6.1. Насколько высоко Вы цените себя?

1	2	3	4	5
совсем низко	относительно низко	средне	относительно высоко	предельно высоко

Ф 6.2. Насколько вы уверены в себе?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 7.2. Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 7.3. Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

Ф 8.2. Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 8.3. Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Ф 8.4. Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 10.2. Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F 10.4. Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 11.2. Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 11.3. Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 11.4. Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 13.1. Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 15.2. В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 15.4. Беспokoят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 16.1. Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 16.2. Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 16.3. Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 17.1. Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 17.4. Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

1	2	3	4	5
совсем не нравится	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 18.2. Есть ли у вас финансовые трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F 18.4. В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 19.1. Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F 21.3. В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 22.1. Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 22.2. В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 23.2. Много ли у вас проблем с транспортом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F 23.4. Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем не ограничивают	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер, соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать их, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F 21. Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F 7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 10.1. В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 11.1. Насколько вы зависите от лекарств?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, полностью

F 14.1. Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 14.2. В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 17.2. Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F 18.1. Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F 20.1. Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 20.2. В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой чувствуете необходимость?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 21.1. Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 21.2. Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

F 23.1. Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то – нет	в основном да	да, вполне

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G 2. Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G3. В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G 4. Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 2.3. Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 3.3. Насколько вы удовлетворены своим сном?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 5.2. Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 5.4. Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 6.3. Насколько вы удовлетворены собой?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 6.4. Насколько вы удовлетворены своими способностями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 7.4. Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 10.3. Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Ф 13.3. Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 15.3. Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 14.3. Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 14.4. Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 13.4. Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 16.4. Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 17.3. Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 18.3. Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 19.3. Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 19.4. Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 20.3. Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 20.4. Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 21.4. Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 22.3. Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 22.4. Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 23.3. Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Г 13.2. Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

1	2	3	4	5
очень несчастлив	в основном несчастлив	ни да, ни нет	в основном счастлив	вполне счастлив

G 1. Как вы оцениваете свое качество жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

F 15.1. Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F 3.1. Как хорошо вы спите?

1	2	3	4	5
очень плохо	в основном плохо	ни плохо, ни хорошо	в основном хорошо	вполне хорошо

F 5.1. Как вы оцениваете свою память?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F 19.2. Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F 1.1. Как часто вы испытываете боль?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F 4.2. Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F 81. Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F 12.1. Можете ли вы работать?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном не могу	когда как	в основном могу	да вполне

F 12.2. Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F 12.4. Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F 12.3. Как вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе и т. п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F 9.1. Как хорошо вы способны передвигаться?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F 9.3. Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 9.4. Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 9.2. Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Следующие вопросы связаны с ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F 24.1. Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 24.2. В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

1	2	3	4	5
совсем не чувствую	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 24.3. Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F 24.4. Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие вопросы – о том, НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся НЕ ТОЛЬКО к последним двум неделям.

Imp G.1. Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp G.2. Насколько важно для вас ваше здоровье?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 1.1. Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 2.1. Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 3.1. Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

1	2	3	4	5
не важен	мало важен	важен	весьма важен	предельно важен

Imp 4.1. Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 4.2. Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 4.3. Насколько важно для вас ощущать надежду?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 5.1. Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 5.2. Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 5.3. Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 6.1. Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 7.1. Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 8.1. Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т. п.)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 9.1. Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 10.1. Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т. п.).

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 11.1. Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 12.1. Насколько важна для вас ваша способность работать?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 13.1. Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?

1	2	3	4	5
не важны	мало важны	важны	весьма важны	предельно важны

Imp 14.1. Насколько важна для вас поддержка окружающих?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 15.1. Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 16.1. Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 17.1. Насколько важны для вас домашние условия?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 18.1. Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?

1	2	3	4	5
не важны	мало важны	важны	весьма важны	предельно важны

Imp 19.1. Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 19.2. Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 20.1. Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 20.2. Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 21.1. Насколько важен для вас отдых или досуг?

1	2	3	4	5
не важен	мало важен	важен	весьма важен	предельно важен

Imp 22.1. Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

1	2	3	4	5
не важны	мало важны	важны	весьма важны	предельно важны

Imp 23.1. Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
не важна	мало важна	важна	весьма важна	предельно важна

Imp 24.1. Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

1	2	3	4	5
не важны	мало важны	важны	весьма важны	предельно важны

КЛЮЧ

Опросник ВОЗЖ-100 предназначен для получения профиля качества жизни. При этом возможно извлечение: 1) двадцати четырех оценок для субсфер, 2) шести оценок для сфер, 3) оценки восприятия общего качества жизни и здоровья (на основании 4 глобальных вопросов, обозначенных буквой G).

Каждая из сфер (физическое здоровье, психологическое здоровье, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера) оцениваются на основе оценок отдельных субсфер. Оценка здоровья по каждой сфере – средняя от оценок входящих в ее состав субсфер. Все значения по сферам шкалируются в позитивном направлении (то есть более высокие значения обозначают более высокое качество жизни). Большинство субсфер ВОЗЖ-100 позитивно ориентированы. Однако три субсферы ориентированы негативно («Боль и дискомфорт», «Негативные чувства» и «Зависимость от лекарств и лечения»). Отдельные вопросы позитивно ориентированных субсфер также могут шкалироваться с обратным знаком.

Расчет значений субсфер

Значения субсфер получаются путем простого суммирования ответов на 4 вопроса; каждый вопрос дает равный вклад в значения субсфер. Суммирование производится в соответствии с позитивной или негативной ориентацией субсферы. Для позитивно ориентированных субсфер любой негативно ориентированный пункт суммируется с обратным знаком (что достигается его вычитанием из 6). Для негативно ориентированной субсферы любой позитивно ориентированный пункт также суммируется с обратным знаком. Большим значениям субсфер соответствует более высокое качество жизни в них. Далее приведены формулы для расчета каждой субсферы в соответствии с ответами на пункты вопросника ВОЗЖ-100.

$$G = G1 + G2 + G3 + G4$$

$$F1 = 24 - (F1.1 + F1.2 + F1.3 + F1.4)$$

$$F2 = 12 + F2.1 - F2.2 + F2.3 - F2.4$$

$$F3 = 12 + F3.1 - F3.2 + F3.3 - F3.4$$

$$F4 = F4.1 + F4.2 + F4.3 + F4.4$$

$$F5 = F5.1 + F5.2 + F5.3 + F5.4$$

$$F6 = F6.1 + F6.2 + F6.3 + F6.4$$

$$F7 = 12 + F7.1 - F7.2 - F7.3 + F7.4$$

$$\begin{aligned}
F8 &= 24 - (F8.1 + F8.2 + F8.3 + F8.4) \\
F9 &= 12 + F9.1 + F9.2 - F9.3 - F9.4 \\
F10 &= 12 + F10.1 - F10.2 + F10.3 - F10.4 \\
F11 &= 24 - (F11.1 + F11.2 + F11.3 + F11.4) \\
F12 &= F12.1 + F12.2 + F12.3 + F12.4 \\
F13 &= 6 - F13.1 + F13.2 + F13.3 + F13.4 \\
F14 &= F14.1 + F14.2 + F14.3 + F14.4 \\
F15 &= 6 + F15.1 + F15.2 + F15.3 - F15.4 \\
F16 &= 6 + F16.1 + F16.2 - F16.3 + F16.4 \\
F17 &= F17.1 + F17.2 + F17.3 + F17.4 \\
F18 &= 12 + F18.1 - F18.2 + F18.3 - F18.4 \\
F19 &= F19.1 + F19.2 + F19.3 + F19.4 \\
F20 &= F20.1 + F20.2 + F20.3 + F20.4 \\
F21 &= F21.1 + F21.2 + F21.3 + F21.4 \\
F22 &= 6 + F22.1 - F22.2 + F22.3 + F22.4 \\
F23 &= 12 + F23.1 - F23.2 + F23.3 - F23.4 \\
F24 &= F24.1 + F24.2 + F24.3 + F24.4
\end{aligned}$$

Расчет значения сфер

Каждая субсфера дает равный вклад в значение сферы. Однако все сферы содержат различное количество субсфер. Поэтому для достижения сопоставимости сфер значения сфер усредняются по следующим формулам:

Физическая сфера: $F1 + F2 + F3/3$;

Психологическая сфера: $F4 + F5 + F6 + F7 + F8/5$;

Уровень независимости: $F9 + F10 + F11 + F12/4$;

Социальные взаимоотношения: $F13 + F14 + F/3$;

Окружающая среда: $F16 + F17 + F18 + F19 + F20 + F21 + F22 + F23/8$

Духовная сфера: значение данной сферы совпадает с суммой ответов на вопросы субсферы «Духовность, религия, личные убеждения» (F24).

Приложение 2

Степень выраженности невротических наклонностей личности

Ф.И.О. _____ Пол _____ Возраст _____ Дата _____

Инструкция: Перед вами список различных утверждений. Оцените каждое из них одним из четырех возможных способов («Не согласен», «Скорее не согласен, чем согласен», «Скорее согласен, чем не согласен», «Совершенно согласен»). Важно, чтобы Ваш ответ отражал Ваше личное мнение. Обведите соответствующую цифру. Поскольку в разные периоды жизни вы, возможно, отвечали бы на один и тот же вопрос по-разному, отвечайте исходя из того, что характерно для вас сейчас, в настоящее время.

№	Утверждения	Варианты ответов			
		Не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Совершенно согласен
1	Чтобы другие люди не обижали меня, я стремлюсь добиться их любви и привязанности ко мне	0	1	2	3
2	Хорошо, если бы кто-то весьма влиятельный заботился обо мне и руководил мной	0	1	2	3
3	Нет никакого смысла в том, чтобы выделяться чем-то среди других; люди не любят тех, кто от них отличается	0	1	2	3
4	Главное в жизни – это ум, так как он дает и силу и власть	0	1	2	3
5	Успешные в жизни люди – это те, кто сумел заставить других работать на себя	0	1	2	3
6	Если нет публичного признания заслуг человека, то это трагедия для него	0	1	2	3
7	Люблю, когда другие восхищаются мной, завидуют мне	0	1	2	3

8	Руководствуюсь принципом: «В своем деле главное – быть первым и самым лучшим, обойти всех»	0	1	2	3
9	Я стремлюсь никогда и ни в ком не нуждаться и быть полностью независимым	0	1	2	3
10	Боюсь обнаружить в себе недостатки и совершить ошибки	0	1	2	3
11	Бывает, что я пытаюсь специально понравиться другим людям, получить от них одобрение	0	1	2	3
12	Многие мои жизненные планы я не смогу осуществить сам(а): нужна помощь другого человека, который бы мной руководил	0	1	2	3
13	Я стремлюсь довольствоваться малым: это – хороший способ избавиться от разных стрессов и ненужных проблем	0	1	2	3
14	Господство над другими, основанное на интеллекте или воле – закон жизни, и я намерен(а) ему следовать	0	1	2	3
15	При оценке личности другого человека я, прежде всего, спрашиваю себя: «А может ли он мне быть чем-нибудь полезен?»	0	1	2	3
16	Важно, чтобы меня публично хвалили и признавали мои заслуги	0	1	2	3
17	Когда-нибудь я непременно стану значительной личностью	0	1	2	3
18	Моя самооценка зависит от того, смог(ла) ли я быть первым(ой) в каком-либо реальном деле	0	1	2	3
19	Для меня важно никогда не поддаваться никакому влиянию со стороны	0	1	2	3
20	Все, за что взялся(ась) нужно делать качественно, совершенно	0	1	2	3
21	Для меня важно оправдывать ожидания других людей	0	1	2	3
22	Иногда можно притвориться слабым или больным, чтобы другой человек обратил на тебя внимание, помог тебе в чем-либо	0	1	2	3
23	Важно уметь ограничивать свои честолюбивые стремления	0	1	2	3
24	Быть беспомощным человеком - трагедия	0	1	2	3
25	Я горжусь своим умением заставить других сделать что-то полезное для меня	0	1	2	3
26	Потеря привилегированного положения в обществе (утрата статуса в коллективе, всеобщее осуждение) для меня была бы очень болезненной	0	1	2	3
27	Лесть бывает приятной	0	1	2	3

28	Жизнь бессмысленна, если не хочешь стать самым лучшим в каком-либо деле (лучшим спортсменом, лучшим ученым, лучшим рабочим и т.п.)	0	1	2	3
29	Дистанция и обособленность от других – самый лучший способ избавиться от ненужных стрессов	0	1	2	3
30	Я плохо переношу критику и упреки за некачественно выполненную мной работу	0	1	2	3
31	Важно принимать во внимание желания и мнения других людей	0	1	2	3
32	Боюсь остаться в одиночестве, покинутый(ая) всеми	0	1	2	3
33	Скромность – высшая из человеческих добродетелей	0	1	2	3
34	Уж лучше я буду контролировать других, чем они меня	0	1	2	3
35	Первое, над чем я задумываюсь, когда с кем-то знакомлюсь: «А не пытается ли он(а) воспользоваться мной, эксплуатировать меня?»	0	1	2	3
36	Я использую разные (обычные и необычные) способы возбуждения у других восхищения мной, зависти ко мне	0	1	2	3
37	У меня есть фантазии на тему восхищения других людей моими достоинствами	0	1	2	3
38	Ловлю себя на мысли о том, что в общении с любым человеком стремлюсь «взять верх»	0	1	2	3
39	Нужно быть осторожным при завязывании близких отношений: можно быстро попасть в зависимость от другого человека	0	1	2	3
40	Достижение совершенства – лучший способ достичь неуязвимости в жизни	0	1	2	3
41	Мне бывает неприятно, если я вдруг начинаю испытывать враждебность к другому человеку, и я хочу от этой враждебности побыстрее избавиться	0	1	2	3
42	Любовь – главное, что может быть в жизни: с ее помощью можно решить все проблемы	0	1	2	3
43	Лучше оставаться неприметным и занимать вторые места – дольше проживешь	0	1	2	3
44	Преклоняюсь перед силой воли и презираю слабость	0	1	2	3
45	Мир так устроен, что одни эксплуатируют других (через деньги, секс, идеи, должности и т.п.); главное – самому не оказаться эксплуатируемым	0	1	2	3
46	Самооценка человека сильно зависит от его публичного признания	0	1	2	3
47	Утратить восхищение собой со стороны других – страшное унижение	0	1	2	3

48	Боюсь неудачи в делах	0	1	2	3
49	Зависеть от других – унижительно для меня	0	1	2	3
50	Моя жизнь – сплошная погоня за совершенством в делах и поступках.	0	1	2	3

КЛЮЧ:

Невротические наклонности (потребности)	Номера пунктов				
В любви и привязанности	1	11	21	31	41
В руководящем партнере	2	12	22	32	42
В заключении своей жизни в узкие рамки	3	13	23	33	43
Во власти через интеллект и волю	4	14	24	34	44
В эксплуатации других	5	15	25	35	45
В общественном признании и престиже	6	16	26	36	46
В восхищении своей персоной	7	17	27	37	47
В личных достижениях	8	18	28	38	48
В самодостаточности и независимости	9	19	29	39	49
В достижении совершенства и неуязвимости	10	20	30	40	50

Приложение 3
Прессинги учебной деятельности студентов

Ф.И.О. _____ Факультет _____

Курс _____ Группа _____ Дата _____

Инструкция. Ниже приведены возможные варианты ответов на вопрос: «Что меня раздражает (не нравится) в учебной деятельности в вузе?». Оцените степень Вашего согласия с каждым утверждением посредством обведения в кружок соответствующего балла. Помните о том, что надо дать ответы на все без исключения утверждения. При этом на каждое утверждение можно дать только один ответ.

№	Меня раздражает то, что...	Нет				
			Скорее нет, чем да	Ни то, ни другое	Скорее да, чем нет	Да
1	...другие студенты у меня списывают	0	1	2	3	4
2	...преподаватель непонятно излагает материал	0	1	2	3	4
3	...проводят контрольную, или опрос без предупреждения	0	1	2	3	4
4	...сотрудник деканата приходит проверить присутствие студентов на занятии	0	1	2	3	4
5	...не могу понять учебный материал	0	1	2	3	4
6	...появляется выскочка среди одногруппников, стремящийся выслужиться перед преподавателем	0	1	2	3	4
7	...преподаватель проявляет необъективность в оценивании знаний	0	1	2	3	4
8	...задают подготовить материал, которого нигде нет, или трудно найти	0	1	2	3	4
9	...приходится подолгу находиться в библиотеке	0	1	2	3	4
10	...не могу распределить свое время и из-за этого не успеваю подготовиться к занятиям	0	1	2	3	4
11	...необходимо докладывать у трибуны не только перед своей группой, но перед целым потоком (несколькими группами)	0	1	2	3	4
12	...преподаватель проявляет придирчивость	0	1	2	3	4
13	...лекция скучная	0	1	2	3	4
14	...лекционные аудитории неудобные	0	1	2	3	4

15	...моя память подводит меня, и я не могу вспомнить то, о чем меня спрашивают на занятиях	0	1	2	3	4
16	...одногруппники проявляют недисциплинированность	0	1	2	3	4
17	...преподаватель на лекции отвлекается и начинает рассказывать о чем-то, что не имеет отношения к предмету	0	1	2	3	4
18	...приходится учить много лишнего материала	0	1	2	3	4
19	...лаборанты на кафедрах по отношению к студентам ведут себя неподобающим образом	0	1	2	3	4
20	...у меня рассеянное внимание, не могу сосредоточиться	0	1	2	3	4
21	...чрезмерно разговорчивые студенты отвлекают меня на занятии	0	1	2	3	4
22	...преподаватель проявляет формализм из-за чего невозможно получить полноценную консультацию	0	1	2	3	4
23	...появляются неожиданные изменения в расписании	0	1	2	3	4
24	...не хватает учебников, учебных пособий, специализированных журналов и т.п.	0	1	2	3	4
25	...не успеваю записывать лекцию за преподавателем	0	1	2	3	4
26	...некоторые студенты проявляют назойливость, бесцеремонность и зазнайство	0	1	2	3	4
27	...преподаватель опаздывает	0	1	2	3	4
28	...слишком много пар в день	0	1	2	3	4
29	...университет расположен неудобно (долго добираться)	0	1	2	3	4
30	...я чувствую, что те знания, которые нам дают в университете, никак не пригодятся в жизни, в профессиональной деятельности	0	1	2	3	4
31	...группа, в которой я учусь, недостаточно дружная	0	1	2	3	4
32	...преподаватель на лекции пересказывает общедоступный учебник и ничего более того	0	1	2	3	4
33	...лекция продолжается и на перемене	0	1	2	3	4
34	...заставляют заниматься общественной работой (она отвлекает меня от учебы)	0	1	2	3	4
35	...часто откладываю «на потом» выполнение заданий, которые надо выполнять сейчас	0	1	2	3	4
36	...студенты опаздывают, входят в аудиторию после начала занятия	0	1	2	3	4
37	...преподаватель читает лекции по бумажке и не может оторваться от текста	0	1	2	3	4
38	...приходится пересказывать на семинаре преподава-	0	1	2	3	4

	телю в точности то же самое, что он перед этим нам рассказал на лекции					
39	...техническая оснащенность учебного процесса недостаточна	0	1	2	3	4
40	...мне не хватает воли и усидчивости для учебной работы.	0	1	2	3	4

КЛЮЧ И ОБРАБОТКА

Определяются суммы баллов по шкалам:

- I. Взаимоотношения со студентами: 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36.
- II. Взаимоотношения с преподавателями: 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37.
- III. Организация учебного процесса: 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38.
- IV. Условия обучения: 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39.
- V. Собственные личностные качества, умения, знания: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40.

Путем суммирования баллов, полученных по всем пяти шкалам, определяется общий показатель чувствительности студента к действию стресс-факторов, связанных с учебной деятельностью в вузе.

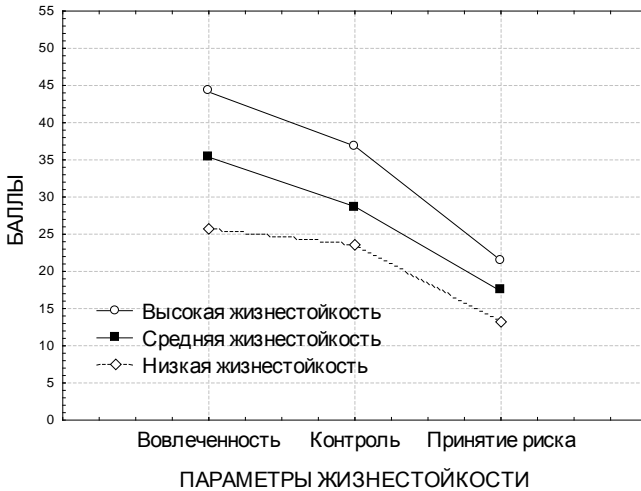
Приложение 4

Результаты проверки на нормальность распределения показателей теста
жизнестойкости (n = 212)

Шкалы опросника	Асимметрия	Экссесс	Критерий нормальности Колмогорова- Смирнова	p
Вовлеченность	-0,038	-0,616	0,074	<0,20
Контроль	0,097	0,098	0,069	>0,20
Принятие риска	-0,161	-0,759	0,093,	<0,10

Приложение 5

Кластерные профили жизнестойкости в трех группах испытуемых



Приложение 6

Евклидовы расстояния между кластерами, выявленные в результате
кластеризации данных трех групп испытуемых по трем размерностям
(показателям жизнестойкости)

№№ кластеров	№ 1	№ 2	№ 3
№ 1	0,000	53,341	192,887
№ 2	7,303	0,000	44,669
№ 3	13,888	6,683	0,000

Примечание: Кластер № 1 – высокая, № 2 – средняя и № 3 – низкая
жизнестойкость.

Приложение 7

Результаты межгруппового дисперсионного анализа, подтверждающие приемлемость разделения испытуемых на группы с низкой, средней и высокой жизнестойкостью

Параметры жизнестойкости	Изменчивость между кластерами	Ст. свободы	Изменчивость внутри кластеров	Ст. свободы	F	p
Вовлеченность	9957,14	2	3360,13	211	309,66	0,000001
Контроль	5353,79	2	3111,09	211	179,83	0,000001
Принятие риска	2020,45	2	2256,43	211	93,57	0,000001

Продолжение Приложения 8

F12: способность к работе	15,89±2,85	15,93±3,21	17,97±1,89	-0,079; 0,000001	-5,210; -4,477; 0,000002
F13: личные отношения	15,45±2,79	15,36±2,49	16,97±2,11	0,197; -	-3,751; -3,987; 0,0002
F14: практическая социальная поддержка	16,02±2,84	15,73±2,17	16,84±2,07	0,671; -	-2,006; -2,978; 0,003
F15: сексуальная активность	14,00±3,45	14,42±3,37	15,04±3,57	-0,727; -	-1,832; -1,006; -*
F16: физическая безопасность и защищенность	6,67±1,70	5,83±1,87	6,89±1,86	2,795; 0,006	-0,731; -3,203; 0,002
F17: окружающая среда дома	14,71±3,37	14,58±3,45	15,91±2,75	0,232; -	-2,389; -2,451; 0,02
F18: финансовые ресурсы человека	11,76±3,02	11,22±3,28	12,46±2,52	1,012; -	-1,535; -2,421; 0,02
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	12,60±2,38	12,07±2,66	13,09±2,38	1,255; -	-1,251; -2,296; 0,02
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	14,75±2,72	14,85±2,16	15,97±1,96	-0,236; -	-3,137; -3,097; 0,002
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	15,43±2,50	14,27±2,13	16,29±2,38	2,900; 0,004	-2,145; -5,016; 0,000002
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	13,46±2,43	13,90±2,60	15,16±2,05	-1,034; -	-4,632; -3,072; 0,00001
F23: транспорт	13,81±3,67	14,42±2,78	15,44±3,19	-1,088; -	-2,914; -1,915; 0,004
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	16,08±2,51	15,88±2,67	17,09±2,22	0,462; -	-2,586; -2,797; 0,006

Приложение 9

Показатели самооценки здоровья в различных субферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости по параметру «Контроль»

Субферы здоровья	Уровни контроля			t; p	
	Низкий (n = 77)	Средний (n = 74)	Высокий (n = 61)	Низк. / Ср.	Выск. / Выс.
F1: физическая боль и дискомфорт	12,23±2,45	12,00±2,06	12,31±2,55	0,633;	-0,181; -0,784;
F2: жизненная активность, энергия и усталость	13,34±2,81	14,19±2,91	14,75±2,72	-1,829; -*	-2,979; 0,003
F3: сон и отдых	15,97±3,42	15,59±4,24	16,21±3,88	0,607;	-0,384; -0,877;
F4: положительные эмоции	14,29±2,65	15,09±1,97	15,48±2,35	-2,123; 0,04	-2,755; 0,007
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	14,25±2,47	14,32±2,31	15,74±2,03	-0,199;	-3,807; -3,731;
F6: самооценка	14,44±2,98	15,05±2,43	15,85±2,19	-1,379;	-3,091; -1,985;
F7: образ тела и внешность	14,48±2,88	14,71±2,65	16,08±2,19	-0,512;	-3,600; -3,220;
F8: отрицательные эмоции	13,17±3,38	12,88±2,71	14,34±3,29	0,581;	-2,055; -2,839;
F9: подвижность	16,71±2,66	16,16±2,84	17,33±2,74	1,232;	-1,326; -2,409;
F10: способность выполнять повседневные дела	14,79±2,71	15,23±2,39	15,77±2,12	-1,050;	-2,311; -1,375;
F11: зависимость от лекарств и лечения	17,44±2,98	16,77±3,29	17,13±3,12	1,315;	0,595; -0,649;

Продолжение Приложения 9

F12: способность к работе	15,81±3,06	16,61±2,47	17,56±2,75	-1,772; *_	-3,495; 0,0006	-2,114; 0,04
F13: личные отношения	15,55±2,61	15,92±2,67	16,41±2,44	-0,868; -	-1,987; 0,05	-1,105; -
F14: практическая социальная поддержка	16,09±2,48	16,00±2,55	16,62±2,30	0,222; -	-1,294; -	-1,476; -
F15: сексуальная активность	14,21±3,67	14,38±3,06	14,89±3,74	-0,310; -	-1,068; -	-0,867; -
F16: физическая безопасность и защищенность	6,60±1,74	6,15±1,81	6,84±1,97	1,552; -	-0,755; -	-2,111; -0,04
F17: окружающая среда дома	15,04±3,31	14,86±3,32	15,36±3,10	0,323; -	-0,584; -	-0,890; -
F18: финансовые ресурсы человека	11,84±3,06	11,70±3,07	12,00±2,76	0,284; -	-0,310; -	-0,586; -
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	12,49±2,47	12,61±2,41	12,77±2,61	-0,289; -	-0,638; -	-0,375; -
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	14,88±2,59	14,92±2,34	15,87±2,08	-0,089; -	-2,419; 0,02	-2,469; -0,01
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	15,18±2,40	15,16±2,33	15,93±2,71	0,051; -	-1,729; *_	-1,781; *_
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	13,79±2,51	13,96±2,41	14,80±2,38	-0,418; -	-2,405; 0,02	-2,038; -0,04
F23: транспорт	14,27±3,63	13,89±3,06	15,59±3,08	0,696; -	-2,264; 0,02	-3,198; 0,002
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	15,96±2,45	16,28±2,38	16,95±2,67	-0,821; -	-2,268; 0,02	-1,535; -

Приложение 10

Показатели самооценки здоровья в различных субферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости по параметру «Принятие риска»

Субферы здоровья	Уровни принятия риска			t, p	
	Низкий (n = 76)	Средний (n = 59)	Высокий (n = 77)	Низк. / Ср.	Низк. / Выс.
F1: физическая боль и дискомфорт	12,41±2,49	12,03±2,16	12,05±2,35	0,916;	0,909; -0,046;
F2: жизненная активность, энергия и усталость	13,45±3,05	14,36±2,61	14,39±2,81	-1,825; -*	-1,988; 0,05 -
F3: сон и отдых	15,42±4,15	16,42±3,40	16,00±3,84	-1,505;	-0,896; 0,670;
F4: положительные эмоции	14,07±2,65	15,19±1,98	15,53±2,16	-2,710; 0,008	-3,749; 0,0003 -
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	14,41±2,41	14,58±2,49	15,09±2,23	-0,396;	-1,821; -*
F6: самооценка	14,42±2,96	15,15±2,68	15,62±2,10	-1,483; -	-2,903; 0,004 -
F7: образ тела и внешность	14,60±2,89	14,93±2,66	15,51±2,45	-0,683;	-2,085; 0,04 -
F8: отрицательные эмоции	13,00±3,40	13,39±2,79	13,82±3,22	-0,714;	-1,529; -
F9: подвижность	16,96±2,51	16,73±2,82	16,42±2,99	0,504;	1,219; -
F10: способность выполнять повседневные дела	14,83±2,75	15,46±2,42	15,44±2,16	-1,389;	-1,533; -
F11: зависимость от лекарств и лечения	17,62±2,74	17,39±2,86	16,42±3,57	0,471;	2,336; 0,02 -

Продолжение Приложения 10

F12: способность к работе	16,03±2,85	16,90±2,92	16,91±2,74	-1,745; -1,954; 0,05	-0,222; -0,222; -
F13: личные отношения	15,26±2,67	16,22±2,59	16,35±2,43	-2,096; 0,04	-0,301; -
F14: практическая социальная поддержка	15,93±2,62	16,15±2,52	16,53±2,22	-0,487; -	-0,933; -
F15: сексуальная активность	13,86±3,54	14,51±3,49	15,03±3,37	-1,070; -	-0,875; -
F16: физическая безопасность и защищенность	6,46±2,02	6,49±1,51	6,57±1,92	-0,098; -	-0,263; -
F17: окружающая среда дома	15,09±3,31	14,86±3,42	15,21±3,07	0,391; -	-0,615; -
F18: финансовые ресурсы человека	11,76±3,15	11,58±2,92	12,2±2,83	0,353; -	-1,088; -
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	12,61±2,44	12,10±2,36	13,01±2,57	1,207; -	-2,123; 0,04
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	14,72±2,65	15,20±2,23	15,61±2,19	-1,117; -	-1,065; -
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	15,12±2,49	15,37±2,40	15,68±2,53	-0,598; -	-0,706; -
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	13,70±2,41	13,78±2,41	14,86±2,43	-0,197; -	-2,575; 0,003
F23: транспорт	14,17±3,35	14,27±3,34	15,05±3,31	-0,172; -	-1,636; -
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	16,00±2,65	16,27±2,28	16,78±2,50	-0,626; -	-1,870; -

Приложение 11

Показатели самооценки здоровья в различных субферах у студентов с высоким, средним и низким уровнями жизнестойкости

Субферы здоровья	Уровни жизнестойкости			t; p	
	Низкий (n = 71)	Средний (n = 67)	Высокий (n = 74)	Низк. / Ср.	Низк. / Выс. Вис.
F1: физическая боль и дискомфорт	12,28±2,54	11,66±2,13	12,54±2,29	1,561; -	-0,645; -2,367; 0,02
F2: жизненная активность, энергия и усталость	13,46±3,02	13,61±2,83	14,99±2,52	-0,295; -	-3,299; 0,001 -3,050; 0,002
F3: сон и отдых	15,87±3,96	15,00±4,02	16,77±3,39	1,284; -	-1,466; -2,834; 0,005
F4: положительные эмоции	14,24±2,71	14,79±2,23	15,66±1,97	-1,303; -	-3,627; -2,463; 0,0004 0,01
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	14,54±2,63	14,10±2,13	15,41±2,18	1,053; -	-2,175; -3,578; 0,0005 0,01
F6: самооценка	14,32±3,18	14,93±2,41	15,89±1,96	-1,246; -	-3,586; -2,623; 0,0005 0,01
F7: образ тела и внешность	14,44±2,83	14,74±2,91	15,84±2,13	-0,624; -	-3,374; -2,561; 0,001 0,01
F8: отрицательные эмоции	13,04±3,40	12,61±2,80	14,47±3,03	0,809; -	-2,679; -3,777; 0,008 0,0002
F9: подвижность	16,77±2,55	15,82±2,91	17,42±2,67	2,051; 0,04	-1,483; -3,400; 0,0009
F10: способность выполнять повседневные дела	14,80±3,15	15,03±1,83	15,81±2,10	-0,514; -	-2,273; -2,342; -0,02 0,02
F11: зависимость от лекарств и лечения	17,62±2,64	16,66±3,60	17,05±3,08	1,799; *	1,186; - 0,706; -

Продолжение Приложения II

F12: способность к работе	15,85±2,95	16,43±2,71	17,45±2,67	-1,217; -	-3,429; 0,0008	-2,230; 0,03
F13: личные отношения	15,63±2,70	15,60±2,78	16,50±2,24	0,079; -	-2,108; 0,04	-2,132; 0,03
F14: практическая социальная поддержка	16,14±2,75	15,66±2,39	16,78±2,10	1,101; -	-1,586; -	-2,979; 0,003
F15: сексуальная активность	14,37±3,54	14,33±3,35	14,68±3,59	0,064; -	-0,523; -	-0,593; -
F16: физическая безопасность и защищенность	6,75±1,82	6,09±1,55	6,66±2,06	2,275; 0,02	0,261; -	-1,847; *
F17: окружающая среда дома	15,00±3,07	14,31±3,69	15,82±2,81	1,190; -	-1,687; *	-2,748; 0,007
F18: финансовые ресурсы человека	11,89±3,16	11,48±2,95	12,12±2,79	0,786; -	-0,473; -	-1,331; -
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	12,66±2,43	12,10±2,43	13,03±2,52	1,346; -	-0,887; -	-2,207; 0,03
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	15,06±2,68	14,57±2,25	15,85±2,07	1,158; -	-2,004; 0,05	-3,527; 0,0006
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	15,28±2,53	14,90±2,34	15,95±2,49	0,931; -	-1,595; -	-2,577; 0,01
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	13,61±2,58	13,85±2,34	14,92±2,29	-0,583; -	-3,249; 0,001	-2,738; 0,007
F23: транспорт	14,07±3,69	13,84±2,77	15,57±3,24	0,420; -	-2,596; 0,01	-3,390; 0,0009
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	16,15±2,54	16,00±2,34	16,88±2,57	0,372; -	-1,703; *	-2,114; 0,04

Приложение 12

Евклидовы расстояния между кластерами выявленные в результате кластеризации данных трех групп испытуемых по десяти размерностям (показателям степени выраженности невротических наклонностей)

№№ кластеров	№ 1	№ 2	№ 3
№ 1	0,000	3,350	15,470
№ 2	1,830	0,000	5,232
№ 3	3,934	2,287	0,00

Примечание: значения под диагональю матрицы – расстояния между кластерами; значения над диагональю – квадраты расстояний между кластерами.

Результаты межгруппового дисперсионного анализа, подтверждающие приемлемость разделения испытуемых на группы со слабо, средне и сильно выраженными невротическими наклонностями

Виды невротических наклонностей (потребностей)	Изменчивость между кластерами	Ст. свободы	Изменчивость внутри кластеров	Ст. свободы	F	p
В любви и привязанности	190,00	2	862,66	215	23,68	0,000001
В руководящем партнере	302,55	2	959,72	215	33,89	0,000001
В заключении своей жизни в узкие рамки	32,40	2	1381,96	215	2,52	-
Во власти через интеллект или волю	554,54	2	822,36	215	72,49	0,000001
В эксплуатации других людей	422,21	2	932,93	215	48,65	0,000001
В признании и престиже	1027,78	2	860,15	215	128,45	0,000001
В восхищении собой	604,73	2	743,57	215	87,43	0,000001
В личных достижениях	1026,31	2	825,83	215	133,60	0,000001
В самодостаточности и независимости	233,76	2	1011,94	215	24,83	0,000001
В совершенстве и неуязвимости	462,23	2	995,28	215	49,93	0,000001

Приложение 13

Показатели самооценок здоровья (по отдельным субшкалам) в группах испытуемых со слабо, умеренно и сильно выраженными невротическими наклонностями

Субфакторы здоровья	Выраженность невротических наклонностей			t; p		
	I (n=31) Слабая	II (n=59) Умеренная	III (n=36) Сильная	I / II	I / III	II / III
F1: физическая боль и дискомфорт	12,23±2,65	12,10±2,19	11,67±2,76	0,24; -	0,84;	0,85; -
F2: жизненная активность, энергия и усталость	14,06±2,56	14,31±2,56	12,64±3,39	-0,42; -	1,92; 0,05	2,72; 0,008
F3: сон и отдых	17,23±2,68	15,27±4,25	15,81±3,66	2,33; 0,02	1,79*; -	-0,63; -
F4: положительные эмоции	15,39±2,50	15,00±2,34	14,42±2,71	0,73; -	1,52;	1,11; -
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	15,61±2,20	14,59±2,59	14,33±2,29	1,86*; -	2,32; 0,02	0,49; -
F6: самооценка	15,68±3,08	14,83±2,49	15,11±3,33	1,41; -	0,72;	-0,47; -
F7: образ тела и внешность	16,06±2,68	14,81±2,60	14,61±2,81	2,14; 0,04	2,16; 0,03	0,36; -
F8: отрицательные эмоции	13,94±2,85	13,61±3,11	11,33±3,22	0,54; -	3,47; 0,0009	3,72; 0,0003
F9: подвижность	17,48±2,20	15,78±2,67	16,00±2,89	2,71; 0,008	2,33; 0,02	-0,34; -
F10: способность выполнять повседневные дела	15,90±2,47	15,15±2,13	13,89±3,18	1,50; -	2,86; 0,005	2,32; 0,02
F11: зависимость от лекарств и лечения	17,81±2,26	16,44±3,80	16,72±3,50	1,84*; -	1,48; -	-0,36; -

F12: способность к работе	17,55±2,05	15,81±2,94	15,81±2,95	2,93; 0,004	2,77; 0,007	0,01; -
F13: личные отношения	16,32±2,83	15,93±2,68	16,33±1,79	0,64;	-0,02;	-0,79;
F14: практическая социальная поддержка	17,52±2,11	16,05±2,90	16,11±2,46	2,49; 0,01	2,49; 0,01	-0,10; -
F15: сексуальная активность	14,71±3,72	14,76±3,18	14,22±3,04	-0,07;	0,59;	0,82;
F16: физическая безопасность и защищенность	6,81±1,82	6,69±1,88	5,75±2,01	0,27;	2,25; 0,03	2,32; 0,02
F17: окружающая среда дома	16,06±2,24	15,20±2,96	14,89±3,63	1,42;	1,56;	0,46;
F18: финансовые ресурсы человека	11,55±2,49	12,66±2,81	11,72±2,78	-1,86*;	-0,27;	1,59;
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	12,90±2,70	12,41±2,35	12,50±2,84	0,90;	0,59;	-0,17;
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	15,13±2,03	15,47±2,33	15,31±2,59	-0,70;	-0,31;	0,33;
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	15,74±2,21	16,05±2,33	14,78±2,53	-0,61;	1,65;	2,50; 0,01
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	14,58±2,45	13,95±2,42	14,58±2,70	1,17;	-0,01;	-1,19;
F23: транспорт	15,10±3,19	14,73±3,15	13,53±3,64	0,52;	1,86*;	1,70*;
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	17,23±2,23	15,95±2,40	16,36±2,47	2,45; 0,02	1,49;	-0,80; -

Приложение 14

Евклидовы расстояния между кластерами, выявленные в результате кластеризации данных трех групп испытуемых по пяти размерностям (показателям стратегий совладания)

№№ кластеров	№ 1	№ 2	№ 3
№ 1	0,000	4,067	3,803
№ 2	2,017	0,000	2,302
№ 3	1,950	1,517	0,000

Примечание: значения под диагональю матрицы – расстояния между кластерами; значения над диагональю – квадраты расстояний между кластерами.

Результаты межгруппового дисперсионного анализа, подтверждающие приемлемость разделения испытуемых на группы с тремя стилями совладающего поведения

Копинг-стратегии, стени	Изменчивость между кластерами	Ст. свободы	Изменчивость внутри кластеров	Ст. свободы	F	p
Поиск поддержки	227,88	2	515,0910	230	50,8766	0,000000
Повышение самооценки	66,9133	2	531,8764	230	14,4677	0,000001
Самообвинение	441,8590	2	427,1453	230	118,9614	0,000000
Анализ проблемы	279,8840	2	481,2147	230	66,8863	0,000000
Поиск виновных	317,3539	2	370,4830	230	98,5084	0,000000

Приложение 15

Показатели самооценок здоровья у студентов с тремя стилями совладания со стрессами и трудностями

Субфакторы здоровья	Стили coping			I / II II / III
	I (n = 45)	II (n = 45)	III (n = 42)	
F1: физическая боль и дискомфорт	11,47±2,29	12,31±2,45	12,26±2,63	-1,689; _*
F2: жизненная активность, энергия и усталость	12,60±2,46	14,73±3,43	14,52±1,94	-3,387; 0,001
F3: сон и отдых	15,47±3,22	16,22±4,08	16,24±4,00	-0,975; -
F4: положительные эмоции	14,16±2,42	15,60±2,67	15,21±2,11	-2,686; 0,009
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	13,82±2,53	15,78±2,23	14,98±2,23	-3,890; 0,0002
F6: самооценка	14,31±2,87	15,80±2,79	15,60±2,52	-2,492; 0,01
F7: образ тела и внешность	14,24±2,68	15,73±2,92	15,48±2,17	-2,520; 0,01
F8: отрицательные эмоции	11,73±2,77	14,36±3,34	13,38±2,47	-4,052; 0,0001
F9: подвижность	15,00±2,71	17,33±2,49	16,40±3,03	-4,260; 0,00005
F10: способность выполнять повседневные дела	14,18±2,15	15,69±3,27	15,57±1,95	-2,593; 0,01
F11: зависимость от лекарств и лечения	16,24±3,83	17,49±3,13	17,00±2,96	-1,687; _*

F12: способность к работе	15,24±3,04	17,22±2,50	16,50±2,53	-3,370 ; 0,001	-2,086 ; 0,04	1,338; -
F13: личные отношения	15,31±2,64	16,78±1,99	16,48±2,43	-2,974 ; 0,004	-2,135 ; 0,04	0,635; -
F14: практическая социальная поддержка	15,73±2,53	17,36±2,02	16,36±3,03	-3,362 ; 0,001	-1,045; -	1,816; *
F15: сексуальная активность	14,29±3,42	14,87±3,03	15,00±3,35	-0,847; -	-0,979; -	0,195; -
F16: физическая безопасность и защищенность	5,78±2,02	7,13±1,89	6,74±1,70	-3,286 ; 0,001	-2,391 ; 0,02	1,024; -
F17: окружающая среда дома	14,38±3,26	15,62±3,02	16,07±2,51	-1,880; *	-2,702 ; 0,008	-0,752; -
F18: финансовые ресурсы человека	11,60±2,98	12,18±2,56	12,76±2,51	-0,986; -	-1,961; *	-1,074; -
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	11,76±2,76	13,29±2,52	12,76±2,21	-2,754 ; 0,007	-1,871; *	1,035; -
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	14,60±2,21	16,04±2,58	15,21±2,14	-2,855 ; 0,005	-1,317; -	1,630; -
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	14,73±1,98	16,31±2,70	15,98±2,12	-3,157 ; 0,002	-2,824 ; 0,006	0,639; -
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	13,89±2,38	14,62±2,87	14,40±2,29	-1,320; -	-1,031; -	0,389; -
F23: транспорт	13,56±3,09	15,38±3,79	14,21±2,94	-2,500 ; 0,01	-1,017; -	1,591; -
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	16,00±2,54	17,49±2,48	15,79±1,76	-2,812 ; 0,006	0,454; -	3,667 ; 0,0004

Примечание: «*» – сильная тенденция к значимости различий.

Приложение 16

Результаты дисперсионного анализа влияния факторов жизнестойкости и стратегии совладания с неприятностями по типу «Поиск поддержки» на самооценку студентами здоровья в разных сферах

Сферы здоровья	Сум. квадрат. эффект	Ст. св. эффект	Ср. квадрат. эффект	Сред. кв. ошибки	Ст. св. ошибки	Ср. квадрат. ошибки	F	p
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	68,49	8	8,56	612,76	116	5,28	1,621	-
Физическая сфера	57,58	8	7,20	487,05	116	4,20	1,714	-
Психологическая сфера	77,77	8	9,72	408,71	116	3,52	2,759	0,008
Уровень независимости	71,05	8	8,88	483,86	116	4,17	2,129	0,04
Соц. взаимоотношения	35,11	8	4,39	557,20	116	4,80	0,914	-
Окружающая среда	42,30	8	5,29	244,81	116	2,11	2,506	0,01
Духовная сфера	48,17	8	6,02	671,83	116	5,79	1,040	-

Результаты дисперсионного анализа влияния факторов жизнестойкости и стратегии совладания с неприятностями по типу «Повышение самооценки» на самооценку студентами здоровья в разных сферах

Сферы здоровья	Сум. квадрат. эффект	Ст. св. эффект	Ср. квадрат. эффект	Сред. кв. ошибки	Ст. св. ошибки	Ср. квадрат. ошибки	F	p
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	66,79	8	8,35	612,44	116	5,28	1,581	-
Физическая сфера	40,79	8	5,10	507,96	116	4,38	1,164	-
Психологическая сфера	35,76	8	4,47	468,00	116	4,03	1,108	-
Уровень независимости	64,12	8	8,01	494,35	116	4,26	1,881	-
Соц. взаимоотношения	39,82	8	4,98	553,00	116	4,77	1,044	-
Окружающая среда	27,78	8	3,47	267,12	116	2,30	1,508	-
Духовная сфера	48,91	8	6,11	659,89	116	5,69	1,075	-

Результаты дисперсионного анализа влияния факторов жизнестойкости и стратегии совладания с неприятностями по типу «Самообвинение» на самооценку студентами здоровья в разных сферах

Сферы здоровья	Сум. квадрат. эффект	Ст. св. эффект	Ср. квадрат. эффект	Сред. кв. ошибки	Ст. св. ошибки	Ср. квадрат. ошибки	F	p
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	108,61	8	13,58	566,59	116	4,88	2,780	0,007
Физическая сфера	76,34	8	9,54	473,45	116	4,08	2,338	0,02
Психологическая сфера	115,33	8	14,42	392,30	116	3,38	4,263	0,0001
Уровень независимости	102,30	8	12,79	456,66	116	3,94	3,248	0,002
Соц. взаимоотношения	69,85	8	8,73	524,16	116	4,52	1,932	-
Окружающая среда	51,62	8	6,45	241,61	116	2,08	3,098	0,003
Духовная сфера	70,18	8	8,77	649,14	116	5,60	1,568	-

Результаты дисперсионного анализа влияния факторов жизнестойкости и стратегии совладания с неприятностями по типу «Анализ проблемы» на самооценку студентами здоровья в разных сферах

Сферы здоровья	Сум. квадрат. эффект	Ст. св. эффект	Ср. квадрат. эффект	Сред. кв. ошибки	Ст. св. ошибки	Ср. квадрат. ошибки	F	p
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	66,88	8	8,36	614,62	117	5,25	1,591	-
Физическая сфера	42,96	8	5,37	506,91	117	4,33	1,239	-
Психологическая сфера	35,50	8	4,44	472,30	117	4,04	1,099	-
Уровень независимости	34,48	8	4,31	524,83	117	4,49	0,961	-
Соц. взаимоотношения	53,87	8	6,73	542,74	117	4,64	1,451	-
Окружающая среда	20,97	8	2,62	274,50	117	2,35	1,117	-
Духовная сфера	58,86	8	7,36	663,08	117	5,67	1,298	-

Результаты дисперсионного анализа влияния факторов жизнестойкости и стратегии совладания с неприятностями по типу «Поиск виновных» на самооценку студентами здоровья в разных сферах

Сферы здоровья	Сум. квадрат. эффект	Ст. св. эффект	Ср. квадрат. эффект	Сред. кв. ошибки	Ст. св. ошибки	Ср. квадрат. ошибки	F	p
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	90,98	8	11,37	590,52	117	5,05	2,253	0,03
Физическая сфера	71,18	8	8,90	478,69	117	4,09	2,175	0,03
Психологическая сфера	64,34	8	8,04	443,46	117	3,79	2,122	0,04
Уровень независимости	68,38	8	8,55	490,92	117	4,20	2,037	0,05
Соц. взаимоотношения	42,65	8	5,33	553,96	117	4,73	1,126	-
Окружающая среда	41,42	8	5,18	254,06	117	2,17	2,384	0,02
Духовная сфера	75,74	8	9,47	646,21	117	5,52	1,714	-

Приложение 17
Взаимосвязи параметров атрибутного стиля и самооценки здоровья в разных субфактах (n = 201)

Самооценки здоровья	Параметры атрибутного стиля						
	Стабильность	Глобальность	Контроль	Успех	Неудача	Достижения	Межличностная сфера
G	0,17*	0,09	0,14*	0,14*	0,15*	0,18*	0,14*
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,02	0,01	-0,08	-0,04	-0,04	-0,10	0,04
F2: жизненная активность, энергии усталость	0,15*	0,16*	0,04	0,08	0,16*	0,13	0,14*
F3: сон и отдых	0,18*	0,06	0,01	0,01	0,14*	0,06	0,13
F4: положительные эмоции	0,12	0,15*	0,20***	0,24***	0,12	0,26***	0,12
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,28***	0,30***	0,16*	0,28***	0,24***	0,27***	0,33***
F6: самооценка	0,32***	0,31***	0,11	0,25***	0,26***	0,28***	0,31***
F7: образ тела и внешность	0,20***	0,15*	0,00	0,07	0,15*	0,14*	0,11
F8: отрицательные эмоции	0,17*	0,09	0,01	0,03	0,14*	0,07	0,13
F9: подвижность	0,13	0,17*	0,11	0,07	0,23***	0,13	0,22**
F10: способность выполнять повседневные дела	0,16*	0,13	0,06	0,09	0,16*	0,14*	0,14*
F11: зависимость от лекарств и лечения	0,08	0,08	-0,07	0,03	0,02	-0,01	0,08
F12: способность к работе	0,19**	0,20***	0,17*	0,21***	0,20***	0,26***	0,19**
F13: личные отношения	0,24***	0,13	0,01	0,06	0,19**	0,14*	0,15*

F14: практическая социальная поддержка	0,11	-0,02	0,06	0,09	0,02	0,05	0,08
F15: сексуальная активность	0,14*	0,15*	-0,04	0,06	0,09	0,10	0,07
F16: физическая безопасность и защищенность	0,13	0,16*	0,15*	0,19**	0,13	0,18*	0,18*
F17: окружающая среда дома	0,06	0,00	0,15*	0,03	0,14*	0,11	0,07
F18: финансовые ресурсы человека	0,14*	0,02	0,05	0,08	0,06	0,10	0,04
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	0,15*	0,10	0,12	0,10	0,16*	0,15*	0,14*
F20: возможности для Приобретения новой информации и навыков	0,06	0,15*	0,09	0,17*	0,05	0,16*	0,07
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,12	0,14*	0,09	0,19**	0,06	0,18*	0,09
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	0,13	0,17*	0,14*	0,21***	0,11	0,23****	0,11
F23: транспорт	-0,02	-0,03	0,02	-0,08	0,07	-0,01	-0,00
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,14*	0,19**	0,16*	0,26****	0,09	0,23****	0,15*

Примечание: (*^a) – $p < 0,05$; (**^b) – $p < 0,01$; (***) – $p < 0,005$; (****) – $p < 0,001$; (*****^c) – $p < 0,00005$; (*****^d) – $p < 0,000001$; (*****^e) – $p < 0,0000005$.

Приложение 18

Взаимосвязи параметров атрибутивного стиля и самооценок здоровья в разных сферах у студентов с низкой жизнестойкостью (n = 66)

Сферы здоровья	Параметры атрибутивного стиля						
	Стабильность	Глобальность	Контроль	Успех	Неудача	Достижения	Межличностная сфера
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,21	0,10	0,25*	0,20	0,25*	0,34**	0,14
Физическая сфера	0,18	0,11	0,35**	0,33**	0,20	0,41**	0,15
Психологическая сфера	0,35**	0,28*	0,16	0,28*	0,31*	0,36**	0,30*
Уровень независимости	0,05	0,08	0,25*	0,19	0,15	0,27*	0,06
Социальные взаимоотношения	0,26*	0,12	0,11	0,27*	0,10	0,26*	0,14
Окружающая среда	0,08	0,05	0,30*	0,27*	0,11	0,32**	0,05
Духовная сфера	0,21	0,32**	-0,04	0,32**	0,01	0,17	0,21

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Взаимосвязи параметров атрибутивного стиля и самооенок здоровья в разных сферах у студентов со средней жизнестойкостью (n = 57)

Сферы здоровья	Параметры атрибутивного стиля						
	Стабильность	Глобальность	Контроль	Успех	Неудача	Достижения	Межличностная сфера
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,12	0,12	-0,06	0,14	-0,04	-0,03	0,20
Физическая сфера	0,30*	0,19	-0,27*	-0,06	0,17	-0,09	0,29*
Психологическая сфера	0,30*	0,14	-0,06	0,09	0,13	0,07	0,21
Уровень независимости	0,12	0,14	-0,30*	-0,18	0,10	-0,19	0,17
Социальные взаимоотношения	0,21	0,15	-0,15	0,03	0,07	0,03	0,10
Окружающая среда	0,18	0,08	-0,07	0,06	0,04	0,03	0,11
Духовная сфера	0,04	0,12	0,27*	0,28*	0,06	0,31*	0,01

Примечание: «*» – $p < 0,05$.

Взаимосвязи параметров атрибутивного стиля и самооценок здоровья в разных сферах у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 68)

Сферы здоровья	Параметры атрибутивного стиля						
	Стабильность	Глобальность	Контроль	Успех	Неудача	Достижения	Межличностная сфера
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	0,16	-0,03	0,17	0,05	0,16	0,16	0,07
Физическая сфера	0,09	0,01	-0,13	-0,15	0,09	-0,10	0,07
Психологическая сфера	0,27*	0,20	0,17	0,17	0,26*	0,28*	0,20
Уровень независимости	0,35**	0,23	0,21	0,28*	0,27*	0,31**	0,30*
Социальные взаимоотношения	0,20	0,07	0,02	-0,03	0,20	0,09	0,12
Окружающая среда	0,23	0,17	0,19	0,10	0,30*	0,26*	0,20
Духовная сфера	0,09	0,01	0,22	0,15	0,09	0,19	0,07

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 19

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субфрах с показателями готовности получить поддержку в стрессовой ситуации у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 32)

Субфакторы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокруженники	Друзья	Знакомыми Другой	Общественны е	Организации и показатель
F1: физическая боль и дискомфорт	0,15	-0,01	0,17	-0,00	-0,07	0,06
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,01	-0,03	-0,01	-0,07	0,14	0,04
F3: сон и отдых	0,11	-0,11	0,32	0,36*	-0,08	0,08
F4: положительные эмоции	0,28	-0,15	0,22	0,39*	-0,06	0,08
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,09	0,10	-0,06	-0,03	0,00	0,06
F6: самооценка	0,32	0,00	-0,10	0,09	-0,01	0,06
F7: образ тела и внешность	0,39*	-0,16	0,18	0,16	-0,36*	-0,07
F8: отрицательные эмоции	0,20	-0,08	0,02	0,26	-0,07	0,02
F9: подвижность	0,07	-0,16	0,01	-0,11	-0,42*	-0,27
F10: способность выполнять повседневные дела	0,07	-0,16	-0,06	-0,07	-0,11	-0,15
F11: зависимость от лекарств и лечения	0,28	-0,30	-0,06	-0,13	-0,04	-0,15

Продолжение Приложения 19

F12: способность к работе	-0,11	-0,40*	-0,01	0,14	0,03	-0,24
F13: личные отношения	0,39*	-0,24	-0,11	0,13	-0,19	-0,14
F14: практическая социальная поддержка	0,07	0,19	0,31	-0,15	0,06	0,24
F15: сексуальная активность	0,05	-0,34*	-0,07	0,22	-0,24	-0,29
F16: физическая безопасность и защищенность	0,02	-0,10	0,29	-0,06	0,21	0,14
F17: окружающая среда дома	-0,10	-0,10	0,00	-0,11	0,11	-0,05
F18: финансовые ресурсы человека	0,03	0,11	0,24	0,21	0,06	0,20
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	-0,17	0,19	0,15	0,04	-0,00	0,12
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,19	-0,17	0,04	0,23	-0,23	-0,11
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,19	-0,05	-0,14	0,22	0,16	0,08
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,03	-0,05	0,36*	0,02	-0,23	-0,02
F23: транспорт	-0,05	-0,02	0,08	0,07	-0,22	-0,09
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,25	0,03	0,20	0,01	-0,07	0,13

Примечание: «*» – $p < 0,05$

Приложение 20

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субферах с показателями готовности получить поддержку в стрессовой ситуации у студентов со средней жизнестойкостью (n = 42)

Субферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокрусенники	Друзья	Значимый Другой	Общественные организации	Суммарный показатель
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,04	0,05	-0,12	0,01	-0,16	-0,06
F2: жизненная активность, энергия и усталость	0,19	0,32*	0,17	0,20	-0,17	0,36*
F3: сон и отдых	0,22	-0,04	-0,10	0,16	0,20	0,10
F4: положительные эмоции	-0,17	-0,01	0,09	0,21	-0,08	0,03
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,05	0,07	0,11	0,35*	0,07	0,23
F6: самооценка	0,19	-0,05	0,02	0,27	0,06	0,13
F7: образ тела и внешность	0,10	-0,01	0,16	0,17	0,28	0,20
F8: отрицательные эмоции	-0,07	0,19	0,13	0,17	0,05	0,22
F9: подвижность	0,18	0,19	0,09	0,22	0,04	0,29*
F10: способность выполнять повседневные дела	0,09	0,17	0,11	0,15	0,01	0,24
F11: зависимость от лекарств и лечения	0,05	0,24	0,08	0,23	0,19	0,32*
F12: способность к работе	-0,09	0,19	0,05	-0,15	0,09	0,09

Продолжение Приложения 20

F13: личные отношения	0,19	0,04	0,13	0,37*	0,18	0,29*
F14: практическая социальная поддержка	0,13	0,28	0,35*	0,10	0,14	0,42* *
F15: сексуальная активность	0,12	-0,02	0,06	0,40**	0,14	0,21
F16: физическая безопасность и защищенность	-0,01	0,02	0,03	-0,11	-0,02	-0,02
F17: окружающая среда дома	0,02	0,13	0,18	0,08	0,02	0,19
F18: финансовые ресурсы человека	0,21	0,05	0,22	0,28	0,06	0,28
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	0,06	0,15	0,22	0,30*	0,03	0,31*
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	-0,19	0,36*	0,09	0,25	0,12	0,32*
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	0,05	0,10	0,21	0,34*	0,09	0,29*
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,15	0,26	-0,05	-0,04	0,08	0,12
F23: транспорт	0,16	0,08	0,17	0,28	-0,07	0,24
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	-0,23	0,06	-0,01	0,06	-0,07	-0,03

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 21

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субферах с показателями готовности получить поддержку в стрессовой ситуации у студентов с низкой жизнестойкостью (n = 50)

Субферы здоровья	Источники социальной поддержки					
	Семья	Сокрусики	Друзья	Значимыми Другой	Общественные организации	Сумарный показатель
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,21	-0,22	-0,04	0,13	-0,20	-0,22
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,09	0,19	0,05	0,05	0,07	0,13
F3: сон и отдых	0,15	0,31*	0,38**	0,21	-0,10	0,34*
F4: положительные эмоции	0,07	0,05	-0,04	0,08	-0,01	0,04
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,07	0,47****	0,40***	0,08	0,03	0,43***
F6: самооценка	-0,01	0,36**	0,14	0,15	0,06	0,29*
F7: образ тела и внешность	-0,11	0,11	0,07	0,13	0,05	0,10
F8: отрицательные эмоции	-0,12	0,12	-0,01	-0,05	-0,12	-0,01
F9: подвижность	-0,15	-0,04	0,01	-0,10	-0,03	-0,08
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,20	0,20	0,10	0,06	-0,18	0,05

Приложение Приложения 21

F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,11	-0,05	-0,12	-0,04	0,03	-0,09
F12: способность к работе	-0,04	0,21	0,52****	0,11	0,12	0,34*
F13: личные отношения	0,36**	0,39***	0,23	0,35*	0,07	0,46****
F14: практическая социальная поддержка	0,15	0,25	0,44****	0,43**	-0,04	0,40****
F15: сексуальная активность	0,07	0,02	-0,05	0,22	-0,09	0,03
F16: физическая безопасность и защищенность	0,08	-0,10	-0,15	0,09	-0,21	-0,13
F17: окружающая среда дома	-0,06	0,42****	0,26	-0,16	0,11	0,31*
F18: финансовые ресурсы человека	0,19	0,30*	0,09	0,24	-0,05	0,27
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	0,04	0,29*	0,24	0,17	0,10	0,32*
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	0,29*	0,39***	0,51****	0,21	0,21	0,56****
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	-0,06	0,28*	0,11	0,02	-0,08	0,15
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,11	0,16	-0,01	0,02	0,01	0,06
F23: транспорт	-0,02	0,12	0,02	-0,15	-0,06	0,02
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,14	0,02	-0,03	0,27	0,09	0,11

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$; «***» – $p < 0,005$; «****» – $p < 0,001$; «*****» – $p < 0,0005$;

«*****» – $p < 0,0001$.

Приложение 22

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов (n = 128)

Субферы здоровья	Проблемные области				
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,13	-0,11	-0,27**	-0,18*	-0,24**
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,22*	-0,00	-0,11	-0,23*	-0,30**
F3: сон и отдых	-0,12	0,05	-0,10	-0,17	-0,23*
F4: положительные эмоции	-0,09	0,04	-0,07	-0,15	-0,15
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	-0,08	0,12	0,04	-0,08	-0,26**
F6: самооценка	-0,12	0,04	0,01	-0,13	-0,37**
F7: образ тела и внешность	-0,25**	-0,08	-0,14	-0,21*	-0,41**
F8: отрицательные эмоции	-0,28**	-0,13	-0,38**	-0,30**	-0,41**
F9: подвижность	-0,27**	0,12	-0,02	-0,20*	-0,14
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,20*	-0,02	-0,19*	-0,23*	-0,41**

F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,31**	-0,11	-0,25**	-0,24**	-0,30**
F12: способность к работе	-0,15	0,04	-0,04	-0,03	-0,25**
F13: личные отношения	-0,06	0,11	-0,00	-0,12	-0,13
F14: практическая социальная поддержка	-0,11	0,11	-0,04	-0,16	-0,17
F15: сексуальная активность	-0,07	0,03	-0,12	-0,02	-0,26**
F16: физическая безопасность и защищенность	-0,13	0,07	-0,24**	-0,23*	-0,24**
F17: окружающая среда дома	-0,18*	-0,09	-0,06	-0,26**	-0,23*
F18: финансовые ресурсы человека	-0,12	0,01	-0,03	-0,04	-0,15
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	-0,13	-0,03	-0,03	-0,12	-0,10
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	-0,18*	0,04	-0,09	-0,16	-0,20*
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	-0,24**	-0,01	-0,10	-0,25**	-0,23*
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,20*	-0,20*	-0,25**	-0,24**	-0,24**
F23: транспорт	-0,23*	-0,06	-0,28**	-0,28**	-0,15
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	-0,01	0,06	-0,06	-0,14	-0,14

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 23

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с низкой жизнестойкостью (n = 50)

	Проблемные области				
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества
F1: физическая боль и дискомфорт	0,05	-0,04	-0,39**	-0,16	-0,07
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,13	0,04	-0,01	-0,23	-0,23
F3: сон и отдых	-0,10	0,05	0,03	0,06	-0,08
F4: положительные эмоции	-0,03	-0,02	-0,10	-0,20	-0,14
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	0,06	0,17	0,14	0,01	-0,25
F6: самооценка	-0,01	0,11	0,20	-0,09	-0,32*
F7: образ тела и внешность	-0,16	-0,02	-0,01	-0,29*	-0,31*
F8: отрицательные эмоции	-0,16	-0,21	-0,40**	-0,28*	-0,30*
F9: подвижность	-0,13	0,19	0,19	-0,15	0,01
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,09	-0,05	-0,14	-0,25	-0,37**

Продолжение Приложения 23

F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,21	-0,17	-0,37**	-0,20	-0,26
F12: способность к работе	0,05	0,13	0,18	0,05	-0,15
F13: личные отношения	0,14	0,16	0,28	0,11	0,12
F14: практическая социальная поддержка	-0,00	0,08	-0,07	-0,20	-0,21
F15: сексуальная активность	-0,00	0,03	-0,12	0,02	-0,24
F16: физическая безопасность и защищенность	0,01	0,16	-0,31*	-0,12	-0,17
F17: окружающая среда дома	-0,12	-0,01	0,17	-0,24	-0,17
F18: финансовые ресурсы человека	0,09	0,12	0,04	0,04	0,08
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	0,06	0,16	0,17	0,03	-0,01
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	-0,05	0,19	0,14	0,12	0,08
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	-0,32*	-0,16	-0,11	-0,35*	-0,32*
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,16	-0,27	-0,19	-0,29*	-0,24
F23: транспорт	-0,20	-0,17	-0,29*	-0,41**	-0,09
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	0,02	-0,02	0,02	-0,06	-0,15

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 24

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных субфакторах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов со средней жизнестойкостью (n = 37)

	Проблемные области					Личностные качества
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества	
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,34*	-0,12	-0,13	-0,20	-0,28	
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,21	0,05	-0,17	-0,33*	-0,22	
F3: сон и отдых	-0,10	0,13	-0,08	-0,13	-0,17	
F4: положительные эмоции	-0,12	0,18	-0,06	-0,16	0,06	
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	-0,23	0,01	-0,10	-0,26	-0,22	
F6: самооценка	-0,18	0,08	-0,06	-0,23	-0,20	
F7: образ тела и внешность	-0,28	-0,16	-0,21	-0,17	-0,33*	
F8: отрицательные эмоции	-0,36*	0,00	-0,39*	-0,37*	-0,30	
F9: подвижность	-0,40*	0,10	-0,16	-0,33*	-0,15	
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,24	-0,01	-0,21	-0,21	-0,38*	
F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,49**	-0,07	-0,17	-0,26	-0,26	

Продолжение Приложения 24

F12: способность к работе	-0,33*	0,11	-0,16	-0,22	-0,01
F13: личные отношения	-0,18	0,25	-0,09	-0,14	-0,12
F14: практическая социальная поддержка	-0,17	0,17	-0,06	-0,16	0,01
F15: сексуальная активность	0,04	0,12	-0,04	0,06	-0,06
F16: физическая безопасность и защищенность	-0,45**	-0,30	-0,18	-0,19	-0,35*
F17: окружающая среда дома	-0,29	-0,07	-0,13	-0,32	-0,31
F18: финансовые ресурсы человека	-0,17	-0,13	-0,11	-0,09	-0,42**
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	-0,35*	-0,25	-0,30	-0,20	-0,33*
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	-0,29	-0,07	-0,39*	-0,59**	-0,44**
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	-0,19	0,11	-0,18	-0,27	-0,05
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,40*	-0,02	-0,39*	-0,45**	-0,46**
F23: транспорт	-0,15	0,17	-0,24	-0,25	-0,05
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	-0,09	0,01	-0,20	-0,13	0,06

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 25

Взаимосвязи самооценок здоровья в разных сферах с показателями напряженности в различных проблемных областях учебной деятельности у студентов с высокой жизнестойкостью (n = 23)

Сферы здоровья	Проблемные области				
	Взаимоотношения со студентами	Взаимоотношения с преподавателями	Организация учебного процесса	Условия обучения	Личностные качества
F1: физическая боль и дискомфорт	-0,20	-0,50*	-0,31	-0,02	-0,39
F2: жизненная активность, энергия и усталость	-0,58**	-0,43*	-0,43*	-0,18	-0,49*
F3: сон и отдых	-0,34	-0,30	-0,32	-0,25	-0,37
F4: положительные эмоции	-0,22	-0,08	-0,14	-0,07	-0,23
F5: мышление, обучаемость, память и концентрация	-0,20	0,19	0,18	0,16	-0,06
F6: самооценка	-0,36	-0,29	-0,41	-0,13	-0,55**
F7: образ тела и внешность	-0,41*	-0,32	-0,32	-0,01	-0,50*
F8: отрицательные эмоции	-0,60**	-0,46*	-0,49*	-0,28	-0,60**
F9: подвижность	-0,61**	-0,22	-0,20	-0,09	-0,39
F10: способность выполнять повседневные дела	-0,58**	-0,22	-0,56**	-0,20	-0,59**
F11: зависимость от лекарств и лечения	-0,51*	-0,33	-0,27	0,08	-0,55**

Продолжение Приложения 25

F12: способность к работе	-0,33	-0,27	-0,29	0,11	-0,43*
F13: личные отношения	-0,15	-0,26	-0,22	-0,05	-0,19
F14: практическая социальная поддержка	-0,11	0,20	0,19	0,16	0,07
F15: сексуальная активность	-0,21	-0,10	-0,19	0,16	-0,26
F16: физическая безопасность и защищенность	-0,15	0,26	-0,11	-0,41	-0,06
F17: окружающая среда дома	-0,04	-0,45*	-0,33	-0,20	-0,12
F18: финансовые ресурсы человека	-0,29	-0,03	0,04	0,03	-0,20
F19: доступность и качество медицинской и социальной помощи	-0,20	-0,27	-0,18	-0,32	0,01
F20: возможности для приобретения новой информации и навыков	-0,32	-0,21	-0,19	0,08	-0,28
F21: возможности для отдыха и развлечений и их использование	-0,34	0,07	0,07	-0,02	-0,13
F22: климат и окружающая среда, ее загрязненность, привлекательность, наличие шума	-0,02	-0,12	-0,11	-0,19	-0,08
F23: транспорт	-0,39	-0,29	-0,49*	-0,42*	-0,37
F24: духовность, личные убеждения, религиозные чувства	-0,04	0,16	-0,06	-0,24	-0,18

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

Приложение 26
Направления влияния предикторов на показатели
в шести сферах здоровья (n = 126)

№ №	Перечень предикторов	Сферы здоровья					
		Физическое	Психологическое	Уровень независимости	Соц. взаимоотношения	Внешняя среда	Духовное
1	Копинг: поиск поддержки						
2	Копинг: повышение самооценки						
3	Копинг: самообвинение		-				
4	Копинг: анализ проблемы						+
5	Копинг: поиск виновных						
6	БП(I): «Экстраверсия / Интроверсия»		+			-	
7	БП(II): «Привязанность / Обособленность»	+					
8	БП(III): «Самоконтроль / Импульсивность»				-		
9	БП(IV): «Эм. устойчивость / Эм. неустойчивость»	-		-			-

Приложение 27

Направления влияния предикторов на показатели в шести сферах здоровья в группе испытуемых с низкой жизнестойкостью (n = 49)

№ №	Перечень предикторов	Сферы здоровья					
		Физическое	Психологическое	Уровень независимости	Соц. взаимоотношения	Внешняя среда	Духовное
1	Копинг: поиск поддержки		1				
2	Копинг: повышение самооценки					1	
3	Копинг: самообвинение			+			
4	Копинг: анализ проблемы						
5	Копинг: поиск виновных						
6	БП(I): «Экстраверсия / Интроверсия»						
7	БП(II): «Привязанность / Обособленность»						
8	БП(III): «Самоконтроль / Импульсивность»						
9	БП(IV): «Эм. устойчивость / Эм. неустойчивость»						

10	БП(V): «Экспрессивность / Практичность»	+		+	+	+	
11	СТОУН: стабильность						-
12	СТОУН: глобальность		+				+
13	СТОУН: контроль		+	+			+
14	ВСП: поддержка семьи						
15	ВСП: поддержка сокурсников						+
16	ВСП: поддержка друзей				+		
17	ВСП: поддержка Другого						+
18	ВСП: поддержка общественных организаций						
19	Прессинг: взаимоотношения со студентами						
20	Прессинг: взаимоотношения с преподавателями						
21	Прессинг: организация учебного процесса						
22	Прессинг: условия обучения						
23	Прессинг: личностные качества		-				-
24	НН: «Власть и престиж»						
25	НН: «Любовь и привязанность»						-
26	НН: «Независимость и неуязвимость»		-				-

Примечание: «БП» – Большая Пятёрка; «СТОУН» – стиль объяснения успехов и неудач; «ВСП» – восприятие социальной поддержки; «НН» – невротические наклонности.

Приложение 28

Направления влияния предикторов на показатели в шести сферах здоровья в группе испытуемых со средней жизнестойкостью (n = 34)

№ №	Перечень предикторов	Сферы здоровья					
		Физическое	Психологическое	Уровень независимости	Соц. взаимоотношения	Внешняя среда	Духовное
1	Копинг: поиск поддержки						
2	Копинг: повышение самооценки	-		-	-	-	
3	Копинг: самообвинение	-		-		-	
4	Копинг: анализ проблемы						
5	Копинг: поиск виновных	+					
6	БП(I): «Экстраверсия / Интроверсия»				+	-	
7	БП(II): «Привязанность / Обособленность»					-	-
8	БП(III): «Самоконтроль / Импульсивность»					-	
9	БП(IV): «Эм. устойчивость / Эм. неустойчивость»	-	+				

10	БП(V): «Экспрессивность / Практичность»	-	-	+	
11	СТОУН: стабильность				-
12	СТОУН: глобальность				+
13	СТОУН: контроль	-	-		+
14	ВСП: поддержка семьи	+			
15	ВСП: поддержка сокурсников				
16	ВСП: поддержка друзей	+	+		+
17	ВСП: поддержка Значимого Другого				
18	ВСП: поддержка общественных организаций				
19	Прессинг: взаимоотношения со студентами	-	-		-
20	Прессинг: взаимоотношения с преподавателями		+	+	+
21	Прессинг: организация учебного процесса				-
22	Прессинг: условия обучения				
23	Прессинг: личностные качества				-
24	НН: «Власть и престиж»	+	+		
25	НН: «Любовь и привязанность»				-
26	НН: «Независимость и неуживимость»				

Примечание: «БП» – Большая Пятёрка; «СТОУН» – стиль объяснения успехов и неудач; «ВСП» – восприятие социальной поддержки; «НН» – невротические наклонности.

Приложение 29

Направления влияния предикторов на показатели в шести сферах здоровья в группе испытуемых с высокой жизнестойкостью (n = 43)

№ № ^о	Перечень предикторов	Сферы здоровья					
		Физическое	Психологическое	Уровень независимости	Соц. взаимоотношения	Внешняя среда	Духовное
1	Копинг: поиск поддержки				+	-	-
2	Копинг: повышение самооценки				-	-	
3	Копинг: самообвинение						
4	Копинг: анализ проблемы		+			+	
5	Копинг: поиск виновных					-	
6	БП(I): «Экстраверсия / Интроверсия»	+		-			-
7	БП(II): «Привязанность / Обособленность»					+	-
8	БП(III): «Самоконтроль / Импульсивность»		+	+			
9	БП(IV): «Эм. устойчивость / Эм. неустойчивость»		-	-			

10	БП(V): «Экспрессивность / Практичность»					
11	СТОУН: стабильность				+	
12	СТОУН: глобальность					
13	СТОУН: контроль			+		+
14	ВСП: поддержка семьи					
15	ВСП: поддержка сокурсников					
16	ВСП: поддержка друзей				+	
17	ВСП: поддержка Значимого Другого					
18	ВСП: поддержка общественных организаций			-		
19	Прессинг: взаимоотношения со студентами					+
20	Прессинг: взаимоотношения с преподавателями			-		-
21	Прессинг: организация учебного процесса					-
22	Прессинг: условия обучения					
23	Прессинг: личностные качества					
24	НН: «Власть и престиж»				+	
25	НН: «Любовь и привязанность»					
26	НН: «Независимость и неуязвимость»					+

Примечание: «БП» – Большая Пятерка; «СТОУН» – стиль объяснения успехов и неудач; «ВСП» – восприятие социальной поддержки; «НН» – невротические наклонности.

Наукове видання

**Кузнецов Марат Амирович,
Зотова Лилия Николаевна**

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ

російською мовою

Відповідальний за випуск – А.В. Поденко
Комп'ютерна верстка – К.І. Фоменко

Підписано до друку 17.03.2017
Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Друк цифровий.
Гарнітура «Century Schoolbook». Умовн., друк., аркушів 21,5
Тираж 300 прим. Зам. № 261

Видавництво «Діса плюс». Тел. (057) 768-03-15
e-mail: disa_plus@mail.ru

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів та
розповсюджувачів видавничої продукції: серія ДК №4047 від
15.04.2011 р.

Надруковано в друкарні ТОВ «Пром-Арт»
61023, м. Харків, вул. Весніна, 12.
тел. (057) 717-28-80 e-mail: promart_order@ukr.net