

УТРАТА СМЫСЛА И ЕЕ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ*

Э.А. СОКОЛОВА, кандидат медицинских наук, старший преподаватель
Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины ©

В статье показаны механизмы перехода от смыслоутратности к заболеваниям и наоборот, а также связь смыслоутратности с определенными группами заболеваний. Приводится несколько вариантов моделей перехода от смыслоутратности к заболеваниям, показывает критические точки, в которых возможен такой переход. Переход к заболеваниям автором увязывается с потерей ведущего смысла в иерархии смыслов, принижением значимости ведущего смысла, столкновением равнозначных смыслов в смысловой структуре, появлением значимых новых, нехарактерных для здорового человека смыслов в смысловой иерархии, а также рассматривает обратный процесс – возникновение смыслоутратности в связи с уже имеющимся заболеванием. Автор показывает роль внешних и внутренних факторов в процессе перехода от смыслоутратности к заболеваниям.

Ключевые слова: смысл, смыслоутратность, мотивы, потребности, переживания, эмоции, самооценка, личностный потенциал, заболевание.

Позитивное влияние обретения смысла жизни описано и в научной, и в художественной литературе. В.Э. Чудновский, ссылаясь на мнение ряда исследователей, говорит о позитивном влиянии наличия смысла жизни как для взрослого человека, так и для становления личности [1]. В. Франкл указывает на позитивное влияние смысла жизни на становление человека, отмечая, что «обширная реабилитация... рассматривает экзистенциальную фрустрацию в качестве этиологического фактора...» [2, с. 11]. Д.А. Леонтьев рассматривает связь патологии смысловой регуляции с психическими и психосоматическими заболеваниями [3]. При клиническом описании ряда заболеваний, например, депрессии, отмечается связь заболевания с утратой интересов или чувства удовольствия [4].

Возможны несколько *вариантов отношения человека к смыслу жизни*: человек считает свою жизнь, имеющей смысл; человек считает свою жизнь лишенной смысла; человек не задумывается о смысле жизни; человек осознает, что его жизнь обрела смысл; человек осознает, что его жизнь потеряла смысл. Первые три варианта статичны, последние указывают на динамику.

Несмотря на констатацию наличия фактов связи заболеваний со смыслоутратностью или нарушением смысловой структуры, недостаточно изучены механизмы перехода от смыслоутратности к заболеваниям и наоборот. Возможно, что при выявлении таких механизмов

появится больше возможностей для эффективной психологической коррекции и психотерапии как психосоматических, так и соматопсихических заболеваний.

Задачей данного теоретического исследования является изучение механизмов перехода от смыслоутратности к заболеваниям и наоборот, а также изучение связи смыслоутратности с определенными группами заболеваний.

И.М. Сеченов отмечал, что организм без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в его научное определение должна входить и среда, влияющая на него [5, с. 533]. Сочетание определенных обстоятельств, воздействующих на определенную личность, приводит к утрате смысла. Разные обстоятельства воздействуют на личность по-разному, в связи с чем возможно существование различных психодинамических моделей возникновения заболеваний вследствие утраты смысла.

Психодинамические модели влияния изменения смысла на возникновение заболеваний

Модель 1. Потеря ведущего смысла в иерархии смыслов

Такая утрата, например, может возникнуть в том случае, если человек потерял работу, которая была одним из главных смыслов его жизни. Происходит осознание своей ненужности для общества. Багаж знаний, умений и навыков

* Статья поступила в редакцию 14 марта 2006 года.

позволяет в течение определенного промежутка времени человеку иметь достаточно высокую самооценку. Поэтому вначале идет поиск человеком значимой для себя работы, аналогичной предыдущей. Если такие поиски оказываются безуспешными, то приобретает негативный опыт в решении проблемы поиска работы. В результате человек становится все более неуверенным. Поскольку потеря работы неизбежно ведет к возникновению ряда проблем, непосредственно связанных с потерей работы, и поэтому трудно решаемых, может произойти генерализация. Теряется вера не только в свои возможности по поводу поиска работы, но и в свои возможности в целом. Вместе с тем самооценка себя не снижается, так как остался багаж знаний, умений, навыков и опыта работы. Рассогласование самооценки, при которой самооценка себя сохраняется на достаточно высоком уровне, а самооценка своих возможностей снижается, характерно для невроза [6].

Первая критическая точка для появления заболевания связана с генерализацией собственного неумения решать проблемы.

Потеря работы влечет за собой потерю смысла социально значимого общения, которое, в основном, и было для человека связано с производственной деятельностью. Это еще больше нарушает механизмы регуляции отношений с миром, и рассогласование самооценки усиливается, невротизация усугубляется.

Человек не проявляет активности ни в социально значимой деятельности, ни в социально значимом общении. Вначале, при потере работы, она была ограничена извне. При длительном безуспешном поиске работы человек перестает верить в эффективность собственных усилий. Понимание неэффективности собственных усилий вызовет переживания и негативные эмоции. Ф.Е. Василюк указывал на работу переживаний по поиску выхода из них, то есть на адаптивную роль переживаний [7]. Одним из таких выходов может быть снижение травматизации психики при поиске работы. Путь такого снижения — прекращение поиска работы. Активность ограничивается внутренне, человек начинает бояться действовать. Генерализация приводит к снижению активности в сфере деятельности, общения, рефлексии, поведения, но нарастает активность в сфере переживаний, нарастает и выраженность негативных эмоций. Степень выраженности эмоциональных реакций может вырасти настолько, что человек справиться с этим не сможет. Адаптивная роль переживаний при этом будет заключаться в переходе реагирования с психологического на соматический

уровень. К ранее существовавшим проблемам добавляются еще и проблемы со здоровьем, что еще более усугубляет ситуацию.

К. Муздыбаев отмечает, что чем больше субъект верит, что все в жизни зависит от его собственных усилий и способностей, тем в большей мере находит в жизни смысл и цели [8, с. 57]. При потере работы в структуре смыслов выпадает *ведущий смысл*. При адаптивном пути должна идти или идет актуализация других смыслов, ранее бывших на периферии смысловой иерархии, или же поиск новых смыслов. Один из дезадаптивных путей, приводящих к заболеванию, связан с тем, что вера в собственные возможности утрачивается, человек не только не может реализоваться с использованием прошлого опыта и знаний, но не может построить новую иерархию смыслов и целей своей последующей жизни. Н.А. Бернштейн говорит о «смысловом двигательном акте» [9, с. 316], но если у человека не формируются новые смыслы, он не осваивает и новые виды деятельности. Теряется перспектива жизни.

Сочетание определенного изменения стереотипа преморбиды как психотравмирующего обстоятельства с определенными ведущими свойствами преморбиды по характерологическому радикалу предпочтительно коррелирует с определенными вариантами пограничных расстройств. К таким ведущим свойствам преморбиды Г.К. Ушаков относит сенситивность, тревожную мнительность, истероидность, косность, ригидность суждений и аффектов [10]. Обладая данными личностными качествами до потери работы, после ее потери человеку сложно выстроить новую смысловую и целевую структуру своей будущей жизни.

Процесс на этом не останавливается. С течением времени развитие человека в профессиональной деятельности прекращается. Появляются новые знания и новый опыт в той сфере, в которой он работал. Через какой-то промежуток времени его знания по специальности начинают носить лишь исторический характер, а навыки становятся менее автоматизированными, а могут стать и вовсе ненужными. Если появляется понимание снижения профессионализма, то снижается самооценка себя. Самооценка устанавливается на более низком уровне по сравнению с самооценкой до потери работы, к неуверенности в своих силах добавляется неуверенность в себе.

Самооценку А.Г. Маклаков называет «ядром саморегуляции» и включает ее в личностный адаптационный потенциал [11]. Снижение самооценки снижает личностный адаптационный

потенциал. Личностный потенциал включает в себя, в том числе и энергетический потенциал, который в свою очередь обуславливает способность человека противостоять внешним психотравмирующим воздействиям. По мнению З. Фрейда, чем выше собственная, находящаяся в покое зарядка, тем больше будет и ее связывающая сила; и наоборот, чем ниже ее зарядка — тем меньше система будет способна к восприятию притекающей энергии и тем разрушительнее должны быть последствия такого прорыва защитного покрова [12, с. 160]. Понижение личностного потенциала снижает возможности человека противостоять заболеваниям или травмам. Снижается порог интенсивности эмоциональных нагрузок, которые человек может перенести без перехода на соматический уровень реагирования, но при этом усиливается психическая травматизация. На этом фоне вероятность возникновения психосоматических заболеваний повышается.

В ситуации снижения общей самооценки процесс может идти по адаптивному и дезадаптивным путям. При всех формах пограничных расстройств, в том числе и неврозах, поражаются все сферы психической деятельности, включая интеллект [10]. При этом снижается вероятность понимания своего непрофессионализма.

При адаптивном пути в условиях понимания потери профессии уменьшается рассогласование самооценки, что приводит к уменьшению невротизации. Тем не менее, такое понимание найдет свое отражение в переживаниях. Переживания, как работа по выходу из них, актуализируют предыдущую аналогичную ситуацию приобретения профессии, которая была успешной. На фоне уменьшения невротизации, а также позитивных воспоминаний о собственной успешности внутреннее ограничение активности снижается, и человек начинает строить новую смысловую и целевую структуру своей последующей жизни.

Возможны несколько вариантов дезадаптивных путей.

Понижение личностного потенциала приводит к снижению активности (если не произошло понимание потери профессии, то нарастает круг нерешенных проблем, невротизация усугубляется).

Понимание потери профессии в сочетании с нарастающим количеством нерешенных проблем приводит к *глобализации, выводу о своей полной несостоятельности, состоянию жизненного краха, депрессии*. Активность проявляется в торможении переживаний. Осознание своей несостоятельности ухудшает

настроение, вызывая тоску. Отсутствие смыслов и целей отражается в утрате интересов. Сочетание пониженного настроения и утраты интересов, если это сочетание длится достаточно долго, указывает на депрессию [4]. А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин и М.Е. Литвак в состав синдрома аффективных расстройств, в частности в депрессивный синдром, включили расстройство эмоций, воли (в т.ч. гипобулию или абулию), а также замедление динамики ассоциативного процесса [13]. Замедление динамики ассоциативного процесса, волевые нарушения при депрессии препятствуют формированию новых смыслов.

Работа переживаний может привести к поиску средств, помогающих забыть о ситуации. Ситуативный прием алкоголя, наркотиков перерастает в постоянный, формируя новую структуру смыслов и целей жизни, в которой прием глюкогенных средств становится ведущим. Б.С. Братусь подчеркивает, что при алкоголизме ведущим мотивом деятельности становится прием алкоголя [6], а В. Франкл указывает на связь степени экзистенциальной фрустрации с индексом наркотической зависимости [2].

Из представленной модели видно, что при потере ведущего смысла существует несколько критических точек, в которых возможен переход к заболеваниям. Но такой переход возможен при определенных сочетаниях изменений личности под влиянием потери смысла, воздействия временного фактора, а также при наличии определенных личностных качеств до этой потери.

Модель 2. Принижение значимости ведущего смысла

Выявление механизма возникновения смыслоуtratности в связи с принижением значимости ведущего смысла рассматривается на примере производственной деятельности. При этом необходимо учитывать изменение энергетического потенциала личности, которое наступает при проявлениях сниженной работоспособности. А.Б. Леонова и С.Б. Величковская дают следующие характеристики сниженной работоспособности: утомление, монотония, психическое пресыщение [14, с. 90]. В.Н. Мясищев разделяет насыщение и утомление, считая, что насыщение «... представляет не что иное, как изменяющееся в отрицательную сторону в связи с процессом работы отношение к этому процессу, без нарушения силового фонда организма, тогда как утомление представляет изменение этого фонда» [15, с. 41]. При психическом

пресыщении появляется «выраженное стремление прекратить работу» [14, с. 90]. Полагаем, что, говоря о насыщении и психическом пресыщении, в сущности, речь идет об одном и том же явлении. Однако изменяющееся в отрицательную сторону в связи с процессом работы отношение к этому процессу, как и выраженное стремление прекратить работу, указывает на снижение мотивации деятельности [14; 15].

Мотивы обладают свойствами смыслообразования, именно они придают сознательному отражению субъективную окрашенность, которая выражает значение отражаемого для самого субъекта, его личностный смысл [16, с. 70]. Снижение мотивации деятельности говорит об ее смыслоутиратности [15]. С учетом мнения В.Н. Мясищева о том, что при насыщении силовой фонд организма не нарушен, можно предположить, что насыщение носит преходящий характер, указывающий на то, что хотя энергия, выделяемая организмом на данную работу, и исчерпана, но ее можно восстановить, задействуя механизмы ее восстановления. Значит, при психическом пресыщении возникает состояние снижения смысла трудовой деятельности, которое носит преходящий характер, но не состояние смыслоутиратности. Поскольку при этом личностный потенциал не снижается – организм имеет в этот период достаточно сил для борьбы с психической травмой, если таковая возникает.

А.Н. Леонтьев обращает внимание на динамический аспект потребностей, который находит свое простейшее выражение в изменении степени реактивности организма по отношению к внешним воздействиям [16, с. 58]. Он полагает, что специфическая динамика потребностей заключается в их способности «актуализироваться и изменять свою напряженность», а также способности угасать и воспроизводиться вновь. Представляется, что явления насыщения в процессе труда, а значит и, изменения мотивации, и смысла трудовой деятельности в процессе труда носят циклический характер. После отдыха, в том числе и после переключения на другую деятельность, работа имеет больший смысл, потребность в ней возрастает, повышается активность.

Поскольку, по мнению В.Н. Мясищева, при утомлении силовой фонд организма нарушен [15], полагаем, что смыслоутиратность, связанная с утомлением, имеет большую протяженность во времени, более глубоко затрагивает личность, и не всегда способна восстановить силовой фонд организма. Посредством утомления наступает снижение личностного адаптационного потенциала, которого психическая травматизация

увеличивает вероятность заболевания. Усиливается вероятность «прорыва защитного покрова», о котором писал З. Фрейд. Если на фоне утомления работника происходит негативная оценка его деятельности со стороны значимого лица, например руководителя, это может негативно отразиться на его самооценке. В таком случае процесс пойдет по пути, описанном в первой модели. Может появиться раскоординация самооценки, невротизация, снизится активность, что еще больше снизит мотивацию трудовой деятельности. На фоне утомления развитие психосоматических заболеваний возможно в том случае, если под влиянием внешнего воздействия происходит негативное воздействие на самооценку.

Со смыслоутиратностью связана и деформация личности под влиянием деятельности, например, при «эмоциональном выгорании». С.П. Безносков, ссылаясь на многочисленные источники, приводит примеры проявлений профессиональной деформации у медицинских работников. Он указывает на потерю ощущения своей деятельности как благородной миссии, неиндивидуальный подход, безответственное отношение к своему долгу [17, с. 209]. Это указывает на потерю интереса к деятельности, что говорит о смыслоутиратности. По нашему мнению, здесь действует тот же механизм, когда на фоне утомления медицинский работник получает негативный отзыв от больного о своих действиях. Поскольку для медицинского работника важна оценка больным его действий, в этом медицинский работник в значительной степени зависим от больного, негативная оценка перечеркивает смысл его действий. Если при этом он не получает и психологическую поддержку от коллектива, то все его старания, которые связаны с работой и вызвали усталость, не оценены и теряют смысл.

Таким образом, сочетание утомления и системы взаимоотношений, складывающихся вокруг деятельности, может при определенных условиях вызывать смыслоутиратность; принижение значимости ведущего смысла способно привести и к психосоматическим заболеваниям, и к «эмоциональному выгоранию».

Модель 3. Утрата смысла на фоне уже имеющегося заболевания

Как один из путей, приводящих к болезни, К. Юнг, соглашаясь с мнением П. Жане, считает «понижение», лежащее в основе заболевания, указывая, что «оно является причиной слабости желаний» [18, с. 116]. По мнению К. Юнга, если основной управляющей и контролирующей силой нашей психической жизни является сила

желания, тогда можно согласиться с понятием понижения. Однако В.Н. Мясичев считает, что личность проявляется и познается в том, каковы мотивы и цели ее деятельности, определяющие уровень и состояние ее психических процессов [15, с. 71]. Так как состояние и уровень психических процессов обусловлены энергетически, при заболеваниях состояние ухудшается, а при ряде заболеваний уровень психических процессов снижается. При этом человек не будет ставить перед собой трудно достижимые цели, требующие для своей реализации больших затрат энергии. Снижение личностного, в том числе и энергетического потенциала, возникающее при заболеваниях, может снижать мотивацию.

Указание К. Юнга на связь «понижения» с силой желания освещает другую сторону процесса смыслоутратности. Не только смыслоутратность может вести к заболеванию, но и заболевание может привести к утрате смысла. Как отмечают И.А. Васильев и М. Эминов, мотивационная оценка ситуации совершается на основе процессов смыслообразования [19, с. 120]. То есть, сначала мотивы ведут к образованию смысловой структуры, а затем, при появлении новых мотивов, они сравниваются с уже имеющейся смысловой структурой, и оказывают влияние на нее.

О связи потребности с активностью субъекта пишут В.А. Бодров, Г.В. Ложкин, А.Н. Плющ. В их понимании потребность – это позитивная оценка, отражающая присутствие определенной формы взаимодействия с миром, конкретной формы активности [20, с. 92]. Отсутствует личностный смысл – нет и позитивной оценки своего взаимодействия с миром, понижается настроение. Его понижение обусловлено еще и физическим и психологическим дискомфортом. При отсутствии спонтанного, творческого и естественного взаимоотношения с миром, который сам по себе свободен от страха, «внутреннее Я» развивает всеобъемлющее чувство внутренней опустошенности, которое выражается в жалобах на пустоту, безжизненность, холодность, сухость, бессилие, одиночество, никчемность внутренней жизни [21, с. 126].

З. Фрейд писал, что «в детской игре нам кажется понятным, что ребенок повторяет и неприятное переживание потому, что активность дает ему гораздо большую возможность овладеть сильным впечатлением, чем просто пассивное переживание» [12, с. 165]. При заболевании именно в сферу переживаний может смещаться борьба за существование. При этом будут многократно повторяться неприятные переживания, что указывает на направленность и работу мышления [19].

Это многократное повторение неприятных переживаний свидетельствует о поисках выхода из сложившейся ситуации. Инстинкт самосохранения заставляет искать выход из болезни. Инстинкт заставляет человека думать, и если он не думает по своей собственной воле, возникает принудительное мышление, ибо два полюса психики, физиологический и духовный неразрывны [22, с. 115–116]. Так как неприятные переживания повторяются многократно, то спектр переживаний суживается, и можно говорить о снижении переживаний по экстенсивности. Обеднение палитры переживаний указывает на изменение структуры смысла. То, что на фоне заболевания включается механизм изменения личностного смысла, подтверждает и изменение мотивационной составляющей внутренней картины болезни [23].

Имеются отличия в изменении смыслов при заболевании и потере работы. При потере работы в структуре смыслов выпадает ведущий смысл, и идет актуализация других смыслов, ранее бывших на периферии, или же идет поиск новых смыслов. Если же происходит изменение смысловой структуры в связи с уже имеющимся заболеванием, то значимость одного из ведущих смыслов – смысла сохранения жизни многократно усиливается, а значимость менее весомых смыслов еще более снижается.

Модель 4. Столкновение равнозначных смыслов в смысловой структуре

Выявление механизма возникновения смыслоутратности в связи со столкновением равнозначных смыслов в смысловой структуре рассматривается на примере физической или психической травмы.

М. Эминов, описывая трансординарную ситуацию, отмечает, что при трансординарной ситуации отношение между смыслами в иерархии могут быть не только синергическими, гармоническими, но и оппозиционными [24, с. 36]. При этом два смысловых центра поляризуют вокруг себя смысловые содержания, которые при пересечении друг с другом вступают в конфликтные отношения взаимного обесмысливания, создавая то, что можно назвать смыслоутратностью.

Л.И. Катаева и Т.А. Полозова утверждают, что наличие конкурирующих, далеко не всегда глупо и содержательно осознанных компонентов в сознании – один из источников рассогласования вербального и реального поведения человека [24, с. 154]. По мнению В.И. Секуна, поведение по-особому связывается с осознанием и неосознанием отдельных актов. Сознательная деятельность в связи с этим может противостоять поведению, которое осуществляется под различным

уровнем осознанности не только отдельных актов, но и всей своей целостности [25, с. 245]. Опозиционные отношения между смысловыми центрами влияют на поведение и смыслоутратность, как внутреннее состояние человека, имеет внешнее представительство в поведении. Столкновение смыслов в смысловой иерархии, возникающая в связи с этим смыслоутратность вызывает необходимость строить новую смысловую иерархию с учетом вновь складывающейся ситуации. Информация, получаемая в этот период, складывается под влиянием фактора времени и характера ее воспринимаемости в определенные комплексы. Комплексы организуются на подсознательном уровне. В какой-то период один из комплексов может прийти до сознания, заинтересовать и заставить развиваться в этом направлении. Это будет способствовать формированию нового смысла, который в дальнейшем послужит вершиной новой смысловой иерархии. Это адаптивный путь. Он требует определенного времени.

При дезадаптивном пути необратимая потеря ведущих смыслов жизни может привести к снижению мотивации продолжения жизни. Происходит внутреннее торможение активности, потеря интересов, снижение настроения. Например, при потере брачного партнера в пожилом возрасте нередки высказывания о ненужности продолжения жизни. На подсознательном уровне человек запускает программу саморазрушения, что проявляется или в появлении заболевания или в поведении, при котором имеется высокий риск для жизни. На сознательном уровне могут возникать суицидальные мысли, попытки суицида, и даже завершённый суицид.

Выводы.

1. Имеется взаимовлияние смыслоутратности и заболеваний.

2. Переход к заболеваниям возможен при потере ведущего смысла в иерархии смыслов, принижении значимости ведущего смысла, столкновении равнозначных смыслов в смысловой структуре, появлении значимых новых, нехарактерных для здорового человека смыслов в смысловой иерархии.

3. Существует несколько механизмов перехода к заболеваниям на фоне смыслоутратности.

4. В происходящих на основе смыслоутратности психических процессах имеется несколько критических точек, в которых возможен переход к заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

- Чудновский В.Э. Психологические составляющие оптимального смысла жизни. Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 3–14.
- Франкл В. Теория и терапия неврозов. СПб.: Речь, 2001. 234 с.
- Леонтьев Д.А. Психология смысла М.: Смысл, 2003. 487 с.
- Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике. М.: Медицинское информационное агентство, 2002. 160 с.
- Сеченов И.М. Избранные произведения. Т. 1. М.: Изд-во Академии наук СССР. 1952. 772 с.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
- Василюк Ф.Е. Психология переживаний. (Анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. университета, 1984. 200 с.
- Муздыбаев К. Психология ответственности. Л.: «Наука» Ленинградское отделение, 1983. 240 с.
- Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина. 1966. 352 с.
- Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.
- Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал. Т. 22. № 1, 2001 С. 16–24.
- Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. В сб. «Я» и «Оно». Тбилиси: Мерани, 1991. С. 139–192.
- Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998. 416 с.
- Леонова А.Б. и Величковская С.Б. Дифференциальная характеристика состояния сниженной работоспособности. Психология состояний. Под ред проф. А.О. Прохорова. М.: ПЕР СЭ: СПб.: Речь, 2004. С. 86–94.
- Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленинградского университета. 1960. 427 с.
- Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции. В сб. Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. 752 с.
- Безносков С.П. Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2004. 272 с.
- Юнг К.Г. Психогенез шизофрении и ее отличие от неврозов. Техники консультирования и психотерапии. Тексты / Ред. и сост. У.С. Сахакиан. М.: Апрель-Пресс, изд-во ЭКСМО–Пресс, 2000. 624 с.
- Васильев И.А., Эминов М. Мотивация и контроль за действием. М.: Изд-во Московского университета, 1991. 144 с.
- Бодров В.А., Ложкин Г.В., Плющ А.Н. Нелинейная модель мотивационной сферы личности. Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 2. С. 90–100.
- Лейнг Р.У. Разделенное Я. Киев. Государственная библиотека Украины для юношества, 1995. 320 с.
- Юнг К.Г. Божественный ребенок: аналитическая психология и воспитание: Сб. М.: Олимп, ООО «Издательство АСТ – ЛТД», 1997. 400 с.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского университета, 1987. 168 с.
- Эминов М. Трансформация личности. М.: ПАРФ, 1998. 496 с.
- Катаева Л.И., Полозова Т.А. К вопросу о сущности профессионального самоопределения личности в пространстве становления нового российского общества. Мир психологии. 2005. № 1. С. 147–156.
- Секун В.И. Психология активности. Мн.: Адукацыя і выхаванне, 1996. 280 с.