

УДК: 159.9

© Кузнецов М.А., Зотова Л.Н., 2016 г.

orcid.org/0000-0002-2685-5475

orcid.org/0000-0002-6025-8033

dx.doi.org/10.5281/zenodo.44721

М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова
Национальный педагогический университет
имени Г.С. Сковороды, г. Харьков;
Национальный университет
имени В.Н. Каразина, г. Харьков

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Авторы исходят из того, что здоровье – это многомерный феномен, имеющий разнородную структуру. Он отражает фундаментальные аспекты человеческого бытия и включает в себя качественно различные компоненты. Рассмотрено множество понятий, которые в настоящее время используются для раскрытия сущности психологического здоровья и его механизмов.

Ключевые слова: здоровье, психологическое здоровье, выживание, устойчивость личности, 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, личностные качества, внутренняя картина здоровья.

М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ Й ДЕТЕРМІНАНТИ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Погляди авторів ґрунтуються на положенні про те, що здоров'я – це багатомірний феномен, якій має різнорідну структуру. Він відбиває фундаментальні аспекти людського буття й містить у собі якісно різні компоненти. Розглянуті поняття, які використовуються для розкриття сутності психологічного здоров'я та його механізмів.

Ключові слова: здоров'я, психологічне здоров'я, виживання, стійкість особистості, гармонія, суб'єктивне благополуччя, турбота про себе, психологічні захисти, стратегії та стилі опанування зі стресом, адаптаційний і особистісний потенціал, ресурси, сприйняття соціальної підтримки, атрибутивний стиль, саногенні аспекти Я, особистісні якості, внутрішня картина здоров'я.

M.A. Kuznetsov, L.N. Zotova

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND DETERMINANTS OF SUPPORT- TION HEALTH

The authors proceed from the fact that health – is a multi-dimensional phenomenon with heterogeneous-structure. It reflects the fundamental aspects of human existence and includes a qualitatively different components. Considered the set of

concepts that were currently used for the disclosure of mental health and its mechanisms.

Keywords: health, psychological health, survival, stability of personality, harmony, subjective well-being, self-care, psychological defenses, strategies and styles of coping, adaptive and personal potential, the resources, the perception of social support, attributive style, sanogen aspects of Self, features of personality, internal picture of health.

Постановка проблеми. Здоровье выражает состояние полного душевно-го, 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. Здоровье имеет определенные составляющие, обусловленные принадлежностью человека нескольким системам – биологической, социальной, информационной, духовно-смысловой (см. таблицу 1). 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 [20; 21].

Цель нашей статьи – рассмотреть и осуществить сопоставительный анализ объяснительных возможностей различных категорий, выработанных в психологии и предназначенных для интерпретации феномена здоровья человека. Так, сущность здоровья может быть раскрыта через понятие *выживания*. Д.В. Колесов и Д.Д. 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» [9, 548.].

Д.В. Колесов, операционализируя понятие жизнеспособности, выделяет «процессы здоровья», к которым относит самоподдержание (при ведущей роли саморегуляции) и самосохранение (упреждающее, защитное и восстановительное). Внешним выражением процессов здоровья является «динамическая стабильность»: 1) стабильность облика индивида, 2) стабильность норм реакции, 3) стабильность связей и отношений с

окружающим миром и 4) стабильность высокой меры невосприимчивости к соматическим и психическим болезням.

Таблица 1

Составляющие здоровья человека, их основание и способы проявления

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, гармоническое 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

Психическое здоровье укрепляется и поддерживается с помощью механизмов обеспечения *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 существуют динамические психические системы, гибко настраивающихся «на задачу», сохра-

няющие 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). Л.В. Куликов выявил «составляющие психологической устойчивости» [11], к числу которых отнес: 1) факторы социальной среды, 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 и т.п.), 5) эмоциональная сфера (преобладание стенических эмоций), 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. Многие расстройства психики начинаются с дисгармонии личности. Гармония представляет собой правильное соотношение между основными сторонами бытия личности: (1) *пространственной* (соотнесенность внешнего и внутреннего пространства личности, их связанность, соответствие по объему), (2) *временной* (соотнесенность внешнего, событийного времени и времени внутреннего), и (3) *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 (воздействие СМИ, рекламы и т.п.), рассогласование ее с миром природным (ускорение ритмов жизни, обусловленных производственной и социальной необходимостью, не соответствующих естественным ритмам; подмена объективной реальности реальностью виртуальной; использование 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 – признаком соци-

ального нездоровья) выражает внутриличностный конфликт, амбивалентность, внутреннюю дисгармонию.

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. 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. В понятии счастья содержится указание на некий идеал, эталон человеческой жизни. У счастья нет самообоснованной и самодостаточной сущности [5], оно – побочный результат реализации других целей. Понятие эмоционального комфорта является метафорическим, понятие удовлетворенности жизнью содержит элемент неопределенности в отношении предмета оценки. 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 [39].

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 обстоятельствах 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.

Преимущественный акцент не на состоянии, а на активных действиях, ведущих к обретению и укреплению здоровья выводит на категорию *заботы о себе*. Впервые о необходимости заботиться о себе, по свидетельству М. Фуко, заговорил Платон [19]. Забота о себе – это общее от-

ношение 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 [6]. 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 стремление 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.

Варианты жизни, при которых утрачивается смысл заботы о себе можно обозначить как метопатологии (понятие, предложенное А. Маслоу [15]). Метопатологична жизнь «не в полную силу», субчеловеческая, т.е. сниженная (в противоположность подлинно человеческой).

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 [22]. Потокотые 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

деятельностях, совершаемых по внешним причинам. Потокковые переживания обладают мощным оздоравливающим потенциалом, так как приводят к усилению Я человека в направлении сложности.

Понимание здоровья в интерактивном аспекте (как фактора эффективного взаимодействия человека с жизненными трудностями и стрессами) существенно углубилось при разработке проблематики *психологических защит*. 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 [42]. 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 хорошую адаптацию к отдельным жизненным трудностям и к жизни в целом. Дж. Вейллант подчеркивал полезность и адаптивную роль любого защитного механизма, включая и такие, которые другие исследователи традиционно относят к патологическим.

Защитные механизмы эго 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». Главный признак психического здоровья – наличие позитивных (т.е. ведущих к более эффективной адаптации) изменений в жизни человека.

Большинство исследователей, однако, раскрывая сущность здоровья, дают более высокую оценку не психологическим защитами, 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. Н. Хаан [29] и Т. Кроубер [34] подчеркивают, что укрепление психического здоровья обусловлено выбором незаситных 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, ав-

томатизировано.

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 это 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 [35]. 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. Активный копинг, направленный на решение проблемы, наоборот, уменьшает влияние негативных жизненных событий (как острых, так и хронических).

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, способ-

ствующие 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 которых его функционирование становится более качественным, здоровым. Р. Шварцер [41] 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.

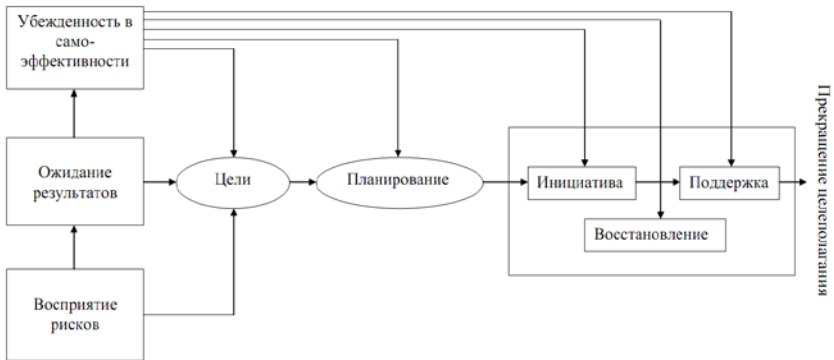


Рис. 1. Модель психической регуляции здорового поведения по Р. Шварцеру.

В его модели здоровое поведение человека делится на фазу мотивации и фазу деятельности (см. рис. 1.). 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 [40], 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 целостный 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.

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. Особым исследовательским направлением является изучение стилей совладающего со стрессом поведения [4]. 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» [37, 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» (пренебрежение 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).

Важной особенностью здоровой личности является ее значительный **адаптационный потенциал**. Понятие личностного адаптационного потенциала возникло в концепции адаптации [16] 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

[14]. 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.А. Леонтьева, личностный потенциал выражается в самодетерминации человека, его зрелости как личности [13]. 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 разновидности (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) [2].

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. 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.). 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 [3]. Несмотря на то, что старение и болезнь отождествлять нельзя, 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 факторов выбора, оптимизации и компенсации.

А. Антоновский, автор так называемой салютогенной теории, – разработал особый вариант ресурсного подхода к здоровью [23]. 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*). 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.

Некоторым людям удается сберечь здоровье и успешно адаптироваться к трудностям, несмотря на тяжелые жизненные обстоятельства [28]. В этом им помогают разные виды ресурсов. Несмотря на то, что спектр ресурсов конкретного человека достаточно широк, количество их

ограничено. Ресурсы могут находиться 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 [30], 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. 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 таком (поддерживающем) ее качестве, была адекватной, доступной и удовлетворяющей индивида. Выделение «социальной поддержки» в особую область исследований произошло в 70-е годы прошлого века благодаря исследованиям С. Кобба и С. Кассела [25; 33], 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. Дж. Хаус [30] 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 [24], а также Дж. Виннабст с

сотр. [43] 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. *Качество отношений* выражает их субъективно-личностный аспект, прочность, доверительность, вовлечение в отношения глубинных мотивационных структур. *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 [26]. 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. 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, нейротизм, экстраверсия, локус контроля, социальная компетентность 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. При доминировании пессимистического стиля атрибуции продолжительность жизни ниже. 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 [38]. 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. 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. Кроме того, люди с пессимистическим атрибутивным стилем не умеют эффективно обращаться за социальной поддержкой.

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 [8]. 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. *Самооценки* такого человека точны и реалистичны, так как он тонко осознает различия между реальным и идеальным Я. У него сформировано общее чувство самооценности, 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. 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. Психическое здоровье поддерживается *метакогнитивными* знаниями (знаниями о своих собственных когнитивных и регулятивных процессах). Метакогнитивные процессы и страте-

гии определяют атрибутивные характеристики субъекта (его активность, самоорганизованность, целостность и т.п.). 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, инициирующим началом своих взаимодействий с миром; он сам создает условия для своего развития и преодоления болезненных личностных деформаций.

Психическое 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 [31], предложили процессуально структурную модель, в которой упорядочена система последовательно действующих факторов психического здоровья и благополучия человека (см. рис. 2). В соответствии с данной моделью психическое здоровье и благополучия – результат совокупного влияния окружающей среды и личностных факторов.



Рис. 2. Факторы психического здоровья и чувства благополучия в теории стресса К.Дж. Холахена, Р.Х. Мооса, С. Шефера.

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.

Взаимосвязи между состоянием здоровья и *личностными характеристиками* давно вызывают научный интерес. Показано, что одни личностные конструкты (например, жизнестойкость], оптимистический атрибутивный стиль, экстраверсия) способствуют успешному противостоянию стрессовым ситуациям, а другие (например, интроверсия, высокий уровень невротизации 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 [1]. Странники 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 [12]. На основе оценок по Большой Пятерке возможно предсказание черт характера, ассоциируемых со здоровьем [12; 18]. В работе [27] 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 [36]. 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 [7]. Для понимания сущности здоровья разные исследователи активно привлекают психологические категории «социальных представлений о здоровье», «отношения к здоровью», «внутреннюю картину здоровья» [2; 7], «индивидуальную концепцию здоровья». Субъективная оценка своего здоровья выступает в качестве предиктора специфики протекания и исхода ряда соматических и психических заболеваний, влияет на поведение больного в процессе лечения, степень его согласия с режимом лечения. 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 [17]. В.А. Ананьев подчеркивал, что ВКЗ возникает вследствие самоосознавания и самопознания человеком самого себя в условиях здоровья [2]. 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 [10]. Аспек-

тами 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. И.И. Мамайчук показывает связь ВКЗ через Я-концепцию с образом Я. Г.Т. Красильников, Л.М. Сыч и Л.Л. Галина пишут о рационально-когнитивном, эмоционально-чувственном, сенсорном и мотивационном компонентах ВКЗ. А.В. Кукуруза, Е.А. Кириллова и Е.Э. Беляева отметили недостаточность традиционного «трехкомпонентного» понимания структуры ВКЗ. 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, используя основные положения концепции отношений В.Н. Мясищева, 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 (фаси-

литацию рефлексии, имплицитную картину здоровья и представление телесности, гармонизацию эмоциональной диссонантности, копинги). По мнению исследовательницы развитие отношения к собственному здоровью «встроено» в динамику развития субъектности.

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.

Выводы. Анализ основных объяснительных категорий показывает, что здоровье – это многомерный феномен, имеющий геротогенную 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.

Стремление раскрыть механизмы обретения, поддержания и укрепления здоровья, а также полисистемность самого 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. Это – 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.

Литература

1.Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Александр Ф.; пер. с англ С. Могилевского. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.

2.Ананьев В.А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.

3.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.

4. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 528 с.
5. Джидарьян И.А. Психология счастья и оптимизма / И.А. Джидарьян. — М.: Изд-во «Институт Психологии РАН», 2012. — 268 с.
6. Иванченко Г.В. Забота о себе: история и современность / Г.В. Иванченко. — М.: Смысл, 2009. — 304 с.
7. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии. — 1993. — № 1. — С. 86-88.
8. Капрара Дж. Психология личности / Капрара Дж., Сервон Д.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 640 с.
9. 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»).
10. 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.
11. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие / Л.В. Куликов. — СПб.: Питер, 2004. — 464 с.
12. Лаак Я.Т. Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описание / Лаак Я.Т., Бругман Г.; пер. с англ. — М.: Книжный дом «Университет», 2003. — 112 с.
13. 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.
14. 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.
15. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / Маслоу А.; пер. с англ. — М.: Смысл, 1999. — 424 с.
16. 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.
17. 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.
18. Фернхем А. Личность и социальное поведение / А. Фернхем, П. Хейвен; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2001. — 368 с.
19. 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.

20. Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Т.Б. Хомуленко // Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: Монографія / За ред. С.Д. Максименка, В.Л. Зливкова, С.Б. Кузикової. Книга 1. — Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. — С.340-358.

21. Хомуленко Т.Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід. Навчально-методичний посібник / Т.Б. Хомуленко, І.О. Філенко, К.І. Фоменко, О.С. Шукалова, М.В. Коваленко. — Х.: Діса плюс, 2015. — 264 с.

22. Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания / М. Чиксентмихайи; пер. с англ. — М.: Смысл; Альпина-нон-фикшн, 2011. — 461 с.

23. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model / A. Antonovsky. — New York: John Wiley & Sons, 1990. — 562 p.

24. Barerra M.Jr. Distinctions between social support concepts, measures, and models / Barerra, M.Jr. // American Journal of Community Psychology. — 1986 — №14. — P. 413-445.

25. Cobb S. Termination: The consequences of job loss / Cobb S., Kasl S.V. — Cincinnati : NIOSH., 1977.

26. Cohen S. Stress, social support, and the buffering hypothesis / Cohen S., Wills T.A. // Psychological Bulletin, — 1985. — V. 98. — P. 310-357.

27. 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.

28. Frydenberg E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / Frydenberg E., Lewis R. // American Educational Research Journal. — 2000. — №37(3). — P. 727-745.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. House J. Work stress and social support. Reading / House J. — MA: Addison-Wesley, 1981 — 352 p.

33. 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.

34. 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.

35. Lazarus R. Stress, Appraisal, and Coping / R. Lazarus, S. Folkman. — NY.: Springer, 1984. — 456 p.

36. 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.

37. Millon T. On the nature of clinical health psychology // *Handbook of clinical health psychology* / Ed. by T. Millon, C. Green, R. Meagher. — New York: Plenum, 1982. — P. 1-28.

38. Peterson C. Explanatory style and illness / Peterson C., Seligman M.E.P. // *Journal of Personality*. — 1987. — V. 55. — P. 2.

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Vaillant G.E. *Adaptation to life* / Vaillant G.E. — Boston: Little, Brown, 1977. — 396 p.

43. 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.