

РЕАЛИЗУЕМОСТЬ ЛИЧНОСТНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА

© 2009 г. Н. Р. Салихова

*Кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии
Казанского государственного университета, Казань;
e-mail: Nailya.Salihova@ksu.ru*

Представлены результаты исследования динамических тенденций согласования (реализуемости) и рассогласования (барьерности) параметров важности и доступности личностных ценностей как функционального механизма структурирования жизненного пространства человека. На эмпирическом материале показано, что данные тенденции отражают изменения ценностно-смысловой сферы личности, возникающие в условиях жизненного кризиса, вызванного опасным соматическим заболеванием. В них проявляется действие как актуальных барьеров в осуществлении жизнедеятельности при скоротечных заболеваниях, так и барьеров в отношении перспектив собственной жизни, возникающих при заболеваниях, имеющих долгосрочные последствия.

Ключевые слова: личностная ценность, реализуемость и барьерность личностных ценностей, жизненный кризис, образ мира, жизненное пространство.

Представление о мире как “бытии, преобразованном по логике субъекта”, заложенное С.Л. Рубинштейном [11], где человек предстает как центр реорганизации мира, стало основой суждения о личности как субъекте жизни [1–3, 15] и оформилось в новое направление исследований – психологию человеческого бытия [6]. Исследование личности как субъекта жизни требует выявления структур, которые обеспечивают возможность регуляции жизни в целом, а также осуществляющих ее психологических механизмов. Развитие этого перспективного и востребованного практикой направления психологии связано с выявлением новой феноменологии, механизмов и закономерностей построения человеком своего жизненного мира. Одним из путей, раскрывающих функциональные механизмы организации экзистенциальных пластов жизненного пространства личности, является исследование феномена барьерности–реализуемости личностных ценностей.

Конструкт барьерности–реализуемости основан на предложенном Д.А. Леонтьевым понимании личностной ценности как центральной структуры ценностно-смысловой сферы личности [8] и фиксирует динамические аспекты ее функционирования, связанные с оценкой возможностей реализации ценностей в жизни. В отношении этой стороны личностных ценностей были выявлены и описаны качественно разнородные тенденции, связанные с восприятием и оценкой рассогласований между параметром важности ценности, определяемой ее местом в ценностной иерархии,

и степенью ее реализуемости в жизни, отражаемой параметром доступности [14].

Первая тенденция действует в направлении согласования мер важности ценности и ее доступности. Дистанция между ними сокращается или за счет внешних активных действий по достижению ценностного объекта, или за счет внутренних, например, компенсаторных, действий по типу защитных механизмов, ведущих к понижению важности ценности при ее недоступности. В соответствии с данной ориентацией человек осуществляет то, что может реализовать в жизни, ценит то, что имеет, и понижает ценность того, что недоступно. Метафорически ее можно выразить словами известной пословицы: “Лучше синица в руках, чем журавль в небе”. Индекс реализуемости как положительная корреляция параметров важности и доступности ценности стал ее эмпирическим индикатором, поскольку отражает однонаправленный характер изменения данных величин.

Вторая тенденция выражается в рассогласовании или даже поляризации мер важности ценности и ее доступности. Они изменяются разнонаправленно, повышение одного из параметров ведет к понижению другого: недоступность ценности увеличивает, а высокая доступность понижает ее важность, соответственно, реализуемое и доступное обесценивается, а недоступное кажется еще более ценным и важным. Эмпирическим индикатором этой ориентации стал индекс проблемности как отрицательная взаимосвязь между параметрами важности и доступности ценности, которая и отражает разнонаправленный характер

изменения этих величин. В данном случае “журавль в небе” намного ценнее “синицы в руках”, именно потому, что “не пойман”, а все, что имеется в зоне доступного, теряет ценность. Данная тенденция также нашла отражение в русских народных пословицах: “Хорошо там, где нас нет”, “Что имеем – не храним, потерявши – плачем”. Здесь побуждающим фактором является именно недоступность или ее изменение.

Эти крайние тенденции противоположны друг другу и в совокупности составляют континуум барьерности–реализуемости личностной ценности. Его основным количественным показателем является мера корреляционной связи оценок важности и доступности ценности, теоретически возможные вариации которой находятся в пределах от -1 до $+1$.

Однако кроме прямой или обратной взаимосвязи параметров важности и доступности между собой эмпирически были выявлены также положительные корреляционные взаимосвязи важности ценности и дистанции между ее важностью и доступностью [14]. Поскольку эти взаимосвязи показывают, что при увеличении разницы между важностью и доступностью ценности оценка ее важности увеличивается и, наоборот, при уменьшении разницы между ними она уменьшается, то они также проявляют тенденцию рассогласования в ее более мягком, количественно менее выраженном варианте. Связи такого рода были обозначены как *индекс барьерности* ценности. Индексы проблемности и барьерности, являясь проявлениями одной и той же тенденции рассогласования, различаются по количественной степени ее выраженности, тогда как индекс реализуемости проявляет качественно иную тенденцию согласования. Тем не менее, эмпирически были выявлены самые разнообразные сочетания степени выраженности индексов реализуемости и барьерности [14], а значит эти тенденции не исключают друг друга и могут действовать параллельно: появление при высоких значениях индекса реализуемости столь же высоких значений индекса барьерности означает, что одновременно с тенденцией согласования действует и тенденция рассогласования.

Данные тенденции, зафиксированные относительно личностных ценностей, отражают появление дополнительного инвариантного по отношению к содержанию ценности смысла, кумулирующего в себе эффект оценки рассогласования между мерой важности и доступности ценности и внутренней переработки этого рассогласования, что позволило отнести их к смыслообразующим. Такие процессы смысловой динамики ценностей задают специфику образа мира как интегрального образования познавательной сферы, которое является формой движения “от субъекта на объ-

ект”, находя отражение в его глубинных, ядерных слоях.

В понятии образа мира, введенном А.Н. Леонтьевым, заложено представление о психике как имеющей не только отражательный характер, но и выраженное порождающее начало [7, 12, 16], что соответствует пониманию человека как творца своего жизненного мира и личности как субъекта жизни. Образ мира “строится в отношении важных и значимых для человека событий, которые связаны с деятельностью субъекта и его потребностями” [16, с. 28]. Являясь исходным пунктом и результатом любого познавательного акта, образ мира существует как непрерывная генерация гипотез-моделей мира и “целостная система познавательных гипотез” [16, с. 23].

Закономерности структурирования образа мира с точки зрения отражения рассогласований между желаемым и возможным в отношении личностных ценностей определяются их особой аффективно-интеллектуальной природой, при этом обе составляющие действуют как своего рода гиперобобщения. С одной стороны, ценности существуют в специфической форме обобщенных идей, кристаллизирующих культурно-исторический опыт человечества. С другой стороны, будучи присвоенной человеком в ходе его онтогенетического развития, идея структурирует основные источники его побуждений. Это соединяет ее с явлениями аффективно-потребностной природы, обобщением и средством означивания которых она становится. В силу высокого уровня обобщенности ценностей дать объективную оценку их доступности или реализованности в жизни, пожалуй, принципиально невозможно. Регулятивная роль ценностей сопряжена с необходимостью их обнаружения и опознания в реальной действительности при соотносении содержания идеи с чувственно-конкретными характеристиками реальных ситуаций и объектов. Поэтому ценность не всегда однозначно и прямо могут быть соотносены с конкретной жизненной ситуацией и “обнаружены” в ней, что обуславливает неопределенность при оценке их присутствия в жизни. В контексте представлений об образе мира как системе генерируемых гипотез тенденции согласования и рассогласования можно рассматривать как механизмы, сдвигающие процесс выдвижения гипотез в определенную сторону. Тогда тенденция согласования способствует обнаружению признаков присутствия ценности в той или иной жизненной ситуации и фиксирует человека на тех моментах, которые ей соответствуют. Тенденция рассогласования, напротив, фокусирует внимание на несоответствии характеристик наличной ситуации той или иной ценности, инициируя их поиск за ее пределами. Фактически оценка присутствия ценностей в жизни опосредуется работой данного механизма.

В свою очередь, преобладание каждой из этих тенденций зависит от тех процессов, которые происходят в ценностно-смысловой сфере личности, репрезентирующей состояние жизненных отношений и жизнедеятельности человека. Так, в наших исследованиях, проведенных на выборках, различающихся по полу, возрасту, особенностям социальной ситуации развития, была выявлена зависимость соотношения параметров барьерности и реализуемости как от объективных характеристик человека (пол и хронологический возраст), так и от субъективных, связанных с целостной системой отношений человека в определенной социальной ситуации развития [13, 14]. При этом оказалось, что это соотношение содержательно соответствует возрастным задачам и отражает социотипические изменения основных линий силового напряжения жизненного пространства человека на различных этапах жизни. Это подтверждает содержательную валидность параметров барьерности–реализуемости как задающих определенный тип смыслообразования в контексте *ценностей конкретных жизненных сфер*. Относительно соотношения барьерности–реализуемости как индивидуально своеобразного способа восприятия мира была показана их ретестовая устойчивость и инвариантность через независимость от содержательного наполнения списка ранжируемых ценностей [14].

Однако в этих исследованиях не была доказана содержательная валидность *индивидуальных индексов континуума барьерности–реализуемости*, что и стало целью настоящего эмпирического исследования. Мы полагаем, что индивидуальные индексы континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей отражают состояние системы жизненных отношений человека, а также преобразования образа мира и жизненного пространства, которые возникают в зависимости от актуальной жизненной ситуации.

Наиболее острые и яркие качественные изменения образа мира происходят при жизненном кризисе, который обычно связан с переживанием тупика, ощущением сужения жизненного пространства. В.В. Николаевой был обоснован подход к анализу социальной ситуации развития в условиях тяжелого соматического заболевания как кризисному периоду жизни [17]. Поэтому в качестве модельной для нашего исследования была выбрана ситуация жизненного кризиса, вызванного опасным соматическим заболеванием.

Имеющиеся в психологии представления о болезни и ее следствиях для жизненного мира человека свидетельствуют, что при заболевании появляется много барьеров для осуществления как отдельных видов деятельности (из-за ограничений операциональных и энергетических возможностей), так и жизнедеятельности в целом (из-за

препятствий в реализации жизненного замысла). Наиболее сильное воздействие опасной болезни связано с тем, что она может изменить перспективу человеческой жизни в целом. Поскольку всякое истинное развитие предполагает направленность в будущее, открытость перспективы движения, то изменение эскиза будущего – одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающейся в условиях болезни социальной ситуации развития [17]. Будущее больного человека становится неопределенным, оскудевает, перестает соответствовать жизненным целям и ожиданиям, сложившимся до болезни. Поэтому можно говорить о субъективном сужении жизненного пространства [10], ощущении ограниченности и высокой степени барьерности жизненного мира человека, страдающего опасным недугом. Индексы континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей также отражают способ структурирования образа мира в амодальном, ядерном слое в направлении восприятия его как в той или иной степени барьерного. На этом основании можно конкретизировать выдвинутое выше предположение в виде следующей *гипотезы* исследования: в ситуации жизненного кризиса, вызванного опасным соматическим заболеванием, индивидуальные индексы континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей будут сдвинуты в зону барьерности и проблемности по сравнению с обычной жизненной ситуацией. Можно также предположить, что будут обнаружены различия в степени такого сдвига в зависимости от характера заболевания.

МЕТОДИКА

Исследование было организовано в соответствии с логикой квазиэкспериментального сравнения контрастных групп. Индивидуальные индексы барьерности и реализуемости сравнивались в группах людей, различия в преобразовании образа мира которых в сторону большей барьерности или реализуемости являются известным фактом. Две экспериментальные выборки, различающиеся типом заболевания, сопоставлялись с двумя группами сравнения, уравненными с ними по основным социальным, возрастным и образовательным параметрам.

Первую экспериментальную группу составили 40 человек в возрасте от 35 до 45 лет (средний возраст испытуемых 40 лет), перенесших внезапную госпитализацию в связи с острым, представляющим угрозу для жизни заболеванием, сопровождающимся значительными болевыми ощущениями и ограничениями жизнедеятельности. Из них 10 мужчин и 10 женщин были госпитализированы в связи с обострением аппендицита и прооперированы (подгруппа аппендицита), а вторая половина (10 мужчин и 10 женщин) – в связи с ин-

фарктом миокарда (подгруппа инфаркта). Обследование проводилось на 5–7-й день после госпитализации. Группа сравнения состояла из 30 человек, не имеющих на момент исследования проблем со здоровьем.

Необходимо отметить некоторые различия в актуальном состоянии больных разных подгрупп на момент проведения исследования. Пациенты, перенесшие полостную операцию по удалению аппендикса, имели довольно интенсивные болевые ощущения и ограничения в осуществлении физической активности и физиологических отклонений, так как постоянно проводились перевязки, и раны еще не зажили, доставляя целый ряд соматических страданий. Пациенты, перенесшие инфаркт, после проведения курса интенсивной терапии имели гораздо более стертую и неявно выраженную болевую симптоматику и меньшее количество физических ограничений по сравнению с подгруппой аппендицита.

Во вторую экспериментальную группу вошли 30 человек в возрасте от 25 до 27 лет (15 женщин и 15 мужчин), имеющих ВИЧ-положительный статус, которые узнали о своей инфицированности за 6–9 месяцев до исследования. У пациентов отсутствовали какие-либо соматические симптомы, что типично для первого этапа развития данного заболевания, который обычно характеризуется только психологической симптоматикой вследствие переживания первого критического периода после установления диагноза ВИЧ-инфекции [4, 5, 9]. Среди них не было лиц, употребляющих наркотические вещества, и способ их инфицирования не был связан с наркоманией. Вторую группу сравнения составили 30 человек, здоровых на момент обследования.

Методический инструментарий включал модификацию методики М. Рокича, предложенную Е.Б. Фанталовой [17], предполагающую попарное сравнение 12 терминальных ценностей по критериям их важности и доступности. Для каждого участника исследования рассчитывались индивидуальные *индексы реализуемости* (корреляция параметров важности и доступности по всему списку ценностей) и *барьерности* (корреляция параметров важности и разницы важность – доступность по всему списку ценностей). В каждой группе и подгруппе вычислялись средние арифметические значения индивидуальных индексов барьерности и реализуемости и производилось их статистическое сравнение с помощью *t*-критерия Стьюдента. В качестве дополнительного во всех группах был использован тест смысловых ориентаций (СЖО) [7], в первой экспериментальной группе госпитализированных больных был применен также опросник ЛОБИ, а во второй – тест уровня субъективного контроля (УСК). Выбор и применение дополнительных методик опре-

делялся типом заболевания. В первом случае это клинический тест, разработанный специально для выявления отношения к соматическому заболеванию. Во втором случае, когда болезнь не имеет клинических симптомов и представлена лишь как факт в сознании, более существенным в характеристике системы жизненных отношений является ощущение потери контроля над своей жизнью [4, 5].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставление данных, полученных по шкалам методики СЖО, между *первой экспериментальной группой* и группой сравнения выявило, что по всем шкалам показатели у заболевших достоверно ниже (при $p < 0.01$), а именно, ниже общий показатель осмысленности жизни, показатели уровня представленности целей жизни, удовлетворенности ее результативностью, уверенности в значимости собственной роли в своей жизни и оценки контролируемости жизни. Эти различия свидетельствуют о наличии жизненного кризиса в экспериментальной группе не только по объективным характеристикам жизненной ситуации, но и по субъективному ее переживанию.

Внутри экспериментальной группы между подгруппой аппендицита и подгруппой инфаркта различия обнаружены только по двум шкалам, и они носят разнонаправленный характер: показатели шкалы эмоциональной насыщенности настоящего несколько выше в подгруппе инфаркта ($p < 0.05$), а показатели шкалы результативности жизни – в подгруппе аппендицита ($p < 0.05$).

Сопоставление индивидуальных индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей в первой экспериментальной группе и группе сравнения (табл. 1) показывает наличие статистически достоверного ($p < 0.001$) их сдвига в направлении полюса барьерности в континууме барьерности–реализуемости у группы госпитализированных пациентов. Причем в этой группе корреляция параметров важности и доступности, т.е. индекс реализуемости принимает отрицательные значения и, по сути, становится индексом проблемности.

Значения индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей были сопоставлены между собой в экспериментальных подгруппах больных (табл. 2).

Как можно заметить, отличия параметров барьерности и реализуемости личностных ценностей между подгруппой аппендицита и подгруппой инфаркта столь же значительны, как и у всей первой экспериментальной группы по сравнению с группой здоровых. В подгруппе инфаркта оба индекса свидетельствуют о достоверном сдвиге в направлении полюса барьерности (различия на уровне $p < 0.001$) по сравнению с подгруппой ап-

Таблица 1. Сравнение индивидуальных индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей в группах госпитализированных пациентов ($n = 40$) и здоровых людей (группа сравнения, $n = 30$)

Параметры	Группа госпитализированных пациентов		Группа здоровых		t -критерий Стьюдента	
	$\bar{a}$	σ	$\bar{a}$	σ	Факт.	Крит.
Индекс реализуемости	-0.37	0.18	0.23	0.42	-7.22*	3.76*
Индекс барьерности	0.84	0.06	0.59	0.21	0.21*	3.76*

Примечание. $\bar{a}$ – среднее значение, σ – стандартное отклонение. * Уровень достоверности различий $p < 0.001$.

Таблица 2. Сравнение индивидуальных индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей в подгруппе аппендицита ($n = 20$) и подгруппе инфаркта ($n = 20$)

Параметры	Подгруппа аппендицита		Подгруппа инфаркта		t -критерий Стьюдента	
	$\bar{a}$	σ	$\bar{a}$	σ	Факт.	Крит.
Индекс реализуемости	-0.26	0.15	-0.48	0.11	5.35*	3.59*
Индекс барьерности	0.80	0.06	0.87	0.03	-4.67*	3.63*

Примечание. См. к табл. 1.

Таблица 3. Сравнение индивидуальных индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей в группах ВИЧ-инфицированных больных ($n = 30$) и здоровых людей (группа сравнения, $n = 30$)

Параметры	Группа ВИЧ-инфицированных		Группа здоровых		t -критерий Стьюдента	
	$\bar{a}$	σ	$\bar{a}$	σ	Факт.	Крит.
Индекс реализуемости	-0.26	0.24	0.27	0.28	-7.86*	3.63*
Индекс барьерности	0.77	0.09	0.61	0.22	4.14*	3.63*

Примечание. См. к табл. 1.

пендицита, хотя у последних после перенесенной полостной операции соматическое состояние на момент обследования было более тяжелым. Это выразилось в показателях шкалы гармоничного отношения к болезни (по результатам методики ЛОБИ): у подгруппы инфаркта оно достоверно выше ($p < 0.001$), т.е. гармоничнее, чем у подгруппы пациентов, перенесших операцию по удалению аппендикса.

Обследование второй экспериментальной группы ВИЧ-инфицированных по методике СЖО выявило, что у них ниже ($p < 0.001$), чем у группы здоровых общий показатель осмысленности жизни, показатели уровня целей жизни, удовлетворенности ее результативностью, уверенности в значимости собственной роли в своей жизни и контролируемости жизни. Сопоставление результатов данных групп по дополнительной методике УСК показало, что у ВИЧ-инфицированных наблюдается сдвиг шкал локуса контроля во всех сферах жизни в сторону полюса экстернальности, при этом по шкале локуса контроля в сфере не-

удач они, напротив, более интернальны ($p < 0.01$) по сравнению со здоровыми людьми.

Установленные различия свидетельствует о наличии симптомов жизненного кризиса в экспериментальной группе ВИЧ-инфицированных не только по объективным показателям жизненной ситуации, но и по субъективному ее переживанию.

В группе ВИЧ-инфицированных значение индекса барьерности достоверно выше, а индекса реализуемости достоверно ниже по сравнению с группой здоровых людей (табл. 3). Кроме этого, у больных корреляция параметров важности и доступности (т.е. индекс реализуемости) принимает отрицательные значения и, по сути, также становится индексом проблемности, а это значит, что в процессах смыслообразования, как и ожидалось, преобладает тенденция рассогласования в ее крайней степени как поляризации.

Сопоставительный анализ данных всех экспериментальных групп и подгрупп между собой (табл. 4) выявил, что в группе ВИЧ-инфицированных и подгруппе аппендицита средние ариф-

Таблица 4. Сравнение индивидуальных индексов барьерности и реализуемости личностных ценностей в подгруппах госпитализированных пациентов ($n = 40$) и ВИЧ-инфицированных больных ($n = 30$)

Параметры	Подгруппа аппендицита		Подгруппа инфаркта		Группа ВИЧ+	
	$\bar{a}$	σ	$\bar{a}$	σ	$\bar{a}$	σ
Индекс реализуемости	-0.26	0.15	-0.48	0.11	-0.26	0.24
Индекс барьерности	0.80	0.05	0.87	0.03	0.79	0.09

метические показатели индексов реализуемости и индексов барьерности почти равны, а проверка достоверности различий с помощью t -критерия Стьюдента подтвердила их отсутствие. Тогда как сравнение группы ВИЧ-инфицированных с подгруппой пациентов, перенесших инфаркт миокарда, показало, что и индексы реализуемости, и индексы барьерности ценностей имеют существенные отличия: в подгруппе инфаркта степень барьерности ценностей значительно выше, чем в группе ВИЧ-инфицированных (при $p < 0.001$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В целом, гипотеза о том, что в ситуации жизненного кризиса, вызванного серьезным соматическим заболеванием, связанным с угрозой для жизни, происходит сдвиг в континууме барьерности–реализуемости ценностей в сторону полюса барьерности, подтвердилась и в случае заболеваний, имеющих выраженную соматическую симптоматику (аппендицит и инфаркт), и в случае ВИЧ-инфицирования. Сравнение всех экспериментальных групп и подгрупп показало, что наибольшая степень барьерности личностных ценностей выявлена в подгруппе больных, перенесших инфаркт миокарда, а группа ВИЧ-инфицированных и подгруппа больных, перенесших операцию по удалению аппендикса, демонстрируют приблизительно равную между собой и меньшую по сравнению с подгруппой инфаркта барьерность ценностей.

Эти результаты очевидным образом соотносятся с теми типами барьеров и ограничений жизнедеятельности, которые возникают вследствие каждого из заболеваний. Фактически, при их сравнении можно выделить два содержательно разнородных и независимых друг от друга типа барьеров, определяющих психологические последствия заболевания. Первый обуславливается тяжестью актуального физического состояния, т.е. выраженностью болезненных ощущений, наличием физических ограничений в настоящем времени. Второй тип барьера определяется ограничениями в отношении жизненных перспектив в будущем, реализации жизненного замысла, т.е. представлен в сознании как необходимость учитывать при построении и планировании своего будущего реальности заболевания, которое со-

кращает временную перспективу жизни и задает ситуацию неопределенности вследствие вероятности неожиданного развития болезни вплоть до летального исхода. Исследованные нами три группы заболевших отличаются друг от друга разным сочетанием этих типов барьеров.

В подгруппе аппендицита максимально представлен первый барьер и полностью отсутствует второй. У пациентов после операции удаления аппендикса наиболее выражены физические страдания: как при самом приступе, так и в первые дни после операции достаточно интенсивны болевые симптомы и актуальные ограничения жизнедеятельности. Но при своевременном оказании медицинской помощи операция не имеет долгосрочных последствий, поэтому барьер, связанный с влиянием болезни на планирование будущего и пересмотр жизненных перспектив, практически отсутствует, нет необходимости переосмысления будущего и перестройки образа жизни в целом. Данная болезнь является преходящим событием и не вносит значительных изменений в жизненные планы.

Абсолютно противоположной по сочетанию ограничивающих барьеров является ситуация заболевания в группе ВИЧ-инфицированных: здесь максимально представлен второй тип барьера и полностью отсутствует первый. Как известно, на первых стадиях ВИЧ-инфицирования нет каких-либо болезненных симптомов, отсутствуют физические, телесные страдания, практически нет ограничений актуальных процессов жизнедеятельности [4, 5, 9]. Основной удар болезни приходится на масштабные жизненные планы и перспективы, а также систему значимых отношений, образ жизни, т.е. возникают существенные последствия заболевания как для ближайшего, так и для отдаленного будущего.

С точки зрения психологических последствий, совершенно иной случай представляет такая опасная, сопровождающаяся приступом боли и серьезной угрозой для жизни болезнь, как острый приступ инфаркта миокарда. Здесь присутствуют оба ограничивающих барьера. С одной стороны, внезапность опасного для жизни болевого приступа, реальная угроза для жизни, наличие ярко выраженных физических страданий, болевых симптомов и ограничений жизнедеятельности позволяют найти общие моменты, аналогичные

ситуации острого приступа аппендицита и операции по его удалению. С другой стороны, эта болезнь не является временным и преходящим событием, она служит сигналом необходимости серьезного пересмотра жизненных планов, предъявляет большие требования к изменению образа жизни в будущем. Болезнь вводит в сознание смерть как возможную в обозримом будущем реальность, которая ставит под угрозу реализацию основных жизненных ценностей и смыслов, иногда и самого жизненного замысла. И это сближает ее по психологическим последствиям с ситуацией ВИЧ-инфицирования.

Факты, полученные в исследовании, соответствуют этой модели ограничивающих барьеров. Именно в группе больных, перенесших инфаркт миокарда, барьерность личностных ценностей наибольшая, поскольку присутствуют оба ограничивающих барьера. В двух других группах присутствует лишь один из них, и хотя эти группы различаются между собой по характеру заболевания, результаты их сравнения по критерию барьерности и реализуемости ценностей близки. Следовательно, степень барьерности личностных ценностей количественно зависит от специфики заболевания с точки зрения его психологических последствий – тех барьеров и ограничений, которые в жизнь человека привносит та или иная болезнь.

ВЫВОДЫ

1. В ситуации жизненного кризиса, вызванного опасным соматическим заболеванием, индексы континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей сдвинуты в зону проблемности данного континуума. Они отражают состояние жизненных отношений субъекта и те ограничения жизнедеятельности, которые возникают в ситуации болезни.

2. В параметрах барьерности и реализуемости ценностей проявляются как актуальные барьеры и ограничения жизнедеятельности, так и барьеры и ограничения в отношении долгосрочных жизненных перспектив, которые являются следствием заболевания, а индексы континуума барьерности–реализуемости количественно кумулируют в себе действие и тех, и других. Наибольший сдвиг в зону проблемности континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей выявлен у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, данное заболевание сочетает оба типа барьеров. В группе ВИЧ-инфицированных и подгруппе больных, перенесших операцию по удалению аппендикса, обнаружена приблизительно равная между собой и меньшая по сравнению с подгруппой инфаркта степень барьерности личностных ценностей, что связано с возникновением только одного типа барьера в результате заболевания.

3. Чувствительность индивидуальных индексов континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей к изменениям жизненной ситуации доказывает их содержательную валидность как индикаторов работы функционального механизма структурирования образа мира в его ядерном, амодальном слое, задающем организацию жизненного пространства человека. В условиях жизненного кризиса возникает и соответствующий образ мира как полного ограничений в реализации личностных ценностей, что приводит к субъективно переживаемому сужению жизненного пространства.

4. Сдвиг индивидуальных индексов континуума барьерности–реализуемости личностных ценностей в зону проблемности данного континуума может рассматриваться как индикатор состояния психологического кризиса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова К.А. Принцип субъекта в отечественной психологии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2005. Т. 2. С. 3–21.
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
3. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, издание 2-е, испр. и доп., 2006.
4. Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В. Состояния тревоги у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, после обнаружения серопозитивности // Терапевтический архив. 1994. № 11. С. 41–42.
5. Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Терапевтический архив. 1996. № 4. С. 71–73.
6. Знаков В.В. Психология понимания: Проблемы и перспективы. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2005.
7. Леонтьев А.Н. Образ мира // Избранные психологические произведения: В 2-х т. М.: Педагогика, 1983. Т. 2. С. 251–261.
8. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, структура и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999.
9. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение М.: Изд. дом “ГЭОТАР-МЕД”, 2003.
10. Рогачева Т.В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ (на материале болезней и нарушений системы кровообращения): Дис. ... докт. психол. наук. Томск, 2004.
11. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. М., Наука, 1997.
12. Сайко Э.В. Образ мира как отношение и способ осуществления бытия // Мир психологии. 2003. № 4 (36). С. 3–9.

13. Салихова Н.Р. Жизненное пространство личности в зависимости от барьерности или реализуемости ценностей // Известия Тульского государственного университета. Серия "Психология". Выпуск 6 / Под ред. Е.Е. Сапоговой. Тула: Издательство ТулГУ, 2006. С. 149–165.
14. Салихова Н.Р. Типы смыслообразования в контексте личностных ценностей. Казань: Издательский центр КГУ, 2005.
15. Сергиенко Е.А. Системно-субъектный подход: Субъект развития, субъект деятельности, субъект жизни // Тенденции развития современной психологической науки. Тезисы юбилейной научной конференции (Москва, 31 января – 1 февраля 2007 г.) / Отв. ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. Москва: Изд-во "Институт психологии РАН", 2007. Часть I. С. 194–195.
16. Смирнов С.Д. Мир образов и образ мира как парадигмы психологического мышления // Мир психологии. 2003. № 4 (36). С. 18–31.
17. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
18. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психол. журн. 1992. Том 13. № 1. С. 107–117.

PERSONAL VALUES REALIZATION IN LIFE CRISIS CONDITIONS

N. R. Salihova

PhD, assistant professor of general psychology chair, Kazan State University, Kazan

The results of study of concordance and discordance dynamic tendencies' in parameters of importance and accessibility of personal values as a functional mechanism of man's life space structuring are presented. On the basis of empirical material it is shown that these tendencies reflect changes in a person's value-meaning sphere which emerge in life crisis conditions due to dangerous somatic disease. The effect of actual barriers in realization of vital activity under fulminant diseases as well as barriers in respect of person's own life prospects originating from diseases with long-term consequences become apparen in these tendencies.

Key words: personal value, realization and barriering of personal values, life crisis, image of world, life space.