

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ»

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ**

Сборник научных статей

ГрГУ, 2010

Л.А. Вертынская

Инвалидность как событие жизненного пути человека

Описываются результаты исследования жизненных историй белорусских инвалидов. На основании нарративного анализа текстов, в которых раскрываются особенности переживания травматического опыта, вызванного неожиданной утратой физического здоровья. В контексте произошедшего события исследуются способы реагирования и направленность человеческого функционирования, опосредованные совокупностью социально-экономических, политических, культурно-исторических и других условий. При этом особое внимание уделяется поиску источников, обеспечивающих разность исходных взаимодействий с ситуацией, проявляющихся в психологическом самочувствии её участников.

Ключевые слова: событие, инвалидность, жизненная история, жизненный путь, нарративное интервью и нарративный анализ, копинг-стратегии, ресурсы, психологическое благополучие.

На сегодняшний день «человеку, приехавшему в США, Канаду, Польшу или другую развитую страну, бросается в глаза, как много инвалидов ловко управляется со своими колясками в толпе прохожих, сколь велико их число среди покупателей в магазинах, зрителей в кинотеатрах. А иностранцев у нас удивляет почти полное отсутствие людей с инвалидностью в общественных местах. Они, конечно, есть и на улицах, и в магазинах, и в кино, но лишь те, которые не имеют явных признаков инвалидности и могут свободно передвигаться, общаясь, внешне не отличаясь от здоровых» [5]. Найти соответствующее объяснение таким реалиям не просто. С одной стороны, потому что в обществе уже существует ряд привилегированных дискурсивных практик, обладающих властью над «удобными» способами размышления о проблеме с другой стороны, потому что для её переосмысления до сих пор практически не учитываются мнения самих лиц с ограниченными возможностями в передвижении, отражающие их накопленный опыт каждодневного взаимодействия с внешним миром. Поэтому для устранения образцового противоречия некоторые отечественные и зарубежные учёные (например, Т.Бут [14], М. Ангрозино [13], Е.Р. Ярская-Смирнова [11]) предлагают активнее использовать в практике исследований так называемые качественные методы (включенные наблюдения, нарративные интервью и т.п.), позволяющие эксплицировать порождаемые социально-экономической ситуацией переживания тех, кто исключен, вытеснен на периферию общественных отношений.

На наш взгляд это справедливо, так как нетипичность физического состояния человека долгое время принималась и принимается поныне за основание для социальной эксклюзии, в результате которой у него затрудняются практически все виды социальной жизнедеятельности: получение образования, до-

стойной работы, проведение досуга и др. Увы, подтверждением этому в нашей государственной системе является принятое в начале 90-х г., но так и не набравшее должной юридической силы законодательство о защите прав инвалидов, механизмы реализации которого до сих пор слабо активизированы. Ярче всего это выражается в насквозь пронизанных латентной дискриминацией способами проведения социальной политики, проявляющихся в отношении лиц с особыми нуждами в виде декларативных заявлений об увеличении и т.п. помощи, театрализованных мероприятий по созданию зон безбарьерности, бесчеловечных попытках интеграции, приводящих к обратному эффекту. При этом активным афишированием «господдержки» со стороны правительственного аппарата создаётся та питательная среда для их стигматизации [15], которая на уровне общественного сознания заставляет думать о них как о беспомощных и зависимых бенефициариях (объектах помощи), неспособных к самостоятельному существованию в собственной жизни, ни социальной. Говоря другими словами, такое по-патерналистски искусное «содействие» в решении тех проблем заменяется их отстранением от принятия каких бы то ни было решений в целом. С другой стороны, задействование инвалидами практик, не ориентированных на ожидание помощи от государственных структур, по мнению ряда исследователей (Г. Зиммеля [19], Р. Штихве [10], М. Фуко [9], А. Шоца [11]), приближает их к центру социального пространства (П. Бурдьё [3]) и коренным образом меняет отношение к ним с отстранения на заинтересованное участие (Б. Вальденфельс [4]). Поэтому представителями социального пространства (К. Деджон, Д. Макдональд, Е. Ким, Г. Делонг, Г. Эннс, Дж. Деркесон, В. Вельфенбергер и др.) сегодня активно распространяются идеи о том, что положение инвалидов в обществе не проблематизируется до тех пор, пока их жизненные стратегии не начинают разрушать сложившуюся в нём систему референций (систему представлений о них как о беспомощных, нуждающихся в посторонней поддержке).

Следовательно, «качественный сдвиг» в понимании проблемы инвалидности мыслился в первую очередь посредством активных действий со стороны самих инвалидов [1]. Признается, что именно они должны сыграть главную роль в процессе интеграции в общество, невзирая на сложившееся веками стратификационное неравенство и сегригирующий характер политики. Но также остаётся очевидным и тот факт, что не каждый человек с органической физической недостаточностью готов к борьбе с законом, диктуемым «здоровым большинством». Только некоторые благодаря в себе силы противостоят обстоятельствам, отстаивать права, преодолевать социально-психологические барьеры, управлять стигмой, как когда-то, в начале 70-х, это публично демонстрировали прикованные к инвалидной коляске лидеры американского движения за независимую жизнь Э. Робертс, Дж. Хьюман, Дж. Лоури, Ш. Мистлер и др.

Поэтому, для того чтобы понять и попытаться описать, как именно человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата воспринимает окружающий мир и свою жизнь с инвалидностью в нём, чем обуславливается выбор его жизненных стратегий и их реализация, в какой степени они детерминируются социальным и психическим, мы обратились к

нарративу. Ведь рассказ жизненной истории – это всегда рассказ истории о неожиданных и отклоняющихся от данных расписаний событиях, который служит, наряду с общностью, с другими людьми, презентацией выдающейся жизни, которая ни с кем не разделена. Где каждый человек, представляющий сам себя, стоит перед проблемой ожидания – «быть таким, как все остальные, или быть таким, как никто другой» [16]. Именно на этом основании, двигаясь в русле полупрожективного аспекта (ориентированного на «схватывание» целостности душевного мира человека), 20 участникам эксперимента было предложено рассказать свои автобиографические истории⁹. Общую выборку составили лица трудоспособного возраста (мужчины от 18 до 60 лет и женщины от 18 до 55 лет), имеющие инвалидность I, II группы (по причине приобретенной в результате жизнедеятельности травмы опорно-двигательного аппарата), отличающиеся по ряду демографических признаков (образованию, семейному положению, степени трудовой занятости и т.д.). Исследование проводилось в два этапа и предполагало последовательный переход от текста повествующих к осмыслению их жизни. Первый этап включал сбор эмпирического материала посредством интервьюирования и транскрибирование данных с учётом всех паралингвистических особенностей респондентов [6]. Каждое интервью проводилось индивидуально и длилось от получаса до двух с половиной часов, не включая предварительной и заключительной беседы. Всё зависело от состояния повествующего и его желания участвовать в эксперименте. Для раскрытия основных ресурсов информатора в исследовательской ситуации было предусмотрено 3 последовательных шага:

1. В самом начале интервью респонденту задавался так называемый «нарративный импульс»: «Я хотела бы попросить Вас рассказать историю Вашей жизни. Лучше всего, если Вы начнете с момента рождения, с того времени, когда Вы были ребенком, и расскажете затем обо всем, что с Вами происходило вплоть до настоящего времени. Вы можете говорить даже о деталях, так как меня интересует все, что важно для Вас самого. Время Вашего рассказа ограничено. Когда почувствуете, что уже все, что хотели, рассказали, то дайте об этом знать. Сначала я буду слушать, и делать небольшие замечки, а после того, как Вы закончите рассказывать, задам несколько вопросов». Этот «импульс» ориентировал респондента в тематическом и временном пространстве, стимулируя к биографическому повествованию. Роль интервьюера на данном этапе сводилась к фиксации основных дат и событий жизненной истории повествующего, его эмпирическому слушанию, поддержке с использованием невербальных или паралингвистических выражений, подтверждающих интерес и внимание.

⁹ С этой целью нами в исследовании использовалось биографическое нарративное интервью, предложенное в 90-е годы немецкой исследовательницей Г. Розенталь [16]. Оно способствовало открытию внутреннего мира опыта инвалида, экспликации его субъективных смыслов и переживаний, опосредованных экономическим, культурно-историческим контекстами, особенностями индивидуально-психофизического развития и т.д.

2. Во второй части интервью – «периоде вопрошания» – интервьюер, с учётом хронологии перечисленных событий, побуждал рассказчика дополнительными нарративными вопросами к более детальной разработке отдельных тем. В дополнение интервьюер спрашивал о прерванных линиях рассказа, о некоторых предполагаемых, вскользь упомянутых фактах или вообще не затронутых важных аспектах жизнедеятельности.

3. На заключительном, третьем, этапе интервьюером задавались так называемые «внешние вопросы», отвечая на которые, нарратор брал на себя роль «теоретика», развивающего аргументации, дающего оценки и объяснения собственной жизни.

Второй этап заключался в истолковании полученных текстов с помощью нарративного анализа, включающего пять последовательных этапов: 1. Анализ биографических фактов; 2. Тематический и текстурный анализ полей; 3. Реконструкция структуры случая; 4. Детальный анализ отдельных фрагментов текста; 5. Контрастирование рассказанной и пережитой жизненной истории [16].

В результате аналитической работы с текстами повествований было установлено, что для человека с ограниченными возможностями здоровья инвалидность как событие обладает биографической релевантностью. Оно приносит объективные изменения в привычный ход жизни человека и вызывает неоднозначные по своему характеру ответные реакции: от успешной интеграции кризисного события в жизненный путь до погружения в состояние хронического стресса, разность которых обуславливается направленностью человеческого функционирования (в пределах дихотомии – психологическое благополучие/неблагополучие [17; 18]) и степенью её реализации, определение в исследовании которых осуществлялось на основании тщательного изучения форм и содержаний повествований, а также избранных рассказчиками способов для оформления своих лингвистических репрезентаций. Сообщим обо всём по порядку.

В исследовательской ситуации участники вели себя по-разному. Психологически благополучные охотно шли на контакт, отличались заинтересованностью в эксперименте, желанием понять его цели и задачи, демонстрируя при этом некоторую настороженность к записи рассказа на диктофон. Но преимуществу в процессе повествования они не позволяли себе переживать, рационализируя и сохраняя общий позитивный настрой. В ходе интервью демонстрировали свою способность управлять потоком воспоминания, селектируя события и предьявляя их в определённой последовательности. Психологически неблагополучные охотно принимали предложение побеседовать, при этом оставаясь абсолютно безучастными к назначению самой процедуры. Их основной рассказ был относительно коротким, включающим перечисление основных дат и общую оценку происходящего. Для дальнейшего оформления самопрезентации они адресовали запрос интервьюеру на сопровождение повествования дополнительными вопросами. Смысловую линию в рассказе пролагали, отталкиваясь от травматического события, согласуя произошедшее тогда со своим акту-

альным положением. Исходя из ноэмы¹⁰ в процессе повествования, по преимуществу подвергались повторному переживанию.

В целом, психологически благополучные и неблагополучные участники исследования в процессе оформления своих лингвистических репрезентаций имели ряд существенных отличий (в языковой компетентности, нарраторских позициях, способах пространственно-временной организации событий, восприятии инвалидности) и сходств (в некоторой разинтегрированности элементов нарративной идентичности, темпоральных сменениях). Так и те, и другие, в силу своей принадлежности к обществу и к сообществу инвалидов, во время интервью испытывали некоторые затруднения в определении своей нарраторской позиции. Поэтому в их повествованиях одновременно взаимодействовало сразу несколько коммуникативных фигур, функционирующих внутри единого тематического поля. Психологически благополучные инвалиды были склонны к самостоятельному оформлению самопрезентаций посредством связного относительно продолжительного рассказа. В процессе повествования они стремились придать своей жизни в consistentную связь, по преимуществу упорядочивая события в соответствии с хронологией пережитого. Удерживая в поле рассказа обе коммуникативные фигуры – Я-инвалид, Я-неинвалид, – они были склонны тематизировать себя как нормальных полноценных членов общества, идентифицируя себя со здоровыми людьми, отодвигая «инвалидность» на второй план. И хотя они не брали приобретение травмы за основную точку интерпретации (воспринимая это событие «как одно из многих»), ими неосознанно осуществлялось растягивание во времени посттравматического периода, охватывающего в истории гораздо больший временной интервал, чем другие значимые для них события (учёба, работа, свадьба, рождение детей и т.д.). Психологически благополучные инвалиды, так и психологически благополучные, также удерживали в тематическом поле рассказа обе коммуникативные фигуры, идентифицируясь при этом с людьми из сообщества с ограниченными возможностями здоровья. При этом в удобном случае противопоставляя себя «норме». Двигаясь в теме «моя инвалидность», они представляли свою жизнь фрагментарно, не разделённую на части, где не сохранялась хронология биографического течения, а создавалась видимость темпоральной гомологии пережитой жизненной истории, т.е. избранные ими тематические переживания рассказывались так, как будто они следовали друг за другом и были обусловлены этой последовательностью.

При этом из содержания жизненных историй психологически благополучных и неблагополучных лиц с ограниченными возможностями в передвижении было установлено, что инвалидность существует в их созна-

¹⁰ Ноэма (предметное содержание мысли, смысл переживания) – понятие феноменологии Э. Гуссерля, обозначающее идеальную компоненту интенционального переживания, а именно, переживаемое как конституируемый сознанием «интенциональный объект». При этом действительное существование интенционального объекта не имеет значения для интенционального переживания.

нии как обладающая полимодальной направленностью конструкция, одновременно объединяющая в себе *состояние здоровья, видимый физический недостаток, принадлежность к социальной группе, материальное положение*. Каждый из перечисленных аспектов которой представлялся участниками исследования по-разному, в зависимости от свойственных им половозрастных особенностей, а также длительности и степени тяжести травматизации. Молодые инвалиды (до 33 лет, согласно классификации В.И. Слободчикова, Е.И. Исаева [8]) во время рассказа по преимуществу поднимали беспокоящие их темы, связанные с внешним видом, социальным статусом, отношением к ним здоровых, так как на данном возрастном этапе для реализации основных задач развития (профессионального, личностного самоопределения, поиска спутника жизни, определения своего места в социуме и т.д.) их путь лежит через мир. Взрослые инвалиды, в возрасте от 33 до 45 лет, субъективным источником тревожащих тем, касающихся состояния здоровья, материального и семейного положения. Они переживали за возможное ухудшение самочувствия, обустройство жилищных условий, финансовое благополучие, которое большей частью из них было определено как низкое ввиду отсутствия полноценной трудовой занятости, за свою компетентность в семейных отношениях, поддержку ее членов. Для зрелых инвалидов (старше 55 лет) оказалось характерным переживание психологического одиночества. невзирая на то, что они активно включены в сферу внутрисемейных взаимоотношений, их не покидает ощущение личной вторичности, бессмысленности дальнейшего конструирования проекта собственного будущего.

Справляться с подобными переживаниями лицам с ограниченными возможностями здоровья помогает использование относительно конструктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов совладания, что подтверждает в данном исследовании в целом низкая степень выраженности показателей неблагополучия, изолированности, фрустрированности, комплементарности. Анализ жизненных историй позволил выделить наиболее характерные из них. Так, психологически благополучные лица с ограниченными возможностями в передвижении чаще используют когнитивные и поведенческие копинг-стратегии. К первым относятся: «бежделение», «сохранение самообладания», «проблемный анализ», «обесценивание значимости стрессовой ситуации»; среди них также можно отметить относительно конструктивные, но часто используемые – это «оценка трудностей в сравнении с другими» и «религиозность». Преобладающими поведенческими копинг-стратегиями являются: механизм «отвлечения» или временный отход от решения проблем, «сотрудничество», «социальная активность». Ведущие формы эмоционального копинга – «оптимизм» и «надежда». Лица, капсулирующие травматические переживания, чаще прибегают к неконструктивным эмоциональным и когнитивным стратегиям. К последним относятся: «обесценивание и игнорирование проблемы», «предельная концентрация на проблеме недуга», «самообвинение»,

«снижение самооценки». Среди эмоциональных чаще используются: «отчаяние», «одиночество», «агрессия», «обида». В меньшей степени они прибегают к поведенческим механизмам совладания, среди которых возможны: «изоляция», «уход от социальных контактов»; «протест и конфронтация с болезнью»; «неконструктивное снятие эмоционального напряжения с помощью алкоголя», «манипуляция», «конформизм», «адаптация к особенностям и потребностям других людей, идентификация с их целями и судьбами». При этом взаимодействие между подструктурами (эмоциональной, когнитивной, поведенческой) и их удельный вес в процессе совладания качественно различны у представителей упомянутых половозрастных групп, описание которых в данном исследовании не предусмотрено в силу изучения наиболее общих паттернов их поведения.

Исходя из рассмотренных выше особенностей поведения инвалидов в условиях исследовательской ситуации, формы и содержания предоставленных ими нарративов, нами была предпринята попытка определить, чем же все-таки обуславливается направленность и реализация их функционирования в условиях перенесенной травмы.

Было установлено, что после травматического события в условиях переоценки себя и своей жизни, инвалиды в значительной степени опираются на установленную практику отношений с окружающими, на экспектации [2] значимых других. Им проще теоретизировать себя как «нормальных», если другие люди не замечают в них физических недостатков и общаются с ними на равных, без выражения сочувствия или жалости. Можно предположить, что интеграция их «Я-концепции» после приобретения травмы отчасти определяется непрерывностью накопленного социально-многоголового опыта, а отчасти тем, как они сами сумеют интегрировать систему взглядов об инвалидности, выходя за пределы точек зрения всех групп, в которые они были включены. Поэтому для понимания проблемы детерминации направленности человеческого функционирования в условиях хронической инвалидности вопрос был поставлен следующим образом: как именно используются имеющиеся в распоряжении у человека с ограниченными возможностями передвижения личностные и средовые ресурсы [7]? Оказалось, что направленность на позитивное функционирование и степень её реализации выше у тех инвалидов, которые еще до утраты физического здоровья адекватно использовали в своем поведенческом репертуаре оба вида ресурсов. По-видимому, их комплиментарность является ключевой, т.к. в ситуации травматического стресса практика конструирования отношений с собой и окружением входит в противоречие с изменившимися обстоятельствами: актуальная ситуация требует более активного использования прежде всего личностных ресурсов, если же их оказывается недостаточно в поведенческой модели инвалида, то они успешно компенсируются за счет социальных ресурсов и наоборот.

При этом специфика установок инвалидов на использование средовых и/или личностных ресурсов обуславливает своеобразие конфигура-

ции шести компонентов структуры их психологического благополучия: активное задействование в до- и посттравматический период обоих видов ресурсов определяет сбалансированное сочетание компонентов благополучия, задействование ресурсов по отдельности или их несогласованность между собой определяет дисфункциональное сочетание элементов структуры. Так, у психологически благополучных участников исследования наиболее выраженными оказались три компонента структуры – *позитивные отношения с окружающими, личностный рост, автономия*, – отражающие адекватное использование личностных и средовых ресурсов, действующих по принципу комплиментарности. У психологически неблагополучных два – *автономия* и *управление окружающей средой*, свидетельствующие лишь об имеющемся на идеальном уровне желании действовать самостоятельно, но практически не реализующемся в действительности ввиду специфического использования ресурсов еще до приобретения травмы (по преимуществу это самоконструирование посредством следования логике внешних обстоятельств, приводящее во время кризисной ситуации к утрате согласованности между установками и неадекватным наличным обстоятельством механизма совладания).

Учитывая разность направленности функционирования участников данной выборки, в целом их особенности можно описать следующим образом.

Психологически благополучные инвалиды рефлексивны, гибки во взаимодействии, имеют развитые социальные связи, способны устанавливать и поддерживать отношения взаимодверия и взаимопомощи. В сложных жизненных ситуациях рассчитывают как на свои силы, так и на помощь других лиц. Открыты переменам в жизни, стремятся к достижению поставленных целей, имеют широкие познавательные интересы. К утрате физического здоровья относятся как к «тому, что должно было случиться», т.е. как к данности, которую надо принять и пережить. Успешно интегрируют травматическое событие в свой жизненный путь, который интерпретируют как целостность, где настоящее мыслится через пережитое в прошлом и обобщенное в будущее.

Психологически неблагополучные инвалиды отличаются ощущением утраты субъектности своей жизнедеятельности, фрагментарным восприятием своего жизненного пути, неудовлетворенностью своим настоящим положением и прошлым или, наоборот, восприятием счастливого прошлого в контраст несчастному настоящему. Им свойственны: закрытый горизонт будущего, сознательное сужение жизненных перспектив; фрустрированность потребности в социальных контактах, при относительно развитой сети поддержки со стороны родственников, друзей, знакомых; утрата ощущения «операбельности» её членов. Кризисное событие вне зависимости от длительности травматизации переживается ими как обуславливающее весь жизненный путь и принимающееся за точку интерпретации накопленного жизненного опыта.

Таким образом, подводя некоторый итог, можно отметить, что инвалидность как биографическое событие, как переломный пункт в жизненной истории воспринимается неоднозначно и вызывает разные человеческие реакции, направленность которых определяются совокупностью сложившихся социальных условий и индивидуально выработанными способами, преобразовывающими их. При этом понимание установок и использование средовых и/или личностных ресурсов в условиях утрачи физического здоровья даёт возможность считать любой из компонентов психологического благополучия потенциально открытым для его изменения посредством внешних воздействий. Подобная практика открывает широкие перспективы для работы с человеком в кризисных состояниях, для оказания ему помощи посредством активизации механизмов поддержки и самоподдержки.

Список литературы

1. Альберт, Б. Инвалиды: к независимой жизни / Б. Альберт. – М.: Перспектива, 2000. – С. 87 – 92.
2. Альбуханова-Славская, К.А. Представления личности об отношении к ней значимых других / К.А. Альбуханова-Славская, И.В. Гордиенко // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 5. – С. 38 – 47.
3. Бурдые, П. Социальное пространство: поля и практики / П. Бурдые. – СПб: Алетейя, 2007. – 576 с.
4. Вальденфельс, Б. Мотив чужого / Б. Вальденфельс. – Минск: Пропилеи, 1999. – 176 с.
5. Добровольская, Т.А. Социальные проблемы инвалидов / Т.А. Добровольская, Н.А. Демидов, Н.Б. Шарапова // Социологические исследования. – 1988. – № 4. – С. 79 – 83.
6. Журавлев, В.Ф. Непротивное интервью в биографических исследованиях / В.Ф. Журавлев // Социология: 4М. – 1994. – С. 34 – 43.
7. Муздыбаев, К. Стратегии совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии [Электронный ресурс]. – 1998. – Т.1., № 2. – Режим доступа: <http://www.soc.ru/publication/> – Дата доступа: 24.11.2009.
8. Слободчиков, В.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе / В.И. Слободчиков, В.И. Исиев. – М.: Школьная Пресса, 2000. – 101 с.
9. Фуко, М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью / М. Фуко. – М.: Практикс, 2002. – С. 7 – 19 с.
10. Шихве, Р. Амбивалентность, индифферентность и социология чужого / Р. Шихве // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1998. – Т. 1, № 1. – С. 41 – 53.
11. Щюц, А. Чужак. Социально-психологический очерк / А. Щюц // Избранное: Мир, светящийся смыслом / А. Щюц. – М., 2004. – С. 533 – 549.
12. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальные изменения и мобилизация ресурсов: жизненные истории российских инвалидов / Е.Р. Ярская-Смирнова // Интеграция. Интервью. Интерпретация. – 2002. – №1. – С. 39 – 49.

13. Angrosino, M. The Ethnography of Mental Retardation / M. Angrosino // Journal of contemporary ethnography. – 1997. – Vol. 26, №1. – P. 98 – 109.

14. Booth, T. Sounds of still voices: issues in the use of narrative methods with people who have learning difficulties / T. Booth // Disability and Society: Emerging Issues and Insights / L. Barton. – London, 1996. – P. 237 – 255.

15. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman. – New York: Touchstone, 1986. – 192 с.

16. Rosenthal, G. Erlebte und erzählte Geschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen / G. Rosenthal. – Frankfurt/Main; New York: Campus, 1995. – P. 208 – 227p.

17. Ryff, C.D. The structure of psychological well-being revisited / C.D. Ryff, C.M. Keyes // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69. – P. 719 – 727.

18. Ryff, C.D. Psychological Well-Being / C.D. Ryff // Encyclopedia of Gerontology. – 1996. – Vol. 2. – P. 365 – 369.

19. Simmel, G. Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung / G. Simmel. – Leipzig: Duncker, 1908. – 295 – 740.

Вертынская Лидия Александровна – аспирант кафедры прикладной психологии БГПУ им. Максима Танка.