
Травма и процесс совладания: различия в моделях студентов с ОВЗ и здоровых. Проверка модели совладания как деятельности НАРА¹

Т.А. Силантьева,
магистрант Института образования
Национального исследовательского университета
Высшая школа экономики, Москва
E-mail: tanyasilantieva@yandex.ru

Одной из наиболее разработанных и описанных моделей совладания с трудной жизненной ситуацией является модель НАРА (Health Action Volume Approach) Ральфа Шварцера — совладания как деятельности. Особенность этой модели в том, что она объединяет представления о совладании как континуальном и стадиальном процессе. В статье приводится попытка проверки модели на русскоязычной выборке в двух группах обучающихся совместно студентов: здоровых и с ограниченными возможностями здоровья. Выявлена специфическая для группы студентов с ОВЗ стратегия отсроченного посттравматического роста под влиянием социальной поддержки и особая роль показателя «осознанное присутствие» (mindfulness), выполняющего функцию контроля достаточности для совладания личностных ресурсов. В целом, модель НАРА подтвердилась и была дополнена другими компонентами.

Ключевые слова: инклюзивное образование, социальная поддержка, самоэффективность, студенты с ограниченными возможностями здоровья, осознанное присутствие (mindfulness).

Состояние проблемы

В отечественной психологии при изучении процессов саморегуляции отдельно выделяются направления саморегуляции деятельности и саморегуляции функционального состояния. Но при этом говорится, что они имеют идентичное строение. В разработанном А.Б. Леоновой [5] структурно-интегративном подходе функциональное состояние (ФС) понимается как «относительно устойчивая для определенного периода времени структура внутренних средств, актуализируемых субъектом,

которая характеризует сложившиеся в конкретной ситуации механизмы регуляции деятельности и обуславливает эффективность решения поведенческих задач».

Особенность моделей саморегуляции функционального состояния в том, что подразумеваемая в них цель регуляции — это изменение уже существующих ограничений и трудностей: стресса, эмоций. Также в них допустим отказ от продуктивной деятельности во время регуляции ФС. То есть, чем труднее ситуация для субъекта, тем больше вероятность распада и отказа от продуктив-

¹ Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект No.13-36-01049.

ной деятельности в пользу деятельности по регуляции ФС. Процесс осознанной саморегуляции ФС не может осуществляться параллельно с решением деятельностных задач, что было показано в серии исследований по саморегуляции в условиях повышенной напряженности труда [5].

Для успешной оптимизации ФС необходимы перерывы в процессе выполняемой деятельности. При условии сохранения доминирующей мотивации на включенность в рабочую ситуацию и продолжение работы данные перерывы всегда предназначены для решения задачи оптимизации ФС. В такой ситуации основной целью, определяющей и организующей активность субъекта, становится осознанное формирование ФС, отвечающего требованиям деятельности. В соответствии с этой целью субъект актуализирует те функциональные средства, которые позволяют работать со своим состоянием и активно его изменять.

В.А. Бодровым [2] были выявлены структуры регуляторной системы при стрессе, включающие оценку ситуации как стрессовой, оценку собственных ресурсов человека и их необходимой инвестиции, выбор и реализацию стратегии совладания:

- 1) мотивационно-целевую направленность на преодоление стресса в конкретных условиях;
- 2) оценку ситуации и собственных ресурсов человека на основе восприятия и

сопоставления информации о них, подготовку и принятие решений об использовании адекватных стратегий поведения;

3) включение механизмов эмоционально-волевой регуляции особенностей проявления выбранной стратегии;

4) мобилизацию ресурсов для достижения выбранной формы поведения по преодолению;

5) реализацию конкретных действий по преодолению;

6) оценку достигнутого результата и при необходимости, в случае недостаточного эффекта (прогнозируемого или реального) использованных усилий или ограниченных личных ресурсов, — когнитивную переоценку стрессогенного события.

Когда мы говорим про саморегуляцию деятельности, описанную первой, и саморегуляцию ФС, описанную впоследствии, надо признать факт их пересечения, даже слияния в некоторых случаях. При том, что признается общность структур саморегуляции деятельности и саморегуляции ФС, в отечественной психологии нет модели саморегуляции функционального состояния. Одной из наиболее разработанных на данный момент моделей саморегуляции функционального состояния можно считать модель Ральфа Шварцера (см. рис.).

Модель Шварцера [35] описывает поведение в процессе совладания. Ее отличительная особенность по сравнению с другими теориями в том, что она объединяет и

Модель Шварцера — НАРА (Health action process approach) процесса совладания как деятельности



Рис. Модель НАРА.

континуальную, и стадиальную модели совладания [33]. В соответствии с моделью Рубикона [21], НАРА различает мотивационную и волевую стадии. Нахождение на мотивационной или на волевой стадии зависит от сформированности намерения. Люди, которые еще не собираются или не могут действовать, находятся на мотивационной (ненамеренной) стадии. Люди, которые уже намереваются действовать, находятся на волевой стадии (постнамеренной), и далее стадии подразделяются на намеренное (предварительное) действие и действие.

Люди, которые мотивированы на достижение целей, но еще не действуют согласно своему решению, находятся на стадии намерения. Люди, которые способны к целевому поведению, находятся на стадии действия. Один из подходов, проверяющих правомерность выделения стадий, — выявление предикторов перехода между стадиями [38]. Расшифровка компонентов модели приводится ниже.

Намерение

Намерение является частью мотивации человека, участвуя в целевом поведении, оно играет ключевую роль в процессе изменения поведения при совладании. Однако намерение еще не гарантирует, что целевое поведение будет производиться. Мета-анализ экспериментальных исследований в области физической активности продемонстрировал, что средние изменения в намерении ($d = .45$) вызывают небольшие изменения в поведении ($d = .15$) [31]. Планирование, контроль за действием, самоэффективность и социальная поддержка, как предполагается, лучше предсказывают поведение, чем намерение. Самоэффективность, восприятие риска, ожидание результата, как предполагается, предсказывают намерение.

Ожидание результата

Ожидание результата описывает промежуток между поведением человека и по-

следствиями этого поведения [12] и обычно определяется как ожидание, что определенный результат будет следовать за данным поведением.

Люди, думающие о благоприятных последствиях поведения (например, ожидание ощущения большей гибкости тела после занятия йогой) имеют позитивные ожидания результата (доводы «за»). Люди, думающие об отрицательных последствиях поведения (например, ожидание болезненных ощущений после занятия йогой), имеют негативные ожидания.

В зависимости от того, положительное или отрицательное ожидание результата преобладает, целевое поведение будет прямо или косвенно осуществляться через намерение. Согласно НАРА, ожидание результата расценивается как мотивационный фактор, влияющий, главным образом, на донамеренной стадии процесса совладания. Помимо ожидания результата, восприятие риска в модели НАРА также предсказывает намерение.

Восприятие риска

Восприятие риска в модели относится к ожиданиям человеком вероятности столкновения с проблемой ухудшения здоровья. Например, человек может чувствовать, что у него есть высокая вероятность заболеть диабетом или сердечно-сосудистым заболеванием. Уверенность в опасности заболевания определенными болезнями может стимулировать мотивацию изменения поведения, касающегося заботы о здоровье, в сторону большей осторожности. В НАРА восприятие риска болезни, как предполагается, предсказывает намерение совладания с ней. Однако восприятие риска самого по себе, кажется недостаточным для формирования намерения, и поэтому оно предлагается как периферический антецедент² на начальной мотивационной стадии. Более явным предиктором намерения является самоэффективность.

² Антецедент (лат. ante-cedens) — предыдущий, предшествующий; предшествующее обстоятельство, предшествующая причина (прим. редактора).

Планирование — антиципирующая стратегия саморегуляции, обеспечивающая процесс совладания в длительной перспективе [11, 15, 21, 22, 25]. Исследования предикторов переходов между стадиями совладающего поведения говорят, что люди с высоким уровнем планирования более вероятно будут переходить со стадии намерения на стадию действия [11], и люди с низким уровнем планирования наиболее вероятно возвратятся с уровня действия на стадию намерения [18, 19, 39]. Планирование позволяет перейти со стадии намерения на уровень деятельности [36]. Экспериментальные исследования говорят, что те люди, которые склонны создавать планы, чаще переходят к физическим действиям [30]. Это касается как планирования деятельности, так и процесса совладания. Планирование как копинг позволяет учитывать внутренние и внешние барьеры деятельности. Обозначение барьеров позволяет подобрать соответствующую стратегию совладания.

Самоэффективность

Согласно теории социального научения А. Бандуры [35], личность человека изменяется под воздействием требований социальной среды, в результате чего происходит обучение определенным формам поведения. Поведение человека является результатом тех воздействий, которые оказывает на него социальная среда. Человек налаживает поведенческий опыт реагирования на требования среды, меняет стиль своего поведения таким образом, чтобы проблемы взаимодействия с окружающей социальной действительностью были менее травматичными, а само поведение — более эффективным. В детстве этот процесс идет преимущественно неосознанно, по мере взросления человек действует более сознательно и целенаправленно. В связи с этим А. Бандура предлагает осевое, наиболее важное, по его мнению, понятие — самоэффективность. Это понятие комплексное. Оно характеризует степень осознания человеком эффективности своего поведения, умение управлять поведением

и контролировать его для достижения определенных жизненных целей. Особенность положения самоэффективности в цикле саморегуляции в том, что она служит условием начала деятельности: человек должен быть уверен в том, что деятельность возможна и потенциально успешна. И самоэффективность также является результатом деятельности: когда человек достигает поставленной цели, его самоэффективность растет. То есть самоэффективность объединяет в себе и актуальные, и потенциальные способности человека.

Особенность роли самоэффективности в модели НАРА в том, что она разделяется по стадиям на мотивационную самоэффективность, поддерживающую самоэффективность и самоэффективность восстановления (при болезни) [29]. Мотивационная самоэффективность, как предполагается, предсказывает поведенческие намерения и помогает начать новое поведение [37]. Например, человек мог бы быть уверен в способности предпринять попытку быть физически активным, даже если это трудно. В то время как мотивационной самоэффективности предлагают играть главную роль на донамеренной стадии, волевая самоэффективность должна быть полезна для людей, уже намеревающихся изменить свое поведение.

Волевая самоэффективность включает поддерживающую самоэффективность, а также самоэффективность восстановления. Поддерживающая самоэффективность относится к преодолению барьеров, которые могут возникнуть на данном этапе [34]. Самоэффективность восстановления представляет оптимистическую уверенность в способности возобновить прерванную цепь действий [27]. Например, человек мог бы быть уверен в своей способности быть в состоянии возобновить физическую активность, даже если бы он не был физически активен в последнее время.

А. Бандура выделяет 4 источника самоэффективности: личное мастерство (успешность в деятельности), опосредованный опыт, подбадривание, социальное влия-

яние. Мастерство признается главным источником самоэффективности. Обзоры о техниках, повышающих самоэффективность в области физической активности, говорят о пользе обратной связи при совместной деятельности с другими и о позитивном опыте деятельности в прошлом. Эти данные косвенно свидетельствуют о пользе инклюзивного образования, в котором осуществляется совместная деятельность со здоровыми, и накапливается положительный опыт деятельности.

Самодетерминация или аутентичность как часть саморегуляции

В теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана постулируются 3 базовые потребности — в автономии, компетентности и близких отношениях с другими [1]. Деси утверждает, что внутренняя мотивация, основанная на чувстве компетентности и самодетерминации, «инициирует и энергетизирует широкий спектр деятельностей и психологических процессов, для которых первичным вознаграждением является ощущение эффективности и автономии» [1, с. 208]. Таким образом, самодетерминация является первичным мотивирующим элементом, запускающим саморегуляционный процесс, и в классических целевых схемах саморегуляции она соответствует постановке цели.

Авторы выделяют три основные личностные ориентации, следуя доминирующим у людей механизмам регуляции их действий:

1) автономную ориентацию, основанную на убеждении о связи осознанного поведения с его результатами; источником поведения выступает при этом осознание своих потребностей и чувств;

2) подконтрольную ориентацию, также основанную на ощущении связи поведения с его результатом, однако источником поведения выступают внешние требования;

3) безличную ориентацию, основанную на убеждении, что результат не может быть достигнут целенаправленно и предсказуемо.

С этими тремя типами личностной ориентации можно соотнести разновидности стресса — положительный и негативный.

Негативный стресс будет наблюдаться при подконтрольной и безличной ориентации.

Позитивный стресс присутствует при автономной ориентации.

Позитивный стресс наблюдается в случае высокой мотивации достижения, роста «социального тела», самоэффективности, «выученного счастья» — стремления благоприятно истолковывать все происходящее как возможности для развития и игры.

Негативный стресс появится при «выученной беспомощности», депривации личности, фрустрации, подавленности обстоятельствами.

В модели самодетерминации в ситуации ограниченных возможностей здоровья М. Веймайер рассматривает как ее источники социальную ситуацию и приобретение опыта в ней, что служит основой развития саморегуляции, тогда как обучение и развитие обеспечивают способность к самодетерминации и автономии. «Наряду с поддержкой, эти источники определяют развитие автономии, саморегуляции, самореализации и, через них, самодетерминации. Он показал, что самодетерминация, автономия и удовлетворенность жизнью связаны с условиями жизни (например, они выше в принимающем обществе -коммуне, чем при самостоятельном проживании лиц с ОВЗ), но не столь связана с выраженностью нарушений. Так, даже наличие выраженных интеллектуальных нарушений не было непреодолимой преградой для формирования самодетерминации при ОВЗ» [1, с. 579].

Обучение студентов автономному выбору и принятию решения может рассматриваться как одна из важнейших стратегий социальной поддержки, способствующих развитию саморегуляции [1, с. 579]. *Таким образом, самодетерминация является предпосылкой успешной саморегуляции.*

Гипотеза

Существует общая модель совладания, имеющая одинаковые компоненты для лю-

дей в ситуации хронической болезни (с ОВЗ) и для здоровых людей, переживших трудности.

Испытуемые

Исследование проводилось в рамках работы лаборатории «Проблемы развития личности лиц с ОВЗ» с 2009 по 2013 годы на факультете информационных технологий и в социально-педагогическом колледже МГППУ. Основной гипотезой исследования было предположение о наличии в группах общих и различающихся компонентов процесса совладания.

В ходе исследования подбирались методики для диагностики процесса совладания с ситуацией хронической инвалидности, и велся поиск позитивных личностных ресурсов здоровых студентов и студентов с ОВЗ.

Методики

В работе применялись Шкала общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека [10]; опросник совладания COPE [17] в адаптации Гордеевой, Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой и др.; опросник (SSQ) — удовлетворенности соцподдержкой Сарасона (выявляет число, имена участников сети, которые предоста-

вили бы данные типы поддержки, и оценку удовлетворенности поддержкой [24]); опросник толерантности к неопределенности Д. Маклейна [28] в адаптации Е.Г. Луковицкой [7]; опросник осознанного присутствия Mindfulness; опросник состояния потока ППД-2 Д.А. Леонтьева; опросник «Контроль за действием» — русскоязычная адаптация опросника НАКЕМР Ю. Куля [14]; опросник жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой; опросник удовлетворенности жизнью SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) Э. Динера и др.[20] в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина [9]; опросник СЖО Д.А. Леонтьева [6]; опросник ПТроста [16] в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова [8].

Дизайн исследования

Исследование проводилось методом срезов в инклюзивных группах студентов с 2009 по 2013 годы.

Обработка данных

Обработка данных проводилась методом регрессионного анализа с помощью программы SPSS для выявления связи переменных между собой. Все таблицы приведены в Приложении.

Таблица 1
Распределение выборки по годам, месту и типу (ОВЗ/УЗ)

год	2009	2010	2011	2012	2013
Всего с ОВЗ	30	58	48	48	23
УЗ	53	93	164	105	53
Колледж ОВЗ	18	22	21	23	23
УЗ	39	46	85	105	53
ИТ ОВЗ	12	36	27		
УЗ	14	47	79		

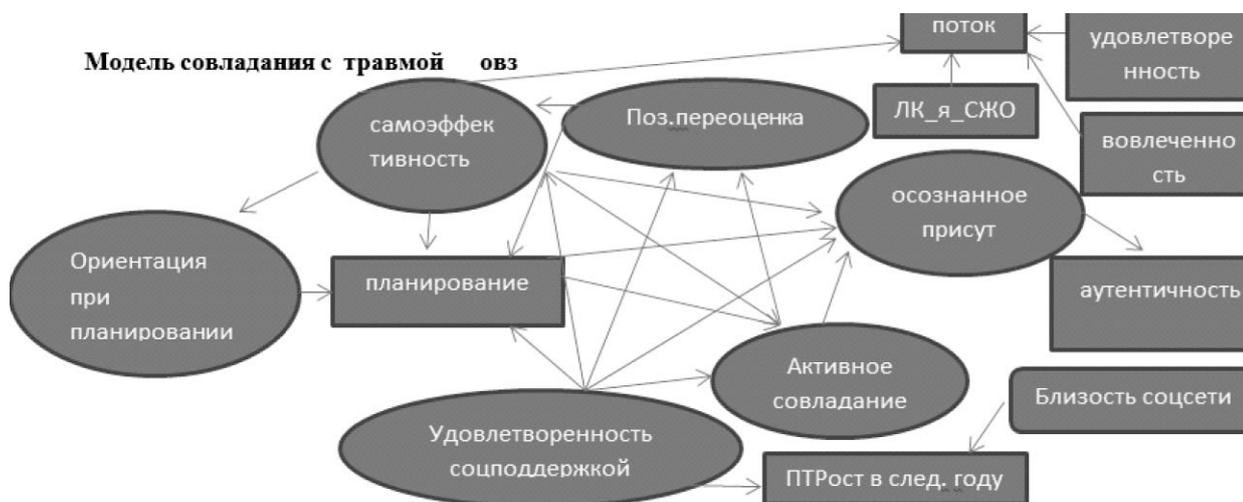
Результаты

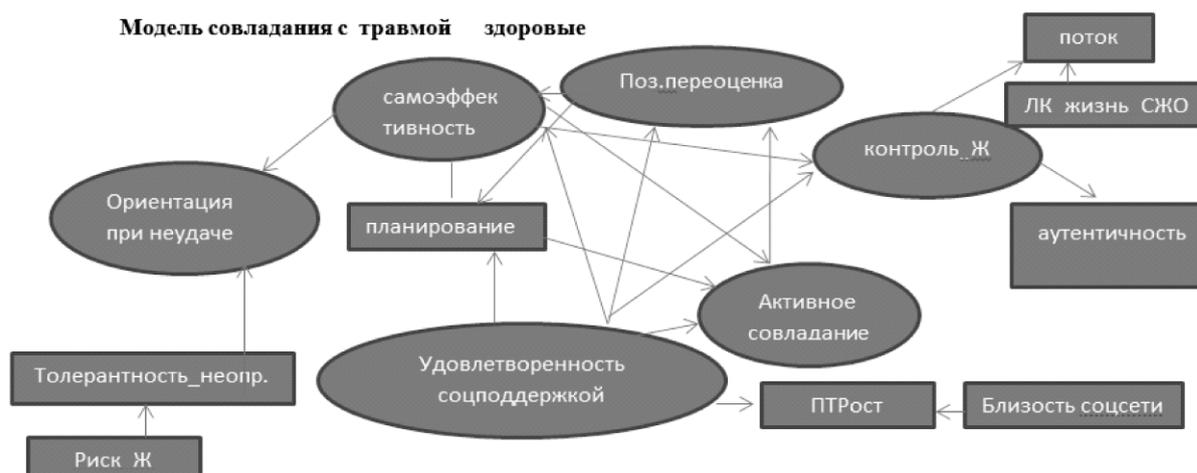
В модели Шварцера со ссылкой на модель Рубикона компоненты процесса совладания разделяются на стадии: преднамерения, мотивации и действия. Мы также будем использовать это разделение на стадии. По аналогии с моделью Шварцера совладания как деятельности нами была проверена структура совладающего процесса, состоящего из блоков: преднамерения, мотивации и действий.

В блок преднамерения вошли: показатели методики Ю. Куля «контроль за действиями», диагностирующей направленность на деятельность или рефлексивность в трудной ситуации [3]. Для студентов здоровых в этот блок также вошли показатели «толерантности к неопределенности» и шкала риска опросника жизнестойкости. Для студентов с ОВЗ в этот блок вошли показатели удовлетворенности соцподдержкой, количество помогающих родственников и посттравматический рост (ПТрост). В самой модели Шварцера в этот блок входит оценка риска повторного попадания в травматическую ситуацию, в этом блоке человек должен соотносить свое прошлое с будущим. Аналогичную процедуру мы не могли провести в своем исследовании, поскольку имели дело или с хронически болеющими людьми, или с не беспокоящимися о здоровье. Но если оценивать этот блок в разных группах с точки зрения отношения к прошло-

му и будущему, то ясно видно, что для здоровых риски находятся в будущем, а для студентов с ОВЗ — в прошлом, потому что показатель ПТроста позволяет позитивно переоценивать прошлые травматические события как полезные и имеющие смысл, что снижает рискованность в будущей жизни.

В блок мотивации вошли: планирование, самоэффективность, удовлетворенность соцподдержкой, позитивная переоценка. Этот блок оказался идентичным для обеих групп. Хотя стоит отметить, что сюда же можно добавить показатель из блока преднамерения для группы с ОВЗ «ориентация на деятельность при неудаче в планировании». В модели Шварцера в этом блоке отсутствует позитивная переоценка. В нашей модели позитивная переоценка играет роль позитивного контроля, позволяя высвободить ресурсы для дальнейших действий, она оценивает прошлые травмы как имеющие смысл и пользу и «дает добро» на деятельность. Функции позитивной переоценки и ПТроста аналогичны, но ПТрост диагностирует изменение личностных ориентаций после травмы, а позитивная переоценка — деятельностных ориентаций. В блок активного совладания вошли показатели активного совладания и показатель контроля (осознанное присутствие для студентов с ОВЗ и контроль жизнестойкости для здоровых).





Блок преднамерения: ПТРост и толерантность к неопределенности

До сих пор в теоретических моделях остается нерешенным вопрос: что запускает процесс совладания? Если рассматривать совладание как деятельность, то было бы логичным предполагать, по аналогии с саморегуляцией деятельности, что это — постановка цели. Однако неясно, какой именно цели. Цель излечения не может быть достигнута при хронических заболеваниях. Этот вопрос относится к вопросу о связи функционального состояния с саморегуляцией деятельности. Если мы предполагаем, что они континуально связаны друг с другом, то при ориентации на деятельность будет происходить улучшение функционального состояния. Если мы считаем не связанными саморегуляцию ФС и деятельности, то тогда требуется отдельный процесс налаживания функционального состояния, при удовлетворительном состоянии которого будет возможна деятельность. В теории Куля при неблагоприятных условиях прекращается целенаправленная активность и происходит процесс рефлексии. Склонность человека к рефлексии или к продолжению деятельности при неудаче осуществляет контроль ресурсов внимания. По нашему мнению, совладание наиболее эффективно, когда оно считается условием для возможности деятельности, а не ставится цель просто настройки функционального состояния без более широкой цели.

Студенты с инвалидностью изначально находятся в ситуации недостатка личностных ресурсов, которая обостряется в ситуации инклюзивного образования, когда они могут сравнивать свое поведение и возможности со здоровыми сверстниками. Поэтому, заранее зная о недостатке ресурсов, они прибегают к планированию задействования социальной поддержки. Это также подтверждается регрессионным анализом связи ресурса планирования по отношению к стратегии ориентации на действие при планировании. Эта связь присутствует только в группе лиц с ОВЗ, в группе здоровых ее нет (см. табл. 2).

Нам не удалось найти регрессионные связи «риск — ожидание результата» как в модели Шварцера, но мы нашли связь мотивации деятельности с другим показателем, заменяющим риск, — «толерантность к неопределенности». И через этот показатель риск связывается с мотивацией к деятельности (см. табл. 5, 6). В группе студентов с ОВЗ риск и толерантность не играют никакой роли, потому что для них важнее простроенность и контролируемость среды, чем ее новизна и неопределенность.

Посттравматический рост в следующем году предсказывают показатели удовлетворенности соцподдержкой и количества помогающих родственников в соцсети (см. табл. 7). Поскольку посттравматический рост означает позитивную переоценку травматической ситуации и личностных

изменений после травмы, стоит предположить, что основную роль в этом процессе играет поддержка.

Блок мотивации: планирование и позитивная переоценка

Из этих показателей (см. табл. 8, 9) ясно видно, что для планирования процесса совладания требуется достаточное количество ресурсов: самооффективности, удовлетворенности соцподдержкой и позитивной переоценки.

Блок действия: контроль, активное совладание, самооффективность

Для получения значимых результатов нам пришлось использовать разные показатели контроля (см. табл. 12) в группах. В группе с ОВЗ это показатель осознанного присутствия, в группе здоровых — показатель контроля опросника жизнестойкости.

Планирование — специфический для группы с ОВЗ предиктор показателя контроля, для студентов с ОВЗ позволяет контролировать ситуацию одновременно во внешних и внутренних аспектах; для достижения относительной гармонии со внешней средой они должны сначала ее преобразовать или запланировать преобразования. То, что для здоровых студентов планирование не является предиктором контроля, может говорить об импульсивности и хаотичности организации копингового поведения. С другой стороны, импульсивность копингового поведения здоровых студентов позволит им более активно действовать в трудной ситуации, не впадая в рефлексии. Об этом говорит показатель методики Юлиуса Куля «ориентация на деятельность при неудаче» [3]. В этой шкале 10 единиц, от 0 до 5, свидетельствуют о выборе рефлексии при неудаче в деятельности, от 6 до 10 — о выборе деятельности. Различия в группах подтверждает дисперсионный анализ, в группе ОВЗ среднее составляет 5,35, в группе здоровых 6,20 ($F=6,140 P<0,01$). Здоровые студенты могут позволить себе диффузное копинговое поведение, поскольку цена ошибки в дея-

тельности и неуспеха для них значительно ниже, чем для студентов с ОВЗ.

Показатель контроля жизнестойкости в группе здоровых студентов — деятельностная характеристика, говорящая о достаточном контроле над деятельностью. Для студентов с ОВЗ осознанное присутствие больше контроль себя и своих проявлений, в том числе над болезненными симптомами. Осознанное присутствие позволяет получить дистанцию по отношению к себе и своим недостаткам.

Блок успешности: поток, удовлетворенность жизнью, личностный контроль, самооффективность

Помимо указанных блоков совладания, мы выделили блок «позитивной жизни», куда вошли самооффективность и контроль, но не вошла соцподдержка в обеих группах. Также в него вошли показатели потока и удовлетворенности жизнью. Этот уровень находится вне процесса совладания и подразумевает эффективность саморегуляции деятельности.

По мнению Юлиуса Куля, эффективная саморегуляция предполагает ощущение позитивного благополучия [14].

По определению Эдварда Динера [30], удовлетворенность жизнью позволяет оценивать свои достижения и состояние жизни с учетом собственных стандартов и целей личности. Из этого определения следует, что удовлетворенность жизнью предполагает сформированность личностного уровня саморегуляции, на котором удовлетворенность будет максимальной.

Общность компонентов этого уровня для обеих групп означает возможность преодоления ситуации хронической болезни и психологическое благополучие даже при наличии инвалидности. По нашей оценке в исследовании, на этом уровне находятся не более 10% студентов с ОВЗ. Что является условиями перехода на этот уровень — вопрос для будущих исследований в этой области. Стоит надеяться, что понимание механизма перехода на уровень ус-

пешной саморегуляции для детей и подростков с хроническими заболеваниями позволит в будущем считать хронические заболевания «индивидуальными особенностями», а не препятствиями для качественной жизни.

Состояние потока характеризуется оптимальностью функционирования как системы саморегуляции ФС, так и саморегуляции деятельности. Способность «впадать в поток» может тренироваться и накапливаться. Также оно ресурсоемко, и поэтому предпочтительно при недостатке личностных ресурсов саморегуляции деятельности. Поэтому мы предположили, что студенты с ОВЗ в качестве одной из стратегий саморегуляции развивают потоковость деятельности (см. табл. 14).

Для студентов с ОВЗ состояние потока означает полноценность функционирования, вовлеченность в жизнь, самоэффективность, самоконтроль, удовлетворенность жизнью. Для студентов здоровых поток характеризует контролируемость жизни. По утверждению автора теории потока, Чиксентмихайи, состояние потока — наивысший уровень бытия для человека, точка роста при сохранении полного контроля

над ситуацией [1]. Получается, что в потоке студенты с ОВЗ контролируют самих себя, а здоровые студенты — жизнь.

Выводы

Следует отметить, что блоки связаны друг с другом и скорее континуальны, чем дискретны. В каждом блоке есть показатели, контролируемые достаточность ресурсов для следующего блока: самоэффективности и соцподдержки. В модели Шварцера самоэффективность измеряется по трем блокам: преднамерения, мотивации и активного совладания. Хотя в данном исследовании три различные методики определения самоэффективности не применялись, а использовался только показатель общей самоэффективности, тем не менее, полученные результаты совпали с моделью Шварцера. Учитывая, что социальная поддержка, аналогично самоэффективности, является предиктором в каждом блоке, стоит предполагать различные роли соцподдержки на каждом этапе совладания. Создание методики, дифференцирующей функции социальной поддержки на каждом этапе, следует считать перспективой исследований в этой области. ■

Приложения

Таблица 2

Зависимая переменная планирование	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Ориентация на деятельность при планировании (ОВЗ)	0,247	0,231	15,112	0,000	0,497	3,887	0,000

Таблица 3

Зависимая переменная ориентация на деятельность при планировании	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Самоэффективность (ОВЗ)	0,416	0,404	32,834	0,000	0,645	5,730	0,000
Удовлетворенность СП (ОВЗ)	0,499	0,488	45,868	0,000	0,707	6,773	0,000

Таблица 4

Зависимая переменная ориентация на деятельность при неудаче	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Самозффективность (УЗ)	0,131	0,126	24,173	0,000	0,362	4,917	0.000
Удовлетворенность СП (УЗ)	0,090	0,095	16,867	0,000	309	4,107	0,000

Таблица 5

Зависимая переменная ориентация на деятельность при неудаче (УЗ)	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Толерантность к неопределенности	0,92	0,87	16,300	0,000	0,304	4,037	0.000

Таблица 6

Зависимая переменная Толерантность к неопределенности (УЗ)	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Риск_Ж	0,179	0,174	34,837	0,000	0,423	5,902	0.000

Таблица 7

Зависимая переменная ПТрост на следующий год	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Удовлетворенность соцподдержкой	0,684	0,675	75,728	0,000	0,827	8,702	0.000
Близость соцсети	0,512	0,496	31,484	0,000	0,716	5,611	0,000

Таблица 8

Зависимая переменная позитивная переоценка	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Активное совладание	0,481	0,479	193,128	0,000	0,694	13,897	0,000
Удовлетворенность СП	0,223	0,219	59,632	0,000	0,472	7,722	0,000

Таблица 9

Зависимая переменная планирование	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Удовлетворенность СП	0,156	0,152	38,563	0,000	0,395	6,210	0,000
Позитивная переоценка	0,403	0,400	140,322	0,000	0,635	11,846	0,000
Самоэффективность	0,196	0,192	50,614	0,000	442	7114	0,000

Таблица 10

Зависимая переменная: самоэффективность	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Позитивная переоценка (ОВЗ)	0,621	0,612	75,239	0,000	0,788	8,674	0,000
Позитивная переоценка (здоровые)	0,238	0,233	50,008	0,000	0,488	7,072	0,000
Удовлетворенность поддержкой (ОВЗ)	0,510	0,499	47,894	0,000	0,714	6,921	0,000
Удовлетворенность поддержкой (здоровые)	0,046	0,040	7,773	0,006	0,215	2,782	0,006

Таблица 11

Зависимая переменная Активное совладание	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Удовлетворенность СП	0,215	0,212	57,124	0,000	0,404	7,558	0,000
Планирование	0,508	0,505	214,375	0,000	0,712	14,642	0,000
Самоэффективность	0,285	0,282	83,108	0,000	0,534	9,116	0,000

Таблица 12

Зависимая переменная Осознанное присутствие (ОВЗ), контроль (УЗ)	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Удовлетворенность СП (ОВЗ)	0,245	0,228	14,606	0,000	0,495	3,822	0,000
Удовлетворенность СП (УЗ)	0,097	0,092	17,257	0,000	,312	4,154	0,000

Планирование (только для ОВЗ)	0,251	0,234	15,084	0,000	0,501	3,884	0,000
Самоэффективность(ОВЗ)	0,189	0,171	10,463	0,002	0,434	3,235	0,002
Самоэффективность (УЗ)	0,164	0,159	31,404	0,000	0,405	5,604	0,000
Активное совладание (ОВЗ)	0,272	0,276	18,950	0,000	0,540	4,353	0,000

Таблица 13

Зависимая переменная аутентичность выбора	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Осознанное присутствие (ОВЗ)	0,334	0,319	22,542	0,000	0,578	4,748	0,000
Контроль_Ж (УЗ)	0,108	0,102	19,350	0,000	0,328	4,399	0,000

Таблица 14

Зависимая переменная Состояние потока	R Square	Adj.R Square	F	sig	Beta	t	sig
Самоэффективность (ОВЗ)	0,204	0,168	5,636	0,027	0,452	2,374	0,000
Удовлетворенность (ОВЗ)	0,295	0,263	9,219	0,000	0,543	3,036	0,000
Вовлеченность_Ж (ОВЗ)	0,216	0,181	6,172	0,022	0,465	6,617	0,000
Личностный контроль_Я (ОВЗ)	0,492	0,469	21,344	0,000	0,702	4,620	0,000
Личностный контроль_Жизнь (УЗ)	0,162	0,145	9,845	0,003	0,402	5,767	0,000
Контроль_Жизнь (УЗ)	0,150	0,134	9,026	0,004	0,388	9,397	0,000

Литература

1. Александрова А.А., Лебедева Д.А., Леонтьев Д.А. / Личностный потенциал: структура и диагностика. М., 2011. С. 579.
2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М., 2006.
3. Васильев И.А., Шапкин С.А., Митина О.В., Леонтьев Д.А. Ориентация на действие или состояние как индивидуальная характеристика саморегуляции. М.: Смысл, 2008.
4. Гордеева Т.О. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE / Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Е.А. Рассказова, О.А. Сычев, В.Ю. Шевяхова // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практи-

- ческой конференции / Под ред. Т.Л. Крюковой, М.В. Сапоровской, С.А. Хазовой. Кострома, 23–25 сентября 2010. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. Т. 2. С. 195–197.
5. *Леонова А.Б., Капица М.С.* Методы субъективной оценки функциональных состояний человека // Ю.К. Стрелков (ред.). Практикум по инженерной психологии и эргономике. М.: Академия, 2003.
 6. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 1992. 16 с.
 7. *Луковицкая Е.Г.* Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Луковицкая. СПб., 1998. 18 с.
 8. *Магомед-Эминов М.Ш.* Позитивная психология человека. В 2 тт. / М.Ш. Магомед-Эминов. М.: Парф., 2007. 624 с.
 9. *Осин Е.Н.* Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Электронный ресурс] / Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Ин-т социологии РАН, Российское общество социологов. 2008. 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
 10. *Шварцер Р.* Русская версия шкалы общей самооффективности / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71–76.
 11. *Armitage C.J.* (2006). Evidence that implementation intentions promote transitions between the stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 141–151.
 12. *Bandura A.* (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
 13. *Bauman A.E., Reis R.S., Sallis J.F., Wells J.C., Loo R.J.F. & Martin B.W.* (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380(9838), 258–271.
 14. *Baumann N., Kaschel R. & Kuhl J.* (2005). Striving for unwanted goals: Stressdependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 781–799
 15. *Belanger-Gravel A., Godin G. & Amireault S.* (2013). A meta-analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. *Health Psychology Review*, 7(1), 23–54.
 16. *Calhoun L.G. & Tedeschi R.G.* (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi, (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
 17. *Carver C.* Control-Systems Approach to Behavioral Self-Regulation / C. Carver, M. A. Scheier // *Review of Personality and Social Psychology: 2* / Ed. by L. Wheeler. Beverly Hills: Sage, 1981. — P. 107–140
 18. *Courneya K.S., Estabrooks P.A. & Nigg C.R.* (1997). Predicting change in exercise stage over a three-year period: An application of the theory of planned behavior. *Avante*, 3(3), 1–13.
 19. *De Vet E., de Nooijer J., de Vries N.K. & Brug J.* (2006). The transtheoretical model for fruit, vegetable and fish consumption: Associations between intakes, stages of change and stage transition determinants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 13.
 20. *Diener E.* Assessing subjective well-being: Progress and opportunities / E. Diener // *Social Indicators Research*. — 1994. — Vol. 31 (2). — P. 103–157.
 21. *Gollwitzer P.M.* (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
 22. *Gollwitzer P.M. & Sheeran P.* (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69–119.
 23. *Heckhausen H. & Gollwitzer P.M.* (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11(2), 101–120.
 24. *Irwin G. Sarason, Henry M. Levine, Robert B. Basham & Barbara R. Sarason.* Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire *Journal of Personality and Social Psychology* 1983, Vol. 44, No. 1, 127–139.
 25. *Lippke S., Schwarzer R., Ziegelmann J.P., Scholz U. & Schuz B.* (2010). Testing stage-specific effects of a stage-matched intervention: A randomized controlled trial targeting physical exercise and its predictors. *Health Education and Behavior*, 37(4), 533–546.
 26. *Luszczynska A. & Sutton S.* (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: Evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 314–321.

27. *Luszczynska A., Schwarzer R., Lippke S. & Mazurkiewicz M.* (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & Health*, 26(2), 151–166.
28. *McLain D.L.* The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity / D.L. McLain // *Educational and Psychological Measurement*. – 1993. – Vol. 53(1). – P. 183–189
29. *Ochsner S., Scholz U. & Hornung R.* (2013). Testing phase-specific self-efficacy beliefs in the context of dietary behaviour change. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5, 99–117.
30. *Pavot W., Diener E.* Review of the satisfaction with life scale // *Psychological Assessment*. – 1993. – № 2: Vol. 5. – pp. 164–172.
31. *Rhodes R.E. & Dickau L.* (2012). Experimental evidence for the intention-behavior relationship in the physical activity domain: a meta-analysis. *Health Psychology*, 31(6):724–727.
32. *Scholz U., Sniehotta F.F., Burkert S. & Schwarze R.* (2007). Increasing physical exercise levels – Age-specific benefits of planning. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 851–866.
33. *Schwarzer R.* (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: International Review*, 57(1), 1–29.
34. *Schwarzer R. & Renner B.* (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19(5), 487–495.
35. *Schwarzer R., Lippke S. & Luszczynska A.* (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The health action process approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161–170.
36. *Schwarzer R., Luszczynska A., Ziegelmann J.P., Scholz U. & Lippke S.* (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27(1), 54–63.
37. *Schwarzer R., Schuz B., Ziegelmann J.P., Lippke S., Luszczynska A. & Scholz U.* (2007). Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 156–166.
38. *Weinstein N.D., Rothman A.J. & Sutton S.R.* (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290–299.
39. *Wiedemann A.U., Lippke S., Reuter T., Schuz B., Ziegelmann J.P. & Schwarzer R.* (2009). Prediction of stage transitions in fruit and vegetable intake. *Health Education Research*, 24(4), 596–607.

Trauma and the coping process: different models in university students with and without disabilities. Testing the coping model as HAPA process

T.A. Silantieva,
magister student of the Education Institute
of the Economics High School
E-mail: tanyasilantieva@yandex.ru

One of the most developed and described models of the coping with life difficulties is the HAVA (Health Action Volume Approach) model by Ralf Schwarzer – coping as a process. This model is characterized by unifying coping theory as continuous and staged process. This article describes the testing of the model in Russian-language sample of two groups of co-studying university students: with and without disabilities. In the students with disabilities group the specific strategy of posttraumatic growth under the influence of social support was discovered as well as special role of mindfulness, that functions as a control of sufficiency for coping personal resources. As a whole HAVA model was validated and was enriched with the new components.

Keywords: inclusive education, social support, self-efficiency, university students, mindfulness.