

УДК 159.9+613.8

*М.И. Ясин, Е.С. Гусева***РЕЛИГИОЗНОСТЬ, ДИСТРЕСС И ЗДОРОВЬЕ**

Задача исследования – выделить и систематизировать факторы, связывающие религиозность с психологическим благополучием, стратегиями совладания и, как следствие, повышающие уровень здоровья. Исследование проводилось в форме теоретического обзора. Психологи были обнаружены группа факторов, связывающих здоровье и религию. Это стиль совладающего поведения, психологическая и социальная поддержка, а также ряд факторов, с ними тесно связанных, таких, как локус контроля, тип мотивации и др. Религиозность способна формировать несколько полезных навыков совладания. При «трансцендентной» стратегии человек чувствует поддержку Бога, однако сам не теряет активности. Для него характерен внутренний локус контроля, позитивно связанный с большими успехами в выздоровлении. Выученная беспомощность отрицательно сказывается на совладающих способностях и на выздоровлении. В ряде работ приводятся доказательства того, что религия предлагает средства профилактики выученной беспомощности. Три фактора оказались тесно связанными: совладающее поведение, самооценка и отношения с Богом. При повышении самооценки улучшались ощущение позитивных отношений с Богом и способности к совладанию. Внутренняя религиозная мотивация также важна для улучшения здоровья. Внутренняя религиозность позитивно коррелирует с частотой молитвы и субъективным благополучием, отрицательно – со шкалами тревожности и депрессии. Дополнительные социально-психологические факторы, также способствующие здоровьесбережению, – это снижение вредных привычек, социальная и материальная поддержка общины в трудную минуту, социальная педагогика (например, для противостояния выученной беспомощности), поддержание социальной активности.

Ключевые слова: психология религии, психология здоровья, стресс, совладающее поведение, установка на выздоровление, мотивация, образ бога.

Связь физического здоровья со стрессом достаточно исследована, однако каждый год появляются новые данные о влиянии душевного благополучия на восстановительные способности организма. Роль веры в борьбе с жизненными трудностями, потенциал религии в восстановлении и поддержании психологического баланса, а также ресурсы веры в совладающем поведении дают ключ к пониманию многих вопросов психогигиены.

Наше исследование составляет теоретический обзор научных работ, раскрывающих влияние религии на душевное благополучие и способности совладания с дистрессами.

Задача исследования – выделить и систематизировать факторы, оказывающие воздействие на психологическое благополучие и совладание с дистрессом, а, как следствие, могут способствовать повышению уровня здоровья.

Анализ публикаций в «Международном журнале психологии религии» (International Journal for the Psychology of Religion) за 2012–2015 гг. показал, что по числу публикаций эта тема занимает в журнале первое место. Выделим основные направления: формирование здорового образа жизни под влиянием религии; влияние веры и сопутствующих психологических явлений на способность бороться с дистрессом и на волю к выздоровлению; влияние религиозных установок на практики обращения за медицинской помощью; на психологическое совладание с инвалидностью и неизлечимыми заболеваниями; религия и аддитивное поведение. С 1997 г. издается специализированный журнал о религии и здоровье («Journal of Religion and Health»), выпускающий ежегодно порядка 240 статей по данной проблематике [32].

В последнее десятилетие, как указывают Б. Лии и Э. Ньюберг [14], усилился интерес к данной проблеме. Высоко оценивая возможности духовной поддержки выздоравливающих, на практике эти возможности реализуют лишь 40 % больных и 20 % врачей, как отмечают Д. МакЛин и соавторы [16]. Ряд авторов показали, что религиозность может способствовать сбережению здоровья и лучшему выздоровлению. Но есть и обратное движение: исследования показывают, что некоторые религиозные течения, подменяя собой медицинскую помощь, наносят здоровью вред. Так, Р. Слоан и Э. Багиелла указывают, что некоторые верующие пациенты рассматривают болезнь как «божью кару» или «испытание» и не обращаются за медицинской помощью [25].

Наше исследование показало, что для лиц со здоровой внутренней религиозной ориентацией характерно доминирование таких эго-состояний, как «заботливый родитель» и «естественный ребе-

нок», при сохранности «взрослой» части личности. Такая транзактная модель связана со здоровым личностным развитием как следствие того, что общение внутри культа задается посредством дополнительных транзакций, не несущих в себе конфликта [28]. Американский психолог Р. Буркс полагает, что в религиозных сообществах, где культивируются страх и чувство вины, преобладают пересекающиеся, способствующие снижению самоуважения и уверенности в себе транзакции, подавляющие в адептах «естественного ребенка» и «заботливого родителя». Результатом подавления «естественного ребенка» у последователей таких культов является «зомбиподобность» [31].

Отрицательное влияние религии на охрану здоровья также является предметной областью психологии религий.

Постараемся выявить возможные положительные связи здоровья и религиозной веры. Психологи обнаружили группу факторов, связывающих здоровье и религию. Это – стиль совладающего поведения, формирующий в рамках определенной религиозной конфессии как психологическая и социальная поддержка религиозной группы.

В исследованиях А.Л. Ай и коллег [1] показано, что верующие люди лучше проходят реабилитационный период после операций на сердце: это возможно благодаря двум основным факторам: индивидуальному стилю совладания, во многом продиктованного верой, и психосоциальным ресурсам, таким, как психологическая и иная поддержка больного.

Уровень здоровья оказывается связанным с религиозностью через третий фактор: социальную и материальную поддержку религиозной общины и в исследовании К.Ф. Ферраро и Дж.Р. Коха [7]. Этот фактор проявлял сильную связь с уровнем здоровья у черных американцев, но не играл особой роли у белых, для которых поддержка религиозной общины оказалась не столь важна. (В России роль религии в поддержке здоровья может оказаться иной, поскольку иначе распределены и социальные страты, и функции социальных институтов.)

К.С. Чан и коллеги работали с группой женщин, переживших стихийное бедствие, и выявили, что в условиях массовых катастроф фактор социальной поддержки перестает работать. На первый план выходят личная модель совладающего поведения, оптимизм и целеустремленность, помогая лучше справляться с посттравматическим стрессом [5].

Сам фактор социальной поддержки в ряде случаев помогает преодолению сложных жизненных ситуаций и, как следствие, повышению здоровья, но он не является обязательным, а хорошо работает для малоресурсных групп граждан: например, для людей с низким уровнем дохода или в регионах со скудным социальным обеспечением. В остальных случаях гораздо важнее личная модель совладающего поведения в борьбе с дистрессами.

Мы видим необходимость развести понятия ресурсной и психологической поддержки, которые в исследованиях часто называют одним термином: поддержка социальная или психосоциальная. Если фактор ресурсной поддержки в разных условиях по-разному влияет на душевное благополучие, то фактор психологической поддержки более однозначен: он действует позитивно.

Социальная поддержка

Фактор *социальной поддержки* оказался неоднозначным. В относительно спокойное время он работает на увеличение стрессоустойчивости людей, но в случае катастроф снижает личные адаптационные ресурсы, в конечном счете, приводя к более сильному дистрессу, как показано в исследовании С.Р. Лоу, К.С. Чан, Дж.Э. Родс [15]. Еще один аргумент, умаляющий роль социальной поддержки – исследование выученной беспомощности. Из обширной литературы на эту тему отметим несколько работ. А.И. Пипер и соавторы показали, как выученная беспомощность влияет на снижение когнитивных функций, как следствие, снижая активность и субъективное восприятие качества жизни [21]. К.Р. Прайс и коллеги описали нейрофизиологические процессы, лежащие в основе развития депрессии на фоне вынужденной беспомощности [22].

В ряде работ приводятся доказательства того, что религия предлагает средства профилактики вынужденной беспомощности. Например, В.С. Роттенберг полагает, что правильное религиозное воспитание может противостоять беспомощности и депрессии [23]. При этом должно выполняться условие активности самого человека, включение его творческого понимания религиозных источников; система же религиозного воспитания должна поощрять осмысленное восприятие.

Наше недавнее исследование показало, что социально-активный образ жизни в пожилом возрасте помогает сохранить позитивный взгляд на мир, способствует ощущению субъективного благополу-

чия и как результат, ведет к формированию более высокой способности к совладанию с жизненными трудностями. Причем ключевыми здесь являются ощущение собственной активности и творческого потенциала, а также поддержание плодотворных контактов с социальным окружением [33].

Отмечен еще ряд социальных факторов, снижающих заболеваемость у верующих. Ограничение внешних контактов в небольших общинах уменьшает вероятность распространения заболеваний [27], моральные нормы ограничивают вероятность венерических заболеваний и аборт, ниже риск заболеваний, связанных с вредными привычками [11], и даже дорожный травматизм, что связано с использованием ремней безопасности [18].

Психологическая поддержка

В религиозных общинах, как указывают Б. Чанг и коллеги [6] высоко качество социальных связей, люди более внимательно относятся друг к другу и охотнее оказывают своим соплеменникам моральную поддержку.

М.Е. Лара и коллеги показали, что социальная изоляция способствует депрессивным настроениям, общение и дружеская поддержка помогают противостоять депрессии и на стадии превенции возникновения негативных состояний, и на этапе выздоровления [13]. В исследовании пациентов с клиническими формами депрессии было обнаружено, что при наличии внутренней религиозной мотивации выздоровление у них происходит быстрее [12]. В религиозном объединении люди обеспечены общением и вовлеченностью события, что помогает им избегать депрессии, – утверждают Т. Смит и коллеги [26]. Ведущим в формировании депрессивных состояний является неспособность справляться со стрессами, утверждают Р.П. Ауэрбах и коллеги [2]. Моральная поддержка может оказать значительное влияние на веру человека в благоприятный исход событий, экспериментально показали Р. Бонелли и коллеги [3].

Стратегии совладания

Вера в бога может влиять на душевное благополучие, показали М.Э. Райан и А. Дж. Френсис [24]. Они выделили три варианта локуса контроля: внутренний, внешний и трансцендентный (или «осознающий бога»). В первом случае человек считает, что происходящее зависит от него самого, во втором – от бога, в третьем – от понимания человеком бога. Исследование позволило заключить, что при внутреннем локусе контроля и в случае, когда человек «понимает бога и сотрудничает с ним» – выздоровление происходит быстрее и успешнее, но когда человек полностью надеется на бога – результаты хуже.

Похожие утверждения делает и К. Пергамент. Он выделяет три стратегии совладания со стрессом: 1) «совместная», в которых люди сотрудничают с богом для преодоления стрессогенных событий; 2) «ожидание», при этом типе люди надеются на бога и предоставляют ему все решать за них; 3) «самостоятельная», в этом случае люди не полагаются на бога, но пытаются решить проблемы исключительно собственными усилиями. Автор отмечает, при стрессах вера дает надежду на улучшение ситуации, но при этом человек должен продолжать действовать. По его мнению, самой успешной является «совместная» стратегия совладания [19]. М.С. Гиббис исследовал ресурсы совладающего поведения у переживших стихийные бедствия и пришел к заключению, что важны следующие факторы: активная позиция, внутренний локус контроля, низкий уровень восприятия угрозы [9].

Религия может помочь в выздоровлении или снижении влияния стрессогенов, но только при условии, что человек сохраняет активную жизненную позицию, а Бога рассматривает как помощника, не перекладывая на него ответственность за свою судьбу. Успешная модель совладания включает в себя стратегию «сотрудничества» с Богом, активную позицию и внутренний локус контроля.

Интересно ещё одно направление исследований, связывающее образ Бога и совладающее поведение. Г. Бройер и коллеги отмечают [4], что в процессе выздоровления важным фактором является установка на выздоровление. Она и является ключевой, если мы говорим, что религия может влиять на процесс выздоровления. Авторы обнаружили, что у верующих встречаются два типичных образа Бога – «бог милостивый» и «бог гневный». Верующие, у которых преобладает образ «милостивого Бога», уверены, что Он любит их и готов помогать им справиться с болезнью. «Гневный» образ представляет Бога как контролирующего, требующего, наказующего. По представлениям тех, у которых этот образ преобладает, Бог посылает болезни как наказание за грехи. Позитивно связан с

успешными моделями совладания и большим успехом выздоровления образ Бога «милостивого». По сути, только этот образ связан с установками на выздоровление.

В том же ключе проводилось лонгитюдное исследование Г. Фиттчета и коллег [8], наблюдавших у верующих успехи в период реабилитации. Они установили, что злость на Бога связана с худшей самооценкой успехов реабилитации, что приводило пациентов к стрессу и невозможности успешно жить с травмой или заболеванием. В таких случаях с пациентами работал психолог. Если прогресс наблюдался, то он затрагивал все стороны: и совладающее поведение, и самооценку собственного состояния, и отношения с Богом. Можно заключить, что эти факторы тесно связаны между собой. Авторы приходят к выводу, что по наличию злости на Бога можно прогнозировать ход реабилитации.

В одной из наших работ показано: эмоциональная составляющая религиозности (отношение к Богу) играет важную роль в формировании наиболее часто переживаемых верующими эмоциональных состояний, что в свою очередь может сказываться на здоровье благодаря сильной связи эмоциональной сферы и психосоматики [30].

Внутренняя религиозность тесно связана с душевным благополучием, утверждают Дж. Малтби, К. Левис, Л. Дей [17], рассматривая ее как установление личного контакта человека с трансцендентным. Это более интимная связь человека с духовным, нежели религиозность внешняя – основанная на исполнении ритуалов и посещении религиозной общины. Авторы получили позитивную корреляцию внутренней религиозности, частоты молитвы и положительных показателей по ряду шкал субъективного благополучия, и отрицательную – по шкалам тревожности и депрессии. Внешняя же религиозность оказалась связанной с частотой посещения церкви, и показатели по шкалам благополучия у этой группы были ниже.

Связь внешней и внутренней религиозной ориентации с личностной тревожностью, депрессией и самооценкой исследовал Р.Л. Горшич [10], установив, что существуют значимая корреляционная связь между внешней религиозностью и тревожностью, а также обратная корреляция между внутренней религиозной ориентацией и тревожностью. К. Парк, Л.Х. Кохен и Л. Херб на выборке католиков, [20] обнаружили, что внешняя религиозная ориентация связана с высокими баллами по шкале депрессии.

Еще одним значимым фактором, формирующим здоровую религиозную личность, на наш взгляд, является задаваемая религиозной доктриной гармоничная картина мира, обеспечивающая осмысленность жизни верующих, ее непротиворечивость, и предлагающая готовые ответы на сложные жизненные вопросы, а также универсальные стратегии решения многих проблем. Подтверждение этому можно найти у классиков психологической мысли, (В. Франкл, А. Маслоу, Э. Фромм) и других гуманистов [29].

Выводы

Анализ опубликованных материалов показывает, что религиозность или вера в Бога не имеет прямой связи с уровнем здоровья. Однако существует ряд факторов, сплетенных с религиозностью и оказывающих влияние на здоровье и верующих.

Прежде всего, это уровень тревожности и стресса, влияющий на общий иммунитет и проявление психосоматических заболеваний. Психологическая поддержка религиозной группы, позитивный образ Бога («бог милостивый») и внутренняя мотивация к религии способствуют снижению дистрессов и повышению здоровья.

Второй фактор – активная жизненная позиция и внутренний локус контроля. Экспериментально показана их связь с более высокой стрессоустойчивостью и лучшими перспективами выздоровления. Однако активность и внутренний локус контроля, связанные с совместной борьбой человека и Бога с трудностями, – лишь один из вариантов совладающего поведения у верующих. В иных случаях возможны менее успешные стратегии: полное упование на Бога или самостоятельность.

Дополнительные социально-психологические факторы, также способствующие здоровьесбережению, – это снижение вредных привычек, социальная и материальная поддержка общины в трудную минуту, социальная педагогика (например, для противостояния выученной беспомощности), поддержание социальной активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ai A.L., Park C.L., Huang B., Rodgers W., Tice, T.N. Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery // *Personality and Social Psychology Bulletin* 2007. Vol. 33. P. 867-882.
2. Auerbach R.P., Abela J.R.Z., Zhu X., Yao S., Understanding the role of coping in the development of depressive symptoms: symptom specificity, gender differences, and cross-cultural applicability // *British Journal of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 49 (4). P. 547-561.
3. Bonelli R., Dew R.E., Koenig H.G., Rosmarin D.H., Vasegh S., Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research // *Depression Research and Treatment*. 2012. Vol. 2012. 8 p.
4. Brewer G., Robinson S., Sumra A., Tatsi E., Gire N., The Influence of Religious Coping and Religious Social Support on Health Behaviour, Health Status and Health Attitudes in a British Christian Sample // *Journal of Religion and Health*. 2015. Vol. 54. P. 2225-2234.
5. Chan C.S., Rhodes J.E., Perez J.E. A Prospective Study of Religiousness and Psychological Distress Among Female Survivors of Hurricanes Katrina and Rita // *American Journal of Community Psychology*. 2012. Vol. 49 (1). P. 168-181.
6. Chang B., Noonan A.E., Tennstedt S.L., The role of religion/spirituality in coping with care-giving for disabled elders // *Gerontologist*. 1998. Vol. 38. P. 463-470.
7. Ferraro K.F., Koch J.R. Religion and Health Among Black and White Adults: Examining Social Support and Consolation // *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1994. Vol. 33. P. 362-375.
8. Fitchett G., Rybarczyk B.D., DeMarco G.A., Nicholas J.J., The Role of Religion in Medical Rehabilitation Outcomes A Longitudinal Study // *Rehabilitation Psychology*. 1999. Vol. 44 (4). P. 333-353.
9. Gibbs M.S., Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review // *Journal of Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 489-514.
10. Gorsuch R.L. Psychology of religion // *Annualreview of psychology*. 1988. Vol. 39 (1). P. 201-221.
11. Grant B.F. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults // *Journal of Substance Abuse*. 1995. Vol. 7. P. 481-497.
12. Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L., Religiosity and remission of depression in medically ill older patients // *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 155. P. 536-542.
13. Lara M. E., Leader J., Klein D. N., The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? // *Journal of Abnormal Psychology*. 1997. Vol. 106. P. 478-482.
14. Lee B.Y., Newberg A.B. Religion and Health: A review and critical analysis // *Zygon*. 2005. Vol. 40. P. 443-468.
15. Lowe S.R., Chan C.S., Rhodes J.E. Pre-disaster social support protects against psychological distress: A longitudinal analysis of Hurricane Katrina survivors // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010. Vol. 78. P. 551-560.
16. MacLean C.D., Susi B., Phifer N., Schultz L., Bynum D., et al. Patient Preference for Physician Discussion and Practice of Spirituality // *Journal of General Internal Medicine*. 2003. Vol. 18. P. 38-43.
17. Maltby J., Lewis C., Day L. Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer // *British Journal of Health Psychology*. 1999. Vol. 4(4). P. 363-378.
18. Oleckno W.A., Blacconiere M.J., Relationship of Religiosity to Wellness and Other Health-related Behaviors and Outcomes // *Psychological Reports*. 1991. Vol. 68. P. 819-826.
19. Pargament K.I. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice* // New York, Guilford Press. 2001. 548 p.
20. Park C., Cohen L. H., Herb L., Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990. Vol. 59. P. 562-574.
21. Piper A.I., & Langer, E.J., Aging and mindful control // In M.M. Baltes & P.B. Baltes (Eds.). *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1986. P. 207-236.
22. Pryce C.R., Azzinnari D., Spinelli S., Seifritz E., Tegethoff M., Meinlschmidt, G. Helplessness: a systemic translational review of theory and evidence for its relevance to understanding and treating depression // *Pharmacology & therapeutics*. 2011. Vol. 132 (3). P. 242-267.
23. Rotenberg V.S., religious education as a prevention of learned helplessness and depression: theoretical consideration // *Activitas Nervosa Superior*. 2012. Vol. 54 (1-2).
24. Ryan M.E., Francis A.J.P. Locus of control beliefs mediate the relationship between religious functioning and psychological health // *Journal of Religion and Health*. 2012. Vol. 51 (3). P. 774-785.
25. Sloan R.P. & Bagiella E. Claims About Religious Involvement and Health Outcomes // *Annals of Behavioral Medicine*. 200). Vol. 24(1). P. 14-21.
26. Smith T.B., McCullough M.E., Poll J. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events // *Psychological Bulletin*. 2003. Vol. 129 (4). P. 614-636.
27. Van Poppel F., Schellekens J., Liefbroer A.C., Religious Differentials in Infant and Child Mortality in Holland, 1855–1912 // *Population Studies (Cambridge)*. 2002. Vol. 56. P. 277-289.

28. Гусева Е.С., Транзактный подход к описанию религиозной личности // Изв. Самарского науч. центра Российской академии наук. 2015. Т. 17. № 1(4). С. 882-885.
29. Гусева Е.С., Сидоренко С.В. Краткий анализ психологических теорий религиозности // Актуальные вопросы психологии. Материалы Междунар. науч.-практ. конф. Краснодар. 2012. С. 213-220.
30. Гусева Е.С. Эмоциональное отношение к богу как важнейший компонент религиозности // Культура. Духовность. Общество. 2015. № 19. С. 69-81.
31. Инго М. Культурная травма и реабилитация // Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости / под ред. Е.Н. Волкова. СПб.: Речь. 2008.
32. Ясин М.И. Психология религиозности: современные направления исследований // Современные проблемы психологии как теории и практики. Колл. монография. М.: ФГБОУ ВПО «Российский экономический университет», 2015. С. 222-249.
33. Ясин М.И., Сердакова К.Г. Религиозность и субъективное благополучие в пожилом возрасте // Российский научный журнал. 2016. № 2 (51). С. 89-94.

Поступила в редакцию 18.01.17

M.I. Yasin, Ye.S. Guseva

RELIGIOSITY, DISTRESS AND HEALTH

The aim of the present research work is to define and systematize factors which connect religiosity with psychological wellbeing, coping strategies and, as a consequence, improve general health. The research has been conducted in the form of a theoretical review. The psychologists have discovered a group of factors that connect health and religion. It comprises a coping style, psychological and social support, as well as correlated factors such as locus of control, type of motivation and some others. Religiosity can develop some useful coping skills. In the case of “transcendental” strategy a person can feel God's support, displaying no decrease in the activity. It happens due to the internal locus of control that is positively connected with speedy and successful recovery. Learned helplessness adversely affects coping abilities and recovery. There have been a number of papers giving proofs that religiosity can suggest some methods to prevent learned helplessness. Three factors have turned out to be closely connected: coping behavior, self-esteem and relations with God. The enhancement of self-esteem helps to improve positive relations with God and coping abilities. Internal religious motivation is very important for the improvement of health as well. Internal religiosity correlates positively with the frequency of prayer and with the subjective wellbeing, but it correlates negatively with the scales of anxiety and depression. Additional social and psychological factors such as reduction of bad habits, social and material support of the community in difficult times, social pedagogy (for example, used to resist learned helplessness) and maintenance of social activity can also help to protect health.

Keywords: psychology of religion, health psychology, stress, coping, belief in recovery, motivation, images of God.

Ясин Мирослав Иванович,
кандидат социологических наук, доцент
кафедры психологии

ФГБОУ ВО «Российский экономический университет
имени Г.В. Плеханова»
117997, Россия, г. Москва, Стремянный пер., 36
E-mail: nadsaw@yandex.ru

Yasin M.I.,
Candidate of Sociology, Associate Professor
at Department of Psychology

Plekhanov Russian University of Economics
(Moscow, Russia)
Stremyannyi per., 36, Moscow, Russia, 117997
E-mail: nadsaw@yandex.ru

Гусева Евгения Сергеевна, аспирант,
старший преподаватель кафедры социальной психологии
ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский
университет имени академика С.П. Королева»
443011, Россия, г. Самара, ул. Академика Павлова, 1
E-mail: guseva-es@mail.ru

Guseva Ye.S., postgraduate student,
Senior lecturer at Department of Social Psychology
Samara National Research University
Akademika Pavlova st., 1, Samara, Russia, 443011
E-mail: guseva-es@mail.ru