

Камзанова А.Т.,  
Сатыбалдина Н.К.

**Психологические особенности  
смыслов во внутренней  
картине здоровья**

В данной статье изложены результаты психологического исследования смысловых образований в структуре внутренней картины здоровья (ВКЗ) в зрелом возрасте под влиянием «восточных техник», которые основаны, как предполагается, на ином представлении о здоровье. Значимость изучения ВКЗ, представляющей собой целостное представление «для – себя – знание» о здоровье, заключается в том, что, во-первых, складывающаяся новая парадигма медицины нуждается в психологических исследованиях проблемы здоровья; во-вторых, отчасти возникновение болезней, психосоматических заболеваний связано и с тем, как человек относится к своему здоровью, и поэтому, зная критерии, оценки, структуру, специфику внутренней картины здоровья, возможно будет изначально проводить психокоррекцию отношения субъекта к своему здоровью, тем самым проводя профилактику возникновения заболеваний.

**Ключевые слова:** внутренняя картина здоровья (ВКЗ), смысловые образования, общий фонд информации (ОФИ), общий фонд смысловых образований (ОФСО).

Kamzanova A.T., Satybaldina N.K.

**Psychological features of means  
in inner picture of health**

This article presents the results of psychological study of semantic foundation in an internal picture of health (IPH) under the influence of the "Eastern techniques" during adulthood. IPH based on different ideas about health. Study of IPH, which is characterized by holistic view "for – itself – knowledge" about health, reflect a new psychological health paradigm in medicine. This also consist with relation between psychosomatic diseases and individuals knowledge about criteria, evaluations, structure of their own health. Scientific novelty of the research is to develop structures of internal picture of health and its formation. Practical significance of the research related with applied aspects in medical psychology. In the research involved 40 participants who were divided into 2 groups. Experimental group consisted of persons engaged in practice of Chi-Gun for 3-4 years. Methods of research was a questionnaire, semantic differential method, projective technique "incomplete sentences", a questionnaire level of subjective control. Statistical analysis was carried out in SPSS15 to identify significant differences in psychological characteristics of IPH. The study revealed that the change in the sense of structure and specificity of IPH is determined by the semantic content about psychological features of health relate with culture. The main mechanism of formation and subsequent changes in semantic structure of IPH relate with General Fund of Semantic Structures.

**Key words:** internal picture of health (IPH), meaning development, general fund of information, general fund of semantic structures (GFSS).

Камзанова А.Т.,  
Сатыбалдина Н.К.

**Денсаулықтың ішкі  
бейнесіндегі мағыналардың  
психологиялық ерекшеліктері**

Бұл мақалада денсаулық туралы түсінік негізделген «шығыс техникасы» әсерімен ересек шақтағы денсаулықтың ішкі бейнесінің (ДІБ) құрылымындағы мағына құраушыны психологиялық зерттеудің нәтижелері берілген. Денсаулық туралы «өзі үшін білімнің» толық түсінігін көрсететін ДІБ-ті зерттеу, біріншіден, медицинаның жаңа парадигмасы денсаулық мәселесін психологиялық зерттеуді қажет етеді; екіншіден аурулар, психосоматикалық аурулар адам өзінің денсаулығына қалай қарайтындығына байланысты пайда болады, сондықтан денсаулықтың ішкі бейнесінің спецификасын, құрылымын, бағалауын, критерилерін білу субъекттің өзінің денсаулығына психокоррекция жасауына және аурудың алдын алуына мүмкіндік беретін еді.

**Түйінді сөздер:** денсаулықтың ішкі бейнесі (ДІБ), мағыналық құрылым, ақпараттық құрылым.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВ ВО ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ ЗДОРОВЬЯ

### Введение

Проблема здоровья человека – одна из мало изученных в современной психологической науке. Исследованию многих сторон психологического здоровья индивида в целом посвящено много работ, и практически во всех этих работах при рассмотрении той или иной проблемы здоровья индивида или населения оно характеризуется с помощью показателей, отражающих не столько здоровье, сколько патологию. Иначе говоря, анализируется негативная сторона диалектического единства «болезнь-здоровье». Негативный показатель здоровья – заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инвалидность, смертность детская и общая – положен в основу стратегии органов здравоохранения в вопросах охраны здоровья населения, в частности ведущего ее принципа – профилактики. Ориентация здравоохранения на государственную регистрацию болезней и смертей, анализ негативных показателей при изучении состояния здоровья продолжают играть положительную роль в становлении и развитии системы охраны здоровья населения. Нужна определенная методологическая переориентация в исследовании и психологического аспекта здоровья населения. А.Б. Орлов предлагает в качестве альтернативы «внутренней картины болезни» (А.Т. Лурия) термин «внутренняя картина здоровья» как новую концепцию [1, 2]. Мы считаем, что за основу анализа психологического уровня здоровья необходимо брать именно понятие «внутренняя картина здоровья» (далее ВКБ). Эвристическая и теоретическая ценность внутренней картины здоровья состоит в возможности обеспечения оптимальных подходов к решению проблем здоровья – болезни как проблемы континуума человеческого бытия. Теоретический анализ исследований, проведенных в области медицинской психологии показал, что почти все эти исследования посвящены проблеме психологии больного не только как субъекта болезни, но и как субъекта лечебного процесса, участвующего в нем, переживающего его и влияющего на его эффективность (Б.С. Братусь, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, И.А. Сапарова и многие другие) [3, 4, 5, 6]. Однако проблема психологического здоровья в медицинской психологии мало исследована. Актуальность исследования психологического здоровья, а именно изу-

чение ВКБ, являющее собой целостное представление «для – себя – знание» о здоровье, на наш взгляд, заключается в том, что, во-первых, складывающаяся новая парадигма медицины нуждается в психологических исследованиях проблемы здоровья; во-вторых, отчасти возникновение болезней, психосоматических заболеваний связано и с тем, как человек относится к своему здоровью, и поэтому, зная критерии, оценки, структуру, специфику внутренней картины здоровья, возможно будет изначально проводить психокоррекцию отношения субъекта к своему здоровью, тем самым проводя профилактику возникновения и заболеваний. В настоящее время проблеме внутренней картины здоровья посвящено сравнительно мало работ (В.Е. Каган, Е.В. Бузыка, А.А. Касаткина) [7, 8]. Основная цель исследования заключается в анализе смысловых образований в структуре ВКЗ для определения того, может ли сформированная смысловая структура ВКЗ трансформироваться, существенным образом изменяться уже в зрелом возрасте под влиянием «восточных техник», которые основаны, как мы предполагаем, на ином представлении о здоровье. Для того чтобы подтвердить данное предположение, в нашем исследовании в качестве восточной техники была выбрана китайская система оздоровления Цигун.

Проблема психологического здоровья объективно обусловлено выходит за рамки ограничения дуальной оппозиции «здоровье – болезнь». Понимание психологического здоровья значительно шире. Оно не только привязывается к физиологическому критерию, но и воспринимается как более сложный феномен, заключающий новые смыслы и значения. Если традиционное понятие здоровья осмысливалось прежде всего в ряду таких понятий, как недомогание, боль, недуг, болезнь и далее лечение, врач, медицина, то сегодня этот контекст, значение которого отнюдь не утрачивается, по многим параметрам возрастает. В частности, все более значимым становится иной смысловой ряд, в котором это понятие сопрягается с такими понятиями, как возможности человека, его физические и психические ресурсы, качество жизни, его жизненный мир. При этом акцентируется растущая независимость человека от ограниченности, задаваемой его собственной телесностью. С возникновением науки о закономерностях общественного здоровья и здравоохранения в начале XX века, социальной гигиены, социально-гигиенические исследования стали ее важнейшим методом. Но эти исследования все в большей степени касались различных сторон образа жизни – физического труда, социальной,

медицинской активности изучаемых групп населения. Основное внимание их авторов (Ф.Ф. Эрисман, Е.А. Осипов, И.И. Тезяков, П.И. Куркин) было направлено на изучение влияния социальных условий и факторов (материальное обеспечение, условия труда, образование и т.п.) на показатели здоровья населения. Так как здоровье представляет собой сложную, комплексную систему, то потребовались междисциплинарные исследования, включающие психологические, социологические, математико-статистические методы и подходы. В русле этих исследований изучалась роль психологического фактора, межперсональных, внутрисемейных отношений в сохранении здоровья (Л.Г. Лекарев, А.Т. Савельева). Но эти исследования, на наш взгляд, являются односторонними, так как рассматривают только внешние детерминанты психологического здоровья. Несмотря на то, что проблема здоровья привлекает внимание исследователей различных специальностей, она мало анализируется в медицинской психологии, одну из причин которой мы видим в ее ориентации на патоцентрированную медицину. На сегодняшний день складывается новая парадигма медицины – медицина-санология. Задача перехода от медицины-патологии к медицине-санологии требует не только организации, но и методолого-методической перестройки. Клиническое мышление как сущностный стержень патоцентрированной медицины в медицине-санологии требует дополнения мышлением психологическим, социологическим, экологическим. Здоровье – этот уникальный аспект жизни реализуется не только в биологической альтернативе «здоровье-болезнь», но и в индивидуальных установках отношения к здоровью стереотипах массового сознания, в самих отношениях – между человеком и средой, в межличностных взаимодействиях. То есть отношение к здоровью выступает как специфическая сторона личности.

Медицина, ставшая самостоятельной, утвердившейся областью знаний и практики, ставит сама нормы отношений к здоровью и к болезни. Здоровье как индивидуальная норма по существу есть индивидуальная мера отклонения от физиологической, статистической, идеальной норм. При оценке этой меры приходится считаться с изменчивостью самих норм.

Исчерпывающие когнитивные дефиниции психологического здоровья остаются делом будущего, но каждый человек представляет себе, что такое здоровье, и способен, так или иначе, соотнести с этим представлением свое актуальное состояние.

В патоцентрической медицине «здоровье» и «болезнь» действительно антонимы, но патоцентрическая медицина и не нуждается в понятии о ВКЗ – вполне достаточно ВКБ. Однако по мере перехода к представлениям о медицине-санологии, по мнению А.Б. Орлова, концепция ВКБ становится в известном смысле тесной, требуя соотнесения уже не только с болезнью, но и со здоровьем, и именно в этих целях вводится понятие ВКЗ. В ней здоровье и болезнь не противопоставлены, а сопоставлены так, что понятие болезни характеризует не количественный, а качественный аспект здоровья и ВКБ предстает не только как связанное с болезнью психическое новообразование, но и как частный случай ВКЗ: «...индивидуальные вариации внешних и внутренних границ пространства внутренней картины здоровья определяют место в нем и переживание человеком своего актуального состояния как здоровья или болезни. Иными словами, внутренняя картина болезни – это внутренняя картина здоровья в условиях болезни» [1, с. 87].

По мнению А.Б. Орлова, человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не вписываются в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что содержат широкий круг патологических состояний. Это не может не сказываться на формировании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожиданиях о ней и удовлетворенности ею.

Эвристическая и теоретическая ценности ВКЗ состоят в возможности обеспечения оптимальных подходов к решению проблем здоровья-болезни как проблем континуума человеческого бытия.

В.Е. Каган говорит, что ВКЗ «...не врожденное, индивидуальное, а развивающееся личностное образование. Оно формируется в ходе социализации и воспитания, начиная с ранних этапов жизни» [7, с. 204].

На сегодняшний день проблема ВКЗ мало исследована, ей посвящено ограниченное число работ: в своих исследованиях Е.Б. Бузыка к субъективным психологическим показателям, входящим, по ее мнению, во внутреннюю картину здоровья, относит оценку эмоционально-вегетативного уровня, результаты самооценки здоровья и самочувствия. При этом отмечает, что «...анализ внутренней картины здоровья должен быть предметом специального исследования, которое, по-видимому, должно осуществляться с позиции изучения внутренней картины болезни» [8, с. 15].

Специфическим и на сегодняшний день неизученным оказывается смысловая структура

ВКЗ. Последнее обстоятельство и явилось основанием для проведения настоящего исследования. Мы полагаем, что ВКЗ личности обладает и смысловой структурой.

В работе было выдвинуто предположение о том, что внутренняя картина здоровья обладает динамичной структурой, смысловое содержание которой может изменяться как качественно, так и количественно.

### Методики исследования

В исследовании были проведены следующие методики:

- 1) авторская анкета;
- 2) метод семантического дифференциала (СД).

### Характеристика выборки испытуемых

Экспериментальная и контрольная группы испытуемых были уравновешены по возрастному и социально-образовательному признакам:

Возраст испытуемых двух выборок варьировал от 45 до 60 лет. Общее количество испытуемых – 40 человек: в экспериментальной группе – 20 человек, в контрольной группе – 20 человек. Выбор такого количества испытуемых экспериментальной группы обосновывается ограниченным количеством лиц, занимающихся практикой Цигун в течение 3-4-х лет. Все испытуемые представляли собой категорию здоровых лиц с высшим образованием и являлись жителями г. Алматы. Основным критерием отбора в контрольную группу было отсутствие в анамнезе испытуемых тяжелых заболеваний и операций, хронических заболеваний в стадии обострения, а также не занимающихся спортом и другими видами систем оздоровления.

### Статистические методы анализа данных

Количественный анализ данных психологических методик проводился с помощью непараметрических критериев в SPSS 15.

### Результаты и обсуждение

С целью более детального сравнительного анализа комплексов признаков ВКЗ испытуемых экспериментальной и контрольной групп нами была составлена таблица, показывающая процентное соотношение количества испытуемых экспериментальной и контрольной групп, выбравших положительный полюс шкал методики СД (табл. 1).

Таблица 1 – Процентное соотношение количества испытуемых, выбравших «+» полюс по 3 временным параметрам

№ шкалы	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Временные параметры					
	прошлое	настоящее	будущее	прошлое	настоящее	будущее
1	65%	100%	100%	50%	45%	50%
2	45%	95%	95%	90%	75%	50%
3	45%	95%	100%	75%	55%	40%
4	50%	100%	100%	100%	95%	75%
5	30%	55%	60%	40%	30%	15%
6	35%	45%	45%	35%	45%	45%
7	35%	95%	95%	95%	90%	50%
8	40%	50%	40%	50%	50%	35%
9	65%	95%	95%	100%	95%	70%
10	30%	40%	45%	45%	35%	35%
11	65%	100%	100%	90%	85%	80%
12	60%	60%	60%	55%	45%	45%
13	75%	75%	95%	80%	75%	65%
14	55%	50%	45%	50%	45%	35%
15	55%	85%	90%	100%	95%	75%
16	30%	50%	50%	40%	20%	15%
17	25%	35%	40%	50%	35%	15%
18	45%	45%	40%	50%	42%	40%
19	65%	100%	100%	75%	70%	80%
20	55%	75%	65%	55%	25%	15%
Ср. значения	48,50%	72,25%	73%	66,25%	57,60%	46,50%

Общими в положительных оценках по параметру «Отношение к здоровью в прошлом» для обеих групп оказались следующие признаки: «здоровое», «благополучное», «веселое», «жизнерадостное», «оптимистичное», «независимое от лекарств, врачей». Но если сравнить эти признаки в процентном соотношении количества испытуемых, выбравших данные признаки по каждой выборке, то здесь можно выявить некоторые различия. Если в экспериментальной группе признаки «здоровое», «благополучное», «веселое», «жизнерадостное», «оптимистичное», «независимое от лекарств, врачей» выбрали 65%, 65%, 60%, 75%, 65%, 55% испытуемых соответственно, то в контрольной группе данные признаки выбрали 100%,

90%, 55%, 80%, 75%, 55% испытуемых. По-разному здесь распределены и признаки по шкалам. По данным таблицы 4 испытуемые экспериментальной группы характеризуют свое здоровье в прошлом несколько иначе, чем испытуемые контрольной группы и эти различия в ВКЗ испытуемых обеих групп значимы (на уровне  $p < 0,01$ ). По параметру «Отношение к здоровью в прошлом» количество положительных шкальных оценок у экспериментальной группы на 2 признака меньше, чем у контрольной группы. При оценивании своего здоровья в настоящий момент у испытуемых экспериментальной группы количество положительных признаков увеличивается на 4. К признакам ВКЗ по параметру «Отношение к здо-

ровью в прошлом» добавились следующие шкалы: *достаточно* «крепкое» (95%), *достаточно* «сильное» (95%), *очень* «хорошее» (100%), *почти* «расслабленное» (55%), *достаточно* «бодрое» (95%). Тогда как в представлении о здоровье в настоящий момент у испытуемых контрольной группы количество положительных признаков сократилось на 2. Эти новые 4 признака, используемые при оценке своего здоровья в настоящий момент испытуемыми экспериментальной группы можно рассматривать как инварианты смысловых образований в ВКЗ. При проведенном сравнительном анализе процентного соотношения встречаемых признаков в области двух временных параметров «Отношение к здоровью в прошлом» и «Мое здоровье в настоящий момент» в контрольной группе нами было выявлено следующее. Так, если по параметру «Отношение к здоровью в прошлом» признаки «крепкое», «сильное», «хорошее», «бодрое», «здоровое», «благополучное», «жизнерадостное», «отличное», «оптимистичное» выбрали 90%, 75%, 100%, 95%, 100%, 90%, 80%, 100%, 75% соответственно испытуемых, то при выборе этих же признаков при оценивании параметра «Мое здоровье в настоящий момент» процентное количество испытуемых контрольной группы сократилось на 15%, 20%, 5%, 5%, 5%, 5%, 5%, 5%, соответственно. По параметру «Отношение к здоровью в будущем» выявлены существенные количественные различия в признаках ВКЗ между экспериментальной и контрольной группами (таблица 2). Если в ВКЗ экспериментальной группы количество признаков составило 13, то в контрольной группе этих признаков примерно в 2 раза меньше (6 признаков). Общими по параметру «Отношение к здоровью в будущем» для обеих групп оказались следующие признаки: «хорошее», «здоровое», «благополучное», «жизнерадостное», «отличное», «оптимистичное». Но в процентном

соотношении и здесь выявлены различия. Так в контрольной группе количество испытуемых, выбравших данные шкалы, меньше на 25%, 25%, 20%, 30%, 15%, 20% (соответственно), чем в экспериментальной группе. Количество признаков ВКЗ испытуемых экспериментальной группы по параметру «Мое здоровье в настоящий момент» и «Отношение к здоровью в будущем» равно, тогда как количество признаков ВКЗ по данным параметрам в контрольной группе составило 9 и 6 признаков соответственно. Устойчивыми признаками в представлении о здоровье у испытуемых экспериментальной группы оказались следующие: «активное», «здоровое», «благополучное», «веселое», «жизнерадостное», «оптимистичное», «независимое от лекарств, врачей», тогда как в контрольной группе устойчивыми оказались признаки: «хорошее», «здоровое», «благополучное», «жизнерадостное», «отличное», «оптимистичное».

Таким образом, ВКЗ испытуемых экспериментальной и контрольной групп по трем временным параметрам значимо отличается как количественно (на уровне  $p < 0,01$ ), так и качественно.

Количество положительных и отрицательных шкал СД распределилось следующим образом: по данным шкалирования нами были получены индивидуальные семантические коды представления о здоровье в прошлом, настоящем и будущем в каждой из групп. Под семантическим кодом мы понимаем 20-мерный вектор (по числу шкал) каждая координата которого равнялась: «1» – если выбран положительный полюс шкалы; «0» – если выбран отрицательный полюс шкалы. Затем рассматривались групповые коды, являющиеся по координатной суммой индивидуальных векторов, в результате чего была составлена таблица 2, в которой представлено общее число положительных и отрицательных шкал и их процентный эквивалент по каждому из параметров.

**Таблица 2** – Соотношение эмоциональных знаков семантического сдвига шкальных оценок экспериментальной и контрольной групп

Параметр	Знаки шкал СД	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Отношение к здоровью в прошлом	Положительные	182 (45,5%)	268 (67%)
	Отрицательные	134 (33,5%)	38 (9,5%)
Отношение к здоровью в настоящем	Положительные	309 (77,25%)	238 (59,5%)
	Отрицательные	11 (2,75%)	69 (17,25%)
Отношение к здоровью в будущем	Положительные	297 (74,25%)	188 (47%)
	Отрицательные	14 (3,5%)	114 (28,5%)

По данным таблицы 2 видно, что количество положительных и отрицательных шкал по каждому из параметров между экспериментальной и контрольной группами не совпадает. Так количество отрицательных шкал в экспериментальной группе по параметру «Отношение к здоровью в прошлом» больше на 24%, чем в контрольной группе. Тогда как количество положительных шкал в контрольной группе по данному параметру больше на 21,5%, чем в экспериментальной группе. При оценивании своего здоровья в настоящем у испытуемых экспериментальной и контрольной группы преобладают эмоционально-положительные описания. По параметру «отношение к здоровью в будущем» количество положительных шкал в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой больше на 27,25%, а отрицательных шкал меньше на 25% соответственно. Сравнивая параметры «отношение к здоровью в прошлом» и параметр «мое здоровье в настоящий момент» можно обнаружить, что количество положительных шкал в экспериментальной группе увеличивается на 31,75%, а количество отрицательных шкал сокращается на 30,75%. Тогда как в контрольной группе проявляется обратная тенденция. В контрольной группе по параметру «отношение к здоровью в будущем» выявлено снижение количества положительных шкал по сравнению с параметром «Мое здоровье в настоящий момент» на 12,5% и увеличение количества отрицательных шкал на 11,25% соответственно. А в экспериментальной группе по параметру «отношение к здоровью в будущем» проявляется тенденция незначительного увеличения количества отрицательных шкал на 0,75% по сравнению с параметром «мое здоровье в настоящий момент» и снижение количества положительных шкал на 3% соответственно.

Нами также выявлены следующие тенденции:

1. Тенденция снижения количества эмо-

ционально-положительных описаний в ВКЗ по 3 параметрам у испытуемых контрольной группы.

2. Тенденция увеличения количества эмоционально-положительных описаний при переходе из параметра «отношение к здоровью в прошлом» в параметр «мое здоровье в настоящий момент», а при оценивании своего здоровья в будущем незначительное уменьшение количества эмоционально-положительных описаний в экспериментальной группе.

Из таблицы 2 видно, что динамика изменений в отношении к своему здоровью во временной перспективе как в экспериментальной, так и в контрольной группах все же прослеживается.

Таким образом, в результате применения методики СД при сопоставлении ВКЗ испытуемых экспериментальной и контрольной групп по 3 временным параметрам с последующим сравнением их семантических характеристик было выявлено, что существуют значимые различия в ВКЗ у испытуемых экспериментальной и контрольной групп; смысловая структура ВКЗ у лиц группы, занимающихся Цигун, отличается по содержательным характеристикам от ВКЗ лиц контрольной группы; в структуре ВКЗ испытуемых обеих групп существуют устойчивые во временном параметре признаки; в качестве смысловых образований в ВКЗ испытуемых экспериментальной группы выступают следующие признаки: «крепкое», «сильное», «хорошее», «расслабленное», «бодрое»; ВКЗ представляет собой динамичное образование.

Таким образом, смысловая структура внутренней картины здоровья индивида, формирующаяся в процессе общения, есть динамичное образование, которое имеет свои механизмы формирования и изменения, зная которые можно будет изначально формировать здоровую (в полном смысле этого слова) личность, тем самым и здоровое общество.

## Литература

- 1 Орлов А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции. // Вопросы психологии. 1991. – №5. – С. 129-130.
- 2 Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 110 с.
- 3 Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
- 4 Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980. – 169 с.
- 5 Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М., 1970. – 212 с.
- 6 Сапарова И.А. Психология переживания болезни. – Алматы: Каусар-булак, 1998. – 268 с.

- 7 Кagan В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида. // Психогенные и психосоматические расстройства. Тез. Докл. Науч. конф. Т.1. – Тарту, 1988. – С.201-204.
- 8 Бузыка Е.В. Медико-психологический анализ здоровья студентов: автореф. дисс. канд. психол. наук. – М., 1992. – 21 с.

#### References

- 1 Orlov A.B. Voznikovenie novoj psihodiagnostiki: nekotorye simptomy i tenden-cii. // Voprosy psihologii. 1991. – №5. – S. 129-130.
- 2 Lurija R.A. Vnutrennjaja kartina bolezni i jatrogennye zabolevanija. – М.: Medicina, 1977. – 110 s.
- 3 Bratus' B.S. Anomalii lichnosti. – М.: Mysl', 1988. – 301 s.
- 4 Zejgarnik B.V., Bratus' B.S. Oчерki po psihologii anomal'nogo razvitija lichnosti. – М., 1980. – 169 s.
- 5 Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primenenija ih v klinike: praktičeskoe rukovodstvo. – М., 1970. – 212 s.
- 6 Saparova I.A. Psihologija perezhivanija bolezni. Almaty: Kausar-bulak, 1998. – 268 s.
- 7 Kagan V.E. Vnutrennjaja kartina zdorov'ja i psihosomaticheskij potencial individa. // Psihogennye i psihosomaticheskie rasstrojstva. Tез. Dokl. Nauch. konf. T.1. – Tartu, 1988. – S.201-204.
- 8 Buzyka E.V. Mediko-psihologičeskij analiz zdorov'ja studentov: Avtoref. diss. kand. psihol. nauk. – М., 1992. – 21 s.