

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

ИННОВАЦИОННЫЙ ЕВРАЗИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Темиргалина М.Б.

Информированность и жизненная позиция современных казахстанских семей в вопросах формирования социально психологического здоровья

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Специальность 6М010300 «Педагогика и психология»

ПАВЛОДАР – 2015

СОДЕРЖАНИЕ

	Введение	4
1	Теоретические основы социального психологического здоровья	8
1.	Концепция психологического здоровья	8
1	Жизненная позиция современных казахстанских семей в отношении социального психологического здоровья	42
1.	Информированность современных казахстанских семей в отношении социального психологического здоровья	50
2	Информированность современных казахстанских семей в отношении социального психологического здоровья	
1.	Общая методология исследования	54
3	Характеристика материала	54
	Методы исследования	55
		73
2	Заключение	
2.		75
1	Список использованных источников	85
2.		
2	Приложение А	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования: Общим знаменателем сложных личностно-социальных проблем является проблема информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья. Данная проблема имеет два актуальных аспекта: клинико-эпидемиологический, связанный с неконтролируемым ростом заболеваемости, болезненности психических заболеваний и связанных с ними эмоционально-поведенческих расстройств и соответствующих с этим экономических потерь; социальный, обусловленный снижением качества психического здоровья с сопутствующими артефактами кризисного социального развития [1, с. 34-37].

Несостоятельность личности и социума в главной своей, самоорганизующей функции проявляется в следующих знаках современной реальности как: очевидное расслоение значительной части населения планеты по уровню и качеству жизни; перманентный социальный (включая экономический, идеологический и политический) кризис во многих густонаселенных районах мира; рост преступности, включая распространение мирового терроризма; изобилие локальных политических и вооруженных конфликтов; эпидемия наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; резкое ухудшение экологической ситуации.

В условиях, когда степень агрессивности и нестабильности информационной среды постоянно возрастает, а базисные, адаптационные свойства личности и социума, напротив, ухудшаются, данное качество – способность к самоорганизации – выступает основополагающей характеристикой здоровья [2, с. 268]. Крайне острой проблемой современности является стремительный рост пограничных нервно-психических расстройств [3, с. 61-69], психодезадаптационных состояний [4], аддиктивного поведения [5, с. 28-33], аффективных (депрессивных) нарушений [6] суицидального поведения [7]. Некоторые яркие сравнения четко характеризуют актуальность проблемы, связанной с вышеуказанными расстройствами: низкая адаптационная способность невротической личности в современных условиях определяет ее как своеобразный «барометр нашего времени» [8, с. 476], а рост депрессивных расстройств как «неинфекционную эпидемию XXI века» [9, с. 14-18].

Таким образом, низкой способностью к самоорганизации и неудовлетворительной адаптацией личности к быстроизменяющимся условиям внешней, часто агрессивной среды, можно объяснить отмечаемый рост вышеуказанных заболеваний, и связанной с этим острой социальной проблемой современной казахстанской семьи.

Способность личности к самоорганизации А.Л. Катков [10, с. 49-79] определяет как качественный уровень психического здоровья, выделяя ее в отдельную категорию – психологическое здоровье. Разделение категорий психического и психологического здоровья позволяют дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека. Развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в

агрессивной быстро меняющейся среде. Только развитие качественно новых психологических свойств (ранее не развитых в достаточной степени) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной: «В настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психического и психологического здоровья» [11, с. 268]. В.Я. Семке [12, с. 376] так же отмечает идею разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности. О развитии психологического здоровья отмечают и другие авторы [13].

Таким образом, основной способ повышения уровня информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального здоровья в постиндустриальную, информационную эпоху заключается в развитии самоорганизующих способностей человека (психологического здоровья), а не только охране его биологического статуса [14, с. 73-80].

Следовательно, описанная выше актуальность проблемы определила **цель нашего исследования** – это выявление информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья.

В качестве **объекта исследования** нами выделена современная казахстанская семья, **предметом исследования** является информированность и жизненная позиция в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Научная гипотеза, выдвинутая нами, определяет среднюю информированность и жизненную позицию современных казахстанских семей в вопросах социального психологического здоровья. Верификация гипотез и достижение цели исследования определили выбор следующих **задач исследования**:

1. На основе анализа литературы выявить основные подходы к изучению психологических детерминант социального психологического здоровья современной казахстанской семьи;
2. Определить адекватные предмету исследования методы исследования;
3. Осуществить эмпирическое исследование уровня информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Для решения поставленных задач был запланирован комплекс методов исследования: теоретический анализ литературы, диагностические методы сбора материала, методы обработки данных исследования.

Положения, выносимые на защиту

1. Психологическое здоровье – это фундаментальная способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

2. Свойствами психологического здоровья являются следующие: полноценная личностная идентификация или эго-идентичность; сформированность навыков ответственного выбора; внутренний локус-контроля; наличие позитивного конструктивного жизненного сценария; наличие внутренних ресурсов (физических и психических), необходимых для реализации данного сценария; полноценная информированность и адекватная осведомленность о социальном психологическом здоровье. Данные свойства психологического здоровья являются качественными характеристиками социального психологического здоровья.

Научная новизна исследования заключается в целостном анализе проблемы информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Теоретическая значимость заключается в обогащении раздела социальной психологии, посвященного исследованию проблем социально-психологических детерминант психологического здоровья, как личности, так и общества в целом; реализации системного подхода при изучении психологического здоровья; в обосновании феномена «социально-психологическое здоровье»; в расширении и углублении существующих теоретических представлений о структурно-содержательном анализе социально-психологического здоровья; в уточнении психологических условий развития и профилактики социального психологического здоровья.

Практическая значимость работы определяется тем, что материалы и методы исследования могут быть использованы при создании специальных учебных курсов по «Психологическим детерминантам социального психологического здоровья», для дальнейших исследований проблемы социального психологического здоровья как личности, так и общества в целом. Достоверность и надежность данных исследования обеспечивается соответствием теоретических основ эмпирическим результатам исследования, репрезентативностью изучаемой выборки, использованием валидного психологического инструментария, применением методов математической статистики и содержательным анализом выявленных фактов и закономерностей.

Эмпирической базой выступили семьи, проживающие в городе Павлодар (120 респондентов), отобранные по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности.

Достоверность и надежность. Был уточнен и теоретически обоснован понятийный аппарат исследования, а также определены критерии операционализации понятий в эмпирическом исследовании. В ходе исследования были разработаны методики для реализации поставленных задач и эмпирического изучения проблемы.

Результаты проведенного исследования обрабатывались корректными статистическими компьютерными программами; осуществлена предварительная апробация авторских методик и были проверены их психометрические характеристики.

Достоверность и надежность полученных данных обеспечивается методологической обоснованностью исходных позиций; междисциплинарным подходом и рассмотрением проблемы, корректным использованием методов сбора и обработки эмпирического материала; многоаспектностью теоретического анализа данных, включающего систематизацию, историко-культурный, этнопсихологический и собственно психологический анализ.

Полученные результаты не являются пока окончательными и представляют интерес для дальнейших исследований в сфере социального психологического здоровья.

Структура работы. Диссертация состоит из введения; двух глав; заключения; списка использованной литературы, включающего 158 источников и приложения. Объем основного текста диссертации составляет 95 страниц. Работа содержит 7 таблиц.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1 Концепция психологического здоровья

Концепция психологического здоровья является основной теоретической базой настоящего исследования. Собственно теоретический, концептуальный блок фокусирует усилия профессионалов (теоретиков и практиков), имеющих отношение к обсуждаемой проблеме, на комплексе взаимозависимых составляющих.

Теоретические конструкции концепции психологического здоровья опираются: на исследования А. Маслоу [15, с. 391-416] об иерархии индивидуальных потребностей; Э. Эриксона [16, с. 305-348] о жизненных кризисах и формировании личностной идентичности; Д. Роттера о личностных свойствах интернальности – экстернальности; Р. Хэвигхерста о задачах личностного развития; А.Л. Каткова [17, с. 23] о функциональной концепции психического, концепции интегрального здоровья.

Оригинальными положениями настоящей концепции являются: теория личностных свойств; описание базисных стратегий поведения индивида в агрессивной среде; разработка принципов реформирования конфронтационной стратегии поведения на синергетическую; обоснование общего алгоритма формирования свойств психологического здоровья.

Главные теоретические концепты (выделяемые личностные свойства, совокупности личностных свойств, определения психологического здоровья, понятия о базисных стратегиях поведения и т.д.) сформулированы в соответствии со следующими основными принципами: дифференциации (каждое теоретическое положение имеет свое четкое определение и признаки, по которым надежно идентифицируется); измеряемости (динамику каждой исследуемой модели можно отследить по соответствующим количественным и атрибутивным признакам); единства (понятия, рассматриваемые в теоретической части концепции, объединяются в единый функциональный блок).

Углубленный анализ особенностей формирования личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни адаптации и психологического здоровья индивида – необходимое условие для последующей, эффективной разработки прикладных концептуальных блоков. Таким образом, главная задача раздела сводится к детальному анализу данных свойств и проработке полярных вариантов их развития.

Превентивный аспект концепции психологического здоровья состоит из уровня самоорганизации личности, который складывается из понятий:

- а) диспозиция (степень выраженности свойств психологического здоровья);
- б) кондиция (здесь имеется в виду характеристика качества жизни, соматического, психического и социального здоровья);

в) информированность (здесь имеется в виду степень адекватной информированности субъекта о социально-психологическом здоровье, способствующих достижению его основных жизненных целей);

г) позиция (имеется в виду позиция по отношению к социально-психологическому здоровью).

Прикладными понятиями концепции являются:

- индивидуальные комбинации (характеристики развития) свойств психологического здоровья, определяемые у конкретного индивида;

- характеристики тематического воздействия контактных аудиторий (семья, ближайшее окружение – значимые другие, учебные, рабочие коллективы);

- характеристики тематического воздействия основных агентов развития (педагоги, наставники, воспитанники и т.д.);

- характеристики тематического воздействия референтных групп;

- характеристики тематического воздействия семьи;

- характеристики опосредованного, тематического воздействия основных социальных институтов (образование, здравоохранение, религия).

Термин «психологическое здоровье» стал употребляться с начала 50-х годов прошлого столетия как следствие неудовлетворенностью традиционными определениями и классификациями психического здоровья. При употреблении данного термина особое значение придается качественным (психологическим) характеристикам психики индивида.

"Психологическое здоровье" относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социального, философского и других аспектов. Психологическое здоровье позволяет личности постепенно стать самодостаточной, имеющей собственную точку зрения и внутренние осознанные самоориентиры.

В отечественной медицинской и психологической науке представления о психологическом здоровье базируются на понятиях «нормальное развитие» в течение жизни, результатом которого и становится обретение качеств «психологического здоровья» и «аномальное развитие», которое рассматривается как отклонение в каких-то ключевых точках от нормальной линии развития, приводящее человека к психическим нарушениям как неким «тупикам», из которых он зачастую не может выбраться сам.

В отечественной психологии в качестве психологического критерия могут рассматриваться, по П.А. Мясоеду [18, с.73-79], «закономерности психического развития, установленные в рамках деятельностного подхода. В этом случае психической нормой будет являться процесс последовательного становления психических новообразований данного периода». Он вводит понятие «ненормативное психическое развитие» как «особый тип онтогенеза, протекающий в границах между психической аномалией и психической нормой, который обуславливается социальными, биологическими и психологическим факторами».

К биологическим факторам относятся генетически и не генетически обусловленные отклонения в работе физиологических систем организма. Социальными факторами считаются условия жизни, препятствующие освоению ребенком культуры: нездоровый психологический климат семьи, формирующий страх, неуверенность, тревожность; неправильное воспитание в семье, ответственное за деформацию личности и индивидуальности ребенка; неполное воспитание, предопределяющее дефицит необходимых образцов поведения взрослого; воспитание вне семьи, приводящее к фрустрации основных потребностей ребенка и носящее условный характер. Действие этих факторов прослеживается в 50-90% случаев.

Биологические факторы вызывают ненормативное психическое развитие на уровне организма, связанное с отклонением в степени опосредованности функций психики:

- недоразвитие или сверхразвитие познавательной функции (построения образа мира);
- недоразвитие регулятивной (воплощения образа) – незрелость эмоционально-волевой сферы;
- инструментальной (психологических средств деятельности) – нарушения темперамента.

Социальные факторы предопределяют ненормативность на уровне индивида, нарушая условия и возможности, необходимые для нормального развития. В ответ на неудовлетворение потребностей, особенно потребности в общении, формируются ненормативные (или квазинормативные – компенсаторные) свойства характера.

На уровне личности ненормативное развитие связано ненормативными способами удовлетворения потребностей и, прежде всего, потребности в самореализации, воплощении своего «Я» в мире. Если психическая норма - самореализация через поступок, то ненормативность – через проступок (активность, отрицательно оцениваемую с позиций норм морали). Так, потребность в самореализации может приобрести характер эгоцентризма – отношение к окружающим как к средству удовлетворения своих потребностей, стремление своими действиями (проступками) подчинить образ мира своему «Я». «Я» охраняется от влияния мира средствами психологической защиты. Децентрированная же личность поступком согласовывает образ мира и образ «Я».

Ряд психологов, работая, по сути, в русле антропоцентрического эталона, считают, что основные качества, обретаемые в процессе нормального развития и составляющие залог «психологического здоровья», кроются в ценностно-потребностной сфере человека. Так, С.А. Капустин [19, С.7-18] полагает, что каждый человек ощущает противоречивость своего существования, поэтому жизнь задается как проблема, а не как ее решение. Не справляясь с этим ощущением и чувством ответственности за каждый шаг, «невротик признает значимой для себя реализацию только одних жизненных требований и обесценивает реализацию противоположных (поляризация оценочной позиции)». Поэтому его жизнь становится однозначно определенной,

несвободной. А невротические симптомы есть нормальные реакции человека, выполняющие сигнальную функцию, которые символически выражают конфликт невротика со своей человеческой природой.

Об этом же в свое время писал К. Ясперс, «который рассматривал «анормальное» как изменение самого способа существования, когда мир «сжимается» вместо того, чтобы «расширяться», включая в себя новые содержания, когда он теряет эмоциональный тон, связанный с чувством обладания духовными и материальными содержаниями» [20, с. 233].

Е.Т. Соколова [21, с. 213] подчеркивает, что здоровый человек находит другой выход из объективной противоречивости человеческой жизни – в диалогических отношениях с окружающим миром. «В основе диалогичной позиции лежит переживание самоценности и глубокой близости с миром, бескорыстный интерес к Другому, ибо он лежит не в отношении этого Другого к моим потребностям, а в его и моей самоценности. Диалогичная позиция расширяет сознание и самосознание, «впускает» в него мир и Я во всех его противоречиях и конфликтах. Она является важным условием саморазвития, обеспечивающим доступность к переживанию и саморефлексии любой части Я опыта: благодаря ней, полнокровно звучит «многогласица» самосознания, то есть пересечением и переплетением жизнедеятельности, образы и чувства «Я». А феномены пограничного самосознания могут быть поняты как следствие несформированности смысловой диалогичной позиции «Я» в целостной системе жизнедеятельности субъекта.

Зрелое интегрированное самосознание «предполагает репрезентированность «Я» как объекта отражения во всем объеме непосредственно переживаемых чувственных образов, объективированных в понятиях индивидуальных значений и «пристрастных» личностных смыслов. Образ Я, существующий в трехмерном пространстве образующих самосознания, обладает конкретно-чувственной витальностью, живостью и «полихромностью», присущей его организмическому уровню; он вербализуем, осознан, подконтролен и коммуницируем благодаря своей означенности, и он индивидуален, пристрастен как «мой» образ Я» [21, с. 36-37]. Он может быть переведен как на язык телесности, так и значений.

В то же время «пограничной личностью «производится» тотальная зависимая или фрагментарно репрессивная структура самосознания, жестко и однозначно дихотомизированная в зависимости от удовлетворения/фрустрации базовых потребностей и потому – пристрастно искаженная, суженная». «Целостная интеграция образующих самосознания при пограничном развитии разрушается, относительную самостоятельность начинают приобретать отдельные его составляющие, которые трансформируются либо в автономные и конфронтующие уровни самосознания, либо в сцепленные и слитные монолитные структуры», что приводит либо к внутренней неустойчивости, нестабильности, либо к бедности отражения образов «Я», делая самосознание хрупким и сверхзависимым от оценок других.

Близкое к Е.Т. Соколовой, понимание психологического здоровья высказывает и Б.С. Братусь [22, с.301]. Он рассматривает психологическое здоровье как образование, имеющее сложное поуровневое строение:

1. высший уровень – личностно-смысловой: ответственен за производство смысловых ориентации, определение общего смысла и назначения своей жизни, отношения к другим людям в процессе самоосуществления, то есть в процессе обретения полноты своего существования как человека, оценивается по качеству смысловых отношений человека;

2. средний уровень – индивидуально-психологический: отвечает за реализацию этих отношений, оценивается по способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений;

3. нижний – психофизиологический – обуславливает возможность функционирования процессов психического отражения, существенные особенности строения и динамики и определяется особенностями внутренней мозговой нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Высший и средний уровни – социально обусловленные, а низший – биологически детерминированный. «Несмотря на тесную взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны разные варианты их развития, различное качество психологического здоровья» [22, с. 10-11]. Высший – личностно-смысловой уровень рассматривается как ведущий в контексте проблемы психологического здоровья.

Личность как способ организации деятельности человека считается «нормальной», если ее конкретная позиция, направленность способствуют приобщению к родовой человеческой сущности и «анормальной» – если, напротив, разобщает с этой сущностью, запутывает и усложняет связи с ней. При выработке этой направленности центральным является отношение человека к другим. В этом смысле, человек разрешает внутреннее противоречие между стремлением к уникальности и стремлением к тождественности.

Условиями и одновременно критериями «нормального развития» являются: «отношение к Другому как самоценности, как существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода человек; способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целетворящий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волеизъявлению; возможность самопроектирования будущего; способность к мобилизирующей вере в осуществление намеченного; внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного, общего смысла своей жизни» [22, с. 66].

Аномальным является развитие, которое «не согласуется, подавляет самоосуществление, ведет к фрустрации, извращению его сути, к отъединению, отрыву от его всеобщей родовой сущности. Условиями и критериями его являются: отношение к человеку как средству, как конечной, заранее определяемой вещи; эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви; причиннообусловленный, подчиняющийся внешним обстоятельствам характер жизнедеятельности; отсутствие или слабая выраженность потребности в

позитивной свободе; неспособность к свободному волепроявлению, самопроектированию своего будущего; неверие в свои возможности; отсутствие или крайне слабая внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни» [22, с. 67].

И.В. Дубровина [23, с.176], осмысливая взгляды психологов-гуманистов и, по сути, развивая концепцию Братуся Б.С., вводит в научный лексикон новый термин «психологическое здоровье», отражающий способность человека к самореализации, нахождению внутреннего смысла своего существования, его духовные качества, отличающие человека от животных. Духовность она понимает как особое эмоционально-нравственное состояние личности, как такое сознание человека, которое ориентировано на абсолютные ценности – Истину, Красоту, Добро – и пытается реализовать их в предметно-целесообразной деятельности и общении, что приводит к таким преобразованиям внутреннего мира человека, которые позволяют приблизиться к пониманию истины. «Если термин «психическое здоровье» имеет отношение, по нашему мнению, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов» [24, с. 39-40].

По мнению И.В.Дубровиной, если термин "психическое здоровье" имеет отношение к отдельным психическим процессам, то термин "психологическое здоровье" относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья, в отличие от медицинского, социологического, философского и др. В связи со сложностями определения данной категории здоровья через привычные медицинские критерии, духовное здоровье определяют и как "социально-психологический климат" [25, с. 555], и как "менталитет" [26, с. 20-29]. Содержание последнего термина, по мнению автора, заключается в когнитивной сфере и определяется, прежде всего, теми знаниями, которыми владеет изучаемая общность. Совместно с верованиями, знания составляют представления об окружающем мире, которые являются базой менталитета, задавая вкуче с доминирующими потребностями и архетипами коллективного бессознательного иерархию ценностей, характеризующую данную общность. Комментарии к данному определению дают ключи к формированию феноменов психологического здоровья в обществе. Автор полагает, что в структуре имеющихся знаний следует, прежде всего, выделить перцептивные и когнитивные эталоны (а применительно к общественным отношениям - социальные нормы), играющие важную роль в регуляции поведения и наряду с ценностями, характеризующие менталитет данной культуры. При рассмотрении реальных фактов эталоны становятся критериями выносимых оценок и определяют систему туманных умозаключений и ясных взглядов на мир, обуславливающих модальность

смысловой системы отношений к миру. В упрощенном, схематизированном виде взгляды на мир, оценка окружающей действительности выглядят как стереотипы сознания, выделяясь в сфере общественных отношений как социальные стереотипы. А это и есть предмет первичного информационного воздействия с целью изменения деструктивных, саморазрушающих (в смысле интегрального здоровья) стереотипов социального поведения. Некоторые определения культуры в свете сказанного [27, с. 81-92], также могут быть охарактеризованы как имеющие отношение к психологическому (духовному) общественному здоровью. Предлагается понимание культуры как способа организации и развития человеческой жизнедеятельности, представленной, в том числе, в системе общественных норм, институтов, духовных ценностей, в совокупности отношений людей к природе, к себе, к другим людям. Наряду с индивидуальным и общественным психологическим здоровьем выделяется также психологическое здоровье семьи [28, с. 36-44], понимаемое как интегративный показатель жизненно важных для нее функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды. Адекватная разработка, уточнение содержания, семантики, функциональных возможностей определений категории психического и психологического здоровья требуют поисков и применения новых парадигм [29] в медицинских и немедицинских дисциплинах соответствующего профиля.

Катков А.Л. [30, с. 9-12] рассматривает психологическое здоровье, как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

Мы, разделяя точку зрения А.Л. Каткова, считаем, что, если психическое здоровье является генетически обусловленным фундаментом организма, определяющим способность его хозяина – человека разумного быть психически здоровым и устойчивым в меняющемся мире, то психологическое здоровье является производной социального развития этого человека, определяющее его не только, как представителя класса млекопитающих, но и как личность, способную или неспособную быть социально-компетентной. Именно психологическое здоровье определяет восприятие жизни, формирование жизненных мотивов, их иерархическую структуру и уровень качества жизни.

Определения категории психологического здоровья были даны и другими авторами, что также можно рассматривать, как тенденцию растождествления данной категории (психологического здоровья) с категорией психического здоровья. Так, например, З. Фрейд отмечал, что психологически здоровые люди могут «хорошо жить, хорошо любить, хорошо работать, хорошо отдыхать/развлекаться, хорошо надеяться» [31]. Э. Фромм [32, с. 233-247] определяя психологическое здоровье, сосредотачивается на различных аспектах здоровых или положительных человеческих отношений. А. Wisdom, M. Faith относят в категорию психологического здоровья то, как мы функционируем, как

мы можем регулировать путь которым мы идем и приспособливать мир вокруг нас, как мы относимся к себе и другим. Н.В. Faw [33, с. 168] отождествляет психологическое здоровье со способностью каждого «успешно справляться с разнообразием вызовов жизни и рикошетом неудач». М.А. Adkins и соавт., [34] обозначают психологическое здоровье как качество психического здоровья и отмечают два его компонента: «психологический» – внутренний опыт благосостояния и «поведенческий» – маркеры, заметные другими, которые указывают, способен ли индивидуум обращаться с вызовами жизни адаптивными способами. «Психологическое здоровье определяет способность ответственно справляться с трудностями и требованиями жизни, переживать радость и удачу, огорчаться, когда жизнь призывает к этому и дальше жить, преодолевая болезненные и трагические времена в жизни». J. Kunst, Siang-Yang Tan [35, с. 288] отмечают, что «психологическое нездоровье» наступает тогда, когда личность не способна удовлетворить свои жизненно важные потребности и не способна быть социально компетентной в плане проживания в сложном мире, сохраняя удовлетворительные отношения, и адаптивное поведение.

Представители отечественной психологии считают, что «психологическое здоровье» делает личность самодостаточной. Не мы извне задаем ей рамки, нормы, ориентиры, не мы ее оцениваем привычным образом: личность должна быть вооружена средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» [36, с. 8].

Подход, связанный с разведением «психического» и «психологического» здоровья, уже получил свое развитие в дальнейших исследованиях [37, с. 26]. По мнению А.В. Шувалова, основой «психического здоровья» является полноценность развития и функционирования психических и соматических систем жизнеобеспечения, а основу «психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе». Интеграл жизнеспособности и человечности есть максима психологического здоровья. Его неотъемлемыми атрибутами являются интенции самоконтроля и саморазвития. В результате нормального развития субъективной реальности ребенок обретает все большую собственную определенность и укорененность в человеческом сообществе. Психологическое здоровье, по мнению автора, складывается в процессе детско-взрослой со-бытийной общности, которая имеет два аспекта функционирования, реализуясь в «защитной функции – апологетике сохранности детской самобытности, наращивании собственной жизнеспособности, самостоятельности ребенка и воспитательной функции как приобщения ребенка к родовой сущности». Их взаимосвязь подчеркивается тем, что, по мнению автора, «реализация защитной функции в пределе стремится к осуществлению воспитательных потенций в совместной жизнедеятельности взрослого и ребенка; воспитательная функция, как минимум, предполагает поддержание режима психической и духовной асептики, исключая возможность откровенно болезнетворного влияния на мир ребенка».

Следует отметить, что хотя разделение психического и психологического здоровья крайне важно, но все же трудно рассматривать психическое здоровье как условие психологического. Например, человек имеет фобические нарушения, тревожность означает ли это, что он стал менее духовной личностью, меньше стал «Человеком», менее стремиться к духовным ценностям, способен на аморальные поступки? Нет, не означает. Действительно, есть такие нарушения психических функций, прежде всего, органически обусловленные, которые приводят к аморальности, эмоциональной тупости и ни о какой духовности здесь тоже речь не идет. Но возможно и противоположное, психически здоровый человек (спокойный, уверенный в себе, устойчивый к стрессу, не фрустрированный и не тревожный, адаптированный в социуме, способный к саморегуляции, самоопределению и планированию своей активности) может совершенно не стремиться к духовным ценностям, быть аморальным и безнравственным.

С точки зрения А.В. Ворониной [38,с. 193], необходимо рассматривать психическое и психологическое здоровье как различные уровни такого типа функционирования человека, отражающего его «здоровье и благополучие», при котором он обретает гармонию с окружающим миром, внутреннюю целостность и осознает смысл своего существования, направляя его на творческую, созидательную и гуманистическую по своей природе деятельность. Рассматриваемые А.В. Шуваловым [37] защитная и воспитательная функции детско-родительского со-бытия, по сути, отражают пути формирования психического и психологического здоровья ребенка. В практике взаимодействия родителя и ребенка реализуются обе эти функции примерно в равном соотношении.

Это возможно делать педагогам, психологам, психотерапевтам, помогая подрастающему поколению в кризисные моменты, развивая способности, отслеживая полноценность развития на каждом возрастном этапе и его направленность на наиболее сензитивные качества, стимулируя процесс самоопределения и развития способностей ребенка.

Таким образом, следует отметить значительную разноплановость, существующих представлений о психическом здоровье. В одних концепциях «психическое здоровье» предстает как состояние, в других как процесс. Их интеграция, по мнению современных исследователей, возможна на основе принципа системности. Еще Ананьев Б.Г. [39, с. 7-95], в своей работе «Человек как предмет познания» писал о необходимости исследования целостной личности как многоуровневой системы, отличающейся по многим параметрам неповторимым своеобразием.

Современный подход к этой проблеме также связан со структурно-уровневым пониманием психической реальности [20]. Исследование уровней структур предполагает их анализ как «относительно инвариантных характеристик объекта, в которых выражается такое определенное отношение составляющих его элементов, благодаря которым объект существует и функционирует как целое по отношению к составляющим его элементам и, в то же время, сам представляет элемент более сложного и доминирующего

отношения». Существенной характеристикой многоуровневых систем является относительная автономия и определенная соподчиненность, входящих в него уровней, что является условием их оперативной и эффективной саморегуляции.

Так, Е.Р. Калитеевская [40, с. 231-239] подчеркивает, что «если понимать личность не как застывшую структуру, а как процесс, то и критериями здоровья могут выступать только характеристики процесса, а отнюдь не текущее состояния» [40, с. 233]. Истоки такого понимания можно обнаружить в концепции психосоциальных кризисов развития Э. Эриксона. Согласно его теории развития в каждой новой фазе созревания личности должны сформироваться «новые свойства психики». «Не сформированное» свойство будет проявляться в виде каких-либо проблем «снова и снова на каждой последующей стадии развития», ухудшая качество жизни или делая его социально некомпетентным [41]. Понятие идентичности в его теории включает в себя субъективное чувство непрерывной тождественности самому себе; глубокое функциональное единство собственной личности; осознание собственной временной протяженности; осознание уникальности собственной личности; чувство общности социальным идеалам и ценностям той группы, к которой относит себя личность; чувство социальной поддержки и признания. Идентичность личности является условием эффективного функционирования индивида в определенной культуре, в системе определенных общественных отношений.

Г.С. Никифоров [42, с. 53-63] считает, что психологически здоровая личность – гармоничная, консолидированная, уравновешенная. Психические процессы здорового человека характеризуются максимальным приближением субъективных образов, отображаемым объектам действительности, адекватным восприятием себя, развитыми способностями концентрировать внимание, удерживать в памяти информацию, к логической обработке информации, критичностью мышления, креативностью и др. Психические состояния – эмоциональной устойчивостью, зрелостью чувств в соответствии с возрастом, свободным проявлением чувств и умением совладать с негативными эмоциями. В сфере психических свойств ее отличают такие качества как оптимизм, уравновешенность, нравственность, уверенность в себе, ответственность, независимость, интерес к окружающему миру, направленность на дело, эмпатичность, демократизм, адаптированность и др. [42, с. 337].

Рассматривая способность человека противостоять вредным воздействиям среды, Ю.А.Александровский [43, с.14-15] выделил такие психологические особенности как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность к преодолению жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Ряд исследователей выделяют категорию психологического (духовного) здоровья в ряду прочих, как естественного приоритета в свете задач по активному формированию здоровья семьи [44, с. 3-5]. По мнению В.А.Лищука [45, с. 9], духовное здоровье - наиболее адекватная мера индивидуального и общественного благополучия.

Психологическое здоровье связано с ориентировкой в информационных потоках, нравственностью [46, с.124].

За рубежом понятие «здоровье» стало центральным в рамках нового направления – «Психология здоровья» возникновение было связано с тем, что, существовавшие ранее, клиническая и медицинская психология, с одной стороны, поведенческая и психосоматическая медицина, с другой, лишь тщательно изучили этиологию различных заболеваний и методы их исследования, взаимоотношений врача и пациента в ходе лечения, а также формы патологичного поведения, приводящие к болезням, стрессам [47, с. 162-186]. Однако они не смогли реально перейти к решению задач психопрофилактики. «Психология здоровья» стала развиваться на стыке медицинских, психологических и социальных наук, стремясь акцентировать внимание не на изучении болезней, а на изучении «здоровья» как особого состояния физической, психической и социальной сферы жизнедеятельности человека, не сводимого к отсутствию болезней. Дж. Стоун указывает, что с 1980 года произошел настоящий взрыв всемирного интереса к применению достижений, знаний к проблемам здоровья и его психопрофилактике.

В Health Psychology понятие «здоровье» определяется как благополучие в самом широком смысле (wellbeing). М. Маркс, М. Мюррей, В. Эванс и др. указывают, что «wellbeing – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Это сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития» [48, с. 8].

Также в рамках этого направления было введено понятие «субъективное ощущение благополучия» [49, с. 67- 93], которое, по данным Эммонса и Динер, является функцией от соотношения переживаний радости/счастья и печали/страха, от удовлетворенности жизнью как глобальной оценки собственной жизни в целом и от наличия/отсутствия психосоматических симптомов [50].

Маршалл и др. подчеркнули значимость для него способности выражать, а не сдерживать сильные эмоции, оптимистического взгляда на жизнь и надежного внутреннего контроля.

В.Е. Каган [51, с.37-40] для характеристики «психологического здоровья» оперирует такими терминами как «внутренняя картина здоровья» и «внутренний психологический комфорт», связывая его в целом со стремлением личности найти пути гармонизации взаимоотношений между системой внешнего окружения и человеком как частью этой системы. В.Н. Панкратов [52, с. 352] также полагает, что «центральным понятием в определении здоровья является субъективное благополучие. Об этом говорит значительная согласованность оценок своего настроения с осознанием их вероятных причин» [52, с. 27].

Как одна из центральных, проблема «психологического здоровья и болезни» активно изучалась в рамках психоанализа. Представление о психологически здоровом, благополучном человеке сформировалось в процессе

изучения больных людей. При этом он характеризуется аналитиками уравновешенностью всех частей психики и их интегрированностью вокруг Эго, подконтрольностью ему. Здоровый человек умеет благополучно разрешать конфликты психосексуального и психосоциального характера, которые возникают в процессе кризисов естественного развития. Это происходит в процессе их осознания человеком, через преодоление психологических защит. В случае болезни конфликты, напротив, вытесняются в бессознательное, а защиты гипертрофируются. В процессе разрешения кризисов развития человек обретает внутреннюю идентичность, целостность. Поэтому он умеет творчески сублимировать фрустрированные потребности, тревогу, умеет любить, творить, может быть спонтанным и естественным. Здоровый человек характеризуется хорошей социальной адаптацией на фоне выраженного социального интереса, умением эффективно взаимодействовать с социумом, умением осознавать и выходить из бессознательных сценариев и игр, навязываемых ему окружающими или своими фрустрированными потребностями. Залогом психологического здоровья является благополучное детство в любящей семье, внимательные спокойные принимающие родители, особенно мать. Таким образом, прошлое в рамках психоанализа предопределяет будущее.

По мнению J.Brandtstädter [53, с. 217-307] в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепции оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытии. По Р.Уайту [54, с. 1093] под психологическим здоровьем понимается: компетентность, мотивация и активная способность – как направленное, систематизированное, позитивно-самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой. По мнению R.Bastine [55, с. 445] особых различий между психически больными и психически здоровыми людьми нет. Следовательно, нет особых оснований выделять самостоятельную категорию «психическое» или «психологическое» здоровье. Имеет значение лишь степень возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Отметим, что данное определение также обосновывает необходимость дифференциации соответствующих уровней психической адаптации. Согласно Д.Шапиро-мл. [56, с. 674-676] все теории и определения психологического здоровья так или иначе опираются на представления о человеке, заложенные в основе известных психологических традиций и школ. Наиболее важными из них являются:

- а) психодинамическая;
- б) когнитивно- бихевиоральная;
- в) экзистенциально-гуманистическая.

Соответственно данным традициям различаются и подходы в развитие индивидуального и социально-психологического здоровья. В частности, о состоятельности психодинамического направления в интерпретации основных компонентов категории психологического здоровья свидетельствуют работы, подтверждающие важность неосознаваемых механизмов интегративной психической деятельности, обеспечивающих качество психических процессов [57, с. 185]. Также находят подтверждение данные о повышенном значении

эмоциональных реакций на неосознаваемые стимулы [58, с. 237-245]. Известный психотерапевт J.D.Frank [59, с. 439-452] по материалам своих исследований делает вывод о важности бессознательных установок в отношении общей интенции и направленности психических процессов у индивида. Ряд исследований, проведенных, в том числе и в последние годы, подтверждает жизнеспособность и эффективность многих идей Зигмунда Фрейда относительно колоссального значения неосознаваемых инстанций психического в общей динамике психологического статуса индивида, больших и малых групп [60, с. 263]. И в то же время многими исследователями отмечается тот факт, что психодинамика неосознаваемых психических процессов является наиболее сложным и, соответственно, субъективно интерпретируемым аспектом проблемы психологического здоровья [61, с. 656]. Бихевиоральное (поведенческое) направление в концепции психологического здоровья развивается с 50-х годов прошлого столетия с появления работ В.F.Skinner [62, с. 193], подчеркивающего значение правильных поведенческих реакций на средовые стимулы. В последние годы были опубликованы обширные исследования и обзоры, подтверждающие правомерность подобной точки зрения [63, с. 191-215]. В частности, существует значительное количество репрезентативных исследований, показывающих преимущество поведенческих методов повышения уровня психологического здоровья индивида перед любыми другими [64, с. 33-41]. Преимущественную роль когнитивной составляющей в комплексе условий, обеспечивающих высокий уровень психологического здоровья, подчеркивал А.Ellis [65, с. 288]. М.Mahoney [66, с. 314] считает, что рациональное мышление – лучший способ контролирования эмоций. S.Hollon, А.Т.Beck [67, с. 428-466] в результате многолетних исследований пришли к выводу, что расширение и коррекция когнитивного репертуара существенно повышают уровни психологической адаптации индивида. В то же время другими исследователями [63] доказывается наибольшая эффективность психотерапевтических вмешательств при сочетании когнитивных и бихевиоральных подходов. Ряд авторов специально выделяют эмоциональную составляющую в структуре факторов, определяющих уровень психологического здоровья. В частности, аксиоматичным является то утверждение, что стресс порождает негативные эмоции, негативные эмоции стимулируют развитие негативных когниций, а в результате имеет место общее снижение психологической адаптации [68, с. 409-418]. Эмоциональный фон существенно влияет на восприятие [69, с.314], память [70, с. 387-402] внимание [71, с. 39-66]. В то же время эмоции – это лишь неустойчивое и нечеткое измерение опыта. Следовательно, эмоциональный параметр – наименее надежный в определении уровня психологического здоровья [72, с. 176]. При этом, однако, нужно помнить, что в любых технологиях формирования высоких уровней психологического здоровья эмоциональный контакт клиента с терапевтом имеет определяющее значение [73, с. 276]. Экзистенциально-гуманистическое или интегральное направление в концепции психологического здоровья, развиваемое на основе супрапарадигмального понимания функций «Я», начиналось с работ А.Н.Maslow [74, с. 26-41], утверждавшего, что «Я» -

центральный элемент в опыте человека. В последующем многие исследователи убедительно доказывали центральную роль «Я» в общем конгломерате психических функций, обеспечивающих высокий уровень индивидуальной адаптации. Н.Кohut [75, с.185] считал феномен «Я» сущностью индивидуальной устойчивости к воздействиям среды. G.Bateson [76, с. 331] обращал внимание на то, что в основном, самодостаточные, в смысле «Я», люди сами создают себе стимулы для развития и в гораздо меньшей степени зависят от средовых стимулов. М.В.Smith [77, с. 526-532] подчеркивал значение личностных смыслов и самого процесса поиска смыслов в динамике развития адаптационных возможностей человека. В таком же ключе высказывался R.Kegan [78, с.239], в частности утверждавший, что личностный смысл придается всякому индивидуальному опыту. R.Dell [79] считал, что «Я» выступает в качестве основного регулятора психологического гомеостаза человека. А.W.James [80, с. 281-286] и V.Guidano [81, с. 255] подчеркивали роль завершения процесса идентичности в динамике саморегуляции. По мнению Н.G.Furth [82, с. 169-201] познание и научение способствуют повышению адаптационных кондиций человека не сами по себе, а лишь раскрывая систему «Я». О.Kernberg [83, с. 723-729] утверждал, что «Я» в той степени ценно, в которой оно осуществляет контроль над поведением человека. В.Е.Wolfe [84, с. 293-312] в большой обзорной работе приходит к выводу, что «Я» - это сущностный и интегрирующий конструкт психологических свойств человека. В русскоязычной литературе высказывается мнение, что здоровый психически человек может быть одновременно личностно ущемленным [85, с. 3-19]. Однако конечные критерии психического и психологического здоровья часто совпадают. Согласно В.В.Гориннову [86, с. 164-170], точкой компромисса здесь является то, что здоровый и в том, и в другом смысле человек - это человек свободный, независимый, активно действующий в различных социально-психологических ситуациях.

Психологическое здоровье с точки зрения телесно-ориентированного подхода выражается в свободном течении энергии по организму, благодаря отсутствию мышечных зажимов, «панциря»; в соматическом здоровье, так как психика и сома для него неразрывно связаны; в свободе самовыражения.

Гештальт-терапия [87, с. 448] подчеркивает такое свойство психологически здорового человека как целостность, интегрированность и, в силу этого, способность «к внутренней саморегуляции без опоры на среду». Психологически здоровый человек легко формирует и завершает гештальты. При этом он не стремится к росту и развитию, а становится зрелым через повышение осознанности восприятия внешнего и внутреннего мира («жизнь в настоящем»), преодоление стереотипов поведения и внутренних защит.

Бихевиоральный подход Б. Скиннер, А. Бандура, Д. Роттер, Д. Келли особое внимание уделяет нормальному и нездоровому поведению и путям его формирования [88, с. 408]. Нездоровое поведение – это или отсутствие навыков эффективного взаимодействия или ошибочные схемы поведения. Как правило, оно возникает благодаря социуму, особенно семье, через неэффективное подкрепление (например, наказание). Кроме того, человек способен обучаться

адаптивному или дезадаптивному реагированию путем наблюдения за другими людьми и путем саморегуляции через самоподкрепление. Для развития адаптивного поведения важно осознавать свою способность реагировать эффективно в разных ситуациях. Степень этого осознания влияет на формирование мотивации успеха или неудачи и проявляется в уровне притязаний личности.

Также бихевиористы предполагают, что поведение определяется не прошлыми проблемами, не настоящими восприятиями, а ожиданиями от будущего. Ожидание подкрепления во многом зависит от ценности потребности и свободы путей ее реализации. Высокая ценность потребности при низкой свободе ее реализации формирует неврозы и другие психические заболевания, а адаптивное поведение управляется реально достижимыми целями. Здоровый человек склонен считать себя ответственным за происходящие события, имеет интернальный локус контроля. Кроме того, он располагает, широкой, открытой, гибкой конструктивной системой для оценки действительности и хорошо развитым репертуаром ролей.

Представители гуманистического направления перенесли акцент с изучения психологически здорового человека на изучение зрелой личности [89, с. 860]. За основу своих классификаций они взяли состояние потребностной сферы и самосознания. Общепринятыми качествами зрелой личности стали: открытость переживанию; непосредственность и естественность самовыражения; принятие себя, мира и окружающих; стремление к самоактуализации; философский взгляд на мир, целостность мировоззрения, осознание экзистенциальности бытия; креативность; приверженность гуманистическим ценностям и общественный интерес; неконформизм; честность и ответственность; независимость поведения и автономия внутренней жизни; центрированность на любимом деле.

Дж. Ронно и Дж. Портнер рассматривают психологическое здоровье как синоним эмоционального благополучия, нарушение которого есть результат психического насилия и унижения личности и может привести к росту агрессивности, подрыву самооценки, негативизму, бесчувственности, нестабильности, ощущению неполноценности [24].

Одним из полезных уточнений понятия "хорошие условия" является понятие "синергия", которую Рут Бенедикт определила как "...социально-институциональные условия, которые обеспечивают слияние эгоизма и альтруизма, организуя ситуацию так, что когда я стремлюсь удовлетворить "эгоистические" потребности, то автоматически помогаю другим, а когда стараюсь быть альтруистичным, то автоматически получаю вознаграждение и удовлетворяю также себя; иными словами, дихотомия или полярная противоположность эгоизма и альтруизма преодолевается, и осуществляется выход за ее пределы". Отсюда гипотеза: хорошее общество — это то, где добродетель вознаграждается; чем больше синергии в обществе, или в малой группе, или в паре, или внутри Я, тем ближе мы подходим к бытийным ценностям; плохие социальные условия или условия среды — это те, которые настраивают нас друг против друга, делая наши личные интересы

антагонистичными или взаимоисключающими, либо те, при которых источники личного удовлетворения (дефицитарных потребностей) ограничены, так что нельзя удовлетворить свои потребности иначе, как за счет других.

О. Кемберг отмечает, что качество жизни отражает удовлетворенность своим социальным функционированием. Известно, что есть «несчастливые короли» и «счастливые нищие-бродяги». В.Я. Семке и М.Ф. Белокрылова [90, с.162] устраняют данное противоречие, определяя качество жизни как «достигаемость желаемого и удовлетворенность достигнутым» [90].

В.Я. Семке [91, с. 5-7] рассматривает психологическое здоровье как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей средой, когда все заложенные в его биологической сущности способности проявляются наиболее полно и все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью» [91, с. 9]. Е.Р. Калитеевская [40] полагает, что это есть собственная жизнеспособность индивида, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата.

В психологическом плане зрелые, психологически здоровые люди характеризуются единством структуры и интеграцией всех частей психики, их «Я-концепция» положительна и мало расходится с «Я-идеальным». Они имеют адекватные защиты и живут в настоящем, их элементарные потребности удовлетворены и они перешли к удовлетворению экзистенциальных потребностей, к самоактуализации, они конгруэнтны ситуации и хорошо адаптированы в окружающем мире. Залогом развития психологически здорового человека является безусловное позитивное внимание ребенку со стороны родителей.

Достаточно проработанная и целостная структурно-уровневая концепция «психического здоровья» разработана О.С. Васильевой, Ф.Д. Филатовым [92, с. 352]. Они рассматривают его как интегративное системное качество личности, которое необходимо осмыслять и со структурной точки зрения, как устоявшееся на данный момент соотношение компонентов психики, и с динамической (процессуальной) – как непосредственный результат взаимовлияния основных процессов, поддерживающих единство личности и обеспечивающих ее развитие.

В качестве основных структурных элементов авторами были выделены уровни функционирования личности:

- телесных ощущений и реакций;
- образов и представлений;
- самосознания и рефлексии;
- межличностных отношений и социальных ролей;
- уровень социокультурной детерминации;
- экзистенциальных (сущностных) или трансперсональных переживаний;
- самоактуализации.

Каждый из уровней системы может выступать в качестве доминирующего (ведущего) в определенных ситуациях и на определенных этапах развития личности. Ценности обеспечивают общую иерархию уровней, а также направляют активность личности на каждом из них. Со структурных позиций

болезнь понимается как такое рассогласование, при котором происходит блокада психической активности на одном или нескольких уровнях (например, хроническая мышечная напряженность и психосоматические симптомы на первом уровне, кошмары или галлюцинации на втором, сниженная самооценка и неуверенность в себе на третьем, неадекватные ролевые стереотипы на четвертом, переживания маргинальной личности на пятом, депрессивные переживания, страх смерти, экзистенциальный кризис на шестом, отказ от самоактуализации на седьмом), которая начинает препятствовать функционированию всей системы в целом. «Подобные блокировки обусловлены нарушением оптимального распределения психической энергии на каждом из уровней и связаны с фрустрацией тех или иных базовых потребностей личности. ...

Различные виды психотерапии (телесно-ориентированная, имагинативная, психоаналитическая, трансактная, экзистенциальная) призваны обеспечить разблокирование психической энергии и достижение интеграции на каждом из уровней. Поэтому, психокоррекция, направленная на достижение психического здоровья, должна комбинировать различные методы и применять комплексный подход, рассматривая личность как многоуровневое единство» [92, с. 273].

Процессуальную сторону здоровья, по мнению О.С. Васильевой и Ф.Д. Филатова [92] составляют три механизма психической активности: саморегуляции, социальной адаптации и самореализации, существование которых доказывается социокультурными эталонами здоровья. Эти процессы поддерживают психофизиологическое единство личности, обеспечивают ее гармоничную включенность в социальное окружение и всестороннее развитие на протяжении жизни. «Для здоровья человека вовсе недостаточно, чтобы каждый из этих процессов в отдельности разворачивался во всей полноте (например, личность может стремиться к полноте самореализации, но выбирать способ неприемлемый для социального окружения); необходимо, прежде всего, чтобы они протекали скоординировано и сонастроено, совместно обеспечивая стабильность и целостность личности... в процессе становления индивидуальности» [92, с. 267].

«Структурная согласованность и согласование этих динамических составляющих – таковы две взаимодополняющие характеристики здоровой личности, которые образуют сущностное единство» [92, с. 266]. Так, процессуальная согласованность может быть достигнута только при соблюдении принципа иерархической соподчиненности структурных уровней. Например, процесс саморегуляции оптимально осуществляется тогда, когда телесные состояния и реакции координируются такими образами и представлениями, а последние, в свою очередь, подчинены Эго-сознанию, которое способно дифференцировать и преобразовывать их. В противном случае, болезненные (соматические) состояния или деструктивные образы могут оказывать деформирующее влияние на самосознание личности.

С процессуальной точки зрения, «психическое здоровье» рассматривается как результат нормального развития (своевременного становления психических новообразования через преодоление кризисов индивидуального развития), в

ходе которого человек "приобщается к человеческой сущности", обретает духовные качества и согласованность структурных и процессуальных компонентов психической активности (механизмов саморегуляции, адаптации и самоактуализации).

О.С. Васильева и Ф.Д. Филатов доказывают, что подходы психоанализа, бихевиоризма и гуманистической психологии имеют глубокие «корни». Им удалось выявить три инвариантных историческому развитию социокультурных эталона, действующих как «формирующие матрицы представлений, установок и стереотипов здоровья»: античный, адаптационный и антропоцентрический, и, соответствующие им три типа интерпретации болезни: субъектный, объективирующий и телеологический.

Античный эталон здоровья, развиваемый в греческой философии и Средневековье, предполагает согласованность всех компонентов психики, из взаимодействия которых возникает личность как многоуровневая система, поддерживающая свою целостность и иерархичность. Нарушение психологического здоровья будет выражаться в рассогласовании этих элементов, угрожая целостности системы. Причиной этого, как правило, считался сам субъект, ведущий неумеренную, неупорядоченную и греховную жизнь. К качествам здоровой личности согласно античному эталону относятся уравновешенность, самообладание, господство разума над страстями, духовная автономия.

Адаптационный эталон здоровья основан на идеи гармонии человека с внешним миром, отношений «индивид-среда». Нарушение гармонии чаще рассматривается как связанное с травмирующим действием среды, а болезнь как закономерная природная реакция организма, которую можно распознать по четко фиксируемым, конкретным признакам. Для врача, история болезни - это скорее портрет самой болезни, чем больного. Личность в рамках данного эталона становится пассивной жертвой объективных процессов, ожидающая медицинской помощи и поддержки. Как писал Э. Фромм, она не рассматривается как «цельное, уникальное единство, которое можно понять полностью только в акте абсолютной связи с ним, в акте сопереживания и любви» [93, с. 166]. К качествам здоровой личности согласно этому эталону относятся: приспособленность к природному окружению, соответствие социальным нормам, способность поддерживать оптимальный уровень функционирования (стрессоустойчивость).

Важно отметить, что именно в русле адаптационного эталона впервые был поставлен вопрос об оценке психологического здоровья человека. Для его решения было введено понятие «нормы», в качестве которой рассматривалась совокупность среднестатистических показателей восприятия, мышления, эмоционального поведения и реагирования, в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Однако, жизнь доказала ограниченность нормоцентрического подхода и неправомочность сведения «психологического здоровья» к «соответствию человека нормативным показателям» [94, с.5].

Кроме того, считают О.С. Васильева, Ф.Д. Филатов [92], что «здоровье не может быть ограничено рамками нормальности уже потому, что все однажды устоявшееся, привычное и нормальное со временем неизбежно исчерпывает себя и преодолевается в ходе духовного, социального и личностного развития, тогда как стремление быть здоровым исконно, имманентно присуще человеческой душе, а потому не может быть преодолено как нечто отжившее. В отличие от жестко закрепленной и однозначной социальной нормы, здоровье не может препятствовать, оно как раз наоборот – способствует творческой эволюции человека». «Все это доказывает», – продолжают они, – «что никакая норма не может служить универсальным, надежным и устойчивым критерием оценки таких явлений, как здоровье и болезнь, что для их научного постижения требуется историческое и культурологическое исследование, расширяющее контекст и преодолевающее влияние внушенных нам социальных стереотипов» [92, с. 13].

Антропоцентрический эталон здоровья связан идеей всесторонней самореализацией, то есть раскрытия творческого и духовного потенциала личности в конкретных социально-исторических условиях. Болезнь рассматривается как испытание на пути самосовершенствования. В телеологической интерпретации она становится продуктивной, позитивной, наделенной скрытым смыслом и направленностью, стимулом и движущей силой духовного роста. К качествам здоровой личности согласно антропоцентрическому эталону относятся стремление к самоактуализации, творческая спонтанность, конгруэнтность, духовная автономия, целостность.

Как указывают авторы, каждый эталон, применяемый изолированно, весьма ограничен. Например, античный не согласуется с понятием «личностные кризисы», которые, несмотря на тяжелые переживания, являются естественными источниками внутреннего развития и новой качественной интеграции с современной точки зрения. Ограничение адаптационного подхода связано с его неприемлемостью для изучения творческих и духовных возможностей человека, реализация которых в значительной мере определяет здоровье, а также его индивидуальности. В антропоцентрическом эталоне недостаточно представлены социальные детерминанты здоровья, например, самореализация личности, может включать раскрытие и актуализацию не только светлых, но и «теневых» аспектов психики. Следовательно, человек должен быть здоров не вообще, а здоров в социуме. Поэтому, «эти три параметра скорее представляют собой три самостоятельные и дополняющие друг друга измерения психического здоровья, совмещение которых и дает объемную картину, целостное представление. Это три оси единой системы координат, в рамках которой феноменология здоровья предстает в максимальной полноте» [92, с. 233].

Таким образом, мы, ссылаясь на мнение О.С. Васильевой, Ф.Р. Филатова, отмечаем, что современное состояние проблемы здоровья, в том числе психологического, характеризуется:

- признанием глобальной значимости проблемы, то есть в настоящее время здоровье осмысливается как значимый феномен социального бытия, «структурообразующий фактор социальности» [92, с. 3];

- приданием ей статуса междисциплинарной, то есть «здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия» [92, с. 15]. При этом оно рассматривается как его универсальная ценность;

- приматом целостности при выборе путей решения, то есть большинство специалистов считает, что здоровье не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей и рассматривают его как системное качество, характеризующее бытие в его целостности. Его обретение означает личностную зрелость, интеграцию жизненного опыта [95, с. 363-379] и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей [96, с. 128-155];

- фокусировкой на социокультурном аспекте проблемы, в рамках которого здоровье и болезнь рассматривается как «сложные артефакты, обусловленные как современными культурными дискурсами (концепциями, картинками мира, знаниями), так и, в не меньшей степени, социальными институтами и технологиями» [97, с. 17].

По мнению И.В. Дубровиной, термин «психологическое здоровье» требует междисциплинарного комплексного исследования со стороны психологов и врачей [24]. Однако, в настоящий момент, как показали Васильева О.С. и Филатов Ф.Д., представления о здоровье и здоровом человеке для медиков связаны с такими понятиями как нормальность, адекватность, работоспособность, для психологов они ассоциируются с развитием, творчеством (творческой жизни, коммуникабельности), а для педагогов – с гармонией, уверенностью, уравновешенностью, спокойствием. Все специалисты сходятся во мнении, что «здоровье» – это не только отсутствие болезней или дефектов, но и состояние полного душевного, физического и социального благополучия.

Несмотря на длительную историю данной проблемы, сам термин «психологическое здоровье» был введен ВОЗ, в экспертном докладе «Психологическое здоровье и психосоциальное развитие детей» только в 1979 году [98, с. 54]. Там было сказано, что соматические заболевания, дефекты физического развития, неблагоприятные социальные факторы, воздействующие на психику, могут привести к нарушению психологического здоровья. Как наиболее патогенные были выделены две ситуации: недостаточность общения с взрослыми или их враждебность и семейные конфликты. Было установлено, что нарушения психологического здоровья в детстве представляют собой лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития и многие их проявления можно рассматривать как реакцию на специфические ситуации или воздействия.

Ц.П. Короленко и Б. Сигал определяют аддиктивное поведение как стремление ухода от реальности посредством изменения своего психического состояния [99], а Кэрл М. Хау [100, с. 320] как «способ общения с миром,

чтобы оградить себя от страха, боли, ужаса, одиночества, чувства неадекватности и отчужденности» [100, с. 15]. Т.е., если личность не способна быть адаптивной в быстроменяющемся, часто агрессивном мире, если уровень аллопсихической адаптации низкий, то она может неосознанно искать те формы психической активности или иные способы, которые могут повысить уровень адаптации и, соответственно уровень комфорта. Ц.П. Короленко и Дмитриева Н.В. [101, с. 73-78] разделяют аддикции на химические и нехимические. Нехимические аддикции в свою очередь подразделяются на социально-приемлемые, социально-одобряемые или неdestructивные и destructивные, социально осуждаемые. К первым относятся трудоголизм, коллекционирование, спорт. Ко вторым – рискованные, азартные, сексуальные, пищевые и т.д. К химическим аддикциям относятся алкоголизация, наркотизация. Таким образом, личность с низким адаптационным потенциалом или с низким уровнем психологического здоровья будет склонна к формированию аддиктивного поведения. Т.е., низкий уровень развития психологического здоровья определяет потенциальное развитие аддикции.

Рифф и Киз разработали модель субъективного ощущения благополучия, основанную на таких параметрах как:

- адекватная самооценка;
- позитивное отношение к другим (доверие и забота о них);
- автономность (независимость);
- умение взаимодействовать со средой (наличие чувства контроля, умение выбирать ситуации, соответствующие собственным потребностям и ценностям);
- наличие цели, направленности в жизни;
- личностный рост (вера в свою способность реализовывать свой собственный потенциал).

А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский указывают, что «душевное благополучие» как основа психологического здоровья проявляется в отсутствии болезненных психических проявлений и обеспечении адекватной условиям окружающей действительности регуляции поведения, деятельности [102, с. 494]. К критериям психологического здоровья, по их мнению, могут быть отнесены следующие:

- «соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- соответствие характера реакций внешним раздражителям, значению жизненных событий;
- адекватный уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности;
- адаптивность в микросоциальных отношениях;
- способность самоуправления поведением;
- способность разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении и др.» [102, с. 301].

Более полный перечень предлагает Г.К. Ушаков [103, с. 304]. К значимым критериям нормальной, здоровой активности он относит:

- «детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность и упорядоченность;
- соответственную возрасту индивида зрелость чувства постоянства (константность) места обитания;
- максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением к ней индивида:
- адекватность реакций его на окружающие физические, биологические и психические влияния и адекватную идентификацию образов впечатлений с образами однотипных памятных представлений;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;
- чувство положения в среде себе подобных, гармония отношений с ними;
- умение уживаться с иными лицами и с самим собою;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность к самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов;
- адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); - чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных членов его;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь» [103, с. 68].

А. Эллис включает в перечень критериев психологического здоровья интерес к самому себе, общественный интерес, самоуправление (самоконтроль), высокую фрустрационную устойчивость, гибкость, принятие неопределенности, ориентацию на творческие планы, научное мышление, принятие самого себя, способность к риску, длительный гедонизм, нон-утопизм и ответственность [52].

Критерии психологического здоровья [92, с. 23-35]:

- Осмысленность и наполненность бытия;
- Осознанное, ответственное, творческое отношение к жизни;
- Понимание своего пути и предназначения;
- Вера и религиозные переживания;
- Видение перспективы, оптимистический взгляд в будущее;
- Гармоничность отношений с собой и окружающим миром;
- Стремление к самоактуализации;
- Приоритет духовных потребностей и ценностей;
- Достижение оптимального баланса между «сиюминутным» и «вечным», индивидуальным и коллективным, материальным и духовным.

Итак, синергетика утверждает, что развитие открытых и сильно неравновесных систем протекает путем нарастающей сложности и упорядоченности. В цикле развития такой системы наблюдаются две фазы:

1) период плавного эволюционного развития, с хорошо предсказуемыми линейными изменениями, подводящими в итоге систему к некоторому неустойчивому критическому состоянию;

2) выход из критического состояния одномоментно, скачком и переход в новое устойчивое состояние с большей степенью сложности и упорядоченности.

1. самоидентификация (сущностное определение своего места и своей роли в мире)

Э. Эриксон отмечает: «понятие идентичности обозначает твердо усвоенный и лично принимаемый образ себя во всем богатстве отношений личности к окружающему миру, чувство адекватности и стабильного овладения личностью собственного «я» независимо от изменений «я» и ситуации; способность личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития. Идентичность – это прежде всего показатель зрелой (взрослой) личности, истоки и тайны организации которой скрыты, однако, на предшествующих стадиях онтогенеза». Таким образом, идентичность подразумевает развитие личности во всем ее многообразии. Эриксон придерживается эпигенетического принципа, то есть каждая последующая стадия развития включает предыдущую. Ключевым моментом в учении Эриксона является приобретенные новообразования: базовое доверие личности к миру, инициатива, умение учиться и т.д. Каждый этап развития подразумевает переживания кризиса, от успешности разрешения которого зависит становления тех или иных характеристик личности.

Имеет дело с "определением сути" человека и с его определяющими характеристиками; с его природой; с его "внутренним ядром"; с его сущностью и существующими в настоящее время потенциями; с его обязательными предпосылками (инстинктами, конституцией, биологической природой, врожденной, внутренней человеческой природой). Это делает возможным определение (количественное) "полной человечности", или "степени человечности", или "степени уменьшения человечности".

Отказ от иллюзий, избавление от ложных представлений о себе, понимание того, для чего ты непригоден, что не является твоими потенциальностями, - это также часть раскрытия самого себя, того, чем ты в действительности являешься.

Найти самого себя, раскрыть, что ты собой представляешь, что для тебя хорошо, а что плохо, какова цель твоей жизни - все это требует разоблачения собственной психопатологии. Для этого нужно выявить свои защиты и после этого найти в себе смелость преодолеть их. Это болезненно, так как защиты направлены против чего-то неприятного. Но отказ от защиты стоит того.

Научиться высвободить подавленное, познавать собственное Я, прислушиваться к "голосу импульса", раскрывать свою величественную природу, достигать понимания, проникновения, постигать истину - вот, что требуется.

В эпоху Возрождения выдающийся исследователь человеческой личности Пико делла Мирандола писал, что Бог дал возможность человеку самому творить собственный образ, специально создал его незавершенным, чтобы тот мог стать единомышленником и соратником Господа. Творить себя, продолжая дело Творца – основное достоинство человека.

То есть, для взрослого человека на стадии зрелости основными ведущими факторами, мотивирующими развитие, являются персогенетические факторы, а именно:

- 1) сформированность самосознания – сформированность «Концепции Я»;
- 2) сформированность смысложизненных ориентаций;
- 3) сформированность творческой направленности личности.

Наличие у взрослого человека персогенетических факторов развития дает ему возможность преодолеть факторы наследственности и среды, т.е. факторы биогенетические и социогенетические. Факторы внутренней мотивации становятся ведущими, определяющими.

При этом персогенетические факторы могут иметь три варианта направленности:

- позитивную – развитие эволюционное, прогрессивное;
- негативную – развитие инволюционное, регрессивное;
- инфантильную направленность – стагнация, медленное старение.

При негативной или инфантильной направленности персогенетических факторов развития взрослый человек, на стадии зрелого возраста, подвержен опасности, перейти на путь регрессии. Могут начаться инволюционные процессы в виде апатии, депрессии, склонности к алкоголизму, суицидные наклонности. Психологический и биологический возраст начинают опережать хронологический. Наступает ранняя старость. При этом данные процессы начинают развиваться даже при благоприятных факторах биогенетического и социогенетического происхождения – при наличии хорошего здоровья и нормального уровня благосостояния. Взрослость, несмотря на кажущуюся устойчивость, такой же противоречивый период, как и другие. Взрослый человек одновременно переживает и чувство стабильности, и смятение по поводу того, действительно ли он понял и реализовал настоящее предназначение своей жизни. Особенно острым становится это противоречие в случае негативных оценок, данных личностью своей предшествующей жизни, и необходимостью выработать новую жизненную стратегию.

При этом чем более сформированы у личности внутренние детерминанты, мотивирующие взрослую личность к развитию, тем более личность способна самоактуализироваться.

Преодолевая переживание того, что жизнь не во всем реализовалась, личность опирается на свое самосознание, самооценку – т.е. свою «концепцию Я».

2. конструктивный (продуктивный для себя и для окружения и с продуктивным началом) жизненный (направленный на изменения) сценарий (четкое и последовательное определение своего пути)

Сформированность ценностных и смысложизненных ориентаций помогает личности быть терпимой к просчетам и жизненным неудачам, принять жизнь такой, как она складывается, не застревать на прошлом, а ставить цели, касающиеся настоящего, жить здесь и теперь и ориентироваться на будущее.

Взрослого человека, у которого сформированы ценностные и смысложизненные ориентации, начинает интересовать «жизнь сама по себе», во всех ее многообразных проявлениях. Обретенные им ценности осмысливаются, обобщаются, проверяются практикой собственной жизни, приобретают экзистенциальный характер.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что проблема развития и расцвета взрослого человека имеет глубокие исторические корни, начиная с философии Древней Греции, проходя через образы религии, литературы и искусства до современных научных исследований в рамках комплексной науки о вершинах самореализации взрослого человека – акмеологии.

Зрелость – самый длительный и самый значительный период в жизни человека, когда личность может раскрыть свой потенциал, реализовать себя во всех сферах, исполнить свое предназначение. При этом чем больше личностной целостностью обладает человек зрелого возраста, тем больше он мотивирован к дальнейшему развитию.

Потому в грядущую эпоху будут востребованы люди творческие, способные жить в непрерывно меняющемся мире, которые чувствуют себя комфортно при переменах, которым перемены нравятся, которые способны на импровизацию, на то, чтобы уверенно и смело встретить совершенно непредвиденную ситуацию.

Творчество предстает как волевой акт, вызывающий бытие из небытия.

А. Маслоу в книге «Новые рубежи человеческой природы» пишет, что понятия творческого человека, человека с творческой установкой и понятие здоровой, полностью человеческой личности сходятся все ближе и ближе и возможно это одно и то же [104].

Абрахам Маслоу, американский психотерапевт, разделяет креативность (творческую) на первичную и вторичную. Первичной креативностью он называет фазу вдохновения, вторичной – фазу разработки. Вторичная креативность требует не только творческой способности как таковой, но во многом опирается на тяжелую работу, на дисциплину, на освоение инструментов, материалов. Вторичная креативность основывается на упорстве, терпении, тяжелой работе. Маяковский говорил, например, что он работает «как 38 миллионов негров». Чайковский повторял, что талант – это 1% вдохновения и 99% труда! Пикассо мог писать картину по 9 часов подряд, забывая обо всех естественных потребностях, и говорил удивленной жене: «Когда я работаю, я оставляю свое тело за дверью».

Первичная же креативность называется вдохновением, инсайтом, озарением. Это и есть то, что приходит к нам из нашего бессознательного. И эта фаза целиком и полностью зависит от интегрированности нашей личности, от способности услышать то, что звучит тихо, то, что не совсем похоже на то, чему мы учились. Это можно назвать термином Ролло Мэя – ВСТРЕЧА, интенсивной

встреча с миром, с людьми, с самим собой. Встреча – это не физический акт в материальном мире, мы тысячи раз проходим мимо друг друга, но встреча может так ни разу и не произойти, если ничто в этом человеке не задевает нашу душу, если эти «свидания» никак не способствует нашему изменению. Встреча может произойти только тогда, когда в вас что-то всколыхнулось, когда за знаками «студент», «одногоруппник», «преподаватель»... вы увидели человека, увидели его в аспекте всего мира, человечества, вечности, когда увидели свою с ним единую духовную сущность. То же относится и другим объектам этого мира. Вы например, можете встретить громко чирикающих воробьев на дереве и это может вас заморозить, восхитить и вы останавливаетесь и забываете не несколько мгновений о том, что вы знали: о том, что весна, солнце и воробьи начинают радоваться теплу, что они предчувствуют сытные дни... и прочее... Нет, вы просто захвачены этим очаровательным мгновением, и в душе вашей проснулся восторг.

Мартин Бубер такие отношения с миром называет Я-Ты. Отношения которые не опосредованы использованием, знанием, испытанием. Эти отношения – тайна. В таких отношениях человек о вещах ничего не узнает, не накапливает опыт, сведения. Он поглощен исключительностью этой частицы мира.

Ролло Мэй пишет, что для такой встречи с миром нужно мужество, потому что она изменяет нас, наш мир, и мы не знаем как жить в том новом мире, что нас ждет. Поэтому мы предпочитаем жить в мире, который подконтролен нам, управляем, регламентирован, словом, в рациональном мире, где все шаги мы можем просчитать и предсказать (а если что-то непредвиденное произошло, то мы напряжем свой мозг и получше просчитаем в следующий раз). Нужно мужество, чтобы отцепиться от всего знакомого, от проверенных теорий, испытанных отношений, авторитетов, правил, установок... Дзен описывает этот шаг как смелость шагнуть в пропасть, где нет уже никаких гарантий. Но если у вас хватит мужества, то с вас спадут очки иллюзий, канонов, трафаретов и вы удивитесь, как далеки вы были от мира и как сложно вы предпочитали жить.

Виктор Франкл – американский философ и психотерапевт, заметил, что люди только думают, что они заняты зарабатыванием денег, славы, почета, на самом деле люди заняты поиском счастья. И творческий взгляд на мир – это способность найти свой смысл в мире, это понимание того, что никто, даже самые любящие родители и учителя, не способны дать нам смысл жизни, мы только сами можем его найти. Именно поэтому, необходимо развивать в себе такие качества творческого человека, как гибкость взглядов, способность меняться, способность установить новые связи и взаимоотношения, терпимость к другому мировоззрению, готовность поверить любым фантазиям, способность противостоять авторитетам, общепринятому мнению, упорство в поиске своих путей, своего счастья. Нужно стремиться к цельности, к встречам с людьми и миром, к подлинности, самоидентичности.

Николай Бердяев пишет о том что «дух человеческий в плену» и пленом он называет мир, мировую данность, необходимость. Истинный путь человека, по мнению Бердяева – это путь духовного освобождения от мира, освобождение из

плена необходимости, это движение в духе а не в мире. Грехом он считает несвободу духа, рабство, подчинение дьявольской необходимости, бессилие определить себя свободным творцом. «Путь освобождения от мира для творчества новой жизни и есть путь освобождения от греха... Рабство у мира, у необходимости и данности есть не только несвобода, но и узаконение и закрепление нелюбовного, разодранного, некосмического состояния мира».

Творческий акт, по Бердяеву, это и есть освобождение и преодоление, это переживание силы. «Человек создан творцом гениальным (не непременно гением) и гениальность должен раскрыть в себе творческой активностью, победить все личностно-эгоистическое, личностно-самолюбивое, всякий страх собственной гибели, всякую оглядку на других». Наступают времена в жизни человечества, пророчесствует Бердяев, когда оно должно помочь само себе, дерзнуть раскрыть в себе творческим актом все силы Бога и мира, мира подлинного.

Бердяев пишет о приходе эпохи творчества, о том, что эпоха искупления религиозно подчинена эпохе творчества. «Творчество – само религия... Человек совершенно свободен в откровении своего творчества. В этой страшной свободе все богоподобное достоинство человека и жуткая его ответственность. Добродетель небезопасного положения, добродетель дерзновения – основные добродетели творческой эпохи». Несчастливые, трагические состояния завершенности и окончательности — в той мере, в какой они способствуют бытийному познанию. Состояния поражения, безнадежности, отчаяния, краха защит, крушения ценностных систем, острого столкновения с реальной виной могут — в некоторых случаях, когда сохраняется достаточно силы и мужества, — породить восприятие истины и действительности (как цели, но уже не как средства).

1. Истина (честность; реальность; обнаженность; простота; богатство; существенность; должное; красота; чистота; чистая и неподдельная полнота).

2. Добро (правильность; желательность; должное; справедливость; благожелательность; честность; мы любим это, привлечены этим, одобряем это).

3. Красота (правильность; форма; живость; простота; богатство; цельность; совершенство; завершенность; уникальность; честность).

4. Цельность (единство; интегрированность; тенденция к единичности; взаимосвязанность; простота; организация; структура; порядок; отсутствие разделения; синергия; гомономные и интегративные тенденции).

4а. Единство противоположностей (принятие, разрешение, интеграция или трансценденция (преодоление) дихотомий, полярностей, противоположностей, противоречий; синергия, т.е. преобразование противоположностей в единство, антагонистов в сотрудничающих или взаимно усиливающих друг друга партнеров).

5. Жизненность (процесс; отсутствие омертвелости; спонтанность; саморегуляция; полноценное функционирование; измениться и при этом остаться тем же; самовыражение).

6. Уникальность (индивидуальная специфичность; индивидуальность; несравнимость; новизна; особое качество; отсутствие чего-либо подобного).

7. Совершенство (ничего лишнего; ничего недостающего; все на своем месте и не может быть улучшено; точно так; идеальное соответствие; уместность, справедливость, полнота; ничего помимо; должное).

7а. Необходимость (неизбежность; это должно быть именно так; не может быть изменено ни на йоту; хорошо, что именно так).

8. Завершенность (окончание; окончательность; справедливость; гештальт больше не меняется; выполнение намеченного; *finis* и *telos*; ничего недостающего; все целиком; исполнение предназначения; прекращение деятельности; достижение высшей точки; окончание в связи с достижением цели; умереть и вновь родиться; прекращение и завершение роста и развития).

9. Справедливость (честность; долженствование; уместность; соразмерность; необходимость; неизбежность; непредубежденность; беспристрастность).

9а. Порядок (законность; правильность; ничего лишнего; совершенство организации).

10. Простота (честность; обнаженность; существенность; абстрактная безошибочность; четкая структура; суть дела; прямота; только необходимое; без украшений; ничего чрезмерного или лишнего).

11. Богатство (дифференциация; сложность; изощренность; все целиком; ничего недостающего или скрытого; все здесь; все в равной мере важно; нет ничего неважного; всему предоставляется идти своим путем, без улучшения, упрощения, абстрагирования, переустройства).

12. Непринужденность (легкость; отсутствие напряжений, стараний, трудностей; изящество; совершенное и красивое функционирование).

13. Игра (веселость; радость; юмор; изобилие; непринужденность).

14. Самодостаточность (автономия; независимость; не нужно ничего другого, чтобы быть самим собой; самодетерминация; преодоление среды; отдельность; жизнь по своим законам; идентичность).

3. свобода выбора (прежде всего свобода изнутри)

Клинический опыт показывает, что предпочтения привычного и знакомого сильнее и являются более жесткими, компульсивными и невротичными у людей более тревожных, робких, ригидных, "зажатых" и т.п. Клинические и некоторые экспериментальные данные свидетельствуют о том, что сила Я, мужество, психологическое здоровье и креативность повышают у взрослых и детей тенденцию к выбору нового, незнакомого, непривычного.

Преобладающая часть литературных данных, касающихся экспериментов по различению, свидетельствует, что лучше всего предъявлять альтернативы одновременно и близко друг к другу, а не порознь. Можно ожидать, что выбор более красивой из двух картин, более подлинного из двух образцов марочных вин или того из двух людей, кто отличается большей полнотой жизненных сил, будет тем адекватнее, чем ближе друг к другу в пространстве и времени располагаются сравниваемые объекты.

Возможность по-настоящему свободного выбора, определяемого преимущественно внутренней природой субъекта, расширяют следующие факторы: свобода от социального давления; независимость личности; хронологическая зрелость; сила и мужество (в противоположность слабости и страху); истина и осознание. Удовлетворение любого из этих условий должно повысить процент бытийных выборов. Хрестоматийное утверждение о том, что предпосылкой ответственности является возможность выбора, дает основание в качестве адекватной проявлению ответственности выделить ситуацию выбора, как сознательного предпочтения определенной линии поведения.

Самостоятельно осуществляя выбор, человек автоматически берет на себя ответственность за принятое решение. С другой стороны, ответственность как устойчивая личностная характеристика влияет на сам процесс выбора. Взаимосвязь между выбором и ответственностью постулируется очень многими, но до сих пор экспериментального изучения этой взаимосвязи не проводилось.

Наиболее ярко ответственность может быть проявлена в ситуации смыслового и экзистенциального выбора. Делая выбор, особенно субъективно значимый, человек конструирует самостоятельно критерии выбора, прогнозируя его результат. Безусловно, существует множество факторов, определяющих выбор (характеристик самой проблемы, социальные и смысловые факторы), определяющим среди которых является ответственность.

В процессе жизни человеку почти постоянно приходится делать выбор, однако, существуют ситуации, выбор в которых определяет дальнейший жизненный путь. Именно такие ситуации, по образному выражению С.Л. Рубинштейна [105, с. 227-240], являются «поворотными». Именно в них проявление ответственности необходимо объективно.

Нами показано, что людям со сформированной ответственностью в ситуации выбора свойственно опираться в большей степени на смысловые критерии, ориентироваться на личностную значимость критериев, соотносить свой выбор со своими индивидуальными способностями и возможностями.

При этом важно заметить, что выбор, связанный со смысловыми критериями свойственен лицам, у которых ответственность является устойчивой личностной характеристикой. В том случае (у тех испытуемых), когда выражен какой-либо один компонент ответственности (либо когнитивный, либо поведенческий) достоверной связи со смысловым выбором не обнаружено. Это еще раз подтверждает нашу мысль о том, что ответственность личности будет выступать в качестве способа жизнедеятельности только если она является устойчивой личностной характеристикой, а не представлена лишь ее отдельными компонентами.

4. ответственность (осознания себя как основной причины разворачивания событий)

Обращаться к самому себе, требуя ответа, - это значит взять на себя ответственность. Это сам по себе огромный шаг к самоактуализации. Проблема ответственности до сих пор мало изучалась. Она не появляется в нашей психологической литературе, так как нельзя же изучать ответственность на

белых крысах. Все же ответственность является наиболее осязаемой частью психотерапии. В психотерапии можно увидеть, почувствовать и узнать момент ответственности. Именно здесь появляется ясное представление о том, что это такое. И это всегда большой шаг. Всякий раз, когда человек берет на себя ответственность, он самоактуализуется.

Ответственность как субъективную форму активности точнее можно определить именно в тех видах жизнедеятельности, в которых человек волен самостоятельно определять для себя меру субъектной включенности и меру собственного творчества в постановке целей, их реализации, проявлении себя и т.п.

Наиболее легко ответственность как субъектная личностная характеристика обнаруживается в ситуациях преодоления преград, в трудных для личности условиях. Именно в таких ситуациях актуализируются все сущностные признаки ответственности: готовность к преодолению трудностей, определение собственных ресурсов, возможностей для преодоления, механизмы контроля, осознанная антиципация последствий ситуации.

Полученные нами данные о роли ответственности в решении трудных ситуаций, свидетельствуют о том, что ответственность является не просто личностным механизмом разрешения трудностей, она выступает универсальным копинг-ресурсом, обеспечивая оптимальное для личности разрешение трудностей, являясь тем самым основой психического комфорта, снижение напряженности, повышение успешности.

Проявление ответственности в трудных жизненных ситуациях есть показатель истинного субъектного отношения к ситуации, реализуемого в обращенности человека к своим внутренним возможностям, резервам. Именно в такого рода ситуациях обнаруживается истинная, подлинная ответственность как способ саморегуляции и самоконтроля. Широкие эмпирические исследования проявления ответственности в самом широком классе жизненных ситуаций, на разных возрастных и социальных группах, при решении разнообразных жизненных проблем показали, что если ответственность сформирована у личности и является устойчивым личностным образованием, она проявляется в жизни человека тотально, начиная определять его жизненный стиль, становится эквивалентной самому способу жизни. Следовательно, в конечном итоге, ответственность связана с наиболее значимыми характеристиками жизненного пути человека.

5. ресурсы (социальные и личностные). Фолькман выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость и т.д.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т.д.);
- социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

Она подразделяет их на личностные и средовые копинг-ресурсы.

К копинг-ресурсам, помогающим справиться со стрессогенными ситуациями, относятся:

Ресурсы личности:

- ресурсы когнитивной сферы — возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека;
- Я-концепция, или представление человека о себе;
- интернальный локус контроля — умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за нее;
- аффилиация — умение общаться с окружающими, определённая социальная компетентность, стремление быть вместе с людьми;
- симпатия — умение сопереживать окружающим, проживать вместе с ними какой-то отрезок их жизни, накапливая при этом свой собственный опыт;
- позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере;
- духовность человека,
- ценностная мотивационная структура личности.

Ресурсы социальной среды:

- система социальной поддержки — окружение, в котором живет человек (семья, общество);
- социально-поддерживающий процесс — умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку.

Как уже отмечалось выше, к копинг-ресурсам, помогающим справиться со стрессогенными ситуациями относятся: ресурсы личности (Я-концепция, интернальный локус контроля; ресурсы когнитивной сферы; аффилиация; эмпатия; позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, вере; духовность; ценностная мотивационная структура личности) и ресурсы социальной среды (окружение, в котором живет человек, а также его умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку).

Представление человека о себе; или Я-концепция, в процессе взросления должна быть заменена на новую, соответствующую особенностям возраста. С точки зрения формирования адаптационных механизмов следует рассматривать Я-концепцию как важнейший личностный ресурс. Процессы формирования Я-концепции и других психологических механизмов адаптации к социальной среде параллельно, оказывая выраженное влияние друг на друга. Я-концепция является сложно сконструированным образованием, отражает как возрастные, так и индивидуальные особенности и включена во множество связей и отношений с другими феноменами развития человека.

Интернальный локус контроля, или умение контролировать свою жизнь и брать ответственность за нее, является личностным ресурсом, на основе которого формируется адаптационное поведение. Именно от этого ресурса во многом зависит выбор варианта адаптации к социальной среде и жизненный стиль человека.

По мнению Д. Роттера (автора данного понятия), субъективный контроль, или локус контроля, представляет собой «определенную степень восприятия людьми событий, зависящих либо от собственного поведения (интернальный локус контроля) или от других людей, судьбы, удачи (экстернальный локус контроля)», а также трактуется как «степень понимания человеком причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого».

Доказано, что люди с внутренним (интернальным) локусом контроля проявляют большую когнитивную активность, более эффективно преодолевают.

6. информированность (владение истинной информацией)

Оптимальная реакция - это творческая адаптация, которая переводит человека на более высокий уровень функционирования.

Освоение новых типов поведения способствует нашему духовному росту и формирует целостность характера, которая по смыслу близка понятию идеального здоровья.

Выделим четыре компонента, в той или иной мере присутствующие во всех подходах к понятию информационной безопасности:

а) Обеспечение для субъекта доступа к достаточно полной и достоверной информации, необходимой для реализации его прав и обязанностей в обществе.

б) Защита субъекта от деструктивных информационных воздействий.

в) Защита от несанкционированного воздействия на информацию, принадлежащую субъекту.

г) Защита информационной инфраструктуры группы субъектов (организации, государства...) от разрушительных воздействий.

7. Временная ориентация (состояние "здесь-и-теперь", когда настоящее переживается полноценно, как таковое (как самостоятельная цель), а не как повторение прошлого или прелюдия к будущему) Нами теоретически выделены и эмпирически доказано, что ответственность детерминирует следующие характеристики жизненного пути: прогнозирование будущего, степень целостности восприятия жизненного пути, прогнозирование будущего, убеждения личности о возможности и способности управлять собственной жизнью, смысл жизни и степень удовлетворенности ею.

Жизненный путь лиц оптимального типа ответственности характеризуется наличием четко осознаваемых жизненных целей и планов, высокой степенью осознанности основных сфер жизнедеятельности и их содержания, они убеждены в своей контролируемости жизни и представляют жизненный путь как целостное образование, в котором значимые жизненные события взаимосвязаны, отмечают высокий уровень удовлетворенности прошлым и настоящим. В качестве определяющих факторов жизненного пути для лиц оптимально-ответственного типа выступают: «самостоятельное жизненное планирование», «целевая организация жизни», «управляемое восприятие жизни».

Рядом исследователей подчеркивается прогностическая значимость такого психологического фактора, как убеждений и ценностей в области здоровья, когнитивных представлений о здоровье и продуманной оценки риска.

Е.В. Бухтоярова среди прогностически важных психологических факторов выделяет две группы:

1) мотивирующие факторы (страх перед разрушением организма; страх не достигнуть в будущем своей цели; страх смерти; юридическая ответственность);

2) личностные свойства (внутренний самоконтроль; целеустремленность; стрессоустойчивость; позитивные отношения с ближайшим окружением; разделяемые общественные ценности и нормы).

С.В. Перминой, Е.Н. Кривулиным в качестве позитивных психологических предикторов длительной и качественной ремиссии выделяются следующие:

- 1) сформировавшаяся психологически зрелая личность;
- 2) адекватная самооценка и позитивный образ собственного Я;
- 3) устойчивость и конструктивная мотивация достижения значимых целей и успеха;
- 4) низкий уровень личностной тревожности;
- 5) психологическая устойчивость к неудачам и стрессам;
- 6) сохранность семейных эмоциональных отношений;
- 7) разносторонние интересы и потребности.

Но здесь вновь возникает вопрос: а какая структура или организация организма/личности, а вернее, какая категория здоровья определяет способность человека достигать желаемого и быть удовлетворенным достигнутым? Естественно и соматическое и психологическое здоровье играют важнейшую роль в том, чтобы быть удовлетворенным своей жизнью, т.е. человек соматически и психологически должен быть здоров: «в здоровом теле – здоровый дух». Но отсутствие психической болезни не является достаточным для того, чтобы быть удовлетворенным собственной жизнью. И здесь мы вновь приводим слова Б.С. Братуся [106, с. 3-19], о том, что разве психологически здоровый человек не может быть личностно ущербным? В равной степени история знает множество примеров, когда люди, имеющие физические увечья и телесные дефекты были воистину – «во их истину» – счастливыми и самодостаточными.

Таким образом, в соотношении психического и психологического здоровья нами отмечается:

1.Отсутствие психической патологии и клиническая норма психических процессов и характеристик личности (интеллект, сознание, память, мышление, воля и т.д.) с нашей точки зрения, определяют количественные характеристики психического здоровья.

2.Способность личности достигать желаемого и быть удовлетворенным достигнутым; быть самодостаточным успешно адаптируясь к изменениям окружающего мира, определяет качественные характеристики психического здоровья, которые мы выделяем в отдельную категорию интегрального здоровья – здоровье психологическое[107, с. 14-28].

Следовательно, разделение категорий психического и психологического здоровья позволяют нам дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека: какое здоровье охранять, какое – развивать. Если мы говорим о соматическом и психическом здоровье, то концепция охраны здоровья вполне оправдана. Но когда мы говорим о психологическом здоровье, то только его развитие позволит личности быть более устойчивой в агрессивной быстро меняющейся среде. Только развитие качественно новых

психологических свойств (не развитых в достаточной степени ранее) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной.

А.Л. Катков [108, с. 14-28] отмечает, что в настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, что современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психологического здоровья: «Мы, в отличие от основной массы теоретиков в области ментальных дисциплин, полагаем, что на данном этапе в качестве основного ядра психотерапии, катализирующего процесс идентификации данного направления деятельности, должна выступать не единая теория личности, или какой-либо другой теоретический концепт субъективности, а выделение функционального ядра психотерапии, определяемого как развитие» [109, с. 34-37]. В.Я. Семке [110, с. 209] так же отмечает идею разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности.

Необходимость развития психологического здоровья отмечают и другие авторы. М.В. Parker et al. [111] говорят о методах, направленных на развитие психологического здоровья у солдат для успешного продвижения по службе, а так же у пожилых людей для «успешного старения». М.А. Adkins с соавт. [13] отмечает значимую роль учителей в системе образования и психотерапевтов в целях улучшения качества психического здоровья или развития психологического здоровья у взрослых эмигрантов и беженцев. J. Ricketts [112] считает необходимым обучение навыкам жизни или развитие психологического здоровья у школьников и студентов. М. Silver [113, с. 23-25] в контексте развития психологического здоровья у учащихся говорит о мероприятиях, которые помогают ученикам развить стратегии для разрешения сложных ситуаций, связанных с культуральными особенностями.

Когда мы говорим о восстановлении биологического, соматического, психического здоровья, основной лечебной стратегией является реабилитация, т.е. восстановление прежних способностей (re-возврат, ability-способности). Совсем другое дело представляется нам, когда мы говорим о психологическом здоровье и аспектах его составляющих. Если у личности изначально не развиты те свойства, которые определяют ее личностно-социальную компетентность, если она в силу этих причин, изначально не способна адаптироваться и удовлетворить свои жизненно важные потребности в сложном и быстроменяющемся мире, как в этом случае мы будем восстанавливать то, что изначально не развито или развито недостаточно? Целесообразно ли восстанавливать прежний «статус», приведший личность к проблеме или болезни? В этом случае, выход будет найден только через развитие новых личностных качеств, через развитие психологического здоровья, через формирование новой личности. Как отмечают Д. Бразье и К. Бич [114, с. 238-263]: «Речь идет не о починке чего-либо, но о вырастании из существующего состояния. Дело не в выздоровлении от чего-то минувшего, а в обучении искусству переплетения прошлого и настоящего в новый узор» [114, с. 238-263].

Практически во всех концепциях «психологическое здоровье» означает наличие у человека большего количества «степеней свободы» для выбора адекватного способа реагирования на действие факторов окружающей среды.

Ригидность, чрезмерная заостренность индивидуальных черт, поляризованная оценочная позиция, чувственное и рациональная бедность отражаемых в самосознании образов «Я», аномальное развитие снижают количество «степеней свободы», делая активность менее гибкой, продуктивной и свободной. В результате возникает отношение к Другому не как самоценности, а как к средству. С этих позиций профилактика и коррекция может быть рассмотрена как путь к увеличению «степеней свободы» человека.

1.2 Жизненная позиция современных казахстанских семей в отношении социально-психологического здоровья

Направление, разрабатывающее сущностное содержание емкого понятия «социально-психологическое здоровье», складывается из исследований в сфере определения качественной составляющей психологических процессов. При этом внимание обращается на субъективные и объективные индикаторы, оценивающие общее качество жизни субъекта. Необходимость такого рода исследований возникла, в частности, в связи с тем, что далеко не всегда можно провести грань между нормой и патологией, основываясь лишь на содержании психологических процессов [115, с. 135-139], а также и потому, что решающим в успешности человека как субъекта деятельности, зачастую, оказывается качество его психологических процессов [116, с. 75-78]. Между тем, исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные, угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности [117, с. 6-11], которые являются базой для суицидального поведения "психологически здоровых" людей [118, с. 26-38]. При исследовании социального самочувствия казахстанских семей выявилось, что большинство из них чувствует "разочарование", "пессимизм", "неуверенность", "безнадежность", "растерянность", "апатию", "агрессивность", "злость", "экстремизм", "страх". Более 75% семей испытывают неуверенность в завтрашнем дне, оценивают цели и пути развития современного общества негативно [119, с. 47-64]. В ходе такого рода исследований для характеристики качественных психологических отклонений, за неимением других, применяются медицинские термины: "аномальные реакции", "варианты субклинического реагирования", "преневротическое состояние", "препсихопатическое состояние", "третье состояние", "условно-патологическое состояние", "донозологическое состояние", "период повышенного риска", "социально-психологическая дезадаптация", "непатологические невротические проявления", "явления психической дезадаптации" [120, с. 32-35]. К таким состояниям примыкают "психологические кризисы" продолжительностью до 1 года, характеризующиеся достаточно выраженными "психологическими" изменениями. Считается, что в отличие от невротических или травматических кризисов, психологические кризисы являются нормативными процессами, необходимыми для личностного развития [121, с. 44-46]. По мнению В.А.Абрамова явления психологического дискомфорта, возникающие у многих практически здоровых людей в ответ на воздействие среды, отражают неустойчивое равновесие в системе психического гомеостаза, поэтому их не

следует выводить за пределы индивидуальных вариаций, считающихся "нормальными" (В.А.Абрамов, [122, с. 130-132]).

Понятие «качество жизни» появилось в 60-х годах XX века первоначально в рамках социологических научных направлений. Оно рассматривалось как характеристика, которая отображала степень удовлетворенности духовных, интеллектуальных, культурных, эстетических и других потребностей людей [124, с. 102-103]. Первое определение качества жизни в литературе соотносило данное понятие с «гармонией внутри человека и между человеком и миром», то есть то, что может быть обозначено как «функциональное состояние» и «средовые жизненные условия» на современном научном языке [125, с. 711-714]. Под качеством жизни ВОЗ предлагает понимать «восприятие людьми своего положения в контексте культурных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». При этом обращается внимание на то, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, их дефиниции могут быть сколь угодно разнообразными в зависимости от задач и целей исследователей [126, с. 1093]. Концепция качества жизни не получила универсального определения, поскольку ей не хватает ясности и нередко возникает путаница в определениях и базисных понятиях. Тем не менее, количество публикаций на данную тему в медицинской литературе стремительно увеличивается – например, только в 1995 году было опубликовано до 2000 работ [127, с. 337-345]. В психологической науке и практике концепция качества жизни, несмотря на свои недостатки, оказалась востребованной в силу общей тенденции к переключению внимания исследователей с узко клинических аспектов психопатологии на детальное изучение пациента с позиции оценки его личностных и социальных особенностей [128, с. 4-8]. Многими психологами концепция качества жизни, в силу всего сказанного, воспринимается не в качестве научно-обоснованной парадигмы, но в виде гуманистического дополнения к медицинской практике [127]. В тоже время другие исследователи считают, что именно в силу своей гуманистической направленности проблема качества жизни лиц с психологическими и поведенческими расстройствами должна занимать особое место в современной психологии [129, с. 267-274]. По мнению М.Bullinger [130, с. 209-220] в сфере охраны психологического здоровья требуется широкая и многомерная концепция качества жизни, которая охватывает большинство параметров жизни. Вместо использования единичных показателей здесь более адекватным является применение определенных профилей, характеризующих существенные аспекты жизни индивида с проблемами в сфере социального психологического здоровья. Ряд авторов считает, что параметры, используемые в концепции качества жизни, отражают, в основном, психологическое благополучие субъекта, и в существенно меньшей степени оценивают уровень его социального психологического здоровья [131, с. 77]. Дискуссия в отношении того, следует ли использовать концепцию качества жизни для проведения научных исследований, привела к тому, что в последние годы отдается предпочтение определенным индикаторам социального и

социально-психологического плана, имеющим непосредственное отношение к оценке качества жизни субъекта [132, с. 473-480].

Личностная идентификация – одна из основных интегративных характеристик, наиболее подробно описанная Э. Эриксеном. Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени индивид должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии – стереотипы (пусть и социально-позитивные). Перед индивидом, полноценно завершившим этап личностной идентификации, появляется завораживающая перспектива собственного жизненного пути, по которой его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс достижения целей включаются более мощные ресурсы, обеспечивающие более эффективное удовлетворение потребностного цикла. Отсюда – более высокое качество жизни индивида.

Конструктивный, идентификационный жизненный сценарий выделяется нами из идентификационных характеристик личности в отдельное. Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации, 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса, идентификационный жизненный сценарий может еще только формироваться и окончательно сложиться к возрасту 19-20 лет. К этому времени индивид должен точно знать, что ему нужно делать для исполнения своих «главных», идентификационных желаний. Конструктивный сценарий жизни – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно различается с намерениями или мимолетными планами, за которыми, обычно, не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях индивида, являются основным, отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – резкое снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности индивида, порождаемых неопределенной системой координат. Таким образом, конструктивный жизненный сценарий выполняет важнейшую функцию базисной системы координат индивида, существенно повышающей качество его жизни. В совокупности с идентифицируемым ядром личности, данные свойства – характеристики обеспечивают устойчивое продвижение субъекта в реализации намеченных целей и постоянное позитивное подкрепление с чувством деятельного удовлетворения.

Вопросам адекватного формирования навыков ответственного выбора придается исключительное значение. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет). Собственно

навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Свойство ответственного выбора отличается от предпочтений или альтернатив тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличие таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность. Индивид, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные решения в неопределенной ситуации (наличие, хотя бы, одной или нескольких равно-привлекательных альтернатив). Во-вторых, держаться избранного, не смотря ни на что. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, существенно повышает вероятность его адекватной и своевременной реализации. Данная, своевременно предпринятая, акция обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но конфронтационные и агрессивные, по сути, альтернативные сценарные планы. Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации ответственного выбора – является деятельностное удовлетворение от воплощения того плана, на пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и, в результате, оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, получающего деятельностное удовлетворение и высокое качество жизни.

Качество внутреннего локуса-контроля было исследовано и подробно описано Джулианом Роттером. Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении, первоначально, исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса-контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Индивид, с развитым качеством внутреннего локуса контроля, на вопрос, кто несет ответственность за то, что происходит с ним в жизни, отвечает: «Я сам несу ответственность за то, что происходит со мною в жизни». Данная, оформленная позиция оставляет шансы на существенное повышение качества жизни индивида, если его не устраивают существующие кондиции. Изменить себя, или что-либо в себе (например, получить более широкий доступ к глубинным ресурсам психического) хотя бы признать необходимость данных изменений – уже существенный шаг в сторону развития. У индивида с характеристиками интернальности этот шаг абсолютно реален и является прелюдией к поиску и принятию профессиональной или какой-либо другой помощи и поддержки. Качество внутреннего локуса-контроля – своего рода гарантия ресурсного разворота личности. Индивиду, обладающему данным качеством, при необходимости, можно эффективно помочь. Для того чтобы помочь человеку с характеристиками внешнего локуса-контроля (за все, что с ним происходит, несут ответственность внешние агенты) следует

изменить мир вокруг него – что невозможно – или, для начала, переформировать личностную метапозицию.

Ресурсная достаточность личности является, с одной стороны, интегрирующим и включающим вышеназванный перечень функциональных характеристик, поскольку к ресурсам личности следует отнести и факторы полноценного завершения идентификации, конструктивного формирования жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля. Однако, личность, действующая в режиме самоорганизующей активности, может эффективно управлять и биологическими ресурсами организма. А также получать доступ к суперресурсным инстанциям психического за счет манифестации активности в духе диалогизированного сознания. Так, выделяются преимущественно висцеральные адаптационные реакции с опорой на стереотипные биологические ресурсы. Актуализация ресурсов данного типа способствует активизации агрессивно-избегающего поведения, стимулируемого массивным гормональным выбросом. Далее, выделяются преимущественно идеаторные адаптационные реакции с опорой на стереотипные психологические ресурсы – существующие знания, умения, навыки. Актуализация ресурсов данного типа способствует более или менее эффективному совладанию со стандартной ситуацией. Однако, их недостаточно для удовлетворительной адаптации в новых, нестандартных условиях. Следующий вид адаптационных реакций – творческой концентрации с опорой на креативно-пластические ресурсы. Актуализация ресурсов данного типа обеспечивается за счет активности глубинных инстанций психики, обозначаемых как подсознательное, неосознанное, предсознательное, доступ к которым закономерно расширяется с изменением параметров импульсной активности сознания. Весь вопрос в том, является ли облегченный ресурсный доступ достоянием осознаваемой личности (в данном случае самоорганизующая активность личности вмещает и навыки функционирования в режиме диалогизированного сознания). И, тогда, высокий уровень адаптации, и соответствующие кондиции качества жизни – постоянные «спутники» индивида на его жизненном пути, сколько бы сложным он не был. Или, если этого не происходит, индивид сознательно (или, чаще, неосознанно) избегает сложностей, новизны и теряет в результатах и качестве жизни.

Обсуждаемое свойство личности формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12-25 лет.

Наиболее полно базисные сценарии формирования анализируемых личностных свойств описаны Э. Эриксоном [16, с. 305-348]. Согласно систематизированным исследованиям названного автора, личностное развитие индивида предусматривает прохождение жизненных кризов, в следующих возрастных рамках и полярных вариантах:

1) в первый год жизни у ребенка формируются базисное доверие или недоверие к основным агентам события;

2) в возрасте после года до 3 лет формируются такие характеристика как автономность, уверенность или (деструктивный вариант прохождения настоящего жизненного кризиса) сомнение, стыд;

3) в возрасте 3-6 лет формируется инициатива (конструктивный сценарий) или чувство вины и скованность;

4) в возрасте 6-12 лет формируются трудолюбие, ответственность, либо чувство неполноценности, избегание сложностей;

5) в возрасте 12-18 лет завершается личностное самоопределение, идентификация (эго-идентичность) либо формируется недифференцированность, серость, конформизм (смещение ролей);

6) в возрасте 20-25 лет формируются инициатива, общительность, открытость, либо (альтернативный вариант) изоляция, избегание интимности, отклонения в психике;

7) в возрасте 26-64 лет формируются творчество, передача опыта следующим поколениям или застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация;

8) в возрасте 64 года и старше формируются целостность, принятие жизни, смирение (конструктивный вариант), либо отчаяние, переживание бессмысленности жизни (деструктивный вариант прохождения жизненных кризов).

Среди разнообразных факторов, определяющих деструктивный или конструктивный вектор развития исследуемых свойств, главная роль отводится основным агентам развития, в частности, родителям. Имеют значение характеристика внутрисемейных отношений, отношений со значимыми другими лицами. Правила, по которым строятся эти отношения: или гуманны – способствуют конструктивному развитию личности, им легко следовать, или, напротив – деструктивны, устанавливают дистанцию между индивидом и ресурсным окружением, им невозможно следовать.

Наиболее рельефно вышеописанные различия в конструктивном и деструктивном сценарии анализируемых личностных свойств сказываются на реализации индивидуального потребностного цикла [132, с. 36]. Анализ типичных различий в реализации данного цикла является основой для понимания механизмов зависимости. Для проведения такого анализа нами используется схема иерархии потребностей, разработанная А. Маслоу [15, с. 391-416]. Данная схема представлена в виде пирамиды, основание которой составляют физиологические потребности. Следующий уровень – потребности в безопасности. Далее – потребности в принадлежности и любви. Затем – в уважении. Вершину пирамиды представляет треугольник потребностей в самоактуализации. Мы полагаем, что этот верхний уровень потребностей достаточно близко, но, все же, не полностью соотносится с потребностями в самоорганизации, отличительной особенностью которых является не спонтанный, а осознанный характер их манифестации. Формированию потребностей в самоорганизации отводится значительная роль в прикладных блоках концепции психологического здоровья. Основная закономерность в реализации потребностного цикла, отмеченная А. Маслоу, заключается в том,

что каждый последующий уровень описанной иерархии актуализируется лишь после того, как потребности базисного, по отношению к нему уровня, в основном, удовлетворены. Эта закономерность, не всегда адекватная для каждой конкретной личности, подтверждается в репрезентативных социологических исследованиях, проводимых на больших выборках.

Согласно исследованиям Ю.В. Валентика [133, с. 105], нереализованные потребности (таких нереализованных потребностей существует больше у индивидов, развивающихся по деструктивному сценарию) приводят к накоплению заблокированной энергии, сопровождающейся, как правило, ощущением достаточно выраженного дискомфорта. Блокированная энергия требует разрядки. Индивиды с деструктивным жизненным сценарием практикуют деструктивные способы разрядки заблокированной энергии: удовлетворение других потребностей; реакции «мимо»; уход в мир фантазий и грез; сублимация. Конструктивные способы разрядки заблокированной энергии, практикуемые индивидами с конструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов, следующие: знать истинные потребности и быть в состоянии их удовлетворить; использовать ресурсы окружения и внутренние ресурсы (отметим, что перечисленные функции представляют базисные характеристики исследуемых свойств личности). Выделяются, кроме того, непосредственные способы разрядки заблокированной энергии: физическая активность; психологическая разрядка (плач, смех, истерика); рискованное поведение; агрессия; аутоагрессия. Последние два способа, в случае их повторения и фиксации, с полным основанием могут быть отнесены к деструктивному полюсу.

Нами выделяются следующие базисные стратегии поведения индивида, являющиеся полярными по своим основным характеристикам:

а) обеспечивающая устойчивость в агрессивной среде (конфронтационная стратегия поведения);

б) обеспечивающая пластику – развитие в динамично меняющейся среде (синергетическая стратегия поведения).

Основными характеристиками статуса индивида с доминирующей конфронтационной стратегией поведения в эмоциональной сфере являются: страх, тревога, неуверенность, дискомфорт, блокирование эмоций (эмоциональное «оцепенение»). В сфере межличностных отношений: враждебность, агрессия, недоверие, неприятие, отсутствие или неадекватное разделение статусных и человеческих отношений, сопротивление или пассивная подчиняемость в решении производственных или любых других задач по совместной деятельности. В сфере собственно поведения: паника, агрессия, бегство, формирование неконструктивных защит, низкая эффективность и продуктивность. В ресурсной сфере: опора на стереотипные биологические и стереотипные психологические ресурсы.

Данные особенности в полной мере проявляются при соприкосновении индивида с какими-либо новыми обстоятельствами. Согласно неосознаваемым, внутренним установкам (метапозиции) основной тип взаимодействия с данными обстоятельствами выдерживается в агрессивно-пассивном ключе, что

предопределяет достаточно низкий уровень адаптации и соответствующее качество жизни.

Основными характеристиками статуса индивида с доминирующей синергетической стратегией поведения являются в эмоциональной сфере: интерес, подъем, творческое предощущение, вдохновение, деятельностное удовлетворение. В сфере межличностных отношений: доверие, поддержка, уважение, адекватное разделение статусных и человеческих отношений, осознанная субординация, полноценное сотрудничество, высокая активность в решении производственных или любых других задач по совместной деятельности. В сфере собственного поведения: осмысленная активность, поиск возможностей для сотрудничества, высокая эффективность и продуктивность.

Данные особенности также проявляются достаточно отчетливо при возникновении в ближайшем окружении индивида каких-либо новых обстоятельств. Согласно неосознаваемым внутренним установкам (метапозиции), основной тип взаимодействия с данными обстоятельствами выдерживается в ключе конструктивного сотрудничества. Что является основой для высокого уровня адаптации и соответствующего качества жизни.

Наиболее важным различием приведенных, полярных по своим характеристикам, индивидуализированных стратегий поведения являются возможности конструктивных изменений, в частности, обучения, а также генерирования новой, адаптирующей информации. Конфронтационная стратегия поведения перераспределяет энергию индивида на формирование психологических, физиологических и моторных (мышечных) защит. Синергетическая стратегия эффективно энергизирует креативные процессы генерации новой информации и адекватное усвоение имеющейся, эффективное изменение статуса индивида за счет максимальной пластичности последнего. Свойство пластичности является диаметральной противоположностью психологической и мышечной «броней» индивида с конфронтационной доминантой, не позволяющей ему эффективно развиваться.

Исходя из всего сказанного, представляется возможным формулирование главной задачи и глубинного контекста развивающей коммуникации – технологической основы всех развивающих практик – перевода конфронтационной стратегии поведения субъекта в синергетическую. Выполнение названной задачи предполагает выведение данной проблемы на осознаваемый уровень и последующую детальную проработку.

Алгоритм формирования психологического здоровья можно рассматривать в 2-х вариантах.

Профилактический вариант, предусматривающий полноценное прохождение индивидом кризисных периодов формирования личности по Э. Эриксону. В данном варианте усилия основных агентов развития сосредотачиваются на конструктивном сценарии прохождения первых 5 жизненных кризисов. Что, в результате, обеспечивает адекватное завершение процессов личностной идентификации и формирования синергетической стратегии поведения. Конструктивное прохождение жизненных кризисов, кроме того, является базой для формирования таких свойств как идентификационный

(конструктивный) жизненный сценарий, навык ответственного выбора, внутренний локус контроля. В совокупности с доминирующей, синергетической стратегией поведения, данные свойства обеспечивают опору на креативно-пластические ресурсы и высокий уровень адаптации индивида.

Таким образом, первая, основная фаза данного цикла состоит из следующих этапов:

- формирование базисной синергетической стратегии поведения с обеспечением доступа к креативно-пластическим ресурсам;
- полноценное завершение личностной идентификации;
- формирование конструктивного, идентификационного сценария;
- формирование характеристик внутреннего локуса контроля;
- формирование достаточной ресурсной базы для обеспечения эффективного продвижения по направлению целей идентификационного сценария.

1.3 Информированность современных казахстанских семей в отношении социально-психологического здоровья

Социально-психологическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния социума, его духовного потенциала [134, с. 4-8]. Оценивая величину экономического и социального ущерба, приносимого проблемами, связанными с низким уровнем психологического здоровья Всемирный Банк и Гарвардский Университет, считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» социально-психологического здоровья притом, что этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей [135, с.83]. Психические и поведенческие расстройства в любое время наличествуют приблизительно у 10% взрослого населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает, поведенческим или психическим расстройством. Эти семьи не только обеспечивают физическую и эмоциональную поддержку, но и несут на себе бремя стигматизации и дискриминации. По подсчетам, в 1990 г. психические и неврологические расстройства составляли 10% от общего показателя DALY, потерянных в результате заболеваний и травм. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 г., как предполагается, бремя этих расстройств возрастет до 15%. Обычные расстройства, которые служат причиной тяжелой инвалидности, включают депрессивные расстройства, нарушения, связанные с употреблением вызывающих зависимость веществ, шизофрению, эпилепсию, болезнь Альцгеймера, умственную отсталость и нарушения детского и подросткового возраста. Факторы, которые ассоциируются с распространением, началом и течением психических и поведенческих расстройств, включают бедность, принадлежность по признаку пола, возраст, конфликты и несчастья, основные физические заболевания, а также семейное и социальное окружение [134, с. 4-8]. Ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством,

20 миллионов человек совершают суицидальные попытки (Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005). В настоящее время все более отчетливо прослеживается тенденция смешения границ и взаимозависимости понятий социально-психологического здоровья и духовного или морального здоровья с «раскаленной» атмосферой, существующей вокруг этого последнего понятия [135, с.83]. Другой аспект проблемы социально-психологического здоровья, который занимает все больше внимания – качество жизни, не только лиц с психическими поведенческими расстройствами, но и лиц с другими инвалидизирующими заболеваниями, а также пожилых людей [136, с. 89]. Все вышесказанное обязывает психиатрическую науку и практику заниматься обеспечением наилучшего лечения психических расстройств, реабилитацией и способствовать формированию высоких уровней психологического здоровья в социуме. А психиатров – идти в ногу с научными достижениями в своей специальности [137, с. 332].

Если не предпринимать самых энергичных и эффективных мер в отношении направлении к снижению уровня социально-психологического здоровья в мире, то с высокой долей вероятности будут нарастать экономические социальные медицинские проблемы, а также гражданские беспорядки. Их все возрастающее бремя будет стоить невероятно дорого с точки зрения человеческих страданий, инвалидности, преступности и экономических потерь [138]. Между тем, современная медицина уже обладает средством для лечения многих психических расстройств. Имеются и другие возможности (прежде всего - социальные), для того, чтобы эффективно предупредить или облегчить страдания людей. Однако многие правительства пренебрегают своими обязанностями по обеспечению соответствующего лечения, профилактики и оказания социальной помощи лицам с психическими расстройствами в своих странах. Продолжается дискриминация в отношении таких людей [139, с. 3-5]. Если психические и поведенческие расстройства составляют около 12% глобального бремени болезней, то бюджеты лечения психических расстройств в большинстве стран составляют менее 1% от общего объема расходов на здравоохранение [134, с. 4-8]. Все вышесказанное относится и к постсоветским республикам [140, с.74-76].

Главный вопрос, который встает в данной связи – как и каким образом, обеспечить высокое качество оказания психологической помощи казахстанским семьям при существующем ограничении ресурсов; что такое современная психиатрическая служба; является ли ею вообще любая служба, оказывающая помощь психологически больным, либо это служба, где работают психиатры? Притом, что хорошо известно, что в любой стране лишь 3-4% от всех психически больных обращаются непосредственно к психиатрам. Что же касается остальных 96-97%, то они получают помощь в других секторах здравоохранения [141, с. 4-7]. Таким образом, перемещение помощи из психиатрических больниц, развитие психиатрических служб в системе медико-санитарной помощи является одним из основных направлений развития

современной психиатрической практики. В рамках данного направления предусматривается выполнение следующих важнейших задач:

- 1) обеспечение лечения психически больных в рамках первичной помощи;
- 2) обеспечение наличия психотропных лекарственных средств на всех уровнях;
- 3) обеспечение оказания помощи психически больным по месту жительства;
- 4) обеспечение просвещения общества в области психиатрии;
- 5) обеспечение участия семей в разработке и принятии решений в отношении как общей политики в сфере социально-психологического здоровья, так и в области конкретных программ и услуг;
- 6) разработка национальной политики в области психиатрии, соответствующих программ и законодательства;
- 7) развитие кадровых ресурсов;
- 8) обеспечение связи с другими организациями;
- 9) осуществление мониторинга социально-психологического здоровья;
- 10) оказание поддержки научным исследованиям [134, с. 4-8].

Министрами здравоохранения государств – членов Европейского региона ВОЗ одобрен и принят Европейский план действий по охране психологического здоровья. Настоящий план предусматривает разработку, реализацию и оценку эффективности стратегий и законодательных актов, которые позволяют осуществить меры в области охраны психологического здоровья, способные повысить благополучие всего населения, обеспечить предупреждение и профилактику проблем социально-психологического здоровья, а также расширить возможности социальной интеграции и функционирования лиц с психологическими проблемами. Наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие являются:

- 1) способствовать более широкому осознанию важного значения социально-психологического благополучия;
- 2) осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психологического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе;
- 3) разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны социально-психологического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья;
- 4) обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях;
- 5) признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны социально-психологического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб. [142, с. 94-102].

Стратегия и политика наиболее крупных ассоциаций, объединяющих профессионалов в сфере социально-психологического здоровья также способствует достижению всех вышеперечисленных целей и задач. В частности, стратегия ВПА (Всемирной Психиатрической Ассоциации) предусматривает:

1) всемирное содействие качеству психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, благополучию психически больных;

2) содействие профессиональному развитию молодых психиатров, их адресному вовлечению в расширение программ профессиональных обществ, в обучение, в научные области, в сети взаимодействия;

3) улучшение профессиональной организации, качества науки и образования; 4) улучшение международного обучения и образования в области психиатрии;

5) повышение партнерских отношений между психиатрическими и другими организациями, действующими в сфере социально-психологического здоровья населения [143, с. 129-130].

2 ОБЩАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика материала

Предметом исследования явились информированность и жизненная позиция в вопросах формирования социально-психологического здоровья. Объектом исследования явилась современная казахстанская семья. Исследование охватывало 120 жителей общей популяции города Павлодар, в возрасте старше 18 лет, состоящих в семейных отношениях.

Выборка исследования – 120 интервью.

Исследуемую группу составили казахстанские семьи (n = 120). Исследуемая группа получила следующее распределение по общим характеристикам (пол, возраст, национальность, образование). Общие характеристики группы отражены в таблице 1.

Таким образом, общая характеристика группы выглядит следующим образом: мужчины – составили 33,3% (40 человек), женщины – 66,7% (80 человек). В общую возрастную группу до 20 лет вошло 19 человек, что составляет 15,8% от общей группы, группу от 20 до 35 лет составили 86 человека (71,7%) и группу старше 35 лет составили 15 респондентов (12,5 %). 32,3% (39 человек) имели высшее образование, 67,7% (81 человек) не имели высшего образования, а имели среднее или средне специальное образование. 72 человека (60%) являлись представителями азиатской этнической принадлежности, 48 человек (40%) – европеоидной.

Таблица 1 - Общие характеристики исследуемой группы

Подгруппы	Пол n (%)		Возраст (лет) n (%)			Образование n (%)		Этнос n (%)	
	Мужчины	Женщины	До 20 лет	20-35 лет	Старше 35	Высшее	Среднее	Азиаты	Европеиды
Мужчины	40 (33,3)		7 (5,8)	18 (15,0)	15 (12,5)	16 (13,4)	24 (20,0)	21 (17,5)	19 (15,8)
Женщины		80 (66,7)	12 (10,0)	68 (56,7)	0 (0)	23 (19,1)	57 (47,5)	51 (42,5)	29 (24,2)
До 20 лет	7 (5,8)	12 (10,0)	19 (15,8)			5 (4,2)	14 (11,7)	11 (9,2)	8 (6,7)
20-35 лет	18 (15,0)	68 (56,7)		86 (71,7)		23 (19,1)	63 (52,5)	52 (43,3)	34 (28,3)
Старше 35	15 (12,5)	0 (0)			15 (12,5)	11 (9,2)	4 (3,3)	9 (7,5)	6 (5,0)
Высшее образование	16 (13,4)	23 (19,1)	5 (4,2)	23 (19,1)	11 (9,2)	39 (32,3)		27 (22,5)	12 (10,0)

Среднее образование	24 (20,0)	57 (47,5)	14 (11,7)	63 (52,5)	4 (3,3)		81 (67,7)	45 (37,5)	36 (30,0)
Азиаты	21 (17,5)	51 (42,5)	11 (9,2)	52 (43,3)	9 (7,5)	27 (22,5)	45 (37,5)	72 (60,0)	
Европеоиды	19 (15,8)	29 (24,2)	8 (6,7)	34 (28,3)	6 (5,0)	12 (10,0)	36 (30,0)		48 (40,0)
Всего:	40 (33,3)	80 (66,7)	19 (15,8)	86 (71,7)	15 (12,5)	39 (32,3)	81 (67,7)	72 (60,0)	48 (40,0)

Группа мужчин по возрастным характеристикам распределилась следующим образом (от общей группы): 5,8% (7 человек) составили мужчины в возрасте до 20 лет; 15% (18 человек) от 20 до 35 лет, и 12,5% (15 человек) оказались мужчины старше 35 лет. Среди мужчин 13,4% (16 человека) имели высшее образование, 20% (24 человека) имели среднее или средне специальное образование. 17,5% (21 человек) являлись представителями азиатской этнической принадлежности, 15,8% (19 человек) – европеоидного этноса.

Женская группа по возрастным характеристикам распределилась следующим образом (от общей группы): группа до 20 лет составила 10% (12 человек); 56,7% (68 человека) составили женщины в возрасте от 20 до 35 лет, и не оказалось женщин старше 35 лет. Среди женщин 19,1% (23 человек) имели высшее образование, 47,5% (57 человек) имели среднее или средне специальное образование. 42,5% (51 человек) являлись представителями азиатской этнической принадлежности, 24,2% (29 человек) – европеоидного этноса.

2.2 Методы исследования

При исследовании использовалась методология, а именно: наблюдательные методы. Под наблюдательным типом исследований понимается метод наблюдений и описаний, без воздействия на объект исследования [144].

Наблюдательную часть настоящей работы можно отнести к кросс-секционному методу, поскольку производилась одномоментная регистрация параметров психического, психологического состояний и социального статуса [145, с. 529].

Основная использованная методика – самозаполнение вопросников респондентами, так как вопросник содержал ряд сенситивных вопросов, достоверную информацию по которым вероятнее всего было получить не путем личного интервью, а путем самозаполнения вопросника. В тех случаях, когда респонденты испытывали затруднения, они могли обращаться за разъяснением и помощью к интервьюерам.

Данный вопросник состоял из трех частей:

- 1) социально-психологический блок;
- 2) психологический блок;
- 3) общие данные.

Первые две части данного вопросника включали в себя 5 разделов:

- 1) Социальный статус казахстанских семей;
- 2) Характеристика целей, ценностей и установок казахстанских семей;
- 3) Психологическое (духовное) здоровье;
- 4) Психическое здоровье;
- 5) Отношение к собственному здоровью.

Полный перечень вопросов соответствующих разделов и частей данного вопросника представлен в приложении А.

Была разработана стандартизированная схема для регистрации социальных характеристик, показателей социального психологического здоровья у казахстанских семей. Данная схема состоит из одной части: эта часть заполняется респондентом. Данная часть имеет вариант, который является полностью литературно адаптированным и максимально приближенным к простому восприятию и пониманию респондентом (без специфической научно-медицинской терминологии).

Психологические вопросники заполнялись респондентами в кругу семьи или же в присутствии психологов.

Участие интервьюера сводилось к минимуму, т.е. респондент должен был отвечать на вопросы самостоятельно или же в кругу семьи, приходя к единому мнению.

В тех случаях, когда респонденты испытывали затруднения, они могли обращаться за разъяснением и помощью к интервьюеру. Интервьюер при этом давал разъяснение общего характера не наводящее респондента на конкретный ответ.

В задачи интервьюера входило так же объяснение целей исследования гарантий его конфиденциальности.

Теоретико-методологической основой исследования послужил принцип единства сознания и деятельности С.Л. Рубинштейна, определяющий психологические условия развития самосознания личности (идентичность, ценности, цели, самооценка, образ жизни, их коррекция в рефлексивной деятельности в условиях психотерапии); в определении методологии нашего исследования мы опирались на идеи гуманистической психологии, разработанные в теории самоактуализации А. Маслоу, на концепцию формирования личностной идентичности Э. Эриксона, функциональную концепцию психического и концепцию интегрального здоровья А.Л. Каткова [146, с. 30-33].

После заполнения вопросников респондентами, мы проводили интерпретацию данных тестов.

Нам представлялось интересным и важным проанализировать характеристики лиц, имеющих тот или иной уровень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Результаты исследования показали, что большинство опрошенных современных казахстанских семей (68.7%) имеют средний уровень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Результаты исследования иллюстрируют тот факт, что чаще встречаются семьи со средним уровнем информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Таблица 2 - Результаты проведенного исследования

Категорий здоровья	Вопросы	Уровни социального психологического здоровья (n=120)		
		Высокий	Средний	Низкий
Социальное здоровье	В целом, в материальном отношении (плане) Я обеспечен:	38	53	29
	Уровень моей материальной обеспеченности за последние 3 года:	43	49	28
	В учреждении, где Я работаю (учусь), Я занимаю то положение, которое меня:	26	61	33
	За последние 3 года положение, занимаемое мною в учреждении, где я работаю/учусь:	35	57	28
	К изменению окружающей обстановки Я приспосабливаюсь:	31	52	37
	За последние 3 года мои способности к адаптации (приспособление к изменяющимся внешним условиям)	37	43	40
	Мои друзья и родные чаще отмечают мои:	33	47	40
	Наиболее приемлемым для меня является	38	62	20

	способ решения проблем			
	Мое отношение к жизни состоит в том, что:	36	49	35
	Есть ли у Вас смысл жизни, цели, ради которых Вы живете?	27	65	28
	В моей жизни есть место:	33	57	30
	Мое отношение к религии состоит в том, что я...	33	47	40
	Мое отношение к авторитетным личностям состоит в том, что...	38	62	20
	Мои успехи и неудачи в жизни зависят в основном от...	36	49	35
	Выздоровление человека от болезни зависит в основном от...	27	65	28
	К совершению преступления человека в основном подводит:	41	58	21
Психологическое (духовное) здоровье	Сложные/трудные жизненные ситуации возникают у меня:	33	47	40
	Быстро найти удачное решение в сложных/трудных ситуациях для меня:	38	62	20
	Придумывать что-то новое на работе, учебе, в быту, творчестве для меня:	36	49	35
	Сталкиваясь с неизвестными людьми, ситуацией, обстоятельствами Я обычно испытываю:	27	65	28
	Больше всего в жизни меня устраивает:	33	57	30
	В целом Я живу...	26	61	33

Увлечений, которые доставляют радость и интерес у меня...	35	57	28
В общем, проблемы общения с людьми у меня решаются...	31	52	37
Если бы максимальный психологический комфорт (условия обеспечивающие удобство, спокойствие) оценивали в 100 баллов, состояние «смерть» в 0 баллов, состояние «хуже смерти» в – (минус) 50 баллов, то во сколько баллов Вы бы оценили свое психологическое состояние, присущее Вам в настоящем?	37	43	40
Я знаю кто я в этой жизни, я знаю чего я хочу в этой жизни	33	47	40
В отношении своего тела я могу сказать следующее	36	49	35
Если характеризовать себя, как ребенка своих родителей, то Я:	27	65	28
В отношении себя, как сексуального партнера я могу сказать, что у меня:	41	58	21
Если меня характеризовать в отношении моей собственной семьи, то я:	33	47	40
Если меня характеризовать как родителя, то я:	38	62	20
Я сам несу ответственность за собственную жизнь	36	49	35

Физическое здоровье	В настоящее время Я...	27	65	28
	Имеющиеся у меня признаки/симптомы болезни оказывают следующее влияние...	43	49	28
	По поводу состояния своего здоровья в последние 3 года Я обращался (лась) к врачу...	26	61	33
	Если бы состояние полного физического комфорта (здоровья) оценивали в 100 баллов, состояние «смерть» – в 0 баллов, состояние «хуже смерти» в – (минус) 50 баллов, во сколько баллов Вы бы оценили собственное состояние, более или менее присущее Вам на данный момент?	35	57	28
Психическое здоровье	Головные боли меня беспокоят:	43	49	28
	Беспричинные изменения настроения отмечаются у меня:	26	61	33
	Несвойственные мне мысли, поступки, состояние отмечается у меня:	35	57	28
	Появляющиеся у меня признаки психического неблагополучия оказывают следующее влияние ...	38	62	20
	По поводу состояния психического (душевного) здоровья в последние 1-2 года Я обращаюсь к врачам...	36	49	35
	К своему здоровью Я отношусь...	27	65	28
	Здоровье мне нужно для того, чтобы	33	57	30
	Здоровый образ жизни –	26	61	33

	это в большей степени...			
	Состояние здоровья человека зависит больше от...	48	45	27
	Мое отношение к смерти...	29	56	35

Помимо указанных характеристик, нас интересовали качественные параметры социального психологического здоровья, определяющие уровень информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей. Этими характеристиками являются следующие: интернальность (локус-контроля), жизненные мотивы и цели, полноценность завершения личностной идентификации, сформированность навыков ответственного выбора, а так же качество жизни, скорость психологической и социальной адаптации. Эти данные приведены в таблице 3.

Психосоциальная адаптация и качество жизни. Из таблицы 3 видно, что семьи с развитой информированностью и жизненной позицией в вопросах формирования социального психологического здоровья более успешны в плане социальной адаптации.

Таблица 3 - Характеристики некоторых свойств социального психологического здоровья.

Исследуемый параметр		Исследуемая группа n = 120
Качество жизни	Высокое	29.5%
	Среднее	70.1%
	Низкое	0.4%
	Очень низкое	0 %
Скорость адаптации	Высокая	45%
	Низкая	0%
Социальная динамика	Высокая	23.4%
	Средняя	76.6%
	Низкая	0%
Личностная идентификация	Завершена	86.9%
	Не завершена	13.1%
Мотивы и цели	Позитивные	95.2%
	Среднее	4.8 %

	Отсутствие позитивных	0%
Локус-контроля	Внутренний	50.2%
	Средний	47.6%
	Внешний	2.2%
Навыки ответственного выбора	Развиты	91.1%
	Не развиты	8.9%

Так же среди современных казахстанских семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья, чаще встречаются лица с высоким качеством жизни (29.5% и 7.2%). Эти люди способны достигать поставленных целей и довольствоваться достигнутым [147, с. 118-123].

Признаки полноценного завершения личностной идентификации. Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья подавляющее большинство тех, кто имеет признаки завершения этапа личностной идентификации (86.9%).

Мотивы и цели. Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья гораздо чаще встречаются те, кто имеет осознанные позитивные жизненные мотивы и цели (95.2%) в сравнении с остальными представителями общей популяции, не имеющими никакой осведомленности о социальном психологическом здоровье (68%).

Интернальность – локус-контроля. Более половины семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья имеют внутренний локус-контроля (50.2%).

Навыки ответственного выбора. Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья в среднем 91.1% тех, у кого сформированы и развиты навыки ответственного выбора.

В нашем исследовании отсутствуют семьи, имеющие низкий уровень объективной и адекватной информированности и осведомленности о социальном психологическом здоровье.

Таблица 4 - Результаты характеристик социального и психологического здоровья у исследуемой группы

Характеристики психического и психологического здоровья	Исследуемая группа
Уровень психического здоровья	Средний

Уровень психологического здоровья	Средний
Этап личностной идентификации	Завершен
Позитивные жизненные мотивы и цели	Наличие
Интернальность – локус-контроля	Внутренний
Навыки ответственного выбора	Сформированы
Скорость психосоциальной адаптации	Средняя
Качество жизни	Среднее
Тип социальной динамики	Восходящий

Мы уже обозначили характеристики современных казахстанских семей, имеющих средний уровень психологического здоровья: «редко возникают сложные или трудные жизненные ситуации, так как они способны легко и быстро найти удачное решение в этих ситуациях» – средняя степень адаптации; открытость новому опыту, средняя креативность и успешная идентификация личностных статусов «Я-профессионал» («легко придумывают что-то новое» на работе (учебе), предпочитают развитие в жизни и личностный рост») «Я-телесное» («меня полностью устраивает мое тело», «я люблю свое тело»), «Я-партнер» (в семье и быту у них нет существенных проблем, а если они появляются, то быстро и легко разрешимы); сформированность базисного доверия, согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона («жизнерадостные люди, легко входят в контакт с новыми или незнакомыми людьми испытывая, как правило, при этом интерес») – успешная идентификация личностного статуса «Я-член группы»; субъективная оценка степени психологического комфорта выше 50 баллов.

Семьи, имеющие среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья – это те люди, кто в своем большинстве точно знают кто они, чего они хотят в этой жизни и точно знают, что нужно делать для того, чтобы достичь своих жизненных целей и планов. Они принимают себя такими, какими они являются в жизни. Среди них чаще встречаются те, которые живут не только для себя, но и для родных, близких и других людей, которые им симпатичны, а так же, среди них нет тех, кто не смог ответить на вопрос «для чего и для кого я живу». Смысл здоровья ими воспринимается как необходимое условие для достижения собственных жизненных целей.

«Я-телесное». Мы исследовали субъективное отношение к своему телу, с целью исследовать личностный статус «Я-телесное», как один из признаков, характеризующий этап завершения личностной идентификации. Семьи, имеющие среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья достоверно выше оценивают и лучше принимают свое тело. Так при субъективной оценке

своего тела по пятибалльной шкале они оценили свое тело в среднем в 4.008 балла. Субъективная оценка своего тела, нами была предложена сознательно, так как самооценка принятия своего тела и удовлетворенности им позволяет судить об отношении, внутренней ориентации [148, с. 240] и, соответственно, успешной или неуспешной идентификации таких личностных статусов, как «Я-телесное» и «Я-ребенок», что подтверждается высказыванием Ролло Мэя [149, с. 240]: «Некрасивая девушка может жаловаться, что такой родилась, однако надо помочь ей понять, что некрасивость появляется из-за неумения подать свою внешность в выгодном свете вследствие ошибочных установок». Респондентам предлагалось оценить отношение к своему телу по шкале 5 баллов: 1 балл – меня полностью не устраивает мое тело, и я хотел бы иметь другое тело; 2 балла – мое тело мне не нравится, оно меня не устраивает, но я не хотел бы его менять; 3 балла – мое тело часто приносит мне неприятности, но, в общем, оно меня устраивает; 4 балла – у меня нормальное тело, оно мне больше нравится, чем не нравится, 5 баллов – мне нравится мое тело, я люблю свое тело и полностью его принимаю.

У семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья достоверно больше тех, кто любит и принимает свое тело таким, какое оно есть на самом деле.

Условия воспитания в родительской семье. Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья чаще встречаются те, чье воспитание и родительско-детские отношения были партнерскими и поощрялась самостоятельность ребенка.

Личностная идентификация (объективная оценка). Выше мы уже коснулись вопроса личностной идентификации, которая с позиций концепции психологического здоровья является одной из характеристик, определяющих информированность и жизненную позицию современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья. Согласно теории Роберта Хэвигхерста личность к моменту наступления юношества должна решить восемь основных задач, в плане личностного развития и идентификации [150]. Это: принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом (идентификация личностного статуса «Я-телесное»); формирование новых и более зрелых отношений со сверстниками обоего пола (гендерная идентификация, личностные статусы «Я-мужчина/женщина»); принятие мужской или женской социально-сексуальной роли (идентификация личностных статусов Я-мужчина/женщина», «Я-сексуальное»); достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых (психосоциальная самостоятельность, личностная автономность, идентификация личностного статуса «Я-ребенок»); подготовка к трудовой деятельности, которая могла бы обеспечить экономическую независимость (идентификация личностного статуса «Я-профессионал»); подготовка к вступлению в брак и семейной жизни (идентификация личностных статусов «Я-партнер», «Я-родитель»); появление желания нести социальную

ответственность и развитие соответствующего поведения (идентификация личностных статусов «Я-родитель», «Я-другой»); обретение системы ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни, то есть формирование собственной идеологии (эго-идентичность или личностная идентификация).

Для объективизации признаков полноценного завершения личностной идентификации в исследуемой группе, мы использовали самоактуализационный тест «личностных ориентаций» Э. Шострома. Обоснованием выбора данного теста является тот факт, что 12 шкал определяют, по сути, соответствуют и могут в достаточной степени охарактеризовать основные признаки завершения личностной идентификации (описание этих шкал приводится ниже). Данная методика позволяет регистрировать количественные и качественные параметры уровня самоактуализации у субъекта в контексте понимания А. Маслоу [15, с. с. 391-416] «самоактуализирующей личности». Данный самоактуализационный тест или опросник «личностных ориентаций» Э. Шострома (Personal Orientation Inventory – POI), измеряет самоактуализацию как многомерную величину [151]. POI разрабатывался на основе теории самоактуализации А. Маслоу, концепций психологического восприятия времени и временной ориентации субъекта Ф. Перла и Р. Мэя, идей К. Роджерса и других теоретиков экзистенциально-гуманистического направления в психологии. Конкретные вопросы POI были отобраны из большого набора критических, поведенческих и ценностных индикаторов, отличающих самоактуализирующегося человека, идентифицировавшего себя как личность от невротика [152, с. 120].

Шкала «Тс» – «Компетентность во времени» является основной в данном вопроснике. Более высокий балл по этой шкале свидетельствует, во-первых, о способности субъекта жить настоящим, то есть переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, а не просто как фатальное следствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей жизни»; во-вторых, ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видеть свою жизнь целостной. Именно такое мироощущение, психологическое восприятие времени субъектом предполагает наличие позитивного жизненного сценария, а так же свидетельствует о высоком уровне самоактуализации и самоидентификации личности. Низкий балл по шкале означает ориентацию человека лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Ряд эмпирических исследований также свидетельствует о непосредственной связи ориентации во времени с уровнем личностного развития [153].

Шкала «I» – «Внутренняя-внешняя поддержка» измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействия извне и является базовой шкалой данной методики. Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим и конфронтации с групповыми нормами (навыки ответственного выбора и

позитивный жизненный сценарий). Он свободен в выборе, не подвержен внешнему влиянию («изнутри направляемая» личность), что соответствует понятию самоактуализирующей личности и признаку успешного завершения личностной идентификации. Низкий балл свидетельствует о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность), внешнем локусе контроля.

Шкала «SAV» – «Ценность самоактуализации». Чем выше балл, тем испытуемый больше принимает ценности самоактуализации по А. Маслоу. Согласно мнению А. Маслоу [15, с. 391-416], самоактуализирующая личность – это личность зрелая, самодостаточная, сумевшая реализовать свои таланты, способности, потенции, уверенная в себе, добрая, благожелательная, уважаемая людьми, обладающая глубоко личными философскими, религиозными и аксиологическими убеждениями движимая потребностью в саморазвитии, в самовыражении и в самовоплощении, способная к принятию ответственности (внутренний локус-контроля). Это личность прошедшая и успешно завершившая этап личностной идентификации. Поэтому, данная шкала учитывалась нами для объективной оценки уровня идентификации личностного развития.

Шкала «Ex» – «Экзистенциальность» (гибкость поведения), измеряет способность конкретного человека перестраивать основные принципы и правила поведения, что характерно для зрелой личности с высоким уровнем психологического здоровья и полноценной личностной самоидентификацией. Чем выше балл, тем более гибко и менее догматично поведение испытуемого (ресурсы для реализации жизненного сценария).

Шкала «Fr» – «Реактивная чувствительность» измеряет уровень отзывчивости на чувства и нужды других людей. Чем выше балл данной шкалы, тем испытуемый отзывчивей к чувствам и нуждам других людей. Реактивная чувствительность может являться внешним проявлением сформированного базисного доверия личности, эмпатии и наличия позитивного жизненного сценария. Способность сопереживать может являться способностью личности распознавать чувства и состояния различных личностных статусов другого человека, присоединяться к эмоциональному состоянию личности в каждый конкретный момент, при этом отслеживая свое эмоциональное состояние. Таким образом, данная способность является свойством человека, свидетельствующая об успешном прохождении и завершении этапа личностной идентификации.

Шкала «S» – «Спонтанность» измеряет, насколько свободно человек может быть самим собой и спонтанно реагировать на ситуацию. Чем выше балл, тем выше спонтанность выражения чувств. Низкий балл по этой шкале означает, что испытуемый боится проявлять свои истинные чувства в поведении. Это так же является показателем сформированного базисного доверия личности, адекватно сформированной Я-концепции, позитивной самооценки. Данная характеристика так же говорит об аутентичности личности в понимании К. Роджерса [154, с. 464], что собственно, так же характеризует полноценность завершения личностной идентификации.

Шкала «Sr» – «Самоуважение». Чем выше балл, тем больше человек считает себя достойным любви и уважения вне зависимости от тех результатов, которые он демонстрирует. При полноценном прохождении и полном завершении этапа личностной самоидентификации личность принимает, уважает и любит себя такой, какой она является на самом деле. Поэтому данная шкала, так же объективно характеризует признаки личностной самоидентификации, в частности таких личностных статусов, как: «Я-телесное», «Я-мужчина/женщина», «Я-партнер», «Я-ребенок», «Я-родитель», «Я-профессионал».

Шкала «Sa» – «Принятие себя». Измеряет уровень принятия своих слабостей и недостатков. Высокий балл по этой шкале означает более полное принятие себя и своих слабостей, низкий балл – глобальное недовольство собой. Данная шкала выступает совместно с предыдущей и в совокупности отражает признаки личностной самоидентификации, в частности вышеуказанных личностных статусов.

Шкала «Ns» – «Природа человека» измеряет склонность испытуемого оценивать людей в целом как «хороших». Высокий балл свидетельствует о склонности испытуемого рассматривать людей как добрых по своей природе, что соответствует наличию позитивного жизненного сценария и базисного доверия. Низкий балл означает, что у испытуемого проявляется тенденция считать других людей плохими и злыми. Чем выше балл, тем сильнее выражена способность целено воспринимать глубинные противоречия человеческой природы: добро и зло, мужественность и женственность, эгоистичность и бескорыстие, духовное и плотское и т.д. Показатели данной шкалы можно интерпретировать как индикатор базисной жизненной установки «Я – хороший и Ты – хороший» и базисного доверия, что свидетельствует о успешном завершении этапа личностной идентификации.

Шкала «Sy» – «Целостность». Чем выше балл, тем выше способность личности за очевидными противоречиями жизни устанавливать их значимую связь. Показатели данной шкалы, так же могут свидетельствовать о признаках полноценного или неполноценного прохождения этапа личностной идентификации.

Шкала «A» – «Принятие агрессии». Чем выше балл, тем выше способность принимать гнев и агрессию как естественные человеческие проявления. Низкий балл свидетельствует о том, что испытуемый отрицает наличие у себя таких чувств, подавляет их проявление и избегает их выражения. Следовательно, высокий балл данной шкалы будет говорить о толерантности к тревоге и агрессии, аутентичности, успешном завершении этапа личностной идентификации, в то время, как низкий балл – об обратном. Согласно дифференциальной теории эмоций К. Изарда [155, с. 464], люди, принимающие свои слабости, а так же гнев и агрессию как естественные человеческие проявления воспитывались родителями в атмосфере большей любви и безусловного принятия своего ребенка, что, безусловно, способствует успешной идентификации личностного статуса «Я-ребенок».

Шкала «С» – «Способность к близким контактам» Измеряет способность вступать в контакт и развивать близкие взаимоотношения с людьми. Чем выше балл, тем испытуемый лучше способен развивать глубокие, близкие, неформальные взаимоотношения с другими людьми – «Я-Ты-Здесь-и-Теперь» (идентификация личностных статусов «Я-ребенок», «Я-мужчина/ женщина», «Я-партнер»). Низкий балл означает наличие трудностей у человека в установлении теплых межличностных взаимоотношений, сверхответственность и высокие требования к другим. Данный показатель так же говорит о базисном доверии, способности принимать себя самого, что так же является результатом успешного завершения личностной идентификации.

Показания основных шкал самоактуализационного теста (САТ) (личностной ориентации Э. Шострома) характеризующих признаки завершения личностной идентификации и других характеристик психологического здоровья у исследуемой группы отражены в таблице 4.

Таким образом, по результатам объективной оценки теста личностных ориентаций Э. Шострома (САТ) можно сделать вывод, что данные, характеризующие свойства социального психологического здоровья: признаки, свидетельствующие о прохождении и полноценном завершении этапа личностной идентификации; наличие конструктивного жизненного сценария; внутренний локус-контроля; навыки ответственного выбора; наличие ресурсов для реализации жизненного сценария у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья объективно чуть выше среднего.

Как видно из таблицы, среди людей из исследуемой группы чаще встречаются те, кто осознает, что с низкой информированностью и жизненной позицией в вопросах формирования социального психологического здоровья связаны многие проблемы, в том числе мешающие реализации жизненных планов и жизненных мотивов. Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья встречаются те, кто однозначно умеет делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что.

Таблица 5 - Данные САТ исследуемых современных казахстанских семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья

Исследуемый параметр		Исследуемая группа n = 120
	шкала Тс	25.585
	шкала I	29.824
	шкала Sav	37.16
	шкала Ех	39.5

Э. Самоактуализацион	шкала Fr	39.98
	шкала S	36.36
	шкала Sr	37.1
	шкала Sa	36.82
	шкала Ns	37.5
	шкала Sy	36.51
	шкала A	35.91
	шкала C	35.95

Среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья достоверно чаще встречаются те, кто сам несет ответственность за то, что происходит с ним в жизни, а так же те, кто уверен, что уровень собственного здоровья зависит от сознательного отношения к нему.

Таким образом, анализ субъективной оценки интернальности подтверждает положение концепции психологического здоровья о роли внутреннего локуса-контроля, как составляющей средней степени информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Таблица 6 - Интернальность (субъективная оценка) в исследуемой группе (n = 120)

Исследуемый параметр		Исследуемая группа n = 120
Здоровье зависит:	от психологического благополучия	17.5%
	от сознательного отношения к нему	20.6%
«Я сам отвечаю за то, что происходит в жизни»	Нет	62.4%
	Да	7.9%
Субъективная оценка наличия собственных ресурсов	Нет	50.8%
	Да	10.1%
Способность делать ответственный выбор	Нет	41.8%
	Да	6.9%

Интернальность – локус-контроля (объективная оценка). Для объективного исследования интернальности (внешний локус-контроля и внутренний локус контроля) в исследуемой группе (n = 120) мы использовали методику диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера [156, с. 288-297]. Полученные данные отражены в таблице 6.

Шкала «Ио» – «Общая интернальность». Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом (внутренний локус-контроля). Низкий показатель по шкале «Ио» соответствует низкому уровню субъективного контроля.

Таблица 7 - Интернальность (объективная оценка) в исследуемой группе (n = 120)

Исследуемый параметр		Исследуемая группа n = 120
Методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера	шкала «Ио»	2.83
	шкала «Ид»	3.12
	шкала «Ин»	2.69
	шкала «Ис»	3.28
	шкала «Ип»	2.89
	шкала «Им»	4.24
	шкала «Из»	3.43

Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей (внешний локус-контроля). Как видно из таблицы, у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья показатель данной шкалы достоверно превышает средний показатель.

Шкала «Ид» – «Интернальность в области достижений». Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем (внутренний локус-контроля). Низкие показатели по шкале «Ид» свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей (внешний локус-контроля). Из таблицы видно, что средние

показатели данной шкалы у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья превышают низкую степень.

Шкала «Ин» – «Интернальность в области неудач». Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях (внутренний локус-контроля). Низкие показатели «Ин» свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения (внешний локус-контроля). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы превышают низкие показатели.

Шкала «Ис» – «Интернальность в семейных отношениях». Высокие показатели шкалы «Ис» означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни (внутренний локус-контроля). Низкие показатели шкалы «Ис» указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье (внешний локус-контроля). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы превышают низкие показатели.

Шкала «Ип» – «Интернальность в области производственных отношений». Высокий шкалы «Ип» свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т.д. (внутренний локус-контроля). Низкий уровень данной шкалы указывает на то, что человек склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению (внешний локус-контроля). Из таблицы 6 видно, что средние показатели шкалы «Ип» у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья превышают низкие показатели.

Шкала «Им» – «Интернальность в области межличностных отношений». Высокий показатель шкалы «Им» свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию (внутренний локус-контроля). Низкие показатели данной шкалы, напротив, указывают на то, что человек не может активно формировать свой круг общения, и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров (внешний локус-контроля). Из таблицы видно, что средние показатели данной шкалы у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья превышают низкие показатели.

Шкала «Из» – «Интернальность в отношении здоровья и болезней». Высокие показатели шкалы «Из» свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье. Если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его

действий (внутренний локус-контроля). Человек с низкими показателями шкалы «Из» считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей (внешний локус-контроля). Из таблицы 6 видно, что средние показатели данной шкалы у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья превышают низкие показатели.

Средние психологические профили в отношении интернальности семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья отражены на рисунке 1. Данный рисунок наглядно иллюстрирует тот факт, что у людей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья отмечается смещение интернальности в сторону внутреннего локуса-контроля.

Таким образом, данные субъективного и объективного исследования интернальности (локуса-контроля) в группе лиц, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья, сопоставимых по полу, возрасту, национальности, образованию, полностью соответствуют данным аналогичных исследований жителей Павлодара. Полученные данные подтверждают основные положения концепции психологического здоровья, в частности в отношении значения характеристики интернальности (внутреннего локуса-контроля) в формировании социального психологического здоровья.

Исследования и анализ достоверных данных в исследуемой группе (имеющие среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья), позволили нам выделить некоторые характеристики социального психологического здоровья, которые определяют личностные свойства. Достоверность этих характеристик была подтверждена валидными психологическими тестами. Этими характеристиками являются следующие:

- 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- 2) сформированные навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- 3) качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса-контроля);
- 4) наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей;
- 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев. Мы создали опросник, субъективной оценки вышеуказанных параметров, который отражал все пять идентифицированных характеристик, и исследовали семьи, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Характеристика завершения личностной идентификации соответствовала утверждению «Я точно знаю, кто я такой в этой жизни и чего я хочу в этой

жизни»; характеристика наличия конструктивного сценария соответствовала утверждению «У меня есть цель в жизни, и я точно знаю, что нужно делать для ее достижения и реализации моих планов»; характеристика развития навыков ответственного выбора соответствовала утверждению «Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что»; характеристика внутреннего локуса-контроля соответствовала утверждению «Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни»; характеристика наличия ресурсов для реализации жизненного сценария соответствовала утверждению «У меня есть внутренние силы и возможности, чтобы добиться поставленных целей».

Ответы данного опросника мы ранжировали следующим образом: 1 балл – «однозначно нет»; 2 балла – «затрудняюсь ответить»; 3 балла – «есть, но это – начало пути»; 4 балла – «есть – середина пути»; 5 баллов – «есть, но развился не до конца»; 6 баллов – «однозначно есть, развит в полной степени».

В результате анализа семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья, сопоставимых по возрасту, полу, этнической принадлежности, образованию были получены результаты, которые позволили сделать следующие выводы.

1. Таким образом, существуют «разнополюсные» категории людей, определяющие закономерность следующего континуума: психическое здоровье ↔ психологическое здоровье.

2. Для той и другой категории людей характерны общие личностные и психологические признаки (свойства социального психологического здоровья).

3. Свойствами социального психологического здоровья являются следующие:

3.1. Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;

3.2. Адекватно сформированные навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;

3.3. Качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля);

3.4. Наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей;

3.5. Наличие достаточных ресурсов (биологических и психических) для реализации вышеназванных жизненных сценариев;

3.6. Полноценная информированность и адекватная осведомленность в вопросах формирования социального психологического здоровья, сопоступующего в реализации основных жизненных сценариев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема социального психологического здоровья в последние годы достигла глобальных масштабов, имеет многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты.

Проблемы, связанные с низкой информированностью и жизненной позицией современных казахстанских семей в вопросах формирования

социального психологического здоровья, так же связаны с малой эффективностью превентивных мероприятий. Современная профилактика в большей степени ориентирована на патогенные факторы данной проблемы и в меньшей степени на саногенные. Фокус внимания превентивных программ, зачастую сводится к патологии или болезни, исключая из поля зрения фактор психического и психологического здоровья и возможность их развития – формирования и развития социального психологического здоровья личности.

Настоящая работа посвящена исследованию взаимосвязей между индивидуальным психическим здоровьем (качественным его уровнем – психологическим здоровьем) и социальным здоровьем, а так же изучению свойств психологического здоровья, определяющих ту или иную степень информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья.

В данной работе было проведено наблюдательное исследование семей, проживающих в городе Павлодар (120 респондентов), отобранные по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности. В результате данного исследования было выявлено, что 47% опрошенных респондентов имеют среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья. В данной части исследования было проведено анализ семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья в отношении следующих категорий интегрального здоровья: социальное, физическое, психическое и психологическое. Мы не получили достоверных результатов в категории физического здоровья. В отношении психического здоровья мы обнаружили, что среди семей значительно меньше лиц, имеющих высокий уровень психического здоровья. В отношении психологического здоровья с высокой степенью достоверности было выявлено следующее различие: среди исследуемых больше тех, у кого средний уровень психологического здоровья.

Так же результаты наблюдательного исследования показали, что:

- среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья есть семьи, кто имеет внутренний локус-контроля;
- среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья есть семьи, у кого есть жизнеутверждающие цели и мотивы и семьи, кто имеет позитивные жизненные цели и установки;
- у семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья были отмечены признаки, свидетельствующие о полноценном завершении этапа личностной идентификации;
- среди семей, имеющих среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья достоверно больше тех, у кого сформированы навыки ответственного

выбора и меньше процент тех, у кого эти навыки не сформированы в достаточной степени.

Результаты анализа данного исследования показали, что семьи, имеющие среднюю степень информированности и жизненной позиции в вопросах формирования социального психологического здоровья отличились по следующим признакам:

- наличие внутренней интернальности (внутреннего локуса-контроля);
- высокий уровень качества жизни;
- наличие осознанных позитивных жизненных мотивов и целей;
- наличие признаков полноценного завершения этапа личностной идентификации;
- признаки сформированных и развитых навыков ответственного выбора;
- признаки того, что навыки ответственного выбора не сформированы и не развиты;
- высокая информированность и адекватная осведомленность в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Из выделенных вышеуказанных признаков в результате наших исследований мы выявили следующие:

- 1) Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития (эго-идентичность);
- 2) Наличие конструктивного жизненного сценария с системой ценностей;
- 3) Развитие навыков ответственного выбора (отказа от дивидендов конкурирующих сценариев);
- 4) Качество «внутренней» ответственности, внутренней интернальности (внутреннего локуса контроля);
- 5) Наличие достаточных внутренних ресурсов (психических) для реализации вышеназванных сценариев;
- 6) Полноценная информированность и адекватная осведомленность в вопросах формирования социального психологического здоровья, сопутствующих в реализации основных жизненных сценариев.

Для исследования уровня информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического были использованы следующие психологические методики и тесты: САТ – самоактуализационный тест [156, с. 16] в адаптации Ю.Е. Алешиной и соавт. [152, с. 120]; методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера в адаптации Бажина Е.Ф. и соавт., [157, с. 288-297]; 16-ти факторный вопросник Кеттелла, форма «С» [158, с. 240-260].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан. / А.Л. Катков. Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 1, 2002, С. 34-37;

- 2 Катков А.Л. Теория и практика формирование психического здоровья населения. / А.Л. Катков. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.;
- 3 Александровский Ю.А. Системный анализ состояний психической дезадаптации как научно-методологическая основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств. / Ю.А. Александровский. – Вестник АМН СССР, 1985, № 5, С. 61-69;
- 4 Острецов О.В. Нарушение психической адаптации: Структурно-психологический и динамический аспекты. / О.В. Острецов. СПб., Материалы диссертации. 1995;
- 5 Бохан Н.А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики. / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Т.П. Ветлугина. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2001. № 3 (21). - С. 28-33;
- 6 Корнетов Ал.Н. Суицидальные попытки в подростково-юношеском возрасте. Актуальные вопросы психиатрии. / Ал.Н. Корнетов, Е.В. Ермакова. Под редакцией академика РАМН. В.Я. Семке, Томск, 1999;
- 7 Корнетов Ал.Н. Распространенность суицидов в Томской области среди лиц подростково-юношеского возраста. / Ал.Н. Корнетов, И.Г. Дорохова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск. 2000. № 4;
- 8 Семке В.Я. Основы персонологии. / В.Я. Семке. М.: Академический проект, 2001. – 476 с. – (Серия «Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии»);
- 9 Семке В.Я., Депрессивные расстройства – «Неинфекционная эпидемия» XXI века. / В.Я. Семке, Н.А. Корнетов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2003. № 2 (28), С.14-18;
- 10 Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии. / А.Л. Катков. Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 3, С. – 49-79;
- 11 Катков А.Л. Теория и практика формирование психического здоровья населения. / А.Л. Катков. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.;
- 12 Семке В.Я. Клиническая персонология. / В.Я. Семке. Томск: МГП «РАСКО». 2001. – 376 с.;
- 13 Adkins M.A. Mental Health and the Adult Refugee. / M.A. Adkins, B. Sample, D. Birman The Role of the ESL Teacher. ERIC Digest. National Clearinghouse for ESL Literacy Education Washington DC. ED439625. 1999.;
- 14 Катков А.Л. «Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан». / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», 2002, № 4 (26), С. – 73-80;
- 15 Маслоу А. Мотивация и личность. / А. Маслоу. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 391-416;
- 16 Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности. / Э. Эриксон. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 305-348;

- 17 Катков А.Л. «Комплексное исследование качества социального психического здоровья». / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. Методические рекомендации, Павлодар, 2002. – 23 с.;
- 18 Мясоед П.А. Проблема «ненормативного психического развития». / П.А. Мясоед. Вопросы психологии. – 1993. - № 4. – С.73-79.;
- 19 Капустин С.А. Проблема механизмов образования невротических симптомов. / С.А. Капустин. Вестник МГУ, серия 14 «Психология». – 1994. - №1. – С.7-18.;
- 20 Роговин М.С. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования. / М.С. Роговин, Г.В. Залевский. – Томск, 1988. – 233с.;
- 21 Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. / Е.Т. Соколова. Учебное пособие. – М.: SuR – Аргус, 1995. -213 с.;
- 22 Братусь Б.С. Аномалии личности. / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.;
- 23 Дубровина И.В. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. / И.В. Дубровина. Руководство практического психолога / под ред. Дубровиной И.В. – 2-е изд. – М., 1997. – 176 с.;
- 24 Дубровина И.В. Практическая психология образования. / И.В. Дубровина. Учебник / Под. ред. Дубровиной И.В. – М.: ТЦ «Сфера», 1997. – С.39-40.;
- 25 Немов Р.С. Психология. - М.: Просвещение, 1995, 555 с.;
- 26 Дубов И.Г. Феномен менталитета: психологический анализ // Вопросы психологии, 1993. - № 5. - С. 20-29.;
- 27 Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии, 1997. - № 4. - С. 81-92.;
- 28 Торохтий В.С. Психологическое здоровье семьи и пути его изучения // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1996. - № 3. - С. 36-44.;
- 29 Кун Т. Структура научных революций. - М.: Прогресс, 1977.;
- 30 Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан. / А.Л. Катков. Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001, С. 9-12.;
- 31 Sanson A., Lewis V. Children and their family contexts. / A. Sanson, V. Lewis. Australian Institute of Family Studies. Family Matters No.59 Winter 2001.;
- 32 Фромм Э. Личность в современной культуре. / Э. Фромм. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 233-247.;
- 33 Faw H.W. Psychology in Christian Perspective. / H.W. Faw. (Grand Rapids: Baker Book House, 1995), 168 p.;
- 34 Adkins M.A. Cultural adjustment, mental health and ESL. / M.A. Adkins, D. Birman, & B. Sample (Eds.). The refugee experience, the role of the teacher, and ESL activities. Denver, CO: Spring Institute for International Studies. 1999.;

35 Kunst J. "Psychotherapy as 'Work in the Spirit': Thinking Theologically about Psychotherapy". / J. Kunst, Tan Siang-Yang. *Journal of Psychology and Theology*, winter 1996, 288 p.;

36 Никифоров Г.С. Психическое здоровье. / Г.С. Никифоров. Психология менеджмента: Учебник. / Под. ред. Никифорова Г.С. – СПб.: СПб ун-та, 2000. С. 335-343.;

37 Шувалов А.В. Интерсубъективные условия психологического здоровья детей. / А.В. Шувалов. Автореф. Дис. ... канд.псих.наук. – М.- 2000.-26 с.;

38 Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы. / А.В. Воронина. Дис. ... канд. псих.наук.- Томск, 2002. – 193 с.;

39 Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. / Б.Г. Ананьев. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 7-95;

40 Калитеевская Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию. / Е.Р. Калитеевская. Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М., 1999. – С. 231-239.;

41 Erikson E.H. *Childhood and society*. / E.H. Erikson. New York, Norton. 1963;

42 Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. - № 7, 2005. – С. 53-63;

43 Александровский Ю.А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2.- С.14-15;

44 Покровский В.Н. Предисловие к монографии "Основы здоровья" (обзор). - М., 1994. - С. 3-5;

45 Лищук В.А. Для верных решений первых лиц // Медицинская газета. 2.06.1995. - № 41, 9 с.;

46 Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л.: Наука, 1987, 124 с.;

47 Blos P. The second individual process of adolescent. / P. Blos. *Psychoanalytic study of the child*. – 1967. - № 22.- P.162-186.;

48 Marks I.E. *Cure and Care of Neurosis*. / I.E. Marks. - New York, 1981.;

49 Фернхем А. Личность и здоровье. / А. Фернхем, П. Хейвен. Личность и социальное поведение. – СПб.: Питер, 2001. – С.67- 93.;

50 Furnham A. *Personality and happiness*. / A. Furnham, C. Brewin. *Personality and Individual Differences*. – 1990. - № 11, 1093-6.;

51 Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция. / В.Е. Каган. *Вопр. психол.* – 1993. - № 1. – С.37-40.;

52 Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья / В.Н. Панкратов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 352 с.;

53 Brandtstädter J. *Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention // Psychologische Prävention*. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307;

- 54 Уайт Р. Цит. по «Психологическая энциклопедия», 2-ое издание, под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093;
- 55 Bastine R. Klinische Psychologie, 1984 (Bd. 1). – Stuttgart: Koehammer, 445 s.;
- 56 Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676;
- 57 Hayek F.A. New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas. – Chicago: University of Chicago Press, 1978. – P. 185;
- 58 Goncalves O.E., Ivey A.E. The effects of unconscious presentation of information on therapist conceptualizations, interventions and responses // Journal of Clinical Psychology, 1987. N 43. – P. 237-245;
- 59 Frank J.D. Thirty years of group therapy: A personal perspective. / J.D. Frank International Journal of Group Psychotherapy. - 1979. – P. 439-452;
- 60 Kihlstrom J.F. On personality and memory. In N.Cantor, J.F.Kihlstrom (Eds.), Personality, cognition and social interaction. – Princeton N.J. – Princeton University Press, 1981. – P. 263;
- 61 Spence D. Narrative truth and historical truth: Meaning and retation in psychoanalysis. – New York: Norton, 1984. – P.656;
- 62 Skinner B.F. Science and human behavior. – New York, 1953, 193 p.;
- 63 Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change // Psychological Review, 1977. – N 84. – P. 191-215;
- 64 Emmelkamp R., Kuipers A., Eggerat P. Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects // Behavior Research and Therapy, 1978. – N 16. – P. 33-41;
- 65 Ellis A. The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In A.Ellis, R.Grieger (Eds.) // Handbook of Rational-Emotive Therapy. – New York: Springer, 1977, 288 p.;
- 66 Mahoney M. Human change progresses. - New York // Basic Books, 1991, 314 p.;
- 67 Hollon S., Beck A.T. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.Bergin, S.Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 428-466;
- 68 Parkinson L., Rachman R. Are intrusive thoughts subject to habituation? // Behavior Research and Therapy, 1980. – N 18. – P. 409-418;
- 69 Kennedy R., Craighead E. Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious University students // Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, 1982. – P. 314;
- 70 Bower G. Affect and cognition // Philosophical transactions of the Royal Society of London, 1983. – N 302. – P. 387-402;
- 71 Forgas J. Mood and judgment: The affect infusion model // Psychological Bulletin, 1995. – N 117. – P. 39-66;
- 72 Goldberg D.P., Huxley P. Mental illness in the community. – London: Tavistock, 1980. – P. 176;

- 73 Garfield S.L. Major issues in psychotherapy research. In D.K.Freedheim (Ed) // History of psychotherapy: A century of change. – Washington, DC: American Psychological Association, 1992. – P. 276;
- 74 Maslow A.H. A theory of human motivation // Psychological Review, 1943. – N 50. – P. 26-41;
- 75 Kohut H. The analysis of the self. – New York: International University Press, 1971. – P. 181;
- 76 Bateson G. Steps toward an ecology of mind. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.;
- 77 Smith M.B. Perspectives on selfhood // American Psychologist, 1978. – N 37. – P. 526-532;
- 78 Kegan R. The evolving self: Problem and progress in human development. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982, 239 p.;
- 79 Dell R. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence // Family Progress, 1982. – N 21;
- 80 James W. Absolution and empiricism // Mind, 1984. – P. 281-286;
- 81 Guidano V. Complexity of the self. – New York: Guilford Press, 1987. – P. 255;
- 82 Furth H.G. Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget. – New York: Columbia University Press. Garfield S. Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J.Norcross, M.R.Goldfried (Eds.) // Handbook of psychotherapy integration. – New York: Basic Books, 1992. – P. 169-201;
- 83 Kernberg O. An ego psychology object relations theory of the structure of the pathologic narcissism: An overview // Psychiatric Clinics of North America, 1989. – N 12. – P. 723-729;
- 84 Wolfe B.E. Self pathology and psychotherapy intergration // Journal of the Psychotherapy Intergration, 1995. – N 5. – P. 293-312;
- 85 Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии, 1997. - № 5. - С. 3-19;
- 86 Горинов В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 3. - С. 164-170;
- 87 Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра. / Ф. Перлз. Пер. с англ. /Ф.С. Перлз. – СПб.: Петербург XXI век, 1995. – 448 с.;
- 88 Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. / Х. Хекхаузен. Пер. с нем. / Х. Хекхаузен, под ред. Величковского. – Т. 1. – М.: Педагогика, 1986. – 408 с.;
- 89 Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. / Х. Хекхаузен. 2-е изд., (Серия «Мастера психологии») – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860 с.;
- 90 Семке В.Я. Транскультуральная наркология и психотерапия. / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке. Под ред. Акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2001. – 162 с.;
- 91 Семке В.Я. Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 1. - С. 5-7;

- 92 Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны представления, установки. / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. М.: Академия, 2001. – 352 с.;
- 93 Фромм Э. Иметь или быть? / Э. Фромм. Пер. с англ. / Э. Фромм. – 2-е доп. Изд. – М.: Прогресс, 1990. – 166 с.;
- 94 Зиновьев П.М. Характер и конституция. / П.М. Зиновьев. Научное слово. – 1929. - № 5.;
- 95 Роджерс К. Что значит «становиться человеком»? / К. Роджерс. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 363-379;
- 96 Юнг К. О становлении личности. / К. Юнг. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 128-155;
- 97 Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема. / В.М. Розин. Мир психологии. – 2000. - №1. – С.17.;
- 98 Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей: материалы Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1979. – 54 с.;
- 99 Segal B. Addictive Disorders in Arctic Climate. / B. Segal, C. Korolenko. New York, London: Haworth Press, 1990;
- 100 Хау К.М. Все мы в одной лодке. Исцеление боли, скрытой за пристрастиями и зависимым поведением. / К.М. Хау. Перев. с англ. Под ред. И. Старых. – К.: «София»; М.: ИД «София», 2003. – 320 с.;
- 101 Дмитриева Н.В. Философско-психологические аспекты изучения механизмов аддиктивного поведения. / Н.В. Дмитриева, Д.В. Четвериков. Концепция философии образования и современная антропология. Сб. науч. Трудов. - Новосибирск, НГПУ, 2001. Т. 1. С. 73-78;
- 102 Петровский А.В. Психология. / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. Словарь / Под общ. ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. -2-у изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.;
- 103 Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.;
- 104 Маслоу А.Х. Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья. / А. Х. Маслоу. Мотивация и личность. Перевод с англ. А.М. Татлыбаевой гл.11, СПб., 1999.;
- 105 Рубинштейн С.Л. Теоретические вопросы психологии и проблема личности. / С.Л. Рубинштейн. В книге: Психология личности. Т.2. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2002. С. 227-240;
- 106 Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. / Б.С. Братусь. Вопросы психологии. 1997. – № 5. – С. 3-19;
- 107 Катков А.Л. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. / А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том IX, № 3, 2003, Москва-Павлодар, С. 14-28;
- 108 Катков А.Л. Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых. / А.Л. Катков, В.В. Титова. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VIII, № 3, 2002, Москва-Павлодар, С. 14-28;

- 109 Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан. / А.Л. Катков. Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 1, 2002, С. 34-37;
- 110 Семке В.Я. Пограничные состояния и психическое здоровье. / В.Я. Семке, С.Б. Положий. – Томск: издательство Томского университета, 1990, - 209 с.;
- 111 Parker M.W. Physical, spiritual and psychological aging in a social context: usual and successful. / M.W. Parker. nts. and Settings., SW 583 Physical, Spiritual and Psychological Aging in a Social Context.htm. 2002, Dr. Michael Parker, School of Social Work, The University of Alabama;
- 112 Ricketts J. Counseling, Psychological, Mental Health, and Social Services. / J. Ricketts. 700 Governors Drive, Pierre, South Dakota 57501-2291. janet.ricketts@state.sd.us, 2002;
- 113 Silver, M. Picture stories and mental health. / M. Silver, (1999). In M.A. Adkins, D. Birman, & B. Sample (Eds.), "Cultural adjustment, mental health and ESL: The refugee experience, the role of the teacher, and ESL activities". (pp. 23-25). Denver, CO: Spring Institute for International Studies;
- 114 Бразье Д. Феноменологическая мультимедийная терапия. / Д. Бразье, К. Бич. В кн. Инновационная психотерапия, под редакцией Д. Джоунса. СПб. «Питер», 2001, (Серия «Практикум по психотерапии») С. 238-263;
- 115 Кондратьев Ф.В. Социо-культуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. - № 2. - С. 135-139;
- 116 Катков А.Л. Новые парадигмы в формировании индивидуального и общественного здоровья // Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни. - Костанай, 1997. - С. 75-78;
- 117 Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального здоровья общества // Обозр. психиатр и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 4. - С. 6-11;
- 118 Амбарумова А.Г., Пустовалова Л.И. Социальные и клиникопсихологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1991. - № 1.- С. 26-38;
- 119 Шаронов А.В. Молодежь и общество: проблемы социальной адаптации в современном мире // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1996. - № 1. - С. 47-64;
- 120 Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35;
- 121 Сахаров Е.А. Возрастные психологические кризисы как донозологические формы пограничных психических расстройств у детей и подростков // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 2. - С. 44-46;
- 122 Абрамов В.А. Нравственность и презумпция психического здоровья (по поводу статьи В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой) // Журн. невропат. и психиатр, 1992. - № 2. - С. 130-132;

- 123 Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 102-103;
- 124 Elkinton Y. Medicine and the quality of life // Annals of Internal Medicine, 1966. – N 64. – P. 711-714;
- 125 Цит. по «Психологическая энциклопедия», 2-ое издание, под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093;
- 126 Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry, 1997. – N 10. – P. 337-345;
- 127 Сарториус Н. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 4-8;
- 128 Voruganti L.N., Heslegrave R.J., Awad A.G. Quality of life measurement during antipsychotic drug therapy of schizophrenia // Journal Psychiatry and Neuroscience, 1997. – Vol. 22. – N 4. – P. 267-274;
- 129 Bullinger M. Indices versus profiles – advantages and disadvantages. In Quality of life assessment: Key issues in the 1990-s Edited by Walker S.R., Roser R.M. – Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1993. – P. 209-220;
- 130 Bradburn N.M. The structure of psychological well-being // Chicago, Aldine, 1969, 77 p.;
- 131 Ware J.E. Standards for validating health measures. Definition and content // J. Chron. Dis. - 1987. – Vol. 40. - № 6. - P. ;
- 132 Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии (учебное пособие). / Ю.В. Валентик. – М.: Прогрессивные Био-Медицинские Технологии, 2001. – 36 с.;
- 133 Валентик В.Ю. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). / Ю.В. Валентик. - Москва. 2001. – 105 с.;
- 134 ВОЗ. Цит. по «Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья» Семке В.Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 4-8;
- 135 Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 4, 1998. – С. 83;
- 136 Виноградова Л.Н. 10 октября – Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 3, 1999. – С. 89;
- 137 Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. – К.: Сфера, 2000, 332 с.;
- 138 Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // ВОЗ, 2005;
- 139 Брундтланд Г.Х. 7 апреля 2001 года – Всемирный день здоровья: «Психическое здоровье всему миру» // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-5;
- 140 Ястребов В.С., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Рабочее совещание ВОЗ // Психиатрия. - № 2, 2003. – С. 74-76;
- 141 Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7;

- 142 Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3. – М., 2005. – С. 94-102;
- 143 Окаша А. Стратегия и политика ВПА / К итогам XII съезда Всемирной психиатрической ассоциации (Йокогама, 2002) // World Psychiatry. – Vol. – N 3, 2002. – P. 129-130;
- 144 Sempos C.T. Practical Exercise in Statistical Methods in Epidemiology. / C.T. Sempos. WHO/ILAR Course on Epidemiology of Rheumatic Diseases. 14 November 1989. Moscow, RSFSR, USSR;
- 145 Kleinbaum D.G. Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods. / D.G. Kleinbaum, L.L. Kupper, H. Morgenstern. Van nostrand reinhold, New York, 1982, p. – 529;
- 146 Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. / А.Л. Катков, С.А. Алтынбеков. Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 30-33;
- 147 Семке В.Я. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1998, № 1-2. - С. 118-123;
- 148 Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. / Р. Кочюнас. Пер. с лит. – М.: Академический проект. 2000. – 240 с.;
- 149 Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. / Р. Кочюнас. Пер. с лит. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.;
- 150 Navyghurst R.J. Developmental Tasks and Education. / R.J. Navyghurst. 3rd ed. New York, David McKay Co, 1972;
- 151 Shostrom E. Personal orientation inventory. / E. Shostrom. Educational and industrial testing service. N. Y., 1966;
- 152 Алешина Ю.Е., Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. Спецпрактикум по социальной психологии. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 120 с.;
- 153 Головаха Е.И., Кроник АА. Психологическое время личности. / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. Киев: Наукова думка, 1984;
- 154 Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. / К.Р. Роджерс. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. / Пер. с англ. Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.;
- 155 Изард К.Э. Психология эмоций. / К.Э. Изард. / Перев. с англ. – СПб: Издательство «Питер», 1999. – 464 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»);
- 156 Бажин Е.Ф. Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера. / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Редактор-составитель Д.Я. Райгородский. Издательский дом «БАХРАХ», Самара, 1998., С. 288-297;
- 157 Шостром Э. Опросник личностной ориентации. / Э. Шостром. Практическое руководство (в адаптации Руковишникова). Москва, «Генезис», 2002, 16 с.;

158 Райгородский Д.Я. Методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (№ 105), (16 PF – опросник). / Д.Я. Райгородский. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. Учебное пособие. Редактор составитель – Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998, С. 240-260.

Приложение А

Вопросник для случайной выборки общего населения Казахстана

Уважаемый участник!

Совместными усилиями – Агентство БРИФ Центральная Азия и Республиканский Научно-практический центр медико-социальных проблем – мы хотим обратить внимание на проблемы информированности и жизненной

позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья. Основной целью этого вопросника является выяснение того, на каком уровне информированы те или иные современные казахстанские семьи в вопросах социального психологического здоровья и выявление их жизненных позиции. С помощью этой информации, мы сможем лучше понять уровень данной проблемы и предпринять реальные шаги для повышения её роста.

Если у Вас есть знакомые, родственники и соседи, которые имеют низкую информированность в данной проблеме и Вам не безразлично их будущее, если Вам не безразлично будущее Ваших детей, то Ваше участие в исследовании позволит предпринять реальные меры для повышения уровня информированности и жизненной позиции современных семей в вопросах формирования социального психологического здоровья в Казахстане.

Пожалуйста, отвечайте на вопросы самостоятельно, без консультаций с кем-либо. Помните, что нет правильных или неправильных ответов, нас просто интересует Ваше личное мнение. Очень важно для этого исследования то, чтобы Ваши ответы на каждый вопрос были искренними. Только честные и искренние ответы помогут сделать правильные выводы и, следовательно, не ошибиться в выборе методов для реализации программы по повышению уровня информированности и жизненной позиции современных казахстанских семей в вопросах формирования социального психологического здоровья.

Мы гарантируем Вам конфиденциальность Вашего личного мнения (анонимность анкеты). Вам не следует указывать Ваши имя и фамилию в анкете. В этой анкете Вы не найдете информации, указывающей на Вас лично. Все анкеты будут обработаны на компьютере и представлены в обобщенном виде.

Все, что Вам необходимо сделать, это внимательно прочитать вопросы и отметить наиболее подходящий на Ваш взгляд вариант ответа.

Не оставляйте, пожалуйста, ни один вопрос без ответа.

Иногда Вам придется «переходить» на другой вопрос, что означает, что Вы можете пропустить некоторые вопросы и переходить сразу к другому вопросу. Это указано, как « ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ 1.2»

Выбранные ответы надо обвести кружком, как это показано ниже.

Например (обведите выбранный ответ): Что Вам больше нравится?

1. Клубника

2. Шоколад

3. Печенье

Если Вы нечаянно отметили не тот вариант ответа, который хотели, то Вы можете крестиком зачеркнуть неверный вариант и отметить тот, который считаете наиболее точным.

Например: Что Вам больше нравится?

1. Клубника

~~2. Шоколад~~

3. Печенье

В некоторых вопросах ограничено количество ответов. В этом случае Вам нужно выбрать то количество ответов, которое указано.

Например: Выберите только 1 вариант ответа

При ответе на остальные вопросы, Вы можете отмечать столько вариантов ответов, сколько посчитаете нужным.

Спасибо за участие!

ЧАСТЬ I. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

Раздел 1. Социальный статус населения РК

1.1. В целом, в материальном отношении (плане) Я обеспечен:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Недостаточно | 4. Достаточно |
| 2. Скорее недостаточно | 5. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Скорее достаточно | |

1.2. Уровень моей материальной обеспеченности за последние 3 года:

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Понизился | 4. Повысился |
| 2. Скорее понизился | 5. Остался таким же |
| 3. Скорее повысился | 6. Затрудняюсь ответить |

1.3. В учреждении, где Я работаю (учусь), Я занимаю то положение, которое меня:

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Устраивает | 4. Не устраивает |
| 2. Скорее устраивает | 5. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Скорее не устраивает | 6. В данное время не работаю и не учусь |

1.4. За последние 3 года положение, занимаемое мною в учреждении, где я работаю/учусь

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Понизилось | 5. Повысилось |
| 2. Скорее понизилось | 6. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Осталось без изменений | 7. В данное время не работаю и не учусь |
| 4. Скорее повысилось | |

1.5. К изменению окружающей обстановки Я приспосабливаюсь:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Быстро и без проблем | 4. Медленно и с трудом |
| 2. Скорее легко | 5. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Скорее трудно | |

1.6. За последние 3 года мои способности к адаптации (приспособление к изменяющимся внешним условиям)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Ухудшились | 4. Скорее улучшились |
| 2. Скорее ухудшились | 5. Улучшились |
| 3. Остались на прежнем уровне | 6. Затрудняюсь ответить |

1.7. Мои друзья и родные чаще отмечают мои:

1. Успехи
2. Неудачи
3. Ни то, ни другое
4. И успехи и неудачи в равной степени

5. Ничего не отмечают

1.8. Наиболее приемлемым для меня является способ решения проблем

7. Выберите только один вариант ответа

1. Сразу начинаю решать проблему
2. Сначала оцениваю проблему и только потом её решаю
3. Изменяю свое отношение к проблеме
4. Стараюсь уйти от проблемы

8.

9. Раздел 2. Характеристика целей ценностей и установок населения РК

10.2.1. Мое отношение к жизни состоит в том, что:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Жизнь доставляет удовольствие | 4. Живу из чувства долга |
| 2. Жизнь скорее радует | 5. Живу потому, что боюсь смерти |
| 3. Жизнь скорее огорчает | 6. Затрудняюсь с ответом |

7. 2.2. Есть ли у Вас смысл жизни, цели, ради которых Вы живете?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Да | 4. Нет |
| 2. Скорее да | 5. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Скорее нет | |

6. 2.3. В моей жизни есть место:

1. Только для себя
2. Для родных и близких
3. Для всех людей, которые мне симпатичны
4. Для людей, которые лично мне не нравятся, но нуждаются в моей помощи
5. Для всего общества с его проблемами
6. Затрудняюсь с ответом

7. 2.4. Мое отношение к религии состоит в том, что я...выберите только один вариант ответа

1. Верю в Бога и постоянно соблюдаю религиозные обряды и заповеди
2. Верю в Бога, религиозные обряды соблюдаю не постоянно, иногда нарушаю заповеди
3. Верю в Бога, но религиозные обряды и заповеди не соблюдаю
4. О Боге вспоминаю только в минуты опасности и отчаяния
5. Не верю в Бога, живу как считаю нужным
6. Затрудняюсь с ответом

8. 2.5. Мое отношение к авторитетным личностям состоит в том, что...Выберите только один вариант ответа

1. Безраздельно им подчиняюсь
2. Подчиняюсь с оглядкой на собственные интересы
3. Прислушиваюсь к их мнению, но поступаю так, как считаю нужным
4. Отвергаю любые авторитеты и живу «своим умом»
5. Затрудняюсь с ответом

9. 2.6. Мои успехи и неудачи в жизни зависят в основном от...Выберите только один вариант ответа

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Случая, судьбы/проведения | 3. Моих собственных усилий |
| 2. Усилий других людей | 4. Не знаю/Затрудняюсь с ответом |

5. 2.7. Выздоровление человека от болезни зависит в основном от...

Выберите только один вариант ответа

1. Усилий врачей
2. Иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов
3. Природных сил организма
4. От собственных усилий человека по достижению здоровья
5. Затрудняюсь с ответом

6. 2.8. К совершению преступления человека в основном подводит:

Выберите только один вариант ответа

1. Влияние других людей
2. Жизненные обстоятельства
3. Никто, кроме него самого

4. 2.9. Человека склоняет к употреблению наркотика:

1. Тяжелый жизненный кризис
2. Близость среды наркоманов
3. Отсутствие устойчивых целей и интересов в жизни
4. Собственное решение
5. Не знаю

5. 2.10. В отношении перспективы употребления наркотиков Я думаю, что...

1. Твердо решил(а), что ни при каких обстоятельствах не буду употреблять наркотики
2. Возможно, буду употреблять наркотики, если возникнут сложные жизненные обстоятельства
3. Возможно, буду употреблять наркотики, ради интереса
4. Возможно, я буду употреблять наркотики, если сильно заболею (буду испытывать невыносимую боль)
5. Ничего не решил (а)

6. Раздел 3. Психологическое (духовное) здоровье

7. 3.1. Сложные/трудные жизненные ситуации возникают у меня:

1. Редко
2. Скорее редко
3. Скорее часто
4. Часто
5. Затрудняюсь с ответом

6. 3.2. Быстро найти удачное решение в сложных/трудных ситуациях для меня:

1. Легко
2. Скорее легко
3. Скорее трудно
4. Трудно
5. Затрудняюсь с ответом

6. 3.3. Придумывать что-то новое на работе, учебе, в быту, творчестве для меня:

1. Невозможно
2. Трудно
3. Скорее трудно
4. Скорее легко
5. Легко

3.4. Сталкиваясь с неизвестными людьми, ситуацией, обстоятельствами Я обычно испытываю:

1. Интерес
2. Интерес и легкую тревогу
3. Беспокойство и дискомфорт (условия жизни, починающие неудобства)
4. Общую заторможенность (вялость, замедленность действий)
5. Ничего не испытываю
7. Затрудняюсь с ответом

3.5. Больше всего в жизни меня устраивает: выберите только один вариант ответа

1. Стабильность, отсутствие изменений
2. Стабильность при незначительных изменениях
3. Развитие в медленно меняющейся ситуации
4. Развитие в быстро меняющейся ситуации
5. Жизнь и развитие на грани постоянного риска
6. Затрудняюсь с ответом

3.6. В целом Я живу...

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Интересно | 4. Скучно |
| 2. Скорее интересно | 5. Затрудняюсь с ответом |
| 3. Скорее скучно | |

3.7. Увлечений, которые доставляют радость и интерес у меня...

- | | | |
|----------|-------------|---------------|
| 1. Много | 2. Одно-два | 3. Нет вообще |
|----------|-------------|---------------|

4 3 .8. В общем, проблемы общения с людьми у меня решаются...

- | | |
|--|------------------|
| 1. Очень легко/У меня не возникает проблемы общения с людьми | |
| 2. Легко | 4. Скорее трудно |
| 3. Скорее легко | 5. Трудно |
| 6. Очень трудно/У меня вообще не складывается общение с людьми | |

7. 3.9. Если бы максимальный психологический комфорт (условия обеспечивающие удобство, спокойствие) оценивали в 100 баллов, состояние «смерть» в 0 баллов, состояние «хуже смерти» в – (минус) 50 баллов, то во сколько баллов Вы бы оценили свое психологическое состояние, присущее Вам в настоящем?

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. От 90 до 100 | 6. От 30 до 50 |
| 2. От 80 до 90 | 7. От 0 до 30 |
| 3. От 70 до 80 | 8. От –25 до 0 |
| 4. От 60 до 70 | 9. От – 50 до – 25 |
| 5. От 50 до 60 | 10. Ниже – 50 |

11.3.10. Я знаю кто я в этой жизни, я знаю чего я хочу в этой жизни
ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Однозначно Да | 3. Однозначно Нет |
| 2. Затрудняюсь с ответом | |

9.9. 3.11. В отношении своего тела я могу сказать следующее **ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА**

1. Я люблю свое тело
2. Меня устраивает мое тело
3. В общем меня устраивает мое тело, но хотелось бы кое-что изменить
4. Мое тело меня скорее не устраивает

5. Я не люблю свое тело
- 9.10. 3.12. Если характеризовать себя, как ребенка своих родителей, то Я:
 1. Любимый и любящий ребенок
 2. Я скорее любимый ребенок
 3. Я скорее нелюбимый ребенок
 4. Я нелюбимый ребенок
5. 3.13. В отношении себя, как сексуального партнера я могу сказать, что у меня:
 1. Все хорошо в этом плане и нет никаких проблем
 2. У меня не все так хорошо, как хотелось бы
 3. У меня есть серьезные проблемы в этом отношении
6. 3.14. Если меня характеризовать в отношении моей собственной семьи, то я:
 1. Отличный хозяин/хозяйка, отличный партнер
 2. Я хороший хозяин/хозяйка, отличный партнер
 3. Я не очень хороший хозяин/хозяйка, отличный партнер
 4. Я плохой хозяин/хозяйка, отличный партнер
7. 3.15. Если меня характеризовать как родителя, то я:
 1. Хороший родитель
 2. Я скорее хороший родитель
 3. Я скорее плохой родитель
 4. Я плохой родитель
5. 3.16. Я сам несу ответственность за собственную жизнь
 1. Однозначно Да
 2. Скорее Да, чем Нет
 3. Скорее Нет чем Да
 4. Однозначно Нет
- 5.

6. ЧАСТЬ 2. ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

7. Раздел 4. Физическое (соматическое) здоровье
 8. 4.1. В настоящее время Я...
 1. Ничем не болею
 2. У меня имеются признаки острого заболевания (в том числе и простуда)
 3. У меня имеются признаки обострения хронического заболевания
 4. Имеются признаки хронического заболевания
 5. Имеются признаки нескольких хронических заболеваний
 6. Затрудняюсь с ответом
 9. 4.2. Имеющиеся у меня признаки/симптомы болезни оказывают следующее влияние...
 1. Никакого
 2. Легкое недомогание, которое не мешает работе и жизни
 3. Достаточно выраженный дискомфорт (боль, ограничение подвижности), который мешает в работе и в жизни
 4. Тяжелый дискомфорт, который серьезно осложняет работу и жизнь
 5. Тяжелый дискомфорт, лишаящий возможности совершать какие-либо действия и обслуживать себя
 6. Нет никаких признаков/симптомов болезни (ничем не болею)
10. 4.3. По поводу состояния своего здоровья в последние 3 года Я обращался (лась) к врачу... **ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО 1 ВАРИАНТ ОТВЕТА**
 1. Постоянно
 2. Скорее часто

3. Скорее редко
 4. Редко
 5. Лечусь сам (а)
 6. Не обращаюсь к врачам и не лечусь
7. 4.4 .Если бы состояние полного физического комфорта (здоровья) оценивали в 100 баллов, состояние «смерть» – в 0 баллов, состояние «хуже смерти» в – (минус) 50 баллов, во сколько баллов Вы бы оценили собственное состояние, более или менее присущее Вам на данный момент?
1. От 90 до 100
 2. От 80 до 90
 3. От 70 до 80
 4. От 60 до 70
 5. От 50 до 60
 6. От 30 до 50
 7. От 0 до 30
 8. От –25 до 0
 9. От – 50 до – 25
 10. Ниже – 50

11. Раздел 5. Психическое здоровье

12.5.1. Головные боли меня беспокоят:

1. Не беспокоят
2. Крайне редко
3. Скорее редко
4. Скорее часто
5. Часто
6. Постоянно

7. 5.2.Беспричинные изменения настроения отмечаются у меня:

1. Не отмечаются
2. Редко
3. Скорее редко
4. Скорее часто
5. Часто
6. Постоянно

7. 5.3.Несвойственные мне мысли, поступки, состояние отмечается у меня:

1. Не отмечается
2. Редко
3. Скорее редко
4. Скорее часто
5. Часто
6. Постоянно

7. 5.4.Появляющиеся у меня признаки психического неблагополучия оказывают следующее влияние ...

1. Никогда не возникают
2. Никакого
3. Легкий дискомфорт в незначительной степени мешает мне работать и жить
4. Вызывает выраженный дискомфорт, мешает работе и снижает качество жизни
5. Вызывают тяжелый дискомфорт, лишаящий возможности работать
6. Вызывают тяжелый дискомфорт, лишаящий возможности обслуживать себя

8. 5.5.По поводу состояния психического (душевного) здоровья в последние 1-2 года Я обращаюсь к врачам...

1. Постоянно
2. Часто
3. Скорее часто
4. Скорее редко
5. Редко
6. Не обращаюсь

7. 5.6.Если бы состояние полного психического комфорта (условия обеспечивающие удобство, спокойствие) оценивалось в 100 баллов, состояние «психической смерти» – в 0 баллов, состояние “хуже

психической смерти” в – (минус) 50 баллов, то как бы Вы оценили собственное состояние, более или менее Вам присущее...

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. От 90 до 100 | 6. От 30 до 50 |
| 2. От 80 до 90 | 7. От 0 до 30 |
| 3. От 70 до 80 | 8. От –25 до 0 |
| 4. От 60 до 70 | 9. От – 50 до – 25 |
| 5. От 50 до 60 | 10.Ниже – 50 |

11.

12.Раздел 6. Отношение к собственному здоровью

13. 6.1.К своему здоровью Я отношусь...

1. С равнодушием
2. Иногда думаю об этом
3. Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья
4. Уделяю этому вопросу много времени и внимания
5. Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни

14. 6.2.Здоровье мне нужно для того, чтобы

15. ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО 1-3 ВАРИАНТА ОТВЕТА

1. Чувствовать себя комфортно
2. Дольше прожить
3. Лучше справляться с работой, больше зарабатывать
4. Достичь своих жизненных целей
5. Хорошо выглядеть
6. Другое _____ (напишите свой ответ)
7. Затрудняюсь с ответом

16. 6.3.Здоровый образ жизни – это в большей степени...выберите не более 3 вариантов ответа

1. Воздержание/отказ от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)
2. Правильный режим труда и отдыха
3. Физическая нагрузка, спорт
4. Гармония в семье и на работе (учебе)
5. Наличие значимых жизненных целей, умение их достичь и получать от этого удовольствие
6. Другое _____ (напишите свой ответ)

17. 6.4.Состояние здоровья человека зависит больше от...выберите 1-2 варианта ответа

1. Наследственности (Генетической предрасположенности)
2. Экологии
3. Уровня развития здравоохранения
4. Психологического (душевного) благополучия
5. Сознательного отношения к собственному здоровью
6. Другое _____ (напишите свой ответ)

18. 6.5.Мое отношение к смерти...

1. Страх
2. Стараюсь не думать об этом

3. Равнодушие
4. Интерес
5. Не думаю об этом – занят жизнь
6. Часть 3. Общие данные
7. 7.1. Отметьте свой пол
- 1 мужской
 - 2 женский
8. 7.2. Сколько лет Вам исполнилось в Ваш последний День рождения?
9. |
10. 7.3. Какое образование Вы получили?
1. Не получил образования
 2. Начальное (1-4 класс)
 3. Ниже среднего (9 классов)
 4. Среднее (11 классов школы)
 5. Среднее специальное/техническое (ПТУ)
 6. Незаконченное высшее (3 курса университета, института, академии)
 7. Высшее (университет, институт, академия)
11. 7.4. К какой национальности Вы себя относите?
- | | |
|-----------|---------------------------------------|
| 1 Казак | 6 Немец |
| 2 Русский | 7 Украинец |
| 3 Узбек | 8 Татарин |
| 4 Киргиз | 9 Таджики |
| 5 Кореец | 10 Другое _____ (напишите свой ответ) |
12. 7.5. Ваш семейный статус?
1. Живу один (одна), нет близких родственников
 2. Женат/замужем (живем вместе)
 3. Холост/ не замужем, живу с родителями
 4. Холост/ не замужем, живу один
 5. Разведен (вдовец)/ разведена (вдова), живу с родителями
 6. Разведен (вдовец)/ разведена (вдова), живу с детьми
 7. Разведен (вдовец)/ разведена (вдова), живу один (одна)
13. 7.6. Есть ли у Вас дети ...
1. Да
 2. Нет
14. 7.7. В настоящее время Вы ...
1. Работаете ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ 13.7.1
 2. Не работаете ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ 13.8
15. 7.7.1. Отметьте ту сферу деятельности, в которой вы работаете.
1. Здравоохранение
 2. Воспитание/педагогика
 3. Социальная служба
 4. СМИ
 5. Силловые, надзорные структуры/юридические услуги
 6. Фонды, партии, движения

7. Государственный сектор (госслужба)

8. Банковские, финансовые услуги

9. Частный бизнес

10. Обслуживание, сервис

11. Другое _____ (напишите свой ответ)

16.7.7.2. Впишите свою должность _____ (напишите свой ответ)

17.7.8 Чем Вы занимаетесь в данное время? (ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ РАБОТАЕТ)

1. студент, учащийся

2. пенсионер/ инвалид (неработающие)

3. безработный, временно неработающий по своему желанию

4. домохозяйка, молодая мама

18.7.9. Каким был доход на одного человека вашей семьи за последний месяц? Сложите все денежные поступления за последний месяц от всех членов семьи, т.е. зарплаты, пенсии, стипендии, пособия и т.д., и разделите на количество членов семьи, включая детей.

19. ВПИШИТЕ / _____ /тенге

20.7.10. Каким был Ваш личный доход за последний месяц?

21. ВПИШИТЕ / _____ /тенге

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30. Большое спасибо за участие в опросе!

31.

- 32.
- 33.
- 34.
- 35.
- 36.
- 37.
- 38.
- 39.