

*На правах рукописи*  
*УДК: 159.9:61*

**Василенко Татьяна Дмитриевна**

**ТЕЛЕСНОСТЬ И СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА  
ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология (психологические науки)

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора психологических наук

Санкт-Петербург  
2012



## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Необходимость и важность исследования телесности человека не вызывает сомнений; вместе с тем, идея психосоматического единства остается в психологии декларируемой, телесность остается для психологии чуждым понятием, на это указывают А.Ш. Тхостов, В.В. Николаева, Г.А. Арина. Целостное понимание человека в нераздельном функционировании тела и психики позволит реализовать лично ориентированный подход, повысит качество медицинской помощи.

Результаты исследований проблемы телесности в отечественной клинической психологии привели к формированию теоретико-методологических основ психологии телесности (Тхостов А.Ш., Николаева В.В., Арина Г.А., Бескова Д.А., Леви Т.С.), выявлены внутренняя психологическая структура и содержание телесности (Бескова Д.А., Рупчев Г.Е.), телесность рассмотрена как результат социокультурного означения (Тхостов А.Ш., Николаева В.В.) и опосредования смыслом (Зинченко В.П.). Широкий круг исследований посвящен различным феноменам внешней телесности (Дорожевец А.Н., Мотовилин О.Г., Соколова Е.Т., Бескова Д.А.).

В клинической психологии отсутствует однозначное понимание телесности; имеет место множественное толкование термина «телесность»: означенный опыт интрацептивных ощущений (Тхостов А.Ш.); смысловая копия телесного опыта (Лаврова О.В.); телесный опыт (Рупчев Г.Е.); компонент самосознания, Я-телесное, образ Я, граница Я (Соколова Е.Т., Бескова Д.А.); живое движение, обеспечивающее рефлексивное выделение моментов Я (Зинченко В.П.); культурно-исторический феномен, соотносимый по закономерностям развития и функционирования с высшей психической функцией, как результат онтогенетического психосоматического развития и социализации (Николаева В.В., Арина Г.А., Леви Т.С.); условие интеграции субъекта с миром (Лаврова О.В.); основа идентичности (Ребеко Т.А., Levine M.P., Piran N.).

Клинико-психологический анализ телесности предполагает обращение не только к выявлению закономерностей осознания телесного опыта, но и к пониманию его в контексте целостной жизни человека. На необходимость анализа смысловых аспектов телесного опыта, связи его с субъективной картиной жизненного пути личности, указывают J. Brandtstädter, В.В. Николаева, О.Г. Мотовилин, В.Е. Каган, С.А. Кулаков. Ситуация болезни (как и другого телесного опыта) выступает как жизненная ситуация, телесный опыт болезни переживается личностью в контексте всего жизненного пути; при этом взаимосвязь телесного и психического дополняется более сложными процессами, связанными не только с биопсихосоциальным или биопсихосоциодуховным подходами, но помещается в систему отношений личности к собственной жизни и оказывается связанной со смыслом жизни.

Современные исследования личности человека, находящегося в ситуации хронического соматического заболевания, в области клинической психологии

касаются, в основном, вопросов отношения к болезни (Соколова Е.Т., Николаева В.В., Гнездилов А.В., Тхостов А.Ш.); предпринимаются попытки комплексного подхода к ситуации заболевания (Бауман У., Перре М., Коржова Е.Ю., Бовина И.Б.), но назрела необходимость рассмотрения телесного опыта (здоровья, болезни и др.) в контексте целостного жизненного пути личности, что позволит не только продвинуть понимание закономерностей индивидуального реагирования на телесный опыт, но будет способствовать разработке индивидуальных программ психологического сопровождения человека в сложной жизненной ситуации.

Здоровье и болезнь представляют собой крайние точки континуума, между которыми располагается разнообразие телесного опыта человека (примером такого телесного опыта в нашем исследовании выступает беременность). Несмотря на предпринимающиеся в клинической психологии попытки дифференциации переживания различных ситуаций соматической патологии (Соколова Е.Т., Николаева В.В., Тхостов А.Ш. и др.), активное исследование телесного опыта беременности и психологии материнства (Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Овчарова Р.В.), остаются не исследованными процесс переживания и осмысления телесного опыта здоровья, хронического соматического заболевания, первой беременности в контексте жизненного пути личности, а также процессы интеграции различного телесного опыта в субъективную картину жизненного пути личности.

Таким образом, актуальность темы исследования определяется противоречием между высокой значимостью проблемы взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности и ее недостаточной исследованностью в современной медицинской психологии; противоречием между значимостью целостного анализа разнообразного внутреннего телесного опыта человека, связанного со здоровьем, хроническим соматическим заболеванием, переживанием беременности, в контексте жизненного пути личности и недостаточной представленностью подобных исследований в современной клинической психологии; противоречием между значимостью повышения адаптационных ресурсов личности при переживании телесного опыта и недостаточностью исследований факторов дезадаптивного реагирования на телесный опыт и трансформации субъективной картины жизненного пути. Все это свидетельствует об актуальности разработки единой комплексной концепции телесности, которая должна базироваться на биопсихосоциальном подходе к личности как носителю телесного опыта и психосоматического единства, что способствовало бы более тонкому дифференцированию процессов соматизации при различных заболеваниях, а также позволило бы продвинуться в разработке клинико-психологических принципов поддержания, сохранения и восстановления здоровья.

**Общая цель исследования** – разработка новой клинико-психологической концепции телесности, основанной на теоретико-методологических основаниях анализа телесности во взаимосвязи с субъективной картиной жизненного пути

личности, проведение комплексного эмпирического исследования процессов телесности в структуре субъективной картины жизненного пути личности, факторов преодоления состояний дезадаптации, возникающих под влиянием телесного опыта.

**Задачи** исследования:

1. Провести теоретико-методологический анализ различных направлений исследований телесности в клинической психологии.

2. Разработать методологические основания и обосновать психологическую сущность взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности, ее значение для клинической психологии.

3. Исследовать психологические закономерности переживания, осмысления различного телесного опыта и интеграции его в субъективную картину жизненного пути личности.

4. Разработать многоуровневую модель взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути, выявить факторы дезадаптивной взаимосвязи.

5. Исследовать закономерности взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности в ситуации хронической соматической патологии (на примере гастроэнтерологических, кардиологических, онкологических, гинекологических заболеваний, бесплодия у женщин) в сравнении со здоровьем.

6. Исследовать закономерности взаимосвязи переживания телесного опыта первой беременности в контексте жизненного пути и структуры субъективной картины жизненного пути личности в зависимости от возраста, срока беременности, принятия материнской роли, опыта лечения нарушений репродуктивной функции (бесплодия и невынашивания).

7. Разработать новую версию психодиагностической методики «Линия жизни» и провести культурную адаптацию методик «Базовые потребности» и «Жизненные стремления» Э. Деси и Р. Райана.

**Объект исследования** – телесность в контексте жизненного пути личности.

**Предмет исследования** – взаимосвязь телесности и субъективной картины жизненного пути личности.

**Основная гипотеза:** телесность как процесс переживания и осмысления телесного опыта в контексте жизненного пути личности, интегрируясь в субъективную картину жизненного пути, может приводить к ее трансформациям, что выразится во временной ориентации на прошлое, сужении и разбалансированности временной перспективы, негативной оценке настоящего, негативных временных установках, снижении событийной насыщенности субъективной картины жизненного пути, преобладании в ней негативных событий и ощущения смысловой опустошенности, которые будут свидетельствовать о снижении адапционных ресурсов личности и сопровождаться изменениями в идентичности (кризис, смешение ролей),

жизнестойкости (снижение), рефлексивных процессах (снижение или усиление) и локусе каузальности (снижение самодетерминированности).

**Эмпирическая база исследования.** Исследование проводилось с 2000 по 2011 год, всего в исследовании приняло участие 2508 испытуемых, от 16 до 73 лет, которые распределились на группы, в зависимости от конкретных эмпирических или психодиагностических исследований. Участники эмпирических исследований (N – 1291) разделились на следующие группы: здоровые испытуемые, мужчины и женщины (288 человек) составляли в различных эмпирических исследованиях группы сравнения, а также выступали как участники самостоятельных эмпирических исследований; мужчины и женщины, находящиеся в ситуации хронического соматического заболевания - гастроэнтерологического (N – 123) и кардиологического (N – 130); женщины с онкологической патологией гинекологической локализации (N – 40); женщины, находящиеся в ситуации гинекологического заболевания (N – 50); нормально беременные женщины (487 человек), выступавшие в одних исследованиях в качестве группы сравнения, а в других как участники самостоятельного исследования; женщины, страдающие бесплодием (80 человек); беременные женщины, лечившиеся от бесплодия (24 человека); беременные женщины, имеющие опыт невынашивания беременности (69 человек). Участники психодиагностических исследований (N – 1217) разделились на следующие группы: здоровые испытуемые, мужчины и женщины, принявшие участие в исследовании, направленном на создание авторской версии методики «Линия жизни» (401 человек); здоровые испытуемые, мужчины и женщины, студенты Курского государственного медицинского университета, принявшие участие в адаптации методик «Жизненные стремления» (416 человек) и «Базовые потребности» (400 человек).

Исследования проводились на следующих базах города Курска: лаборатория экспериментальной психологии кафедры общей и клинической психологии, психологический Центр Курского государственного медицинского университета; МУЗ городские больницы №2, №3, №6, МУЗ «Городская клиническая больница №4», МУЗ «Городской клинический перинатальный центр», ГУЗ «Курский областной онкологический диспансер», ОБУЗ «Областной перинатальный центр».

В диссертации представлены материалы 7 эмпирических исследований:

1. Исследование взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания на примере заболеваний гастроэнтерологического и кардиологического профилей: оценивалась роль факторов принятия роли больного, жизнестойкости, рефлексивных процессов, локуса каузальности во взаимосвязи телесности и временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности.

2. Исследование взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности в ситуации онкологического заболевания

гинекологического профиля и при гинекологическом заболевании – изучены различные аспекты взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности, роль факторов ее трансформации (локус каузальности, особенности персональной идентичности, рефлексивные процессы) в снижении адаптационных возможностей личности.

3. Исследование взаимосвязи телесного опыта бесплодия и субъективной картины жизненного пути личности – изучены смысловые и временные аспекты субъективной картины жизненного пути личности и факторы дезадаптации женщин, страдающих бесплодием.

4. Исследование взаимосвязи переживания телесного опыта первой беременности в контексте жизненного пути беременной женщины и структуры субъективной картины жизненного пути – в исследовании рассмотрен процесс принятия материнской роли и структура субъективной картины жизненного пути у нормально беременных женщин на различных сроках первой беременности.

5. Исследование взаимосвязи типа переживания первой беременности и структуры субъективной картины жизненного пути личности в процессе принятия социальной роли матери – изучена роль различных типов переживания телесного опыта беременности на поздних сроках (адекватный, тревожный и игнорирующий) в адаптивной интеграции телесного опыта в субъективную картину жизненного пути при беременности.

6. Исследование взаимосвязи субъективной картины жизненного пути личности и телесного опыта беременности в ситуации восстановления репродуктивной функции – изучены временные и смысловые аспекты субъективной картины жизненного пути личности беременных женщин с опытом лечения от бесплодия и возможности преодоления заболевания.

7. Исследование взаимосвязи телесного опыта деформации репродуктивной функции (на примере опыта невынашивания беременности) и субъективной картины жизненного пути личности – исследовались временные и смысловые аспекты субъективной картины жизненного пути, факторы ее трансформации у беременных женщин с опытом невынашивания и преодоление дезадаптивных реакций при беременности.

**Теоретико-методологическую основу** исследования составили биопсихосоциальный подход к психосоматическому единству (Энгель Дж., Перре М.), разработки отечественных ученых о внутренней картине болезни, здоровья, беременности, отношении к болезни и о влиянии соматических заболеваний на личность человека (Мясищев В.Н., Лурия Р.А., Николаева В.В., Карвасарский Б.Д., Вассерман Л.И., Тхостов А.Ш., Соколова Е.Т., Ананьев В.А. и др.), положения психологии телесности (Тхостов А.Ш., Николаева В.В.), психологии материнства и патологии беременности (Филиппова Г.Г., Мещерякова С.Ю., Брутман В.И., Хамитова И.Ю.), психологии отношений (Мясищев В.Н.), психологии смысла (Франкл В.Э., Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Леонтьев Д.А.), субъектно-деятельностный подход (Рубинштейн С.Л., Ананьев

Б.Г., Брушлинский А.В., Леонтьев А.Н.), подход к личности как субъекту жизни (Ананьев Б.Г., Рубинштейн С.Л., Абульханова-Славская К.А., Брушлинский А.В., Знаков В.В., Коржова Е.Ю., Бурлачук Л.Ф., Лэнгле А.), психология рассмотрения личности в контексте социальной ситуации развития (Выготский Л.С., Аргайл М.), психология переживания (Василюк Ф.Е.), теории идентичности личности (Эриксон Э., Маркус Х., Андреева Г.М., Белинская Е.П., Иванова Н.Л.), рефлексивных процессов (Карпов А.В.), временной перспективы (Левин К., Нюттен Ж., Зимбардо Ф.).

**Методическое обеспечение исследования** включает в себя: структурированное интервью, архивные методы, психодиагностические и проективные методики, используемые для исследования: процессов телесности (тест «Саморефлексия телесного потенциала» В.А. Ложкина, Ю.Р. Рождественского; цветовой тест М. Люшера в адаптации Л.Н. Собчик; цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда; шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко; методика «Фигуры» Г.Г. Филипповой); временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности (опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе в адаптации А. Сырцовой; Шкала временных установок Ж. Нюттена и У. Ленса; методика «Линия жизни» в авторской интерпретации; тест «Смыслжизненные ориентации» Д.А. Леонтьева); рефлексивных процессов (тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова); личностных аспектов идентичности (методика «Кто я?» М. Куна, Т. Макпартленда; метод диагностики межличностных отношений Т. Лири в адаптации Л.Н. Собчик; опросник «Удовлетворенность браком» В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко; методика «Эгоцентрические ассоциации» Т.А. Пашуковой; «Шкала социальных стрессов» Т.Х. Холмса и Р.Х. Раге; опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина; самоактуализационный тест Э. Шострома); локуса каузальности и процессов самодетерминации (тест «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина; тест «Жизненные стремления» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина; тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой); жизнестойкости (тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева).

Также нами было проведено три психодиагностических исследования, направленных на адаптацию и создание авторских версий методик: создание авторской версии проективной методики «Линия жизни», культурная адаптация психодиагностических методик Э. Деси и Р. Райана «Жизненные стремления» и «Базовые потребности».

Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики (анализ средних тенденций - моды, медианы и среднее, изменчивость признака - размах, стандартное отклонение); сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна-Уитни, H Крускалла-Уоллеса, T Вилкоксона,  $\chi^2$  Пирсона и  $\phi^*$  Фишера); корреляционный анализ R Спирмена; анализ надежности элемента  $\alpha$  Кронбаха, факторный анализ. Все



расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0. для Windows.

**Научная новизна** исследования:

1. Разработана новая концепция телесности, основанная на методологии биопсихосоциального подхода и психосоматического единства в клинической психологии.

2. Впервые в клинической психологии выделены и описаны закономерности процессов переживания и осмысления телесного опыта (как жизненной ситуации) в контексте целостного жизненного пути личности, интеграция телесного опыта (как жизненного события) в субъективную картину жизненного пути личности.

3. Разработаны модели внутреннего телесного опыта как сложной жизненной ситуации при хроническом соматическом заболевании и при беременности.

4. Теоретически обоснована и раскрыта сущность взаимодействия личности и сложной жизненной ситуации при различном телесном опыте, выделены процессы переживания, понимания, осмысления телесного опыта в контексте жизненного пути.

5. Разработана многоуровневая модель взаимосвязи телесного опыта и субъективной картины жизненного пути личности, с выделением факторов, определяющих характер адаптивного и дезадаптивного осмысления телесного опыта (идентичность, жизнестойкость, рефлексивность, локус каузальности).

6. Впервые в клинической психологии исследованы психологические закономерности переживания, осмысления телесного опыта в контексте жизненного пути и интеграции его в субъективную картину жизненного пути личности на моделях здоровья, соматической патологии (гастроэнтерологические, кардиологические, онкологические, гинекологические заболевания, бесплодие у женщин), первой беременности (на различных сроках, в зависимости от возраста, принятия роли матери, опыта лечения от бесплодия и невынашивания).

7. Разработана и апробирована новая версия методики «Линия жизни».

8. Проведена культурная адаптация опросников «Жизненные стремления» и «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана.

**Теоретическая значимость** заключается в разработке нового научного направления в медицинской психологии - концепции телесности, основанной на выявлении закономерностей переживания и осмысления телесного опыта целостной личностью в контексте жизненного пути, интеграции его в субъективную картину жизненного пути; рассмотрении психологических проблем телесности в связи с адаптацией личности к хроническому соматическому заболеванию и иному телесному опыту, соответствующих современной биопсихосоциальной концепции болезни и здоровья.

Результаты исследования позволяют дополнить представления о телесности как сложном многоуровневом процессе, объясняющем закономерности течения и преодоления различных заболеваний, возможности повышения адаптационных ресурсов личности в жизненной ситуации, связанной с различным телесным опытом.

Выявленные факторы дезадаптивного реагирования на телесный опыт (снижение жизнестойкости, блокирование или чрезмерная выраженность рефлексивности, снижение самодетерминированности и изменение локуса каузальности, а также кризисных процессов идентичности) дополняют представление о влиянии заболевания (беременности) на личность. Выявлены общие для любого телесного опыта закономерности его переживания и осмысления, влияния на эти процессы контекста жизненного пути, а также специфичные для хронических соматических заболеваний и беременности закономерности и факторы, снижающие возможности преодоления и адаптационные ресурсы личности.

На основании проведенного исследования разработаны авторские курсы для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», которые внедрены в педагогический процесс на факультете клинической психологии, а также на факультете последипломного образования Курского государственного медицинского университета в рамках проведения циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации психологов и врачей.

**Практическая значимость** исследования для клинической психологии связана с разработкой принципов клинико-психологического сопровождения личности с различным телесным опытом. Данные, полученные в настоящем исследовании, имеют значение для разработки индивидуальных программ психологического сопровождения больных, беременных, ожидающих первого ребенка. Автор диссертации осуществляет методическое руководство процессами психологического сопровождения соматических больных различной нозологии, беременных в учреждениях муниципального здравоохранения г. Курска, начиная с 2004 г. является куратором программ сохранения и укрепления здоровья, основанных на психологических факторах телесности, при городском Комитете здравоохранения.

Результаты исследования могут быть использованы в психотерапевтической, консультационной, просветительской деятельности, а также в педагогическом процессе как для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», так и для медицинских психологов, психотерапевтов и врачей в рамках повышения квалификации.

Разработана новая версия проективной методики «Линия жизни», а также проведена культурная адаптация психодиагностических методик Э. Деси и Р. Райана «Жизненные стремления» и «Базовые потребности». Представленный комплекс клинико-психологических и психодиагностических методик может быть использован в работе медицинского психолога в общесоматической,

онкологической клиниках, а также в перинатальных центрах и женских консультациях.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** обеспечивалась путем четкого соответствия теоретических и методологических построений конкретным исследовательским задачам и методам, использования комплекса валидных психодиагностических методов, содержательным анализом результатов, полученных на репрезентативной выборке испытуемых и применением надежных методов статистического анализа данных.

**Внедрение полученных результатов.** На основании проведенного исследования были разработаны авторские курсы для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», по дисциплинам «Методологические проблемы клинической психологии», «Психология телесности», «Психология личности», «Психологическое сопровождение лечебного процесса», которые внедрены в педагогический процесс на факультете клинической психологии и по курсу профессиональной переподготовки «Клиническая психология» на факультете последипломного образования Курского государственного медицинского университета.

Результаты проведенного исследования внедрены в практику работы психологического Центра Курского государственного медицинского университета; МУЗ «Городская больница №3», МУЗ «Городская клиническая больница №4», МУЗ «Городская больница №6», МУЗ «Городской клинический перинатальный центр», ОБУЗ «Областной перинатальный центр», Комитет здравоохранения г. Курска.

**Апробация работы.** Основные положения и результаты работы были представлены на I Международном конгрессе «Психосоматическая медицина 2006» (Санкт-Петербург, 2006), на научной конференции с международным участием "Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины" (Санкт-Петербург, 2006 г.), на международной конференции «Каузометрия в исследованиях психологического времени и жизненного пути личности: прошлое, настоящее, будущее» (Украина, Киев, 2008 г.), на международных научно-практических конференциях «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург, 2010 г.), «Психология эффективного родительства» (Курск, 2011), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Управление инновационными процессами обеспечения качества обучения и воспитания в условиях медицинского вуза» (Курск, 2008 г.), «Малая группа как объект и субъект психологического влияния» (Курск, 2011 г.), «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход» (Курск, 2011 г.), на II и III Всероссийских научных конференциях «Психология индивидуальности» (Москва, 2008 и 2010 гг.), на Всероссийских научно-практических конференциях «Клинико-психологические проблемы современного общества» (Курск, 2009 г.), «Психологическое сопровождение лечебного процесса» (Курск, 2010 г.), «Актуальные проблемы теоретической и прикладной

психологии: традиции и перспективы» (Ярославль, 2011 г.), на VI Всероссийской научно-практической конференции «Психология образования: социокультурный ресурс Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа»» (Москва, 2010 г.), на межрегиональной научно-практической конференции «Реальная профилактика как основа современного практического здравоохранения» (Курск, 2010 г.), на региональной научно-практической конференции «Психология здоровья семьи» (Курск, 2008 г.), на городских научно-практических конференциях «Психология материнства и детства» (Курск, 2008 г.), «Здоровье женщины как залог здоровья нации» (Курск, 2009 г.), «Школьный мир и здоровье ребенка» (Курск, 2010 г.), «Перинатальная психология и здоровье ребенка» (Курск, 2011), на областной научно-практической конференции «Психическое здоровье: полисистемный подход» (Курск, 2009 г.), на научных сессиях Курского государственного медицинского университета и отделения медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН (2002, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 гг.).

Основное содержание работы отражено в 90 публикациях, в том числе в 2 монографиях, 11 учебных пособиях, 12 научных статьях в реферируемых журналах, рекомендованных для публикации основных положений диссертаций для соискателей степени доктора психологических наук.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Телесность человека в содержательном аспекте представляет собой осознанное психическое образование, объектами которого выступают разнообразные телесные процессы (процессы функционирования организма, распознанные сознанием человека), составляющие телесный опыт человека; в процессуальном аспекте телесность помимо нозогнозии как познания телесного опыта и означения включает осмысление телесного опыта (как жизненной ситуации) в контексте целостного жизненного пути личности, формирование отношения личности к нему, интеграцию телесного опыта (как жизненного события) в субъективную картину жизненного пути личности.

2. Телесный опыт представляет собой опыт жизни целостной личности; согласно биопсихосоциальному подходу личность как носитель психосоматического единства переживает и осмысливает телесный опыт как жизненную ситуацию и интегрирует его в субъективную картину жизненного пути. Взаимодействие личности и сложной жизненной ситуации, связанной с телесным опытом, включает в себя процессы переживания, понимания, осмысления ситуации в контексте целостного жизненного пути, в результате чего формируется новое отношение в единстве эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов, выражающее внутреннюю позицию личности, или позицию по отношению к жизни.

3. Процесс интеграции телесного опыта в субъективную картину жизненного пути является специфичным для различного телесного опыта. На переживание и интеграцию опыта хронического соматического заболевания в

субъективную картину жизненного пути личности влияют тяжесть, длительность заболевания, связанные с заболеванием социальные стереотипы, профессиональные, социальные ограничения и изменения социального взаимодействия, уровень социального стресса, возраст, которые определяют переживание и осмысление телесного опыта в контексте жизненного пути и его интеграцию. В жизненной ситуации телесного опыта первой беременности определяющее значение имеют эмоциональные и смысловые компоненты переживания беременности, контекст жизненного пути (неразрешенные проблемами в родительской и собственной семье) и формирование материнской идентичности.

4. Интеграция телесного опыта в субъективную картину жизненного пути личности может носить дезадаптивный характер и приводить к трансформации временных и смысловых аспектов структуры субъективной картины жизненного пути (временных ориентаций, временной перспективы, временных установок, оценки настоящего, событийной насыщенности и осмысленности жизни). Факторами дезадаптивного реагирования на телесный опыт являются: кризис идентичности личности, связанный с ролевым смещением, снижение или чрезмерная выраженность рефлексивных процессов, снижение жизнестойкости и самодетерминированности.

5. Телесный опыт хронического соматического заболевания (гастроэнтерологические, кардиологические, онкологические, гинекологические заболевания, бесплодие у женщин) вызывает снижение событийной насыщенности и осмысленности жизни, разбалансированность и сужение временной перспективы, негативные оценки прошлого, настоящего и будущего. Дезадаптивная взаимосвязь телесности и субъективной картины жизненного пути личности обусловлена блокированием рефлексивных процессов, изменением системы ролей и кризисом идентичности, снижением жизнестойкости и процессов самодетерминации. Степень трансформации субъективной картины жизненного пути и интенсивность дезадаптивных процессов усугубляется в связи с длительностью (более 5 лет), тяжестью заболевания (наиболее выражена при онкологической, в минимальной степени – при гинекологической патологии), возрастом (период кризиса середины жизни).

6. Интеграция телесного опыта первой беременности в субъективную картину жизненного пути личности сопровождается трансформацией структуры субъективной картины жизненного пути и дезадаптивными процессами в случае игнорирующего типа переживания беременности (непринятия материнской роли), наличия опыта лечения от бесплодия и невынашивания, и связана с кризисом идентичности, блокированием или чрезмерной выраженностью рефлексивных процессов.

7. Методики «Линия жизни» (в авторской интерпретации), адаптированные опросники «Базовые потребности» и «Жизненные стремления»

Э. Деси и Р. Райна могут быть использованы для исследования процессов телесности.

**Структура диссертации.** Работа изложена на 394 страницах, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы из 577 наименований (в том числе 91 на иностранных языках) и 3 приложений. Работа содержит 34 таблицы, иллюстрирована 36 рисунками.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Введение** содержит актуальность, объект, предмет, цель, задачи и гипотезы диссертационной работы, дана характеристика обследованных групп, раскрыты теоретико-методологические основания диссертационного исследования, показаны научная новизна и практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту.

**Часть 1 работы «Теоретические и методологические аспекты изучения телесности и субъективной картины жизненного пути личности»** состоит из трех глав.

**В первой главе «Психология телесности: биопсихосоциальный подход»** рассматриваются теоретические и методологические аспекты исследования телесности в клинической психологии.

**В первом параграфе первой главы «Понятие телесности в клинической психологии»** подчеркивается необходимость исследования телесности человека для развития теории и практики клинической психологии. Рассмотрены теоретические проблемы и методологические принципы исследования телесности в клинической психологии (Николаева В.В., Арина А.Г., Тхостов А.Ш.). Представлен анализ исследований телесности в клинической психологии как детерминанты самопроектирования и жизненного самоопределения личности (Рождественский А.Ю.), как результат социокультурного означения (Тхостов А.Ш., Журавлев И.В.) и опосредования смыслом (Зинченко В.П.).

Показаны неоднозначность термина «телесность» в клинической психологии, различие в подходах к определению содержания данного понятия (А.Ш. Тхостов, О.В. Лаврова, Г.Е. Рупчев, Е.Т. Соколова, Д.А. Бескова, В.П. Зинченко, В. Николаева, Г.А. Арина, Т.С. Леви, Т.А. Ребеко, М.Р. Levine, N. Piran).

Выделены основные методологические проблемы исследования телесности в клинической психологии, связанные с традиционным определением предметной области клинической психологии (телесность в связи с этим оказывалась за границами предмета); дихотомическим подходом к рассмотрению телесного опыта (телесный опыт, не соответствующий состоянию здоровья и болезни, не исследовался); рассмотрением телесности с позиции психосоматического единства (при этом происходит вытеснение личности как носителя этого единства). Обосновывается необходимость

реализации биопсихосоциального подхода, распространение мультимодальной и мультифакториальной концепций болезни и здоровья в клинической психологии, которые обеспечат рассмотрение функционирования личности в контексте целостной ее жизни в ситуациях, связанных с различным телесным опытом, а также комплексный анализ феноменов телесности не только в состоянии соматической патологии, но и в состоянии здоровья и в особых «нормальных» состояниях, таких как беременность.

**Во втором параграфе первой главы «Психология телесности: биопсихосоциальный подход»** представлен анализ телесности в единстве соматического, психологического и социального аспектов (Бауман У., Перре М., Карвасарский Б.Д., Тхостов А.Ш., Николаева В.В., Кулаков С.А., Бескова Д.А., Быховская И.Б., Леви Т.С.), обоснована целесообразность рассмотрения телесного опыта и феноменов телесности во взаимосвязи соматических, познавательных, смысловых и социальных аспектов.

Опираясь на исследования В.В. Николаевой, С.А. Кулакова, J. Brandtstädter и др., обосновывается необходимость рассмотрения телесности во взаимосвязи с субъективной картиной жизненного пути личности как в плане переживания и осмысления телесного опыта в контексте жизненного пути, так и в плане интеграции телесного опыта в субъективную картину жизненного пути личности. Показано, что вызванные новым телесным опытом трансформации в личностной, социальной сферах, в субъективной картине жизненного пути могут приводить и к изменениям телесных ощущений.

**Третий параграф первой главы «Внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина беременности как феномены телесности»** содержит анализ основных феноменов телесности. Рассмотрены такие понятия, как внутренняя картина болезни (Goldscheider А., Шевалев Е.А., Лурия Р.А., Николаева В.В.), сознание болезни, реакция личности на болезнь, переживание болезни (Лебединский М.С., Мясищев В.Н.; Николаева В.В.; Смирнов В.М., Резникова Т.Н.; Вассерман Л.И.), соматонозогнозия (Квасенко А.Б., Зубарев Ю.Г.), отношение к болезни (Вассерман Л.И., Менделевич В.Д.). Проанализированы подходы к содержанию понятия «внутренняя картина здоровья» (Смирнов В.М., Резникова Т.Н.; Казначеев В.П.; Ананьев В.А.; Быховская И.М.), связь здоровья с ощущением благополучия (Ryff С.Д., Keyes С.Л.М.; Ананьев В.А.).

Показано, что состояние здоровья и болезни могут не совпадать по объективному дефекту и субъективному переживанию; рассмотрены критерии психического здоровья (Jahoda М., Becker Р., Бауман У., Перре М. и др.). Показана целесообразность использования континуального подхода к исследованию телесного опыта, согласно которому помимо здоровья и болезни может быть выделен разнообразный телесный опыт, располагающийся между крайними точками континуума. С позиции этого подхода проанализировано понятие «внутренняя картина беременности» (Николаева В.В., Айвазян Е.Б., Арина Е.Г.).

Обоснована теоретико-методологическая позиция автора, согласно которой в содержательном аспекте телесность может быть рассмотрена как осознанное психическое образование, объектами которого выступают разнообразные телесные процессы (процессы функционирования организма, распознанные сознанием человека), составляющие телесный опыт человека. В процессуальном аспекте телесность представлена следующими процессами: нозогнозия, или соматонозогнозия, как познание телесного опыта; означение (первичное и вторичное), представленное в подходе А.Ш. Тхостова; переживание и осмысление телесного опыта (как жизненной ситуации) в контексте целостного жизненного пути личности, формирование отношения личности к нему; интеграция телесного опыта (как жизненного события) в субъективную картину жизненного пути личности и возникающие вследствие этого трансформации структуры жизненного пути.

**Вторая глава «Телесный опыт как жизненная ситуация»** содержит методологические и теоретические основания рассмотрения телесного опыта как жизненной ситуации.

**Первый параграф второй главы «Хроническое соматическое заболевание как сложная жизненная ситуация»** посвящен рассмотрению жизненной ситуации, связанной с телесным опытом хронического соматического заболевания, содержанием которой выступают невозможность реализации жизненных задач (Василюк Ф.Е.), нарушение личностной идентичности (Антонова Н.В.). Обосновывается влияние соматической патологии на личность, жизненные планы человека (Карвасарский Б.Д.; Зейгарник Б.В., Братусь Б.С.; Соколова Е.Т., Николаева В.В.; Муздыбаев К.). Новая жизненная ситуация может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для развития его личности новообразований, так и негативных черт, что может приводить к закреплению как адаптивных, так и дезадаптивных реакций на заболевание. Заболевание как новая жизненная ситуация становится предметом активной внутренней «работы» больного, в результате которой формируется новая «внутренняя позиция» человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности, формируется смысл болезни (Тхостов А.Ш.).

Выделены характеристики ситуации хронического соматического заболевания как сложной жизненной ситуации: изменение биологических основ функционирования организма; ограничения в осуществлении деятельности, изменение профессионального и семейного статуса; связь в сознании больного типа заболевания и распространенного в обществе социального стереотипа; изменение круга общения; актуализация социальной роли больного, которая может сопровождаться трудностями интеграции в систему привычных ролей и вызывать кризис идентичности; формирование смысла жизненной ситуации хронического соматического заболевания, который может быть выражен в содержании смысла болезни; длительность социальной ситуации заболевания; эмоциональная оценка телесного опыта; социальный стресс - события,



происходящие с человеком в течение последнего времени; возрастной этап, на котором человек находится в ситуации хронического соматического заболевания.

Предложена модель целостного рассмотрения жизненной ситуации хронического соматического заболевания (рис. 1).



Рисунок 1. Модель жизненной ситуации хронического соматического заболевания

Второй параграф второй главы «*Беременность как жизненная ситуация*» содержит анализ исследований психологии материнства как психосоциального феномена (Филиппова Г.Г., Брутман В.И., Хамитова И.Ю., Мещерякова С.Ю.). Показано, что первая беременность переживается женщиной как особая, новая для нее жизненная ситуация, которая запускает процессы формирования нового смысла – материнства и ценности ребенка. Обосновывается взаимосвязь переживания телесного опыта первой беременности и контекста жизненного пути женщины, а также формирования готовности к материнству и принятия роли матери.

Обосновано, что телесный опыт женщины, готовящейся стать матерью впервые, переживание этого опыта как особой жизненной ситуации в контексте жизненного пути, формирующаяся внутренняя картина беременности, обуславливают готовность женщины к материнству и облегчают процесс принятия новой социальной роли. Причем, если в ситуации хронического соматического заболевания принятие новой роли (роли больного) может сопровождаться трансформацией идентичности, то в случае особого телесного опыта беременности, характеризующегося строго регламентированной

длительностью и глубокой экзистенциальной наполненностью, процесс принятия новой роли матери способствует продуктивному разрешению кризиса идентичности.

Предложена модель жизненной ситуации, отражающая специфику переживания первой беременности (рис. 2).



Рисунок 2. Модель жизненной ситуации при беременности

*Третий параграф второй главы «Взаимодействие личности и жизненной ситуации»* содержит анализ подходов к исследованию социальной ситуации развития (Выготский Л.С.; Николаева В.В.), жизненной ситуации (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.), социальной ситуации (Аргайл М.), кризисной, критической ситуации (Василюк Ф.Е., Коржова Е.Ю., Леонтьев Д.А.), экстремальной ситуации (Магомед-Эминов М.Ш.). Обосновывается, что человек, вступая во взаимодействие с жизненной ситуацией, с одной стороны, строит это взаимодействие в контексте всего жизненного пути, а с другой – реализует всю систему сложившихся у него отношений. Вместе с тем, ситуация может запускать динамику смысловых процессов, требуя от личности необходимых изменений, перехода к новому этапу жизни, поиска новой идентичности, переосмысления жизненного пути и построения новой его картины.

Взаимодействие личности и сложной жизненной ситуации описывается как «внутренняя работа личности», которая отражает процесс решения «задачи на смысл», занятия позиции. Показано, что содержание внутренней работы личности в сложной жизненной ситуации, связанной с телесным опытом, представлено процессами переживания (Василюк Ф.Е., Лэнгле А.), понимания (Знаков В.В.), осмысления (Леонтьев А.Н., Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Леонтьев Д.А., Знаков В.В.) ситуации в контексте целостного жизненного пути,

в результате чего формируется новое отношение в единстве эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов (Мясищев В.Н., Вассерман Л.И.), выражающее внутреннюю позицию личности (Божович Л.И., Николаева В.В.), или позицию по отношению к жизни (Лэнгле А.).

**В третьей главе «Субъективная картина жизненного пути личности и телесность»** представлены анализ подходов к исследованию жизненного пути личности, структура субъективной картины жизненного пути, факторы трансформации субъективной картины жизненного пути личности под влиянием телесного опыта.

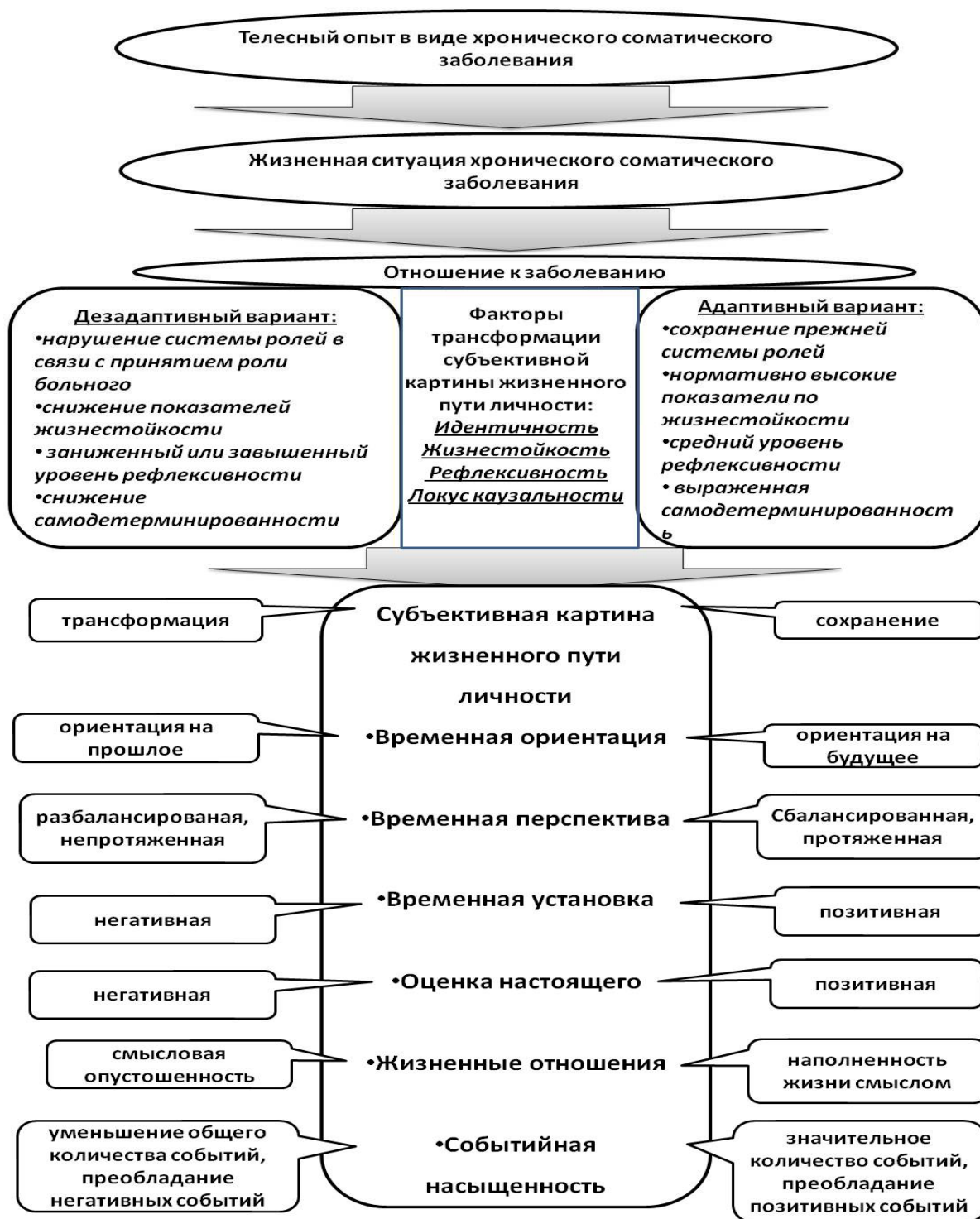
**В первом параграфе третьей главы «Субъективная картина жизненного пути личности»** рассмотрены методологические принципы изучения личности в процессе жизнедеятельности.

Параграф содержит обзор исследований в психологии, в которых жизненный путь личности рассматривается как: совокупность событий (Бюлер Ш., Рубинштейн С.Л.); отражение времени жизни личности (Абульханова К.А., Березина Т.И., Ковалев В.И.); отражение психологического времени личности (Кроник А.А., Головаха Е.И.; Cottle T.J.); автобиография (Нуркова В.В.; Neisser U., Winograd E.; Pillemer D.B.; Barclai C.R.; Conway M.A., Pleydell-Pearce C.W.); индивидуальная история (Ананьев Б.Г.); нарратив (Макадамс Д.П., Сарбин Т., Барт Р., Брокмейер Й., Харре Р.); целостный смысловой конструкт (Леонтьев А.Н., Василюк Ф.Е., Братусь Б.С., Леонтьев Д.А., Royce J.R., Powell A.).

Представлено понимание субъективной картины жизненного пути личности как системы событий, имеющих значимость для личности. Показано, что смысл события определяется контекстом всей жизни, детерминирует поведение в конкретной ситуации, интегрирует все процессы жизнедеятельности личности; смысл связан с личной историей и предполагаемым будущим. Обоснована необходимость рассмотрения переживания и осмысления телесного опыта как значимого события, включенного в субъективную картину жизненного пути.

**Во втором параграфе третьей главы «Структура субъективной картины жизненного пути личности и ее трансформация под влиянием телесного опыта»** представлен обзор исследований структурных компонентов субъективной картины жизненного пути личности: временной ориентации (Rabin A.J.; Муздыбаев К.), временной перспективы (Левин К., Нюттен Ж., Zimbardo P.G., Boyd J.N.), временных установок (Нюттен Ж.), оценки настоящего (Denbigh K.Y.), жизненных отношений (Рубинштейн С.Л., Леонтьев А.Н., Абульханова К.А., Леонтьев Д.А., Старовойтенко Е.Б.).

Субъективная картина жизненного пути находится в постоянном развитии, представляет интерес изменения ее структуры и содержания под влиянием жизненных ситуаций, содержащих угрозу здоровью человека. Предложена модель, отражающая закономерности влияния телесного опыта хронического соматического заболевания на субъективную картину жизненного пути личности (рис. 3).



**Рисунок 3. Влияние телесного опыта на субъективную картину жизненного пути личности (на примере хронического соматического заболевания)**

Телесный опыт, включаясь в субъективную картину жизненного пути новыми смысловыми образованиями, может сопровождаться как ее сохранением, так и трансформацией. В качестве факторов трансформации субъективной картины жизненного пути в процессе интеграции в нее телесного опыта хронического соматического заболевания рассмотрены кризис идентичности в связи с нарушением привычной системы ролей, потеря контроля над ситуаций (снижение интернальности каузальности), блокирование или чрезмерная выраженность рефлексивных процессов, снижение жизнестойкости как личностного ресурса.

В случае особого телесного опыта беременности трансформация субъективной картины жизненного пути и формирование на этой основе дезадаптивных поведенческих стратегий может быть связана с сохранением прежней идентичности, несмотря на требования новой ситуации (непринятие роли матери), рассмотрением состояния беременности как препятствия в реализации жизненных целей.

**В третьем параграфе третьей главы «Телесный опыт и смысловые аспекты идентичности личности»** представлен анализ исследований идентичности (Эриксон Э., Мид Дж., Уотерман Э., Иванова Н.Л.); рассматриваются факторы и механизмы трансформации идентичности как показатель ломки устоявшегося образа мира (Андреева Г.М.), как ощущение утраты смысловой насыщенности прежних форм социальной идентификации (Лебедева Н.М.), как нарушение и потерю устоявшейся гармонии и направленность на ее обретение (Иванова Н.Л., Румянцева Т.В.). Обосновывается, что кризис социальной идентичности как отражение в сознании индивида несоответствия сложившейся идентификационной системы личности новым требованиям реальности (внешней или внутренней) сопровождается переоценкой имеющихся ценностей и выработкой новых.

В параграфе анализируются концепция конструирования субъектом социального мира (Андреева Г.М., Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А.), временные аспекты Я-концепции (Абульханова-Славская К.А., Белинская Е.П., Маркус Х.).

Идентичность личности рассматривается как результат смысловой интерпретации степени реализации жизненных планов, замыслов, программ в конкретной жизненной ситуации; принятия социальных ценностей через осуществление социальных ролей и функций; представления о себе как социальном субъекте и субъекте своего жизненного пути. Представлен анализ понятия нарративной идентичности (Макадамс Д.П.), рассматриваются закономерности и смысловое содержание процесса переструктурирования личностью своей биографии.

Показано, что телесный опыт, переживаемый личностью как кризисная ситуация, может сопровождаться трансформацией идентичности, ролевым смешением.

**Четвертый параграф** третьей главы *«Телесный опыт и жизнестойкость личности»* посвящен анализу жизнестойкости как личностного потенциала преодоления жизненных обстоятельств и как показателя психического здоровья (Maddi S., Khoshaba D.). Рассмотрены характеристики жизнестойкости (включенность, контроль, вызов), представлены результаты исследований жизнестойкости (Solcova I., Tomanek P.; Solcana I., Sykora J.; Maddi S., Khoshaba D.), согласно которым жизнестойкость выступает как буфер на пути перехода стресса в болезнь, как ресурс, позволяющим справиться с отчаянием, ощущением беспомощности и потери смысла в ситуациях, связанных с хроническим соматическим заболеванием или иным телесным опытом, требующим преодоления.

**Пятый параграф** третьей главы *«Рефлексивные процессы и субъективная картина жизненного пути личности»* посвящен анализу личностного аспекта рефлексии как процесса осмысления человеком своих связей с миром и самопонимания. Опираясь на исследования рефлексии, предпринятые С.Л. Рубинштейном, А.Н. Леонтьевым, А.В. Карповым, В.И. Сосновским, В.П. Зинченко, обосновывается рассмотрение рефлексии как условия личностного роста и развития. Показано, что рефлексивность действует как механизма внутриличностного отслеживания, определяющего «уровень проживания жизни» индивидом (Карпов А.В.). Опираясь на классификацию уровней существования (Лазурский А.Ф.), выделяется дезадаптивный (низкорефлексивный и высокорефлексивный) уровни существования личности (Карпов А.В.). Обосновывается, что под влиянием телесного опыта адаптивные рефлексивные процессы могут выступать механизмами, сдерживающими трансформацию субъективной картины жизненного пути личности.

**В шестом параграфе** третьей главы *«Локус каузальности и телесный опыт»* на основе идеи о локусе каузальности (Heider F., de Charms R., Чирков В.И.) и теории самодетерминации (Deci E.L., Ryan R.M.) показано, что внутренний локус каузальности сочетается с самодетерминацией поведения и сопровождается такими особенностями, как высокий уровень компетентности и волевого контроля, учет возможностей среды, оптимальная саморегуляция. Показано, что самодетерминация связана с внутренними жизненными стремлениями (личностный рост, отношения, здоровье) и базовыми потребностями (в автономии, компетентности, привязанности). Представлен обзор эмпирических исследований (Deci E. L., Ryan R.M.), свидетельствующих о том, что преобладание внутренних стремлений над внешними (известность, богатство, внешность) предполагает наиболее полное удовлетворение базовых потребностей и способствует психическому здоровью, благополучию.

Обосновывается, что самодетерминация препятствует развитию дезадаптивных процессов в ситуации телесного опыта.

**Часть 2 «Результаты исследования взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности (на моделях здоровья,**

хронического соматического заболевания и беременности)» состоит из трех глав.

В четвертой главе *«Организация исследования взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности»* приводятся данные о проблеме, целях, задачах и гипотезах исследования. Кратко описаны методы исследования, выборка, представлена характеристика проведенных эмпирических и психодиагностических исследований.

Первый параграф четвертой главы *«Программа исследования взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности»* раскрывает проблему исследования, цель, задачи, гипотезу, объект и предмет исследования. Охарактеризованы 7 эмпирических и 3 психодиагностических исследования. Представлены группы методов, использованные в эмпирическом исследовании. Дается характеристика выборки исследования и баз, на которых были проведены эмпирические и психодиагностические исследования.

Второй параграф четвертой главы *«Метод «Линия Жизни» в авторской интерпретации»* содержит представление авторской версии метода «Линия жизни». Приводятся теоретические и методологические аспекты применения метода «Линия жизни» для исследования субъективной картины жизненного пути личности. Анализируются альтернативные версии метода «Линия жизни» таких авторов, как J. Cohen, J. Schroots, Е.Ю. Коржова, В.В. Нуркова, Н.А. Логинова. Приводится подробный алгоритм работы с методикой, критерии и способы оценки результатов, инструкция и бланк для выполнения методики. Выделены жизненные сферы событий, представлены результаты психодиагностического исследования, направленного на выделение психометрических характеристик и статистических норм по методике «Линия жизни» в авторской интерпретации.

Третий параграф четвертой главы *«Опросники «Жизненные стремления» и «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой, Ю.Ю. Ковтун, А.В. Селина»* содержит описание результатов двух психодиагностических исследований, направленных на создание русских версий опросников «Aspirations Index» и «Basic Need Satisfaction in General» (Deci E. L., Ryan R.M.).

Представлена подробная характеристика этапов проведения адаптации, результаты анализа согласованности пунктов опросника между собой по методу  $\alpha$  Кронбаха ( $\alpha > 0,7$ ) и методу случайного расщепления на две равные части ( $\alpha=0,7$ ), факторная структура теста, оценка конкурентной валидности, анализ ретестовой надежности (путем случайного извлечения из общей выборки 48 испытуемых проводилась оценка изменения результатов тестирования через 2 месяца после исследования, была получена высокая значимая положительная корреляция по коэффициенту корреляции R Спирмена между результатами первого и второго результатов тестирования: R от 0,42 до

0,89 по различным шкалам теста, а также отсутствие статистически значимых сдвигов по T критерию Вилкоксона).

В пятой главе «Телесность и субъективная картина жизненного пути личности при соматической патологии» представлены результаты четырех эмпирических исследований, направленных на изучение взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности в условиях соматической патологии: кардиологического, гастроэнтерологического, гинекологического, онкологического характера и женского бесплодия.

Первый параграф пятой главы «Взаимосвязь телесного опыта хронического соматического заболевания и субъективной картины жизненного пути личности» представляет результаты исследования роли факторов изменения идентичности, жизнестойкости, рефлексивных процессов, локуса каузальности в трансформации временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности под влиянием телесного опыта заболеваний гастроэнтерологического и кардиологического профилей в зависимости от параметров ситуации (тип заболевания и связанный с ним социальный стереотип, длительность заболевания, возраст, оценка ситуации болезни, принятие роли больного и уровень социального стресса). В исследовании приняло участие 414 испытуемых, из которых было сформировано 2 группы: больные хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей в возрасте от 20 до 53 лет, средний возраст 41 год (N = 253) и группа, в которую вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители города Курска в возрасте от 22 до 54 лет, средний возраст 38 лет (N = 161).

Изменения в структуре субъективной картины жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания (р от 0,0 до 0,046) отражены на рисунках 4 и 5.

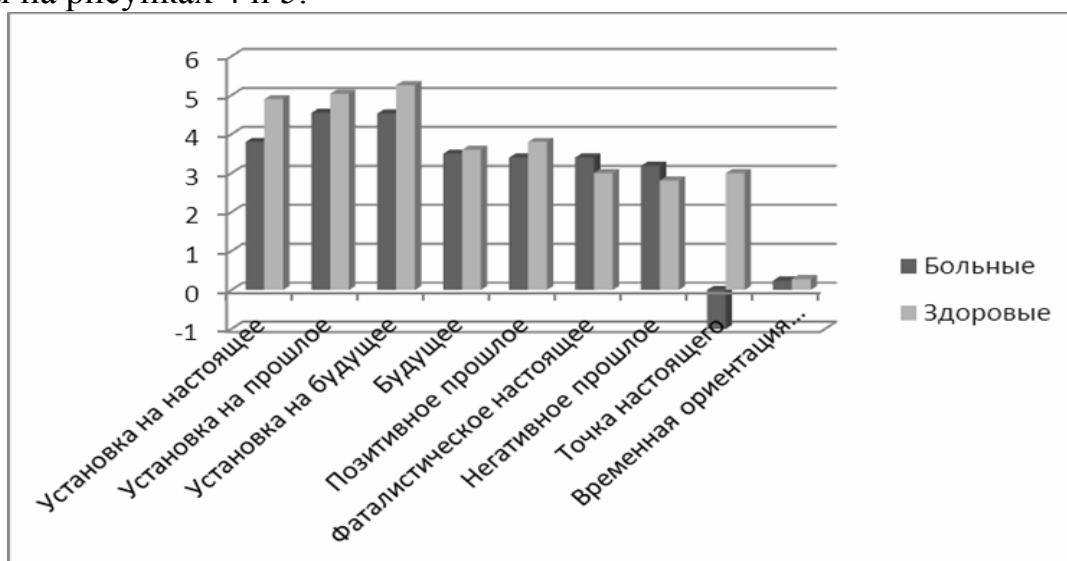
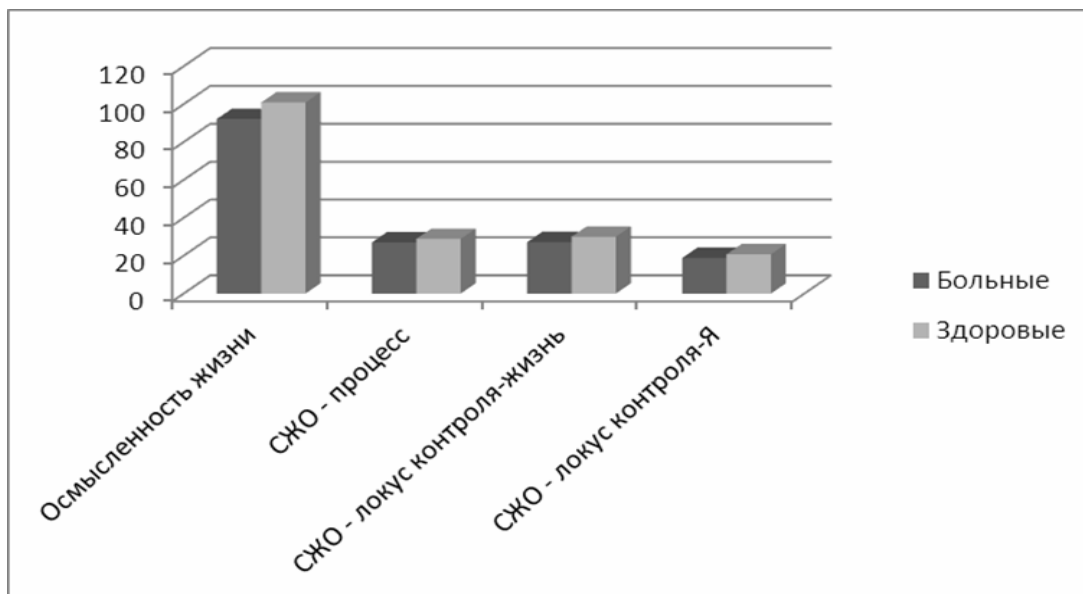


Рисунок 4. Временные аспекты субъективной картины жизненного пути (больные хроническими соматическими заболеваниями и здоровые)

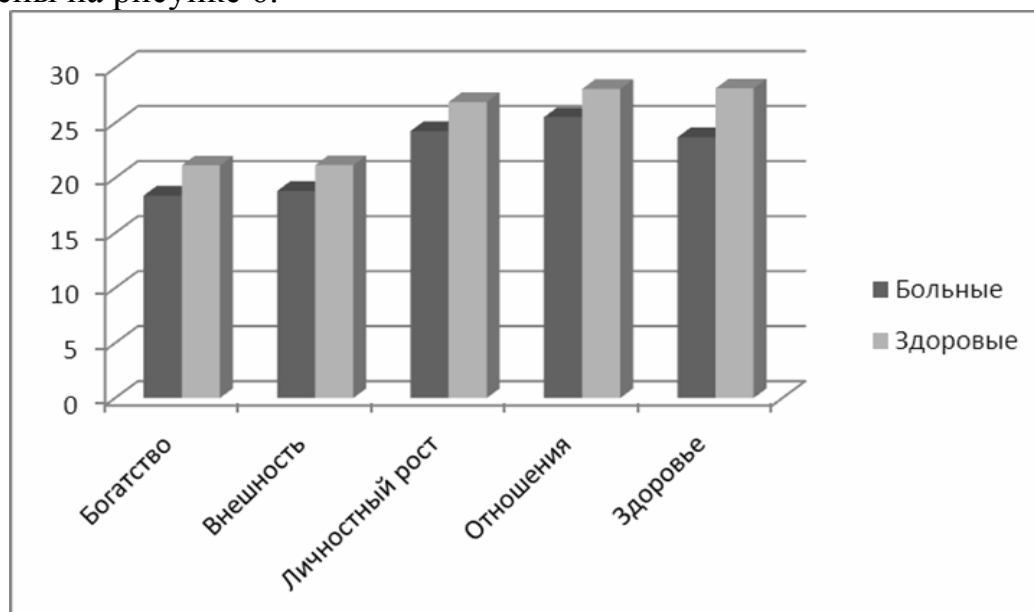




**Рисунок 5. Смысловые аспекты субъективной картины жизненного пути (больные хроническими соматическими заболеваниями и здоровые)**

В ситуации хронического соматического заболевания изменяется ряд смысловых и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности: больные испытуемые оценивают свое настоящее как негативное, в меньшей степени ориентированы на будущее, временная перспектива характеризуется как несбалансированная, с преобладанием негативных оценок прошлого, настоящего и будущего; отмечается снижение параметров осмысленности жизни.

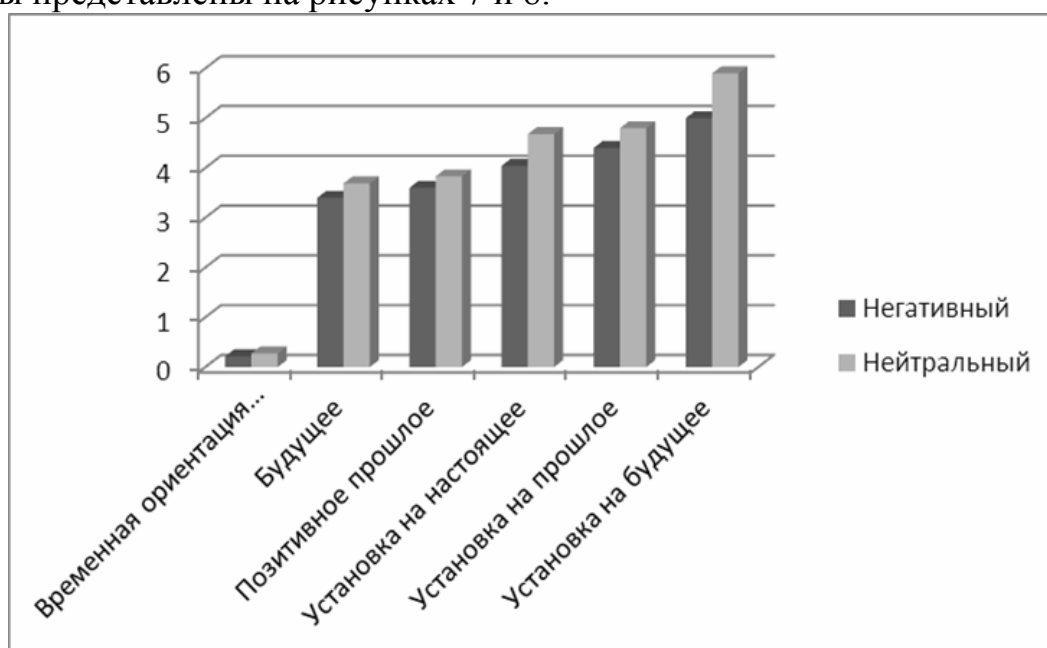
Телесный опыт хронического соматического заболевания сопровождается снижением процессов самодетерминации ( $p$  от 0,0 до 0,046), данные представлены на рисунке 6.



**Рисунок 6. Жизненные стремления (больные хроническими соматическими заболеваниями и здоровые)**

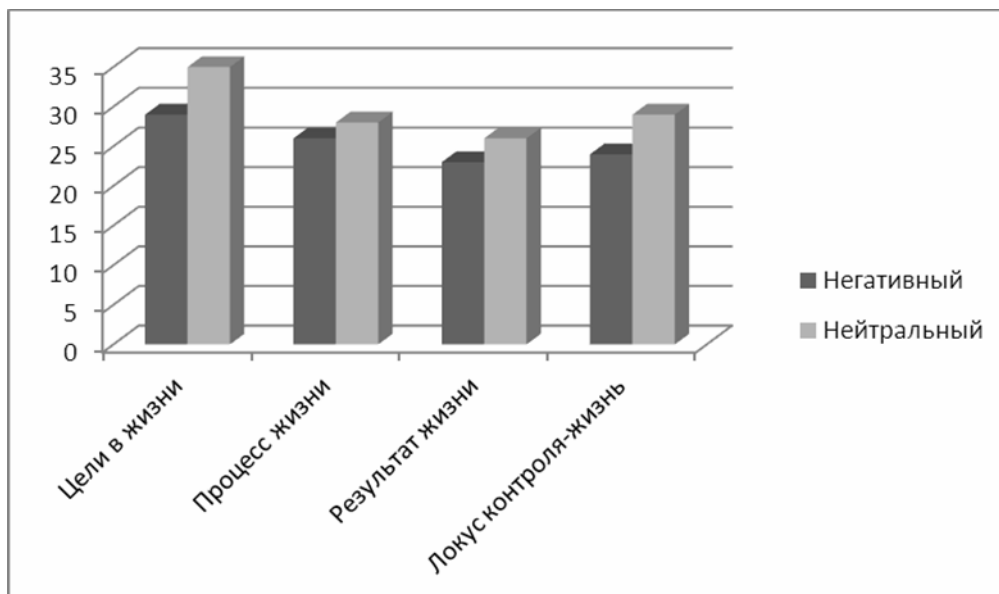
Интеграция телесного опыта хронического соматического заболевания в структуру субъективной картины жизненного пути сопровождается дезадаптивными формами отношений личности, выражающимися в общем снижении самодетерминированности, но с сохранением локуса каузальности (внутренние стремления преобладают над внешними). Отмечаются также блокирование рефлексивных процессов ( $p=0,01$ ), снижение общего локуса контроля больных ( $p=0,03$ ) и интернальности в сфере здоровья ( $p=0,021$ ), что, в свою очередь, может быть причиной ухудшения в состоянии больного.

Для изучения связи трансформаций жизненного пути личности с характеристикой социального стереотипа заболевания, мы провели сравнение между группой гастроэнтерологических больных (нейтральный стереотип) и группой кардиологических больных (негативный стереотип), полученные результаты представлены на рисунках 7 и 8.



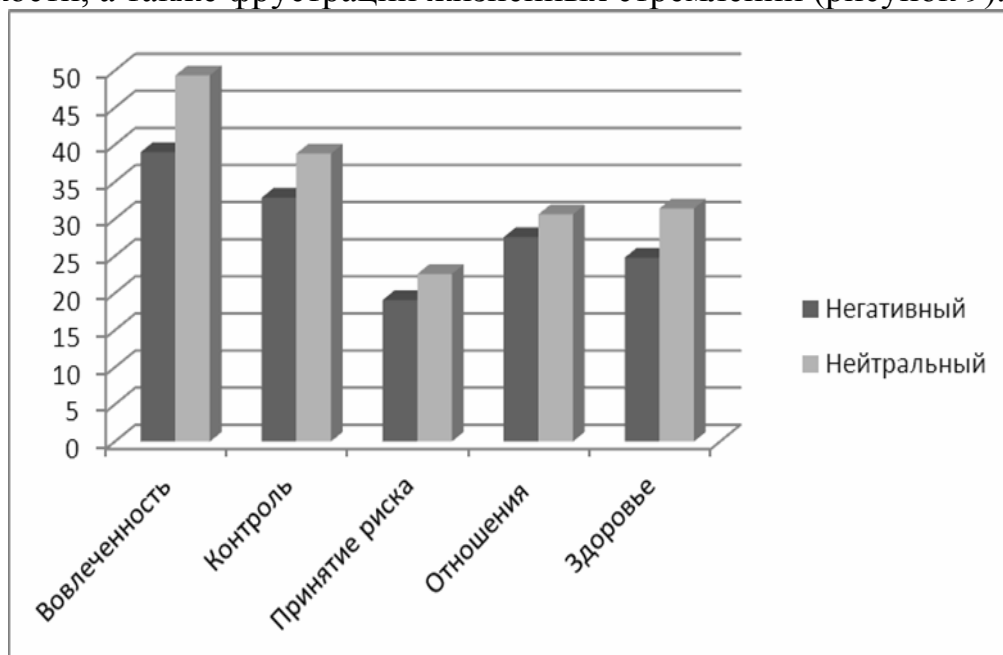
**Рисунок 7. Временные аспекты субъективной картины жизненного пути больных хроническими соматическими заболеваниями (с нейтральным и негативным социальным стереотипом)**

Негативный социальный стереотип заболевания вносит значимые изменения в субъективную картину жизненного пути больного: отношение к будущему более негативно, временная перспектива значительно сужена, установка на все аспекты временной перспективы негативна, нарушаются процессы целеполагания и прогнозирования будущего, снижается удовлетворенность результатами своей жизни, и ощущение эмоциональной насыщенности жизни.



**Рисунок 8. Смысловые аспекты субъективной картины жизненного пути больных хроническими соматическими заболеваниями (с нейтральным и негативным социальным стереотипом)**

Отмечается подавление процессов рефлексии, снижение возможности преодоления стрессов, что выражается в снижении всех характеристик жизнестойкости, а также фрустрации жизненных стремлений (рисунок 9).



**Рисунок 9. Процессы жизнестойкости и самодетерминации больных хроническими соматическими заболеваниями (с нейтральным и негативным социальным стереотипом)**

Было выявлено, что в ситуации хронического соматического заболевания вне зависимости от социального стереотипа социальный стресс приводит к более негативной оценке настоящего периода жизни, формируя общую

отрицательную оценку ситуации. При этом в ситуации заболевания с негативным социальным стереотипом был обнаружен ряд корреляционных связей, которые отражены в таблице 1.

Таблица 1.

**Взаимосвязи уровня социального стресса и характеристик жизненного пути личности в ситуации негативного социального стереотипа (кардиологическое заболевание)**

Показатели	R Spearman	p-level
Уровень социального стресса & Точка настоящего	-0,317	0,013
Уровень социального стресса & Установка на прошлое	0,489	0,002
Уровень социального стресса & Установка на будущее	0,383	0,002
Уровень социального стресса & Отклонение от аутогенной нормы	0,311	0,015
Уровень социального стресса & Коэффициент вегетативного тонуса	-0,310	0,015

\* *R Spearman* – коэффициент корреляции

При высоком уровне социального стресса повышается тревожность, снижается настроение и общее самочувствие человека. Установки на прошлое и будущее в структуре временной перспективы в ситуации высокого уровня стресса становятся отрицательными. Люди в меньшей степени склонны видеть свое прошлое и будущее как позитивное, опора на прошлый опыт как ресурс личности снижается, будущее оценивается негативно.

Было выявлено, что длительность ситуации хронического соматического заболевания усугубляет изменения субъективной картины жизненного пути личности по временным (установка на настоящее становится еще более негативной, будущее менее значимым и более суженным), и смысловым аспектам (процесс жизни больные с длительным течением заболевания переживают как лишенный смысла). С увеличением длительности негативного телесного опыта становится более выраженным блокирование рефлексивных процессов и снижение показателей личностного роста.

При фиксации на роли больного в ущерб другим ролям отмечается негативная оценка текущего этапа жизни, снижение эмоциональной насыщенности жизни, усиление ощущения собственной беспомощности перед сложившимися обстоятельствами.

Больные по-разному оценивают жизненную ситуацию хронического соматического заболевания. В случае отрицательного оценочного переживания ситуации хронического соматического заболевания сужается временная перспектива и снижается активность процессов целеполагания.

Для оценки связи возраста с трансформациями в субъективной картине жизненном пути личности мы разделили группу людей, находящихся в ситуации болезни, на три подгруппы по возрастному критерию: 20-30 лет, 30-40 лет, 40-53 года. В период от 30 до 40 лет установка на все аспекты

временной перспективы наиболее негативна, снижается удовлетворенность результатами прожитой жизни, ощущение эмоциональной насыщенности жизни, отмечается тенденция к экстернальному локусу контроля с сохранением внутреннего локуса каузальности и изменения в системе жизненных стремлений (блокирование внешних стремлений с сохранением выраженности внутренних), что может быть связано с кризисом середины жизни.

Было обнаружено изменение взаимосвязей смысловых и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности с процессами жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) и удовлетворением базовых потребностей (в автономии, компетентности и связанности) в ситуации хронического соматического заболевания, в сравнении со здоровыми. Согласно результатам корреляционного анализа, процессы вовлеченности в ситуации гастроэнтерологической патологии необходимы для построения временной перспективы и восприятия будущего как положительного, хотя их активность подавляет восприятие текущей жизненной ситуации как позитивной. В ситуации кардиопатологии вовлеченность влияет на позитивное восприятие прошлого и формирование положительной установки на настоящее. Способность контролировать происходящее и свою жизнь более важна в построении субъективной картины жизненного пути личности при кардиологическом заболевании. Активность механизмов контроля дает возможность больным кардиопатологией воспринимать прошлое, настоящее и будущее как позитивные. Аналогичная ситуация складывается с механизмом принятия риска: необходима более выраженная степень принятия риска в ситуации кардиопатологии для позитивного восприятия аспектов временной перспективы. Следует отметить большую важность процессов жизнестойкости в ситуации болезни как таковой, а в ситуации кардиологического заболевания особенно.

В ситуации гастроэнтерологического заболевания через общение с окружающими больной начинает воспринимать свое настоящее как приносящее удовольствие. В ситуации здоровья в построении будущего важно удовлетворение потребностей в автономии и связанности, а также осуществление когнитивной переработки всех аспектов временной перспективы через достижение компетентности. Ситуация кардиопатологии требует удовлетворения потребности в автономии для расширения временной перспективы будущего и восприятия прошлого как позитивного. Позитивная установка на настоящее формируется через удовлетворение потребности в связанности, а удовлетворение потребности в компетентности дает возможность человеку с кардиопатологией изменить восприятие прошлого с негативного на позитивное.

**Во втором параграфе пятой главы «Телесный опыт онкологического заболевания и трансформация субъективной картины жизненного пути личности»** представлены результаты исследования взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути личности у женщин, страдающих

онкологической патологией. Выборку исследования составили три группы испытуемых: пациенты радиологического отделения Курского областного онкологического диспансера, находящиеся на амбулаторном лечении с длительностью заболевания до 6-ти месяцев и гинекологической сферой поражения, границы возраста составляют от 35 до 65 лет ( $N = 40$ ); пациенты гинекологического отделения городской клинической больницы № 4 г. Курска, границы возраста составляют от 25 до 55 лет ( $N = 50$ ); контрольная группа, в которую вошли женщины, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители г. Курска в возрасте от 35 до 55 лет ( $N = 97$ ).

Отмечается центрация онкологических больных на настоящем, а также нарушение механизма целеполагания, снижение возможностей построения событийной перспективы; закрепляется позитивная установка на прошлое и фаталистическая на настоящее. В группах здоровых и гинекологических больных отмечаются более высокие показатели по признаку событийной насыщенности будущего, по сравнению с группой больных онкологической патологией, при уровне значимости  $p=0,006$  и  $p=0,008$ , соответственно.

В группе онкологических больных контекст переживания и осмысления телесного опыта отличается от женщин с гинекологическим заболеванием и здоровых. Частота встречаемости событий, связанных с семьей, в группе онкологических и гинекологических больных выше, чем у здоровых. Также у онкологических больных отмечается большее количество негативных событий, чем в ситуации гинекологической патологии и у здоровых женщин. Жизненная ситуация тяжелого заболевания находит свое отражение и в процессах самодетерминации. Несмотря на общее снижение выраженности жизненных стремлений, у онкологических больных сохраняется общее соотношение стремлений с преобладанием внутренних стремлений над внешними, которое может выступать ресурсом для формирования и поддержания психологически «здоровых» реакций, что важно использовать при организации психологического сопровождения онкологических больных.

Телесный опыт онкологического заболевания связан с процессами трансформации идентичности личности, происходит сужение социального взаимодействия, изменение отношения к себе. Отмечается резкое снижение роли личностных качеств, направленных на взаимодействие с другими людьми.

Частота встречаемости заниженного уровня рефлексивности в группе онкологических больных выше, чем в группе здоровых испытуемых при  $p=0,029$ .

Эти данные также согласуются с результатами корреляционного анализа по параметрам временных аспектов жизненного пути личности и удовлетворенности базовых потребностей, представленных в таблице 2.

**Корреляционные связи между удовлетворенностью базовых потребностей и временными аспектами субъективной картины жизненного пути личности в зависимости от телесного опыта**

	Здоровые	Гинекол. б-ные	Онкол. б-ные
Графическая ориентация на будущее & автономия	-	-	-0,332
Графическая ориентация на будущее & компетентность	-	-	-0,606
Событийная насыщенность будущего & компетентность	-	-	-0,366
Негативное прошлое & автономия	-0,407	-0,618	-
Негативное прошлое & компетентность	-0,350	-0,340	-
Негативное прошлое & связанность	-0,302	-	-
Будущее & автономия	0,255	-	-
Будущее & компетентность	0,282	0,311	-
Будущее & связанность	0,215	-	-
Фаталистическое настоящее & автономия	-	-0,478	-
Фаталистическое настоящее & компетентность	-0,330	-0,332	-

Онкологическая патология приводит к разбалансированности временной перспективы: повышение значимости потребностей в автономии и компетентности сопровождается снижением возможности построения планов на будущее, происходит центрация на настоящем моменте без возможности продуктивного разрешения сложившейся ситуации. В свою очередь, у женщин, не страдающих онкологической патологией, удовлетворение базовых потребностей в автономии, компетентности и связанности сопровождает эмоционально-положительное восприятие жизни, способствует продуктивному осмыслению ее этапов и выступает основой построения будущего.

**В параграфе третьем пятой главы «Взимосвязь телесного опыта женского бесплодия и субъективной картины жизненного пути»** представлены результаты исследования телесного опыта нарушения репродуктивной функции женщины (бесплодие).

Были сформированы две группы: первую составили женщины, находящиеся в ситуации бесплодия и обращающиеся по этому поводу в Центр планирования семьи и репродукции человека при областном перинатальном центре г. Курска (в количестве 80 человек), вторую группу составили клинически здоровые женщины, жительницы города Курска, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья и не находящиеся в каких либо особых жизненных ситуациях (в количестве 30 человек).

В ситуации бесплодия отмечается повышенная тревожность, сниженное настроение и общее негативное самочувствие. Повышение саморефлексии телесного потенциала отражает центрированность на восприятии состояний своего организма. Фиксация на телесном опыте бесплодия как ситуации полной невозможности реализации социальной роли матери приводит к изменениям в локусе субъективного контроля и рефлексивных процессах как факторах трансформации субъективной картины жизненного пути. Результаты сравнения приведены на рисунке 10.

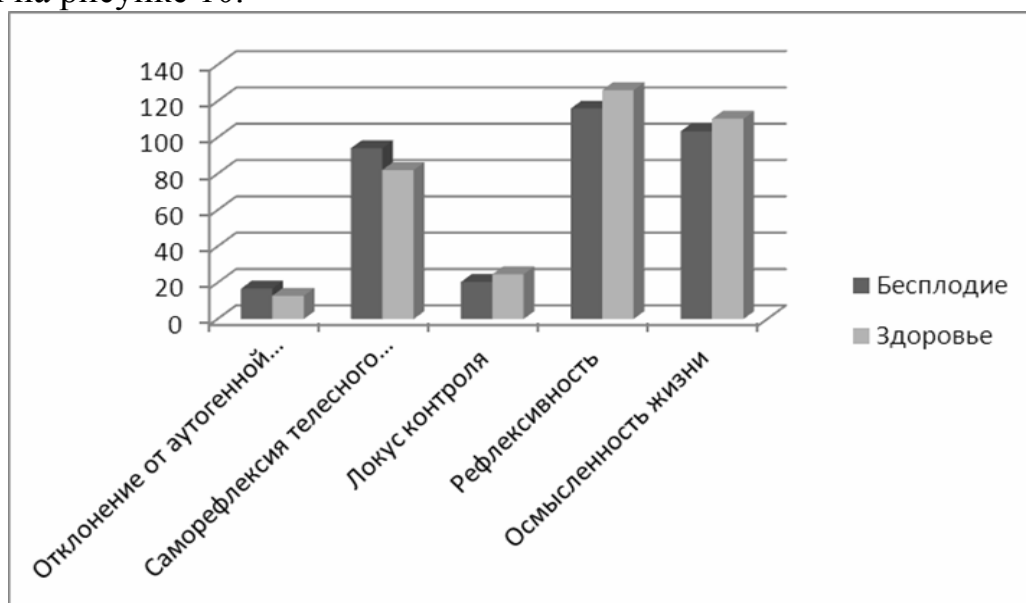


Рисунок 10. Особенности переживания телесного опыта бесплодия

Телесный опыт бесплодия приводит к блокированию процессов смысловой переработки жизненного опыта и трансформации субъективной картины жизненного пути женщины. Смысловая сфера сужается, жизнь представляется лишенной интереса и важных событий. Прошлое и будущее воспринимаются как бессмысленные этапы жизненного пути, не несущие в себе позитивных смыслов. Настоящий этап жизни оценивается крайне негативно, что отражает сложность жизненной ситуации женщин при бесплодии.

В шестой главе *«Телесность и субъективная картина жизненного пути личности при беременности»* представлены результаты эмпирических исследований, отражающих специфику субъективной картины жизненного пути личности в ситуации телесного опыта первой беременности в зависимости от срока беременности, типа переживания беременности на третьем триместре, а также опыта нарушения репродуктивной функции женщины (бесплодия и невынашивания).

Параграф первый шестой главы *«Взаимосвязь переживания телесного опыта первой беременности, принятия роли матери и субъективной картины жизненного пути»* содержит результаты исследования переживания телесного опыта первой беременности,



осуществляемое в контексте всего жизненного пути женщины, в связи с процессом принятия роли матери и формирования новой (материнской) идентичности. В исследовании приняло участие 163 беременных женщин, ожидающих первого ребенка, удовлетворенных браком и не имеющих в опыте аборт, выкидышей и других патологий; выборка разбивалась по возрасту (22-27 лет и 28-32 года), а также по триместрам беременности.

Анализируя динамику типов готовности к материнству, в зависимости от срока беременности и возраста беременной женщины, мы выявили значимые различия в группе женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом и втором триместрах беременности, по игнорирующему типу готовности к материнству. В группе нормородящих, находящихся на первом триместре беременности, у 42 % женщин отмечается игнорирующий тип готовности к материнству, что характеризует данную группу несформированной социальной ролью матери. Во втором триместре отмечается высокий процент испытуемых (45 %) с тревожным типом готовности к материнству, что свидетельствует о повышении уровня напряжения и беспокойства в связи с первым шевелением и трудностях освоения роли матери. Активность беременной женщины на третьем триместре в большей степени направлена на ребенка, на обеспечение адекватных условий для его развития, а также на формирование адекватного типа переживания беременности (52 %), женщины с игнорирующим типом переживания беременности составляют лишь 5 % испытуемых. Это свидетельствует о том, что к третьему триместру переживание телесного опыта первой беременности начинает сопровождаться необходимыми изменениями в личностной идентичности.

При сравнении групп женщин в возрасте 28-32 года по триместрам беременности было обнаружено, что частота встречаемости адекватного типа готовности к материнству на первом триместре (52%) сочетаются с часто встречающимся тревожным типом (44%), свидетельствующем о амбивалентном принятии роли матери. На втором триместре беременности данная группа характеризуется высоким процентом адекватного типа готовности к материнству (65 %) и отсутствием игнорирующего типа. На третьем триместре беременности преобладает адекватный тип готовности к материнству (61 %), но у 9 % женщин появляется игнорирующий тип готовности к материнству. Переживание телесного опыта первой беременности в этом возрасте уже с первого триместра сопровождается позитивными изменениями в идентичности, связанными с принятием новой материнской роли.

По данным Е.Б. Айвазян, Г.А. Ариной и В.В. Николаевой, внутренняя картина беременности как феномен телесности начинает формироваться во втором триместре беременности в связи с шевелением ребенка (Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В., 2002). По данным наших исследований, мы можем утверждать, что процессы телесности развертываются у женщин при первой беременности с 1 триместра, сопровождаясь изменениями в сфере идентичности, рефлексивности, смысловых и временных аспектах переработки

жизненного опыта, что может свидетельствовать о формировании внутренней картины беременности с 1 триместра.

Было выявлено, что смысловые аспекты субъективной картины жизненного пути беременных в возрасте 28-32 года более выражены и соответствуют нормативным показателям, отмечаются сбалансированные временная ориентация и временная перспектива. В возрасте 22-27 лет отмечается преобладание графической и событийной временной ориентации на прошлое.

В переживании телесного опыта первой беременности в контексте жизненного пути на первом триместре у всех женщин преобладают позитивные события (успехи в учебе, позитивный опыт взаимодействия с окружающими, встреча супруга, новые знакомства, замужество), вместе с тем жизненный путь в группе более старших женщин представлен большей насыщенностью событиями. В группе беременных 22-27 лет на втором триместре беременности значимость приобретают события, связанные с процессами в собственной семье и здоровьем. Контекст жизненного пути представлен, в основном, негативными событиями, связанными с расставаниями с мужем, беременностью, проблемами в отношениях с матерью, а также с опасениями по поводу протекания беременности и сохранения своего здоровья. В группе женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, имеет место ориентация на будущие события, которые связаны с рождением и воспитанием будущего ребенка. В группе нормородящих на третьем триместре беременности контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с переосмыслением своего жизненного пути, а также своего настоящего состояния, значимость приобретают события прошлого, связанные с беременностью. Нормородящие к третьему триместру беременности, несмотря на снижение тревоги, закрепление адекватного типа переживания беременности, в структуру субъективной картины жизненного пути не включают беременность и рождение ребенка как значимые события. В группе позднеродящих, находящихся на третьем триместре беременности, контекст жизненного пути представлен проблемами в общении, связанными со страхами и тревогой по поводу протекания беременности. Опыт взаимодействия в собственной и родительской семье является позитивным, что обеспечивает формирование готовности к материнству и принятие новой роли.

Для более детального выявления связей переживания телесного опыта первой беременности нами было сформировано две группы, одна из которых характеризуется благополучным принятием новой социальной роли (женщины в возрасте 28-32 года, находящиеся на втором триместре беременности), а во второй отмечаются противоречия и конфликты в принятии материнской роли (женщины в возрасте 22 – 27 лет, находящиеся на первом триместре беременности).

В первой группе беременность сопровождается позитивным эмоциональным переживанием. Имеет место ориентация на будущие события,

которые связаны с рождением и воспитанием будущего ребенка. Отмечается наличие целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Беременные данной группы ориентированы на события будущего, контекст жизненного пути представлен процессами, которые происходят в собственной семье (свадьба, ожидание первого ребенка, позитивный опыт взаимодействия с собственной матерью), а также событиями, связанными с получением образования. Во второй группе (с преобладанием игнорирующего типа готовности к материнству), обнаруживается неудовлетворенность прошлым, отсутствие планов на будущее, преобладание событийной ориентации на прошлое. Эмоциональный компонент переживания беременности у женщин данной группы характеризуется высоким уровнем тревоги. Ситуация беременности оценивается как безвыходная и крайне неудобная. Имеет место наличие напряжения, опасения по поводу своего здоровья. Контекст жизненного пути представлен проблемами в собственной и родительской семье, отмечается нарушение детско-родительских отношений.

**Во втором параграфе шестой главы «Взаимосвязь типа переживания первой беременности и структуры субъективной картины жизненного пути личности»** представлены результаты исследования, выполненного на выборке из 199 беременных женщин в возрасте от 18 до 27 лет, находящимся на третьем триместре беременности, которая была разделена по типу переживания беременности на три группы: в первую группу вошли беременные женщины с адекватным типом ( $n=90$ ), вторую группу составили беременные с тревожным типом ( $n=61$ ), третью группу - с игнорирующим типом переживания беременности ( $n=48$ ).

У женщин с адекватным типом переживания беременности общий уровень осмысленности жизни завышен, у женщин с тревожным и игнорирующим типом переживания беременности общая осмысленность в жизни находится в пределах нормативно высоких значений. Показатели «Локус контроля-Я» и «Локус контроля-жизнь» выражены значительно в большей степени при тревожном типе переживания беременности, что свидетельствует о стремлении к чрезмерному контролю и может приводить к закреплению тревожного типа переживания беременности.

Контекст жизненных событий переживания телесного опыта первой беременности представлен следующим образом: женщины с адекватным типом переживания беременности восприводят больше положительных событий, наибольшее значение принимает сам факт беременности, ожидание ребенка, рождение ребенка; у женщин с тревожным типом - большее значение приобретает сам факт беременности и семейные ценности; при игнорирующем типе - количество положительных событий значительно меньше, наибольшее значение приобретает сфера материального благополучия.

Женщины с игнорирующим типом переживания беременности перегружены событиями, связанными с утратой, а также на линии жизни

отмечается повторные браки, в которых женщины не удовлетворены семейными отношениями. Сам факт беременности принимается как негативное событие, роды также воспринимаются негативно, что препятствует принятию роли матери. У женщин с адекватным типом среди отрицательных событий наибольшее значение приобретают события, связанные с болезнями близких. Следует отметить, что количество отрицательных событий у женщин с адекватным типом переживания беременности невелико.

Отмечается снижение показателя «Оценка настоящего» по методике «Линия жизни» при переходе от адекватного к тревожному и игнорирующему типам переживания беременности.

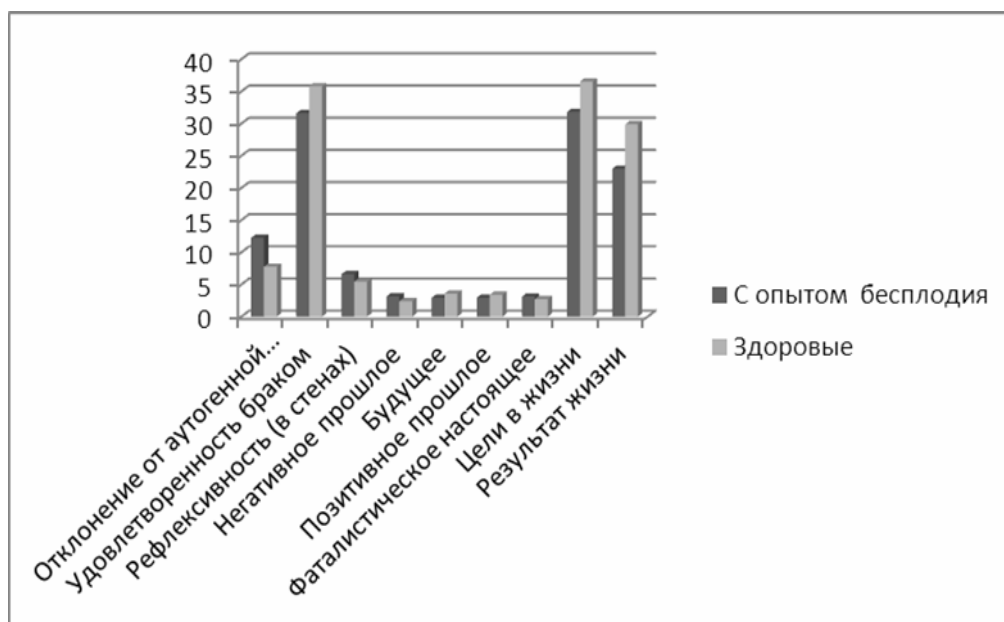
Обнаружена специфика системы социальных ролей женщин в зависимости от типа переживания беременности: если при адекватном типе переживания беременности иерархия ролей представлена ролями матери, супруги, при тревожном типе женщины центрированы на роли матери в ущерб другим ролям, то при игнорирующем типе переживания беременности женщина определяет себя как, прежде всего, профессионала (роли женщины, супруги, матери и дочери выражены незначительно), что свидетельствует о непринятии роли матери накануне родов и о рассогласовании жизненной ситуации и идентичности женщины.

**Третий параграф шестой главы «Взаимосвязь телесного опыта нарушения репродуктивной функции у женщин и субъективной картины жизненного пути личности»** содержит результаты исследований телесного опыта беременности в сочетании с пережитым опытом нарушения репродуктивной функции (бесплодия и невынашивания).

В исследовании приняло участие 218 испытуемых, из которых было сформировано три групп: беременные женщины, лечившиеся от бесплодия (24 человека), беременные женщины, имеющие опыт невынашивания беременности (69 человек), нормально беременные женщины (125 человек).

Мы провели исследование группы беременных, имеющих в анамнезе опыт лечения от бесплодия (N-24), и нормально беременных женщин (N-42), находящиеся на третьем триместре беременности.

Процессы рефлексии, сниженные в ситуации бесплодия, активизируются, отмечается переход от дезадаптивно низких процессов рефлексии при бесплодии к дезадаптивно высоким показателям у беременных женщин, имевших опыт лечения от бесплодия. Выявлена трансформация временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути беременных, имеющих опыт бесплодия, выражающаяся в низких показателях целеполагания и негативном осмыслении прошлого опыта, временная перспектива не сбалансирована с преобладанием фаталистического отношения к настоящему, негативного к прошлому и будущему. В результате сравнения были выявлены различия ( $p$  от 0,0 до 0,001), представленные на рисунке 11.



**Рисунок 11. Различия в переживании телесного опыта первой беременности между женщинами, имеющими опыт бесплодия и здоровыми**

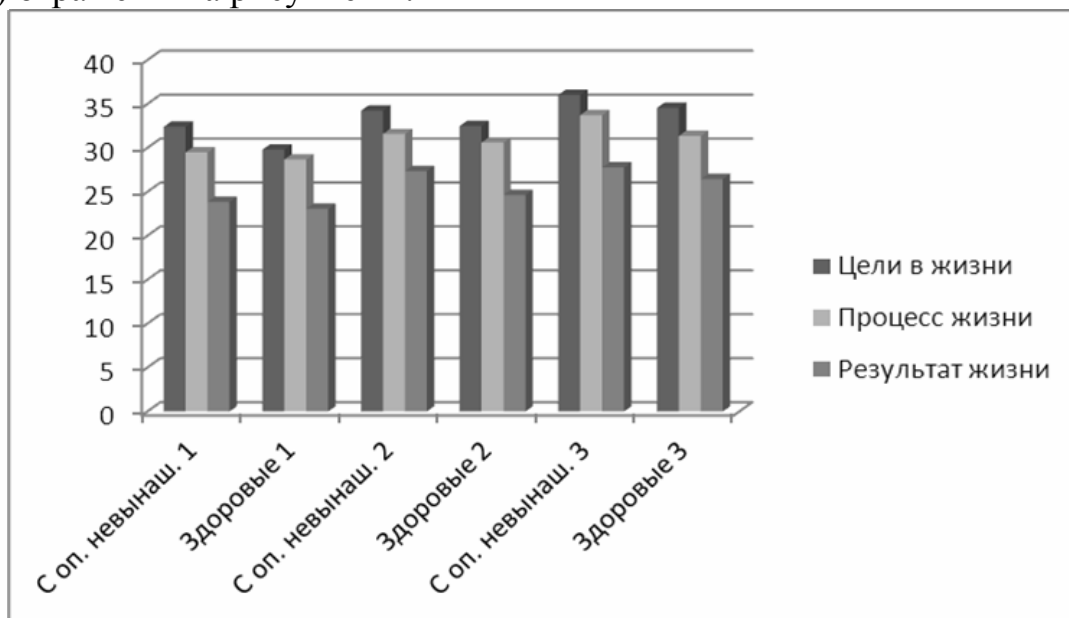
Несмотря на то, что женщина, в прошлом страдавшая бесплодием, уже беременна, психологические аспекты социальной идентичности остаются деформированными. Это подтверждается высоким процентом неудовлетворенных браком (62% против 18% у нормально беременных), а также сохранением в ситуации беременности свойственных бесплодным женщинам тенденций к доминированию.

Изучив специфику принятия социальной роли матери в группах женщин, имеющих опыт бесплодия и нормально беременных женщин, мы выявили, что в группе беременных, имеющих опыт бесплодия, наиболее часто встречается амбивалентное принятие социальной роли матери (75%) и реже (25%) полное принятие социальной роли матери. При этом полностью отсутствует отвержение материнской роли.

Исследования жизненной ситуации беременности женщин с деформацией репродуктивной функции на примере невынашивания беременности проводилось на группе женщин с опытом выкидыша (69 женщин, из которых на первом триместре беременности – 22, на втором триместре беременности – 24, и на третьем триместре – 23 женщины) и группе нормально беременных женщин, не имеющих негативного опыта беременности (83 женщины, из которых на первом триместре – 25, на втором триместре – 28, и на третьем триместре – 30 женщин). В результате проведенного исследования были получены результаты, свидетельствующие о наличии ряда отличительных особенностей переживания телесного опыта беременности женщинами, имеющими опыт лечения невынашивания.

Женщины, имевшие опыт выкидыша, в большей степени ориентированы на будущее. Здоровые достигают такого же уровня устремленности в будущее и ценности ребенка только к концу беременности. Осмысленность настоящего

периода жизни у женщин, имеющих опыт невынашивания, несколько выше беременных женщин, не имеющих негативного опыта, и данная тенденция сохраняется на протяжении первого и второго триместров. При этом отмечается возрастание этого показателя при переходе от первого триместра ко второму. В группе женщин с опытом выкидыша отмечается резкий подъем осмысленности настоящего момента в третьем триместре, что отражает более высокие показатели важности близкого рождения ребенка. При этом здоровые сохраняют тенденции плавного роста осмысленности настоящего периода жизни, отмечаемые в первом и втором триместрах. На ранних сроках беременности результативность жизни находится на одинаковых позициях у обеих групп беременных, а на втором триместре в связи с появлением шевеления оценка результативности жизни в группе женщин с опытом выкидыша возрастает. На третьем триместре эти показатели снова сближаются на высоких отметках. Общая осмысленность жизни значительно выше в группе женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, в сравнении с группой здоровых. Во втором триместре данная тенденция изменяется, значимо повышается общая осмысленность жизни у здоровых женщин. При этом в группе беременных, имеющих негативный опыт, общая осмысленность жизни не изменяется. В третьем триместре общая осмысленность жизни устанавливается на высоком уровне в обеих группах, что говорит о высокой смысловой нагрузке приближающегося рождения ребенка. Различия ( $p$  от 0,003 до 0,049) отражены на рисунке 12.



**Рисунок 12. Различия смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути между беременными женщинами, имеющими опыт невынашивания, и здоровыми беременными женщинами по триместрам**

Отмечается, что у беременных женщин с нарушением репродуктивной функции смысл беременности и будущего ребенка более выражен. Негативный опыт приводит к повышению субъективной ценности как самого состояния

беременности, так и будущего ребенка. Беременность переживается как более желанная, женщина относится к ней более ответственно и сознательно.

Контекст переживания телесного опыта беременности связан с типом переживания беременности и в данной группе. Количество положительных событий в контексте переживания телесного опыта беременности у женщин с опытом невынашивания при адекватном типе переживания беременности немного меньше, чем у здоровых, и большее значение для них приобретают беременности рождение ребенка. Количество отрицательных событий у обеих групп невелико, но они отличаются по содержанию: телесный опыт беременности здоровых женщин связан с такими отрицательными событиями, как болезнь, конфликты и смерть близких, у женщин с опытом невынашивания – с потерей ребенка, смертью близких и разводом родителей. Следовательно, потеря ребенка как негативное жизненное событие продолжает быть связано с переживанием беременности даже при полном принятии новой роли матери.

Амбивалентное принятие роли матери при переживании телесного опыта беременности у здоровых связано с такими положительными событиями, как беременность, замужество, события в собственной семье. Среди отрицательных событий, видимо, затрудняющих полное принятие материнской роли, здоровые женщины называли чаще всего болезни, смерть близких и проблемы в родительской семье. В группе беременных женщин с опытом невынашивания телесный опыт беременности при тревожном типе ее переживания связан с замужеством, событиями в собственной семье, а также отмечается смещение акцента на успехи в образовании. Среди негативных событий – конфликты на работе, конфликты с мужем и ревность. Видимо, конфликтные отношения женщин с опытом невынашивания на третьем триместре беременности затрудняют погружение в новое телесное состояние и принятие роли матери. Обращает на себя внимание факт отсутствия среди отрицательных событий потери ребенка.

При игнорирующем типе переживания беременности количество положительных событий в обеих группах невелико, в сравнении с отрицательными, хотя в группе женщин с опытом невынашивания их меньше. Среди положительного контекста переживания телесного опыта беременности у здоровых женщин представлено все, что, кажется, никак с телесным опытом не связано, – материальное благополучие и профессиональная деятельность; у женщин с невынашиванием беременность переживается как центральное событие в сочетании с замужеством. Принятию роли, видимо, в этой группе препятствуют страхи, связанные с травматичным опытом потери ребенка в прошлом, болезни, опыт лечения. В группе здоровых женщин среди отрицательных событий, сопровождающих в качестве контекста переживание телесного опыта беременности, представлены такие события, как конфликты с мужем и собственной матерью, смерть близких. Обращает на себя внимание факт отрицательного отношения к собственному телесному опыту у здоровых

женщин – беременность и роды рассматриваются как негативные жизненные события.

**В заключении** обобщаются результаты проведенного исследования.

#### **Выводы:**

1. На основе теоретического и методологического анализа различных направлений исследований телесности разработана новая концепция телесности, включающая процессы переживания и осмысления телесного опыта (как жизненной ситуации) в контексте жизненного пути личности, интеграции телесного опыта (как жизненного события) в субъективную картину жизненного пути личности, обеспечивающая детальное выявление факторов, сопровождающих телесный опыт человека, учет которых необходим для решения практических задач медицинской психологии (повышение адаптационных ресурсов личности, укрепление, сохранение и восстановление здоровья, предупреждение дезадаптивных форм реагирования на телесный опыт, психологическое сопровождение больных).

2. На основе биопсихосоциального подхода обоснована и раскрыта сущность взаимодействия личности как носителя психосоматического единства и сложной жизненной ситуации при различном телесном опыте, выделены процессы переживания, понимания, осмысления телесного опыта в контексте жизненного пути, приводящие к формированию отношения, выражающего внутреннюю позицию личности. Личность как носитель психосоматического единства переживает и осмысливает телесный опыт как жизненную ситуацию и интегрирует его в субъективную картину жизненного пути.

3. Разработаны модели внутреннего телесного опыта как сложной жизненной ситуации: модель жизненной ситуации хронического соматического заболевания, модель жизненной ситуации при беременности. Выявлены специфические особенности жизненной ситуации под влиянием различного телесного опыта: ситуация хронического соматического заболевания включает в себя тяжесть, длительность заболевания, связанные с заболеванием социальные стереотипы, профессиональные и социальные ограничения и изменения социального взаимодействия, уровень социального стресса, возраст, которые определяют переживание и осмысление телесного опыта в контексте жизненного пути; в ситуации телесного опыта первой беременности определяющее значение имеют эмоциональные и смысловые компоненты переживания беременности, контекст жизненного пути (неразрешенные проблемами в родительской и собственной семье) и формирование материнской идентичности.

4. Разработана многоуровневая модель взаимосвязи телесного опыта и субъективной картины жизненного пути личности, с выделением уровня факторов, определяющих характер адаптивной и дезадаптивной интеграции телесного опыта в субъективную картину жизненного пути (идентичность, жизнестойкость, рефлексивность, локус каузальности), уровня структуры субъективной картины жизненного пути личности (временная ориентация,



временная перспектива, временная установка, оценка настоящего, жизненные отношения, событийная насыщенность) в адаптивном и дезадаптивном вариантах; обоснованы различия взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути при телесном опыте здоровья, хронического соматического заболевания и первой беременности.

5. Эмпирически показано, что телесный опыт хронического соматического заболевания, в сравнении с состоянием здоровья, сопровождается трансформацией структуры субъективной картины жизненного пути личности, как во временных, так и в смысловых аспектах. Больные испытуемые оценивают свое настоящее как негативное, в меньшей степени ориентированы на будущее, отношение к настоящему фаталистическое. Временная перспектива характеризуется как несбалансированная, с преобладанием негативных оценок прошлого, настоящего и будущего. Отмечается снижение параметров осмысленности жизни. Усугубляют процессы трансформации длительность телесного опыта (более 5 лет), возраст (30-40 лет), негативный социальный стереотип заболевания, уровень социального стресса. Подтвердилась гипотеза о роли рефлексивных процессов (снижение), процессов жизнестойкости (снижение), самодетерминации (снижение жизненных стремлений и базовых потребностей) и кризиса идентичности в трансформации субъективной картины жизненного пути личности.

5.1. Эмпирически показано, что телесный опыт онкологического заболевания сопровождается также уменьшением событийной насыщенности, преобладанием негативных событий, связанных со здоровьем. В ситуации онкологического заболевания отмечается резкое сужение социальных контактов и пассивный уровень социального взаимодействия, что свидетельствует о дезадаптивных процессах в идентичности личности. Телесный опыт онкологического заболевания сопровождается блокированием рефлексивных процессов и снижением выраженности жизненных стремлений.

5.2. Телесный опыт гинекологического заболевания не имеет существенных отличий в структуре субъективной картины жизненного пути от здоровых, но отмечаются некоторые компенсаторные процессы в содержании событийного контекста (усилены обращения к событиям в собственной семье), стремление к расширению общения, изменения в личностной идентичности, а также снижение рефлексивных процессов.

5.3. Переживание телесного опыта бесплодия отражает невозможность реализации социальной роли матери, что приводит к блокированию процессов смысловой переработки жизненного опыта и трансформации субъективной картины жизненного пути женщины. Рефлексивные процессы направлены на телесную сферу, прошлое и будущее воспринимаются как бессмысленные этапы жизненного пути, не несущие в себе позитивных смыслов.

6. Переживание телесного опыта первой беременности, осуществляемое в контексте жизненного пути, влияет на процесс принятия материнской роли; качество изменений идентичности оказывает, в свою очередь, влияние на

структуру субъективной картины жизненного пути личности, что свидетельствует о взаимосвязи телесности и субъективной картины жизненного пути. При этом имеет значение срок беременности и возраст женщины, впервые переживающей телесный опыт беременности. Переживание и осмысление телесного опыта первой беременности сопровождается событийным контекстом жизненного пути женщины, содержание которого находится во взаимосвязи с принятием роли матери, типом переживания беременности (адекватный, тревожный и игнорирующий). Тип переживания беременности через изменение идентичности личности в конкретной жизненной ситуации влияет на структуру субъективной картины жизненного пути личности. Имеют место отношения соответствия/несоответствия телесного опыта и социальной роли. Процессы смысловых и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности несут на себе отпечаток степени соответствия принятия материнской роли и телесного опыта первой беременности.

6.1. Сочетание с телесным опытом беременности нарушений репродуктивной функции (опыт невынашивания и лечения от бесплодия) приводит к затруднениям в процессе осмысления беременности как особой жизненной ситуации в контексте жизненного пути; травматичный опыт бесплодия и невынашивания продолжает воздействовать деформацией идентичности на изменившуюся жизненную ситуацию – ситуацию беременности на всем ее протяжении. Отмечается трансформация временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути (снижение целеполагания и негативное осмысление прошлого опыта, несбалансированность временной перспективы). Рефлексивные процессы активны и направлены на осознание и осмысление новой ситуации, уровень их выраженности дезадаптивно высокий. Удовлетворенность семейными отношениями низкая, в межличностных отношениях преобладают тенденции доминирования. Принятие социальной роли матери противоречиво, сопровождается чрезмерно выраженным смысловым отношением к своему состоянию, что приводит к тревожному типу переживания беременности и амбивалентному принятию роли матери.

7. Апробирован авторский вариант методики «Линия жизни», показано, что такие показатели методики, как оценка точки настоящего, событийная и графическая временные ориентации, дифференциация событий по сферам, образуют значимые корреляции с показателями смысловых и временных характеристик жизненного пути, полученных по опросным методикам, имеющим известные показатели надежности: «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева, ZТPI Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой, ШВУ Ж. Нюттена и У. Ленса. Проведена культурная адаптация методик Э. Деси и Р. Райана «Индекс жизненных стремлений» и «Базовые потребности», которые обнаружили в результате специального исследования высокие показатели валидности и надежности.

**Основное содержание и результаты диссертационного исследования отражены в следующих публикациях автора:**

**Монографии и учебные пособия**

1. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Монография. Курск: КГМУ, 2011, 572 с. (30,4 п.л.);
2. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Принятие роли матери: клинико-психологический анализ. Монография. Москва: ФОРУМ, 2011, 176 с. (11,0/ 5,5 п.л.);
3. Василенко Т.Д. Общая психология. Учебное пособие для студентов 1 курса факультета медицинской психологии. Курск: КГМУ, 2000, 104 с. (6,5 п.л.);
4. Василенко Т.Д. Общая психология. Методические рекомендации для самоподготовки студентов по курсу для студентов 1 курса факультета медицинской психологии. Учебно-методическое пособие. Курск: КГМУ, 2000, 22с. (3,25 п.л.);
5. Никишина В.Б., Василенко Т.Д. Психодиагностика в системе социальной работы. Учебное пособие. М: ВЛАДОС-пресс, 2004. 208 с. (13/ 6,6 п.л.);
6. Василенко Т.Д., Никишина В.Б. Психология: тестовый контроль знаний. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений М: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2005. 112 с. (6,8/ 3,4 п.л.);
7. Василенко Т.Д., Селин А.В. Психология личности. Учебно-методическое пособие. Курск: КГМУ, 2006, 44 с. (2,8/ 1,4 п.л.);
8. Василенко Т.Д., Запесоцкая И.В., Перькова О.П. Общий психологический практикум. Учебно-методическое пособие для студентов факультета клинической психологии: в 3 частях. Курск: КГМУ, 2006 г. (ч.1 - 164 с.; ч.2 – 144 с.; ч.3 - 132 с.) (27,5/ 9,2 п.л.);
9. Василенко Т.Д., Селин А.В. Экспериментальная психология с основами статистической обработки данных: электронное учебно-методическое пособие. Курск: КГМУ, 2007, 277 с. Регистрационный номер 0320702672 в НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР» (17,3/ 8,6 п.л.);
10. Василенко Т.Д., Селин А.В., Сурьянинова Т.И. Социальная психология: электронное учебно-методическое пособие для студентов и преподавателей. Курск: КГМУ, 2008, 171 с. Регистрационный номер 0320900731 в НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР» (10,7/ 3,5 п.л.);
11. Василенко Т.Д., Селин А.В. Психология личности: учебно-методические рекомендации для студентов и преподавателей (электронный ресурс). Курск: КГМУ, 2008, 395 с. Регистрационный номер 0320802522 в НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР» (24,7/ 12,3 п.л.);
12. Василенко Т.Д., Недуруева Т.В., Селин А.В. Методологические проблемы клинической психологии: учебно-методические рекомендации для студентов и преподавателей (электронный ресурс). Курск: КГМУ, 2009, 349 с.

Регистрационный номер 0320900723 в НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР» (21,8/ 7,2 п.л.);

13. Василенко Т.Д., Селин А.В., Сотников В.А. Психология индивидуальных особенностей личности: учебно-методическое пособие для студентов и преподавателей: (по курсу общей психологии): для студентов 2 курса факультета клинической психологии. Электронное издание. Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития РФ. 249 с. Регистрационный номер 0321102713 в НТЦ «ИНФОРМРЕГИСТР» (16,6/ 5,2 п.л.);

#### **Публикации в ведущих рецензируемых научных журналах**

6. Василенко Т.Д., Дрынова М.В. Особенности смысловой сферы личности в ситуации хронического заболевания кожи // Вестник Костромского государственного университета имени Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». 2008. №3. С. 196-202 (0,6/ 0,3 п.л.);

7. Василенко Т.Д., Дрынова М.В. Преобладающие стратегии поведения лиц, страдающих хроническим дерматозом // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта», 2008, №7 (41). С. 19-23 (0,4/ 0,2 п.л.);

8. Василенко Т.Д. Переживание беременности как фактор принятия социальной роли матери в контексте жизненного пути личности // Вестник Ярославского государственного университета имени П.Г. Демидова. Серия гуманитарные науки. Ярославль, 2010, № 1 (15), с. 93-98 (0,5 п.л.);

9. Василенко Т.Д. Социально-психологические факторы в изменении смысловой сферы личности в ситуации хронического соматического заболевания // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. Педагогика и психология. Киров, 2010, №3 (3), с. 131-137 (0,6 п.л.);

10. Василенко Т.Д. Роль социально-психологических факторов в изменении временной организации личности в ситуации хронического соматического заболевания // Вестник Ярославского государственного университета имени П.Г. Демидова. Серия гуманитарные науки. Ярославль, 2010, № 3 (13), с. 75-80 (0,5 п.л.);

11. Василенко Т.Д. Структура жизненных стремлений и базовых потребностей личности в ситуации хронического соматического заболевания // Известия Уральского государственного университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры. Екатеринбург, 2010, №5 (84), с. 295-301 (0,5 п.л.);

12. Василенко Т.Д. Незавершенная беременность как жизненное событие, определяющее принятие социальной роли матери при повторной беременности // Известия Уральского государственного университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры. Екатеринбург, 2010, №6 (85), с. 224-230 (0,6 п.л.);

13. Василенко Т.Д. Трансформация социальной идентичности в ситуации онкологического заболевания у женщин //Ученые записки. Электронный журнал Курского государственного университета. Курск, 2011, №1(17), регистрационный номер НТЦ «ГОСИНФОРМРЕГИСТР» 0421100068\0030, (0,6 п.л.);
14. Василенко Т.Д. Структура жизнестойкости в ситуации хронического соматического заболевания //Российский научный журнал. №3(22), 2011. С.133-138 (0,5 п.л.);
15. Василенко Т.Д. Ситуация бесплодия как фактор трансформации жизненного пути личности //Российский научный журнал. №5 (24), 2011. С.118-123 (0,5 п.л.);
16. Василенко Т.Д. Время человеческого бытия как содержание жизненного пути личности //Российский научный журнал. № 6 (25), 2011. С.119-124 (0,5 п.л.);
17. Василенко Т.Д. Роль характеристик ситуации хронического соматического заболевания в трансформации ценностно-смысловой сферы личности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». Вып. 14, №29 (246), 2011. С. 76-81 (0,5 п.л.);

#### **Научные статьи и тезисы**

18. Василенко Т.Д. Влияние соматического заболевания на смысловую организацию времени человеческого бытия //Университетская наука: взгляд в будущее. Сб. трудов 71-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН, (том 2). Курск: КГМУ, 2006. С.25 (0,1 п.л.);
19. Василенко Т.Д. Смысловая организация времени человеческого бытия и методика ее диагностики //Университетская наука: взгляд в будущее. Сб. трудов 71-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН, (том 2). Курск: КГМУ, 2006.С.26 (0,1 п.л.);
20. Василенко Т.Д., Селин А.В. Особенности смысловой организации жизненного пути личности при изменении социальной ситуации развития //Университетская наука: Взгляд в будущее. Сб. трудов 72-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Российский симпозиум «Закономерности интеграции физиологических функций в норме и их дезинтеграция в патологии. В 3-х томах. Т.1. Курск: КГМУ, 2007. С.91-93(0,2/ 0,1 п.л.);
21. Василенко Т.Д., Дрынова М.В. Феномен тела в структуре Я – концепции больных хроническими кожными заболеваниями и его смысловая интерпретация //Университетская наука: Взгляд в будущее. Сб. трудов 72-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Российский симпозиум «Закономерности интеграции физиологических функций в норме и их дезинтеграция в патологии. В 3-х томах. Т.1 Курск: КГМУ, 2007. С.88-90 (0,2/ 0,1 п.л.);

22. Василенко Т.Д. Личностная зрелость женщины как фактор нормального протекания беременности //Психология здоровья семьи. Материалы научно-практической конференции. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. С. 11-16 (0,38 п.л.);

23. Василенко, Т.Д., Селин, А.В. Жизненный путь личности как многомерная психическая реальность //Каузометрия в исследованиях психологического времени и жизненного пути личности: прошлое, настоящее, будущее / Под ред. Р.А. Ахмерова, Е.И. Головахи, Е.Г. Злобиной, А.А. Кроника, Д.А. Леонтьева. Киев: Институт социологии НАН Украины, 2008. С. 28-30 (0,2/ 0,1 п.л.);

24. Василенко Т.Д., Селин А.В. Особенности временной перспективы больных хроническим соматическим заболеванием //Психология индивидуальности: материалы II Всероссийской научной конференции. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. С.141-143 (0,13/ 0,06 п.л.);

25. Василенко Т.Д., Селин А.В. Жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания //Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 10-летию факультета клинической психологии КГМУ «Клинико-психологические проблемы современного общества» (электронный ресурс). Курск: КГМУ, 2009 (0,44/ 0,22 п.л.);

26. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери //Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 10-летию факультета клинической психологии КГМУ «Клинико-психологические проблемы современного общества» (электронный ресурс). Курск: КГМУ, 2009 (0,44/ 0,22 п.л.);

27. Бежина Х.В., Василенко Т.Д. Феноменология личности женщин, страдающих бесплодием //Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 10-летию факультета клинической психологии КГМУ «Клинико-психологические проблемы современного общества» (электронный ресурс). Курск: КГМУ, 2009(0,7/ 0,35 п.л.);

28. Блюм А.И., Василенко Т.Д. Особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности [Электронный ресурс]//Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. №1(1). URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (0,8/ 0,4);

29. Василенко Т.Д., Денисова О.В. Особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности (выкидыш) [Электронный ресурс]//Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. №1(1).URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (0,6/ 0,3 п.л.);

30. Василенко Т.Д., Сотников В.А. Особенности временного компонента идентичности в ситуации онкологического заболевания //Психология индивидуальности: материалы III Всерос. научн. конф., г. Москва, 1-3 декабря 2010 г. [Текст]: в 2 ч./ отв. ред. А.Б.Орлов; Гос. ун-т – Высшая

школа экономики; Рос. гуманитар. науч. фонд. – М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики. 2010. ч. 1, с. 129-130 (0,13/ 0,06 п.л.);

31. Бежина Х.В., Василенко Т.Д. Особенности социальной идентичности беременных женщин, имевших опыт лечения нарушения репродуктивной функции //Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Ярославль, 19-21 мая 2011 г. [Текст]: в 3 ч. Ч. I /Отв. ред. А.В.Карпов, ЯрГУ им. П.Г.Демидова; Российский фонд фундаментальных исследований. – Ярославль: ЯрГУ им. П.Г.Демидова, 2011. С.483-486 (0,25/ 0,12 п.л.);

32. Блюм А.И., Василенко Т.Д. Смысловое переживание беременности женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности //Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Ярославль, 19-21 мая 2011 г. [Текст]: в 3 ч. Ч. I /Отв. ред. А.В.Карпов, ЯрГУ им. П.Г.Демидова; Российский фонд фундаментальных исследований. – Ярославль: ЯрГУ им. П.Г.Демидова, 2011. С.499-502 (0,19/ 0,09 п.л.);

33. Василенко Т.Д., Селин А.В. Рефлексивные и смысловые процессы в ситуации хронического соматического заболевания //Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Ярославль, 19-21 мая 2011 г. [Текст]: в 3 ч. Ч. I /Отв. ред. А.В.Карпов, ЯрГУ им. П.Г.Демидова; Российский фонд фундаментальных исследований. – Ярославль: ЯрГУ им. П.Г.Демидова, 2011. С. 503-506 (0,25/ 0,12 п.л.);

34. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Незавершенный опыт беременности (аборт) как трудная жизненная ситуация в жизни женщины //Психология эффективного родительства. Материалы междунар. научно-практической конф. Курск, 30 мая-1 июня 2011 г. Курск: КГМУ, 2011. С.75-84 (0,62/ 0,31);

35. Василенко Т.Д., Селин А.В. Роль параметров социальной ситуации в изменении смысловой сферы личности у людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, на примере гастроэнтерологической и кардиологической патологии //Психология эффективного родительства. Материалы междунар. научно-практической конф. Курск, 30 мая-1 июня 2011 г. Курск: КГМУ, 2011. С.113-120 (0,5/ 0,25);

36. Василенко Т.Д., Ившина М.Е. Особенности системы ролей беременных женщин, ожидающих первого ребенка [Электронный ресурс]//Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №5.URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (0,8/ 0,4 п.л.);

37. Василенко Т.Д., Ившина М.Е. Место материнской роли в системе социальных ролей у беременных женщин //Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию С.Я. Рубинштейн, Москва, 23 сентября 2011 г. М., 2011. С.40-45 (0,38/ 0,19);

38. Василенко Т.Д., Ившина М.Е. Социально-психологические закономерности принятия роли матери у беременных женщин //малая группа как объект и субъект психологического влияния: материалы Всеросс. науч. конф. (с международным участием). Курск, 21-22 октября 2011 г.. Ч.2./ под общ. ред. А.С. Чернышева; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2011. С.149-153 (0,3/ 0,15 п.л.).

39. Василенко Т.Д., Ившина М.Е. Исследование взаимосвязи переживания беременности и удовлетворенности браком //Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 24-25 ноября 2011 г. Курск: КГМУ, 2011.С. 59-63 (0,3/ 0,15 п.л.);

40. Василенко Т.Д., Селин А.В. Изменения структуры жизненных ценностей и базовых потребностей личности в условиях хронического соматического заболевания //Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 24-25 ноября 2011 г. Курск: КГМУ, 2011.С. 54-59 (0,39/ 0,19 п.л.).

Материалы диссертации также представлены еще в 50 научных трудах (материалах конференций).