

19. Розов А.И. Переживание комического в свете некоторых более общих закономерностей психической деятельности // Вопросы психологии. 1979. № 2. С. 117–125.

20. Саид Э. Ориентализм. Западные концепции Востока / Пер. с англ. А.Говорунова. — СПб.: Русский Мир, 2006.

21. Сапогова Е.Е. Как я понимаю психологию: в подражание М.К.Мамардашвили // Журнал практического психолога. 1999. № 41.

22. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2000.

23. Слепович Е.С. Размышление о воображении в контексте психологической практики «Психология ребенка с аномальным развитием» // Идея университета: парадоксы самоописания / Под ред. М.А.Гусакковского, А.А.Полонникова. — Мн.: БГУ, 2002. С. 196–207.

24. Слепович Е.С. Размышления специалиста об авторской практике «Психология ребенка с аномальным развитием» // Образовательные практики: амплификация маргинальности / Под ред. А.А.Забирко. — Мн.: Технопринт, 2000. С. 20–24.

25. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. — СПб., 2007.

26. Уайт Х. Метаистория: Историческое воображение в Европе XIX века. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2002.

27. Хальбвакс М. Коллективная и историческая память // Неприкосновенный запас: Дебаты о политике и культуре: Спец. вып.: Память о войне 60 лет спустя. 2005. № 2–3.

28. Хаттон П. История как искусство / Пер. с англ В.Ю.Быстрова. — СПб., 2003.

29. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб.: Питер, 1998.

Dyakov D.G., Martyshevich A.S. On the problem of constructing the narrative person's normality by the psychologist at professional psychological education

The category of normality in the structure of a psychologist's professional consciousness is problematized in the article. The idea is justified according to which psychologist's theoretic-methodological position forming at his/her professional education is a result of constructing a narrative based on imagination of a whole of «points of significance» selected by means of hyperaxiomatization. Two variants of constructing of person's normality are considered: direct one (dealing directly with a theory of person) and mediated one (dealing with already created models of person's normality in line of its theory).

Keywords: person's normality, identity, norm, anomaly, places of memory, points of significance, imagination, hyperaxiomatization, narrative.

Вертынская Л.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПЕРЕМЕЖЕНИИ

Данная статья представляет собой осуществленный эмпирический исследовательский проект, выполненный на материале анализа биографических интервью людей с ограниченными физическими возможностями. Интервью, который эксплицитно присутствует в заявленной теме, состоит в сравнительном описании двух категорий респондентов: «психологически благополучных» и «психологически неблагополучных». Особое внимание уделяется их способам реагирования и направленности функционального поведения в условиях перенесенной травматизации¹, поиску источников, обуславливающих разность исходов взаимодействия с ситуацией. Предполагается, что полученное таким образом знание будет способствовать (в статусе теории среднего уровня) работе психолога-практика, ориентированного на оказание помощи инвалидам, очутившимся в сложной жизненной ситуации.

Ключевые слова: травма, психологическое благополучие, нарратив.

Проблема здоровья объективно обусловленно выходит из коридора ограничения дуальной позиции «здоровье — болезнь» и приобретает на сегодняшний день более широкое понимание. Анализируя, с этой точки зрения, известное ВОЗовское определение здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов», Д. фон Энгельгардт заметил: «Это определение, взятое в общем виде, ограничено, поскольку оно резко противопоставляет здоровье и болезнь и преувеличенно оценивает здоровье. Существуют разумные основания считать, что здоровье может рассматриваться и как способность переносить травмы, физические недостатки, приближение смерти и успешно интегрировать все это в свою жизнь» [8, с. 1091]. Иными словами, основываясь на разломах понятий «норма-патология», в психологической теории и практике появилась необходимость в дополнительной переменной, которая смогла бы объяснить меха-

¹ Травма в данном контексте нами понимается как неспособность свести воедино три критических опыта: опыт пережитого, опыт высказанного и опыт осмысленного [5, с. 8].

Вертынская Л. — аспирант БГПУ имни Максима Танка.

низмы соотнесения индивидуального самоощущения с заданными в том или ином социокультурном контексте речевыми нормативами. Так среди прочих возможных ее вариантов ученые в настоящее время все чаще начинают рассматривать концепт психологического благополучия² [11], уже получившего широкий резонанс в психотерапевтической литературе. В тоже время, невзирая на очевидный всплеск научного интереса к нему, множество работ не прекращает пестреть вопросами о том, что же все-таки исследуется — достигнутый ли уровень психологического благополучия, представление ли о том, каков психологически благополучный человек или же степень направленности личности на различные позитивные аспекты собственного функционирования [6, с. 68]? Поэтому весьма актуальным мыслится его исследование в контексте переживаний человека, испытанного травматическим опытом, в результате которого происходит переоценка собственной личности, отношений и ее жизнедеятельности в целом.

В нашем исследовании мы намеренно обращаемся к феномену инвалидности как к интегрированному симптомокомплексу материальных и социально-психологических проблем, чтобы подчеркнуть всю глубину изучаемой проблемы, ее многоаспектность. Этим мы стремимся показать, что не только низкий уровень психологического благополучия может усугублять социальное положение инвалида, но и неразрешенные своевременно социальные проблемы (дискриминация, сегрегация и т.п.) могут привести к психологическому неблагополучию, отрицательно сказываясь на общем мировосприятии. К сожалению, на сегодняшний день большая часть отечественных и зарубежных концепций отражает проблему весьма разрозненно, игнорируя взаимовлияние социального и психологического факторов друг на друга. Часть из них посвящается либо изучению осо-

² Существоует в сознании человека и является, с этой точки зрения, субъективной реальностью. Состоит из целостности, базируется на интегральной оценке себя и собственного опыта, чувстве социальной принадлежности. Наряду с этим может рассматриваться не только как состояние и одно из определяющих свойств человека, но и как процесс, так как каждый из шести его относительно автономных компонентов [10] (самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цели в жизни, личностный рост) формируется и развивается на протяжении жизнедеятельности. Принимая данное положение для осмысления проблемы, нам потребовался качественный метод исследования, позволяющий охватить все этапы жизненного пути биографа, его оценки и представления.

бенностей и условий взаимодействия людей со статусной нетипичностью в обществе, либо исследованию их внутреннего мира и состояний. Однако и те, и другие только подразумевают, но не рассматривают личность в ее целостности, неповторимости, обусловленной индивидуальной жизненной историей. Таким образом, из фокуса исследовательского внимания упускается принципиально важный момент, касающийся процессуальной перестройки смысловых основы человека и его переживаний. А ведь внезапная тяжёлая болезнь или травма, приводящая к инвалидности, обуславливает качественное преобразование сознания [7], где многое зависит от того, как он (с учетом прошлого опыта и актуального социального контекста) примет, кодирует и декодирует это новое, пока неопределенное для себя состояние: воспримет ли оно его как угрозу своему благополучию или как средство для личностного роста.

Поэтому для нас важно, чтобы понять и попытаться описать, как именно человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата воспринимает окружающий мир и свою жизнь с инвалидностью в нем, 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 [9, с. 110–111]. Именно на этом основании, двигаясь в русле полупрожективного аспекта (ориентированного на «схватывание» целостности душевного мира человека), 27 участникам эксперимента было предложено рассказать свои автобиографические истории³. 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 резуль-

³ С этой целью нами в исследовании использовалось биографическое нарративное интервью, предложенное в 90-е годы немецкой исследовательницей Г.Розенталь [9]. Оно способствовало открытию внутреннего мира опыта инвалида, экспликации его субъективных смыслов и переживаний, опосредованных экономическим, культурно-историческим контекстами, особенностями индивидуально-психософического развития и т.д.

тате 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 учетом всех паралингвистических особенностей респондентов [2]. Каждое интервью проводилось индивидуально и длилось от получаса до двух с половиной часов, не включая предварительной и заключительной беседы. Все зависело от состояния повествующего и его желания участвовать в эксперименте. Для раскрытия основных ресурсов информатора в исследовательской ситуации было предусмотрено три последовательных шага:

1. В самом начале интервьюируемому 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 не ограничено. Когда почувствуете, что уже все, что хотели, рассказали, то дайте об этом знать. Сначала я буду слушать, и делать некоторые 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 эмпатическому слушанию, поддержке и использованием невербальных или паралингвистических выражений, подтверждающих интерес и внимание.

2. Во второй части интервью — «периоде вопрошания» — интервьюер, с учетом хронологии перечисленных событий, побуждал рассказчика к дополнительным нарративным вопросам к более детально разработанным отдельным темам. В дополнение интервьюер спрашивал о прерванных линиях рассказа, о некоторых предполагаемых, вскользь упомянутых фактах или вообще незатронутых важных аспектах жизнедеятельности.

3. На заключительно 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 текстовый анализ полноты;
- 3) Реконструкцию структуры случая;
- 4) Детальный анализ отдельных фрагментов текста;
- 5) Контрастирование рассказанной и пережитой жизненной истории [9, с. 208–228].

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, разносторонность которых обуславливается направленностью человеческого функционирования (в пределах дихотомии — психологическое благополучие/неблагополучие [10; 11]) и степенью ее реализации. Определение этого в исследовании осуществлялось на основании тщательного изучения форм и содержаний повествований, а также избранных рассказчиками способов для оформления своих лингвистических репрезентаций. Сообщим обо всем 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. По 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 предъявляя их в определенной последовательности. Психологически неблагополучные также 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 происхо-

дящего. 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 актуальным положением. Исходя из нозмы⁴ в процессе повествования, травматические события 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 смещениях). 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 приводить свою жизнь в консистентную связь, по преимуществу упорядочивая события в соответствии с хронологией пережитого. Удерживая поле рассказа обе коммуникативные фигуры — инвалида и неинвалида — 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 рассказанной истории гораздо больший временной интервал, чем другие значимые для них события (учеба, работа, свадь-

⁴ Нозма (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.

ба, рождение детей и т.д.). Психологически неблагополучные инвалиды, как и психологически благополучные, также удерживали в тематическом поле рассказа обе коммуникативные фигуры, идентифицируясь при этом с людьми из сообщества с ограниченными возможностями здоровья, при любом удобном случае противопоставляя себя «норме». Двигаясь в теме «моя инвалидность» они представляли свою жизнь фрагментарно, как разделенную на части, где не сохранялась хронология биографического течения, а создавалась видимость темпоральной гомологии пережитой жизненной истории, то есть избранные ими тематические переживания рассказывались так, как будто они следовали друг за другом и были обусловлены этой последовательностью.

При этом издержки рассказанных историй психологически благополучных и неблагополучных лиц с ограниченными возможностями в передыжке было установлено, что инвалидность существует как сознание как создающая полимодальную направленность конструкции, одновременно объединяющая в себе *состояние здоровья, видимость, физический недостаток, принадлежность к социальной группе, материальное положение*. Каждый из перечисленных аспектов которого 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 [4]) 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 и 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 тревоги ощущали темы, касающиеся состояния здоровья, материального и семейного положения. Они переживали за возможное ухудшение самочувствия, за обустройство жилищных условий, финансовое благополучие, которое большей частью из них было определено как низкое в виду отсутствия постоянной трудовой занятости, за свою компетентность в семейных отношениях, поддержку ее членов. Для зрелых инвалидов (старше 55 лет) оказалось характерным переживание психологического одиночества: не взирая 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, комплекса неполноценности. 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: «убеждение», «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», «презильная концентрация на проблеме недуга», «самобичевание», «снижение самооценки». Среди эмоциональных чаще используются: «отчаяние», «одиночество», «агрессия», «обида». В меньшей степени они прибегают к поведенческим механизмам совладания, среди которых возможны: «изоляция», «отход 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 конструктивными (эмоциональной, когнитивной, поведенческой) и их угнетающий 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 травматизации?

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 [1] значимых других. Им проще тематизировать себя как «нормальных», если другие люди не замечают в них физических недостатков и общаются с ними на равных, без выражения сочувствия и жалости. Можно предположить, что интеграция их «Я-концепции» после приобретения травмы отчасти определяется непрерывностью накопленного социально-многоголосого опыта, а отчасти тем, как сами сумеют интегрировать систему взглядов о своей инвалидности, выходя за пределы точек зрения всех групп, в которые они были включены. Поэтому для понимания проблемы детерминации направленности человеческого функционирования в условиях хронической инвалидизации вопрос был поставлен следующим образом: как именно используются имеющиеся в распоряжении у человека с ограниченными возможностями в передвижении личностные и средовые ресурсы [3]? Оказалось, что направленность на позитивное функционирование и степень ее 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, так как 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 конфигурации шести компонентов структуры их психологического благополучия: активное задействование в до- и посттравматический пе-

риод 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 в виду 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 неадекватными наличным обстоятельствам механизмами 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 взаимовыгоды и взаимопомощи. В сложных жизненных ситуациях рассчитывают 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», то есть как к данности, которую надо принять и пережить. Условно интегрируют травматическое событие в свой жизненный путь, который интерпретируется как целостный, где настоящее вытекает из пережитого в прошлом и обращено 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» ее 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 некоторые итоги, можно отметить, что инвалидность как биографическое событие, как переломный пункт в жизненной истории воспринимается неоднозначно и вызывает разные человеческие реакции, направленность которых определяется совокупностью сложившихся социальных условий и индивидуально выработанными в ситуации coping-стратегиями, так или иначе преобразовывающими их. Если это понимание установок на использование средовых и/или личностных ресурсов в случае утраты физического здоровья дает 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.

Литература

1. Альбуханова-Славская К.А., Гордиенко Е.В. Представления личности об отношении к ней значимых других // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 5. С. 38–47.
2. Журавлев В.Ф. Нарративное интервью в биографических исследованиях // Социология: 4М. 1994. С. 34–43.
3. Муздыбаев К. Стратегии совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии [Электронный ресурс]. 1998. Т. 1. № 2. <http://www.soc.pu.ru/publications/jssa/1998/2/8musdyb.html>. Дата доступа: 12.05.2010.
4. Слободчиков В.И., Исаев П.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе. — М.: Школьная Пресса, 2000. 101 с.

5. Травма: пункты. Сборник статей // Библиотека журнала «Неприкосновенный Запас» / Сост. С.Ушакин, Е.Трубина. — М.: Новое литературное обозрение, 2009. 936 с.

6. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: дис. ... канд. психологических наук: 19.00.01. — М., 2005. 206 с.

7. Философия здоровья: сб. науч. ст. / Рос. акад. наук, Ин-т философии; редкол.: А.Т.Шаталов (отв. ред.) [и др.]. — М.: ИФ РАН, 2001. 240 с.

8. Engelhardt D. Health and Disease: 1. History of the Concepts // Encyclopedia of Bioethics / Ed. by W.Th.Reich. — NY, 1995. Vol. 2. P. 1085—1092.

9. Rosenthal G. Erlebte und erzählte Geschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. — Frankfurt/Main; NY: Campus, 1995. 240 p.

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

11. Ryff C.D. Psychological Well-Being // Encyclopedia of Gerontology. 1996. Vol. 2. P. 365—369.

Viartynskaya L.A. Psychological well-being of moving physically challenged persons

This article represents completed experiment of qualitative research that has been done on evaluation material of biographical interviews of physically challenged persons. Explicitly in this theme presented interest consists of two respondent categories in comparative description: «psychologically well» and «psychologically not well». They pay special attention to their reaction mechanism and focus of maintenance in past-trauma conditions, searching of sources to a condition of difference of interaction between results and situation. They suppose the received knowledge will promote work of expert-psychologist (as a theory of low level) that offers orientation to giving a hand to physically challenged persons in difficult situation.

Keywords: trauma, psychological well-being, narrative.

Ковалевич И.В.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖИЗНЕННОГО МИРА СТАРЕЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА

В статье рассматриваются современные тенденции развития феноменологической проблематики в отечественной и зарубежной психологии. На основании теоретического анализа и полученных эмпирических данных обосновывается целесообразность применения качественной методологии для изучения жизненного мира пожилых людей. Описываются исследовательские возможности феноменологического метода. В качестве примера феноменологического исследования приводится анализ одного интервью со стареющим человеком.

Ключевые слова: геронтология, качественное исследование, феноменологический метод, переживание, жизненный мир, структурное описание переживания.

Выбирая для изучения контингент стареющих людей, исследователь-геронтолог понимает практическую значимость и актуальность такого исследования. Вместе с тем, выбирая область изучения и очерчивая предмет исследования, он попадает под власть существующих стереотипов, обусловленных обыденным, академическим, художественным, административным и др. дискурсом. Логическим продолжением исследовательских рассуждений является начало полевой работы по изучению:

— психологического благополучия (объективные — функциональные способности и психический статус — и субъективные показатели здоровья — число болезней, количество принимаемых лекарств, уровень удовлетворенности здоровьем, жизнью вообще);

— адаптации к возрасту (приобретение мудрости; принятие прошлой жизни; принятие новых социальных ролей; нахождение новых смыслов или уход в эгоистическую стагнацию, психологическую экзистенциальную и другие проявления феномена);

— одиночества (первый и основной стереотип при обращении к темам старости и старения).

Не утверждая, что спектр затронутых проблем заканчивается подобным списком, отметим, что именно такие работы чаще всего встре-

Ковалевич Ирина Васильевна — магистр гуманитарных наук, преподаватель кафедры психологии Брестского государственного университета им. А.С.Пушкина.