

ные и функциональные признаки определенной группы психических явлений.

В процессе онтогенеза изменяются семантические пространства психических состояний. Эти изменения проявляются в увеличении размера семантических пространств и усложнении ядерных образований: в повышении диффузности ядра и уменьшении величины совпадающих высказываний при одновременном увеличении их количества. Основная тенденция – “интеллектуализация” ядерных образований в онтогенезе. Установлено, что размер семантического пространства зависит от интенсивности переживаемого состояния: состояния более высокого уровня психической активности характеризуются большим объемом семантического пространства.

При общей тенденции поступательного увеличения размерности семантических пространств наблюдается гетерохронность и неравномерность этого процесса, что связано с особенностями формирования рефлексии и осознания понятия “состояние” в ходе индивидуального развития. В этом движении выявлено выраженное уменьшение числа составляющих семантических пространств, характерное для подросткового возраста, что, по-видимому, связано со спадом в развитии осознанности и рефлексии, обусловленное подростковым кризисом. Обнаружено, что частота переживаний состояний определенного знака приводит к изменению семантических пространств переживаемых состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. Л., 1984.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т. 4. М., 1984.
3. Занковский А.Н. Исследование функциональных состояний человека-оператора с помощью метода

4. семантического дифференциала // Методики исследования и диагностики функциональных состояний и работоспособности человека-оператора в экстремальных условиях. М., 1989. С. 39–51.
4. Иберла К. Факторный анализ. М., 1980.
5. Кучеренко В.В., Петренко В.Ф., Россохин А.В. Измененные состояния сознания: психологический анализ // Вопросы психологии. 1998. № 3. С. 70–78.
6. Леонтьев А.А. Психологическая структура значения. М., 1971.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
8. Петренко В.Ф., Кучеренко В.В., Нистратов А.А. Влияние аффекта на семантическую организацию значений. М., 1982. С. 60–80.
9. Петренко В.Ф. Психосемантический подход к исследованию сознания и личности // Психологическое обозрение. 1996. № 2(3). С. 12–17.
10. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. Смоленск, 1997.
11. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. М., 1988.
12. Прохоров А.О. Интегрирующая функция психических состояний // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 3. С. 136–146.
13. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии. 1996. № 4. С. 32–44.
14. Прохоров А.О. Методики диагностики психических состояний. Казань, 1997.
15. Прохоров А.О. Психические состояния и их функции. Казань, 1994.
16. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний. М., 1998.
17. Прохоров А.О. Неравновесные (неустойчивые) психические состояния // Психол. журн. 1999. Т. 20. № 2. С. 115–124.
18. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989.
19. Шмелев А.Г. Психосемантика и психодиагностика личности: Дис. докт. психол. наук. М., 1994.

SEMANTIC SPACES OF MENTAL STATES

A. O. Prokhorov*, D. A. Prokhorova**

* *Dr. sci (psychology), professor, head of the chair of psychology, Kazan State Pedagogic University*

** *Assistant to the chair of medical and general psychology, Kazan State Medical University*

The results of investigation of realizable basis of mental states through subjective system of meanings composing the semantic space are presented. The general characteristics of semantic spaces of mental states are considered. The characteristics of semantic spaces depending on the level of mental activity, time duration, level of complexity, leading psychological component etc. are described. Some characteristics of categorical structures of the human consciousness providing the realization of experienced states are determined. There were revealed age principles in the ontogenetic formation of realizing process, specific changes of semantic fields of states, sex-related characteristics and specificity of reconstruction of semantic fields during the process of state regulation.

Key words: semantic space of mental states, meaning, categorical structures of human consciousness, age, sex, regulation, dynamics.

РОЛЬ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛИЧНОСТИ В АДАПТАЦИИ К ХРОНИЧЕСКОМУ СТРЕССУ

(на примере спинальных больных)*

© 2001 г. Е. Е. Торчинская

Младший науч. сотр. лаборатории психологии труда ИП РАН

Рассматривается влияние хронического стресса на личность: с точки зрения посттравматических стрессовых реакций; социального функционирования; личностных переживаний и духовного кризиса. Обсуждается динамика личностных изменений в зависимости от срока хронической депривации витальных потребностей (на примере спинальных больных). Выделены различные стратегии адаптации (пассивная, приспособленческая, собственно адаптивная), показана их связь с особенностями ценностно-смысловой сферы и расположением ценностей метауровня в их иерархии. Отражена специфика позитивных личностных изменений, происходящих под влиянием хронического стресса при различных стратегиях адаптации.

Ключевые слова: депривация, хронический стресс, адаптация, совладание, диссоциация, внутренний конфликт (ВК), внутренний вакуум (ВВ), стратегии.

Актуальность изучения влияния стресса на личность не подлежит сомнению. В многочисленных исследованиях психологических механизмов, определяющих успешность адаптации к стрессогенным ситуациям, вызванным депривацией различных потребностей, особое внимание уделялось изучению психофизиологических состояний [9, 15–17]. В этих ситуациях, во-первых, депривация носила временный характер, и поэтому основной акцент в исследованиях делался на актуализации имеющихся у человека психологических и психофизиологических ресурсов, во-вторых, перед испытуемыми не стояла задача изменения отношения к социальному и профессионально-ролевому статусу. Наблюдавшиеся состояния стресса носили обратимый характер и исчезали при отсутствии стрессогенного стимула. Но уже в этих работах была выявлена ведущая роль психологических и личностных детерминант, относящихся к мотивационно-волевой сфере [8, 12, 24].

В случаях, когда депривация носит хронический характер, человеку недостаточно только выжить или приспособиться, необходимо научиться жить полноценной жизнью и развиваться как личности и как субъекту деятельности. Хронические, часто необратимые нарушения физического здоровья вызывают стойкое нарушение привычного способа удовлетворения потребностей витального и социального уровней, сопровождаются переживанием кризиса и ведут к возникно-

ванию хронического стресса [19, 22, 23, 25]. Поэтому проблема совладания с хроническим стрессом является одной из главных при разработке программ психологической реабилитации людей, выживших после тяжелой травмы.

По литературным данным можно условно выделить три уровня влияния хронического стресса на личность: *уровень реакций, социального функционирования и глубинных личностных изменений.*

Уровень реакций. В работах по посттравматическому стрессу подробно рассматриваются различные симптомы, которые могут проявляться через длительное время по прошествии стрессогенной травматической ситуации: например, симптомы повторного переживания, избегания, повышенной возбудимости и др. [2, 19, 22, 23, 25]. В данных работах описываются характерные для переживания стресса эмоциональные и когнитивные реакции. Это могут быть: внезапная слабость в теле, проявление бурных эмоций, ощущение не реальности и отрицание происшедшего (стадия шока), острое переживание страха смерти, повышенная тревожность и гнев, самообвинение или поиск виноватых как попытка совладать со страхом [25]. В целом они образуют характерный симптомокомплекс, развивающийся после психологической травмы, вызванной событием, выходящим за рамки обычного человеческого опыта (угроза жизни; ущерб самому человеку или его семье; внезапное разрушение, потеря семьи, дома; увиденные человеком насильственная смерть или ранение).

*Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ), проект № 99-06-00252а.

Уровень социального функционирования. Хронический стресс во многом связан с переживанием утраты какой-либо значимой части жизни (в результате болезни, смерти или разлуки, хронической боли, потери движения и др.) и изменением социальной ситуации развития человека. В результате может возникнуть необходимость смены профессиональной деятельности, изменения статуса, формирования иной системы коммуникаций, поиска новой роли в семейных взаимоотношениях. Подобные перемены провоцируют человека формировать новую внутреннюю позицию по отношению к сложившейся ситуации. Так, В.В. Николаева на примере исследования влияния хронической болезни на психику [13] показывает, что у многих больных формируется сверхценное отношение к своему здоровью, ипохондричность, поведение по типу капризного ребенка – дезадаптивный вариант. В других случаях может происходить позитивная компенсация, раскрытие нового творческого потенциала. В любом случае человек заново осмысливает свою роль в жизни, пытается найти новый путь самореализации в обществе.

Уровень глубинных личностных изменений. Хронический стресс как кризис, т.е. невозможность существовать как прежде [7], не ограничивается посттравматическими стрессовыми реакциями. Сильнейшее потрясение в сочетании с резкой переменой социальной позиции, по мнению А.Г. Асмолова, Ф.Е. Василюка, Б.С. Братуся, могут привести к глубоким перестройкам всей совокупности личностных смыслов [3, 6, 7], иногда проявляющимся в потере смысла существования [21]. На этом уровне на первый план выступают переживания, характерные для духовного кризиса. Они затрагивают глубинный уровень организации личности, ее ценностно-смысловую сферу, проявляются в состояниях, иногда сходных с психотическими расстройствами. Совладание с травматическим переживанием происходит постепенно и содержит ряд стадий. На определенном этапе индивид переживает состояние депрессии, связанной с ощущением утраты самоидентификации и самоуважения, душевной болью, потерей цели и веры, чувством одиночества и ненужности [25]. В состоянии депрессии происходит переоценка ценностей и установок, формируется новый взгляд субъекта на себя и на мир. Это может быть позиция, направленная на преодоление стресса, которая одновременно является защитой от слишком сильной боли и содержит в себе или запрет на чувства и их переживание, или принятие боли как знака выздоровления и обновления. По мнению Ф. Паркинсона, во втором случае “некоторые люди достигают более глубокого ощущения мира и принятия, они чувствуют, что стали зрелыми, сильными и уверенными” [25, с. 87]. И тогда интегрируется и завершается эмо-

циональная и когнитивная “проработка горя”, – происходит переосмысление травмы, понимание ее значения для жизни. Человек начинает формировать новые планы на будущее.

В последнее время в изучении личности доминирующей становится концепция “изменяющегося человека в изменяющемся мире”. Сталкиваясь с препятствиями и сложностями, личность, как показано в работах отечественных и зарубежных авторов [3, 6, 7, 21, 22, 25] изменяется в отношении к себе, социуму, деятельности. В связи с этим она рассматривается в динамике характеристик ее ядра (мотивационно-потребностной сферы), а не в качестве застывшей констелляции элементов.

Существуют различные точки зрения на факторы, лежащие в основе различия стратегий совладания и адаптации, и их влияние на возможности самоактуализации. Нами была сделана попытка определения основных направлений в изучении роли депривации различных потребностей и переживания кризиса в процессе личностного роста и адаптации.

Потребностный подход. Представители этого подхода полагают, что самоактуализация возможна лишь при удовлетворении потребностей всех уровней (и витального, и социального, и духовного); депривация же потребностей более низкого уровня препятствует удовлетворению высших и самоактуализации. Исследования, проводившиеся в этом направлении А. Маслоу, сводились к изучению “пиковых переживаний” у здоровых и, по мнению автора, самоактуализирующихся личностей [11]. Однако в них описан уже “готовый результат” и отсутствует анализ динамики процесса самоактуализации (“... здесь нам указывают на вершину, оставляя неизвестным путь к ней” [6 с. 17]), и факторы, лежащие в основе становления личности (кроме изначально существующей потребности в самоактуализации), остаются закрытыми для понимания.

Ценностный подход. Ряд теоретических и практических исследований отечественной школы (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская, Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк и др.) показал приоритет ценностно-смысловой, а не потребностной сферы в развитии личности [1, 6, 7, 10, 14]. Именно ценностное восприятие дает возможность человеку преодолевать неудачи и преграды действенного поля [7]. Обилие неудовлетворенных потребностей не обязательно будет препятствовать самоактуализации, она зависит от уровня смыслообразования и степени присвоения личностью смыслов и ценностей данного уровня [6]. Приоритет отдается ценностям просоциального, собственно нравственного уровня, для которого характерна устремленность на создание не только личного, но всеобщего блага. В данном

направлении основной акцент делается на взаимодействии личности и социума, подробно анализируются причины формирования личностной патологии.

Интеграционный подход. Под воздействием кризисных переживаний личность изменяется в сторону большей или меньшей интеграции, характер этих изменений зависит от энергии Самости [4]. В зависимости от силы этой энергии А. Ассаджиоли выделяет три возможных исхода переживаний кризиса и их позитивные стороны. При условии, что энергия Самости достаточно велика, новая интеграция сохраняется навсегда, жизнь индивидуума преобразуется и становится возвышенной непосредственно в результате духовного пробуждения. Если энергия Самости менее интенсивна и/или личность менее восприимчива, то, как только приток энергии ослабевает (что неизменно происходит), личность вновь возвращается на прежний уровень. Но при этом в опыте остается идеальная модель, которая становится направляющей для саморазвития. Когда энергии Самости недостаточно для достижения более высокого уровня организации, она лишь более интенсивно высвечивает блоки и внутренние препятствия, затрудняющие успешную реализацию. Переживания носят болезненный характер, их содержание часто остается неосознанным, но они дают богатый материал и направление для личностного развития.

В данном аспекте исследуется процесс духовного роста человека, анализируются факторы, препятствующие и способствующие этому. Ценность этого подхода заключается в том, что он не фиксирован на описании патологических механизмов личности, основной акцент в нем делается на поиске позитивных внутренних ресурсов человека, помогающих преодолеть хронический стресс и кризис. Подчеркивается отношение к человеческой жизни как к индивидуальной и уникальной ценности, хотя не достаточно учитывается роль социального контекста.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы ответить на вопрос, препятствует ли депривация витальных и социальных потребностей самоактуализации личности. Мы постарались проследить динамику переживаний при совладании с хроническим стрессом, стадии и особенности эмоционально-когнитивного их содержания, выявить не только патологические проявления, но и позитивные личностные ресурсы, способствующие совладанию с хроническим стрессом.

Мы предположили, что эмоционально-когнитивный механизм совладания со стрессом изменяется в зависимости от срока травмы, при этом ведущими в процессе адаптации к условиям хронического стресса являются перестройки в ценностно-смысловой структуре личности, характер кото-

рых и определяет успешность адаптационной стратегии.

МЕТОДИКА

В качестве субъекта в нашем исследовании выступают спинальные больные – взрослые люди, получившие перелом позвоночника и повреждение спинного мозга, инвалиды первой группы. В большинстве случаев они пострадали в автокатастрофах. Последствия травмы сказались на потере движения в различной степени и иногда сопровождались хроническим болевым синдромом. Шансы на восстановление двигательных функций у них достаточно неопределенны. В связи с этим у них происходило изменение социальной позиции – вынужденный отказ от профессиональной деятельности, изменение статуса, превращение в объект семейной опеки, затруднения в сексуальной сфере, изоляция от привычного социального окружения. На примере данного контингента испытуемых представилась возможность проследить проявления всех трех уровней воздействия хронического стресса: от симптомов посттравматического стресса, через стадии совладания и до глубинной ценностной трансформации личности.

Объем выборки составил 12 человек, в нее вошли 7 мужчин и 5 женщин в возрасте от 19 до 52 лет с различной степенью двигательной депривации в результате травмы позвоночника. Срок травмы варьировался от 9 месяцев до 18 лет.

Методы исследования подбирались с учетом комплексного изучения личностных особенностей пациентов, эмоционального и когнитивного уровней переживаний:

1. “Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах” (УСЦД) [20].
2. Метод многофакторного исследования личности [5].
3. Цветовой тест Люшера [18].

В математической обработке использовались методы, позволяющие работать с малыми выборками: непараметрический критерий Манна-Уитни, оценка средних, подсчет коэффициента линейной и нелинейной ранговой корреляции.

Наиболее интересные данные были получены с помощью метода УСЦД, поэтому мы несколько подробнее остановимся на его описании. Данный метод позволяет определить иерархию ценностей, представляющую собой своего рода личностный стержень, включая степень внутриличностной диссоциации и уровень наиболее выраженного внутреннего расогласования (“внутренние конфликты” и “внутренние вакуумы”). Под диссоциацией мотивационно-личностной сферы автором понимается степень расогласования между желаемым и действительным, ценным (Ц) и доступным (Д). Степень внутриличностной диссоциации является общим показателем и обозначается как R, где $R = \sum |Ц - Д|$. Максимальная степень расогласования $R = 72$, минимальная $R = 0$, граница нормы для мужчин в среднем $R = 32$, для женщин $R = 37$. При значениях R, превышающих данные показатели, можно предположить наличие невротического конфликта или психопатологических изменений личности различной степени выраженности. Степень диссоциации определяется и для каждой ценностной позиции в отдельности, если ценность понятия блага превышает его доступность больше, чем на три позиции. Ее выраженность обозначает наличие “внутреннего конфликта” (ВК), невозможность достигнуть желаемого (“хочу, но не могу”). Если доступность превышает ценность, это приводит к “внутреннему вакууму” (ВВ) – обесцениванию имеющегося блага (“могу, обладаю, но не хочу”).

Стимульный материал методики представляет собой список из двенадцати ценностных понятий:

1. Активная деятельная жизнь.
2. Здоровье (психическое и физическое).
3. Интересная работа.
4. Красота природы, искусства.

Таблица 1. Данные корреляционного анализа показателей по тестам УСЦД и ММР1 для всей выборки

Показатели	Коэффициенты корреляций, %	Показатели
Здоровье	+84	Депрессия (D)
ВВ интересная работа	+98	Ипохондрия (Hi)
ВК семья	+79	Друзья
Свобода в поступках	+86	Мания (Ma)
Свобода в поступках	+89	ВВ красота природы
ВВ красота природы	+90	Мания (Ma)
ВВ познание	+84	Истерия (Hy)
Познание	-80	Мания (Ma)
Познание	-86	Свобода в поступках

5. Любовь (душевная и физическая близость с любимым человеком).

6. Материальное благополучие.

7. Наличие хороших и верных друзей.

8. Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий).

9. Познание (возможность интеллектуального развития).

10. Свобода в поступках и действиях.

11. Счастливая семейная жизнь.

12. Творчество.

Испытуемым предлагалось сравнивать их между собой: сначала по степени ценности, значимости, затем по доступности в реальной жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного сравнительного анализа нами были получены три группы данных: общие черты влияния хронического стресса (характеристика выборки в целом); различия внутри выборки по структуре ценностей; динамика личностных изменений в зависимости от срока травмы.

1. Соотнесение полученных данных между собой позволило выделить общий для всей выборки синдром, который мы определили как “синдром Николая Островского”: девиз этих больных –

“сопротивление страданиям” и “выжить любой ценой”. Для данного синдрома характерны:

а) в эмоциональной сфере – повышенная ранимость, обидчивость, чувствительность к критике, тенденции к вытеснению и соматизации тревоги;

б) в когнитивной сфере – сверхценность здоровья; высокая значимость межличностных отношений в кругу друзей и семьи, при этом потребность в духовной близости преобладает над остальными; стремление к профессиональной самореализации выражено слабо, ценность интересной работы отрицательно коррелирует с ценностью здоровья; в отношении ценностей метауровня наблюдается низкая значимость интеллектуального и эстетического развития личности; выявлена корреляция между значимостью познания и такими личностными чертами, как истероидность, гипоманиакальность, стремление к свободе в поступках и действиях – чем ниже ценится возможность интеллектуального развития, тем ярче проявляются данные черты (табл. 1);

в) для регулятивной сферы характерно повышение волевого контроля над эмоциями, мужественность, стремление к активной деятельности, с одной стороны, и фиксированность на состоянии своего здоровья, психастеничность, с другой.

2. В результате дальнейшего анализа данных оказалось, что, несмотря на сходство общей картины “синдрома Николая Островского”, характерного для всей выборки, адаптация к условиям хронического стресса носит индивидуальный характер. Поэтому во второй части исследования были более подробно проанализированы стратегии совладания и адаптации в зависимости от особенностей ценностно-смысловой сферы.

Основные различия внутри выборки были выявлены с помощью методики УСЦД и анализа трех ее показателей: степени диссоциации мотивационно-личностной сферы; иерархии ценностей; различия между ценностью и доступностью определенного блага (величина “внутреннего конфликта” или “внутреннего вакуума”).

В первой группе (5 человек) средний показатель диссоциации был самым высоким ($R = 52.6$ баллам), что значительно превышало границы нормы (рис. 1). Ценности метауровня, такие как восприятие прекрасного, познание, творчество, располагались внизу иерархии (10–12 место). Именно по этим ценностным понятиям у испытуемых было выявлено наиболее выраженное рассогласование в виде “внутреннего вакуума” ($ВВ > |5|$). “Внутренние конфликты” (ВК) обнаружены практически во всех ценностных сферах и острее всего проявились по отношению к здоровью, к удовлетворенности семейной жизнью и активной деятельности ($ВК > 8$). В среднем рассогласование наблюдается по 8 сферам из 12 (рис. 2).

Во второй группе (4 человека) средний показатель диссоциации расположен у верхней границы

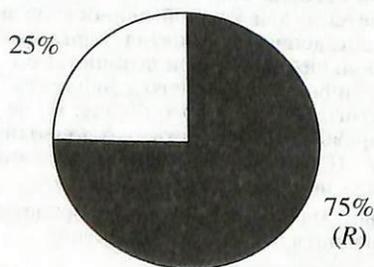


Рис. 1. Показатель диссоциации мотивационно-личностной сферы R для пассивной стратегии адаптации (при $R_{max} = 72 = 100\%$).

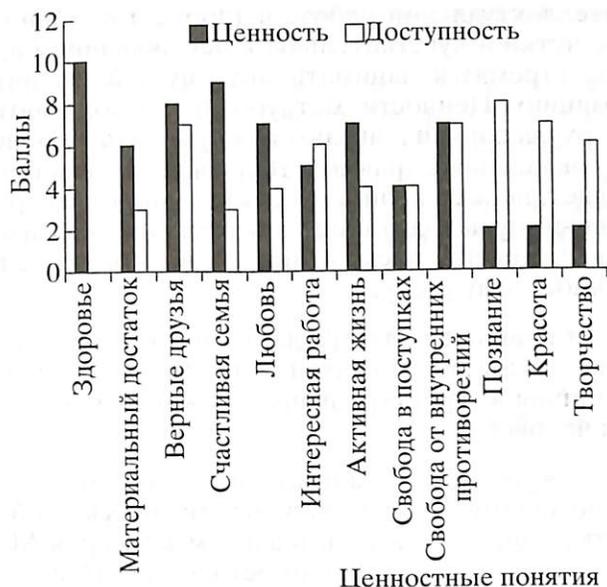


Рис. 2. Уровень соотношения ценности и доступности, характерный для пассивной стратегии адаптации (наибольший показатель – 12 баллов).

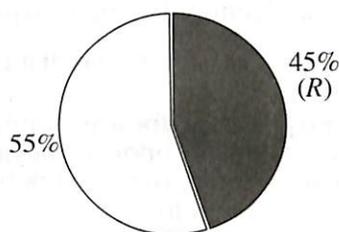


Рис. 3. Показатель диссоциации мотивационно-личностной сферы R для приспособленческой стратегии адаптации (при Rmax = 72 = 100%).

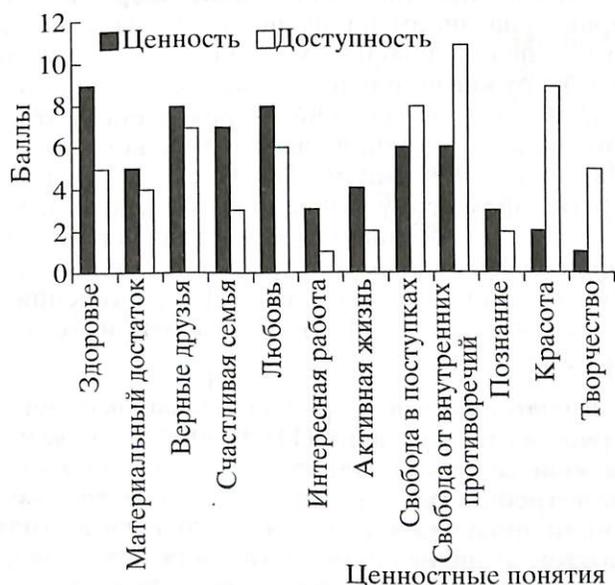


Рис. 4. Профиль структуры ценностно-смысловой сферы, характерный для приспособленческой стратегии адаптации. Соотношение ценности и доступности.

нормы и равен 32.5 баллам (рис. 3). Указанные выше ценности метауровня, как и в первом случае, не являются личностно значимыми (8–11 место в иерархии), по отношению к ним участники эксперимента испытывают ВВ ($ВВ > |4|$). ВК характерны для восприятия здоровья и семейной жизни, для установки на активную деятельность, однако выражены менее остро, чем в первой группе ($ВК > 4$). Рассогласование выражено в среднем по 5 ценностным понятиям (рис. 4).

В третьей группе (3 человека) показатель диссоциации не выходит за пределы нормы и равен 18.5 баллам (рис. 5). Ценности метауровня (познание, творчество) в данной группе являются более значимыми, чем в остальных и располагаются в иерархии выше (2–4 место). Внутрличностное рассогласование в этих сферах практически отсутствует. ВК по отношению к удовлетворенности семейной жизнью и социальной активности не выявлен. ВК в сфере здоровья выражен меньше, чем в первой группе (4–5 баллов). Рассогласование наблюдается в 3-х сферах из 12 (рис. 6).

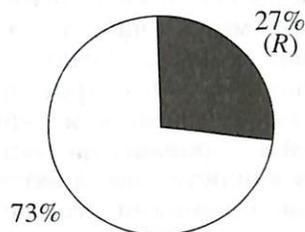


Рис. 5. Показатель диссоциации мотивационно-личностной сферы R для адаптивной стратегии адаптации (при Rmax = 72 = 100%).



Рис. 6. Профиль структуры ценностно-смысловой сферы, характерный для адаптивной стратегии. Соотношение ценности и доступности.

Таблица 2. Средние значения показателей по трем тестам для групп испытуемых с разным сроком травмы (для УСЦД – средний ранг ценности, для ММРІ – среднее значение в Т-баллах)

Тест	Шкала	До 1 года	1–4 года	Более 4-х лет
УСЦД	Активность	7.5	6.5	2.3
	Здоровье	11	8.25	9.6
	Интересная работа	6	5	1.6
	Свобода в поступках	1.5	6	2.6
	Семья	8.5	9	10
	Любовь	4.5	7	8
	Красота природы	1.5	2	4
ММРІ	Паранойя (Pa)	53	63	70

Таким образом, анализ полученных данных показал, что ведущим основанием для определения тенденций совладания с хроническим стрессом являются изменения в иерархии ценностей. Были выявлены следующие три стратегии адаптации.

Для *первой группы* характерен дезадаптивный стиль совладания, связанный с психопатологическими нарушениями. У пациентов наблюдается высокая степень рассогласованности мотивационно-личностной сферы, острое ощущение расхождения между желаемым и действительным. Испытуемые фиксированы на состоянии своего здоровья (потребности витального уровня), не удовлетворены семейными отношениями при их высокой значимости (социальный уровень) и выключены из культурного контекста, пренебрегая ценностями метауровня. Это позволяет охарактеризовать их состояние как экзистенциальный вакуум. Пациенты склонны к ипохондричности, пассивности в отношении трудных жизненных ситуаций. Активной позиции они противопоставляют усиление волевого контроля над чувствами. В целом данную стратегию адаптации можно определить как **пассивную**: человек неудовлетворен практически всеми сферами своей жизни и при этом ничего не пытается изменить.

Тенденцию, обнаруженную во *второй группе*, вслед за А. Маслоу, обозначили как “обыденный стиль жизни”. В данной группе патологического рассогласования внутриличностной сферы не наблюдается. Однако пациенты не видят смысла в развитии познавательной сферы и в творческой реализации. Ценности метауровня не являются для них лично значимыми. Эта названная нами **приспособленческая** стратегия адаптации проявляется в ориентации на организацию быта при отсутствии потребности в личностном росте.

Для *третьей группы* характерна собственно **адаптивная тенденция**. У ее членов не наблюдается выраженного рассогласования между желаемым и действительным. У них развит интерес к

интеллектуальной работе и творчеству. Они более чутки и чувствительны к переживаниям других, стремятся занимать активную жизненную позицию. Ценности метауровня располагаются вверху иерархии и играют важную роль в процессе совладания с травмой. Данная стратегия определяет, по всей видимости, активный и конструктивный путь адаптации, способствующий развитию человека, раскрытию его возможностей и личностному росту.

Эти данные подтверждают гипотезу, что в основе стратегий совладания и адаптации лежат различия в структуре ценностно-смысловой сферы человека.

3. Адаптация к жизни после травмы имеет свою динамику. Благодаря математической обработке данных (с использованием критерия Манна-Уитни на уровне значимости $p \leq 0.05$) было показано, что процесс совладания с хроническим стрессом подразделяется на различные этапы в зависимости от срока травмы. Результаты качественного анализа указывают на различия в эмоциональном реагировании, когнитивной оценке и личностных особенностях пациентов (табл. 2).

При сроке травмы менее одного года в эмоциональной сфере преобладает напряженность, связанная с затруднениями в межличностных отношениях. С одной стороны, неудовлетворенность, с другой, – страх отказаться от этих отношений и остаться в одиночестве. Возникающую в данной ситуации тревогу пациенты склонны вытеснять. На *когнитивном* уровне особая значимость придается активной деятельности, направленной на восстановление физического здоровья. Для *мотивационно-личностной* сферы в целом характерна диссоциированность. Однако на данном этапе она довольно успешно компенсируется, не обнаруживая акцентуированных или психопатологических проявлений. Переживания в основном связаны с ограничением возможности движения, восстановлением физического здоровья, стремлением вернуться на прежний уровень. Они не полностью осознают последствия перемен, которые внесла в их жизнь травма и свои собственные внутренние перемены. По отношению к травматическому событию пациенты испытывают негодование.

В целом картина переживания характерна для первой и второй стадий ПТСР (шока и гнева): нежелание верить в реальность происшедшего, злоба, потребность обвинить других, чувства собственной вины, горя, сожаления, тревоги и страха. На этом этапе особенно остро переживается физическая утрата, потеря чувства безопасности. Резкая перемена социальной ситуации, когда из равноправного члена семьи человек превращается в объект опеки, отражается в появлении рег-

рессивных тенденций – эмоциональной лабильности, капризности и проч.

При сроке травмы до 4-х лет в эмоциональной сфере выявляется повышенная тревога, совладание с которой происходит за счет механизмов соматизации. В когнитивном плане большую ценность приобретают взаимоотношения в семье, особенно остро переживаются затруднения в физической близости с супругом. При планировании пациентами своего будущего наблюдается ирреальность притязаний. В отличие от предыдущей подгруппы, диссоциированность внутри мотивационно-личностной сферы выражена слабо, но на уровне поведения проявляются отдельные акцентуированные черты.

В данной подгруппе основное внимание уделяется построению отношений в социуме, социальной адаптации как в семье, так и в профессиональной деятельности. Это стремление встраивается в систему в новом качестве. Здесь наиболее остро переживается социальная и эмоциональная утрата. Возникает чувство изолированности, замкнутости в своем мире, непонятности. На этом этапе осознается утрата старых отношений, связанных с семьей и работой, дававших определенную цель в жизни, идет поиск новых целей. Однако ощущение недостаточной поддержки со стороны социума может способствовать пассивности и погружению в апатию. Пациенты очень ранимы и чувствительны к критике, часто теряют ощущение самоидентичности.

Данные переживания наиболее характерны для стадии депрессии. Стремление совладать с ситуацией и добиться поставленных целей, по всей видимости, ведет к акцентированию определенных личностных черт.

В подгруппе пациентов со сроком травмы более 4-х лет так же, как и в других подгруппах, в эмоциональной сфере диагностируется тревога. От остальных данная подгруппа отличается тем, что здесь на уровне когнитивной оценки снижена значимость активности. В мотивационно-личностной сфере у пациентов также наблюдается заострение психопатологических черт. Смысл своей жизни они представляют как некую цель, достижение которой не совместимо с реальностью. Как показывают данные тестирования, дополненные информацией из клинической беседы и наблюдений, пациенты пытаются осмыслить себя не только в социуме, но и в мироздании в целом. На этой стадии наиболее актуально переживание духовной утраты. Разочарование, невозможность чувствовать себя в этой жизни так, как хотелось бы, ведет к соскальзыванию в бессмысленность, ощущению утраты цели жизни, усилению депрессии. Человек пытается объяснить происшедшее с его жизнью, опираясь на законы мироздания, и это ему не всегда удается принять.

Остро ощущается одиночество и безысходность, наступает кризис веры, происходят глубокие перестройки на духовном уровне.

Эти данные демонстрируют основную тенденцию изменений ценностно-смысловой структуры личности в зависимости от срока травмы, которая характеризуется постепенным спадом активности, углублением сферы переживаний от неприятных физических ощущений до духовного кризиса и ухода от реальности.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования в целом подтверждают данные В.В. Николаевой о влиянии хронического стресса на личность. Это в первую очередь наличие характерного психологического синдрома, складывающегося из эмоциональных, когнитивных и личностных особенностей, которому мы дали название “синдрома Николая Островского”. Резкая смена социальной ситуации развития ведет к переменам во внутреннем мире человека, личностному кризису. В результате переживания и переосмысления происшедшего формируется ряд относительно устойчивых черт. В данном случае – это фиксированность на состоянии своего здоровья, повышенная чувствительность, ранимость в межличностных отношениях и вместе с тем мужественность, стойкость перед страданиями, тенденция к вытеснению, подавлению тревоги.

В дополнение к данным В.В. Николаевой нами были выявлены следующие особенности ценностно-смысловой сферы пациентов в зависимости от срока травмы: приоритеты ценности активной деятельности и физического здоровья на ранних сроках, ценности семейных отношений при сроке травмы около 4-х лет, и тенденция к утрате смысла жизни и экзистенциальному вакууму при более длительных сроках болезни. Николаева в своих работах также отмечает блеклость образа будущего, как результат влияния хронической болезни на оценку индивидом своих перспектив. По мнению Б.С. Братуся, “невроты потери смысла... связаны прежде всего не с преодолением преград, не с трудностями выбора поведения в пользу того или иного мотива, а с отсутствием, потерей нравственно-ценностного взгляда как основного условия ее осмысленности...” [6 с. 109]. Известно также, что перемена, а иногда и утрата ценностно-смысловой структуры связана с наличием сильного внутреннего переживания.

Соотнося полученные нами данные с теоретическими основаниями работ С. Аршад Хусейна, Вильяма Р. Холкомба и Ф. Паркинсона [22, 25], мы пришли к заключению о том, что у всех исследованных пациентов, независимо от срока травмы и стратегии адаптации, присутствовали те или

иные симптомы ПТСР. Для срока травмы до одного года было характерно отрицание негативных последствий происшедшего (проявление стадии шока, стадии гнева), вытеснение тревоги (симптом избегания) и переживание *физической утраты*. С увеличением срока травмы в целом увеличивалось количество проявлений, характерных для стадии депрессии, которую описал Ф. Паркинсон: это ощущения одиночества, утраты веры и цели, общее повышение тревоги, переживание страха смерти. При сроке травмы до 4-х лет наиболее актуально переживание *социальной утраты* и поиск нового места в обществе. С увеличением срока травмы на первое место выступает *духовный кризис*, связанный с трансформацией глубоких внутренних установок.

Однако величина срока, прошедшего с момента травмы, не гарантирует наступления и тем более успешного проживания четвертой стадии совладания со стрессом – стадии исцеления, связанной с восстановлением самоидентичности, принятием травмы как части своего опыта и переосмыслением происшедшего с точки зрения позитивных внутриличностных изменений. Как отмечают многие авторы, изучавшие тему личностного кризиса, психологические травмы содержат и разрушающее начало, и позитивные элементы, способствующие развитию личности, что подтвердили и наши данные. Характер проживания тех или иных стадий в процессе совладания с хроническим стрессом наиболее четко прослеживается при анализе стратегий адаптации.

При *пассивной* стратегии адаптации, которая связана с психопатологическими нарушениями, актуализируются переживания, характерные для стадии злобы и депрессии: беспомощность, тревога, утрата самоидентификации, тенденции к самообвинению и обвинению окружающих. Данная стратегия соотносится с типом переживания личностного кризиса, который выделил Р. Ассаджиоли. Индивид не способен воспринять происшедшее с ним и интегрировать данный опыт. Вся позитивная энергия переживания тратится на сопротивление внутренним барьерам и комплексам. В результате наступает астенизация, часто сопровождающаяся потерей смысла, “Я” человека находится в разинтегрированном состоянии. Вместе с тем положительный конструктивный элемент подобного способа переживания и совладания с травмой заключается в активизации и высвечивании основных внутриличностных противоречий и препятствий, которые указывают на путь к интеграции. Таким образом, основная задача психологической коррекции при пассивной стратегии адаптации – работа по осознанию внутренних противоречий и укреплению “Я”.

Приспосабливающееся поведение также является дезадаптивной по отношению к самореали-

зации стратегий. В данном случае преобладают симптомы избегания, вытеснение истинных причин тревог, при достаточно высоком уровне интеграции “Я”. Благодаря этому происходит частичное осознание и осмысление пережитого. Личность изменяется, но не полностью и временно. Как только сила переживания ослабевает, личность возвращается к своему прежнему состоянию. Позитивный аспект переживания при данной стратегии, по всей видимости, заключается в том, что, несмотря на отсутствие устойчивого переформирования “Я”, у индивида остается некая идеальная модель, которую можно использовать для завершения трансформации.

Только при собственно *адаптивной* стратегии происходит проживание четвертой стадии совладания со стрессом, связанное с переосмыслением травмы, реальным определением ее роли в жизни, формированием планов на будущее. Как видно из результатов, полученных в нашем исследовании, возможность психологического “исцеления” и принятия травмы связана с ролью ценностей метауровня. “Лишь вершина человека есть человек”, – писал Парацельс. Осознанное стремление к красоте, познанию, творчеству и выделяет его из мира других живых существ. Благодаря этому человек становится способным эстетизировать свои переживания, соотносить их с общим культурным контекстом, проживать заново и делать историей. Это представляется возможным не только при опоре на потребности витального и социального уровней, но и при активизации *духовного потенциала*.

ВЫВОДЫ

1. Переживание хронического стресса сопровождается перестройками в ценностно-смысловой структуре. На разных этапах переживания хронического стресса на первый план выступают ценности разных уровней: витального, социального и метауровня.

2. Процесс изменений эмоционально-когнитивной сферы личности у спинальных больных после травмы проходит ряд этапов в зависимости от срока травмы: вначале это переживание физической утраты, позже – утраты социального статуса, затем – духовного кризиса. В то же время успешность стратегии совладания определяется не столько сроком с момента травмы, сколько особенностями структуры ценностно-смысловой сферы личности.

3. Для исследованного контингента испытуемых (спинальных больных) в состоянии хронической болезни характерен “Синдром Николая Островского” – установка на преодоление страданий, вытеснение тревоги. Девизы этих больных: “сопротивление страданиям” и “выжить любой ценой”.

4. В рамках данного синдрома выделены стратегии адаптации: **пассивная, приспособленческая** и собственно **адаптивная**, различия которых определяются особенностями структуры ценностно-смысловой сферы и местом ценностей метауровня в их иерархии. Для пассивной стратегии характерны высокая степень рассогласованности мотивационно-личностной сферы, неудовлетворенность практически всеми сферами своей жизни и при этом отсутствие желания что-либо менять. Приспособленческая стратегия адаптации проявляется в ориентации на организацию быта при отсутствии потребности в личностном росте, ценности метауровня не являются личностно значимыми. Приоритет ценностей творчества и познания играет позитивную роль в процессе конструктивного совладания с травмой и самореализации и является основой адаптивной стратегией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абульханова-Славская К.А.* Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
2. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П.* Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
3. *Асмолов А.Г.* Психология личности. М.: МГУ, 1990.
4. *Ассаджиоли Р.* Самореализация и психологические нарушения // *Духовный кризис / Под ред. С. Грофа, К. Грофа.* М.: Класс, 2000. С. 49–72.
5. *Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д.* Методика многофакторного исследования личности. М., 1994.
6. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1998.
7. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. М.: МГУ, 1984.
8. *Дикая Л.Г.* Становление новой системы психической регуляции в экстремальных условиях деятельности // *Принцип системности в психологических исследованиях.* М.: Наука, 1990. С. 103–114.
9. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М.: Наука, 1983.
10. *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. М., 1965.
11. *Маслоу А.Г.* Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999.
12. *Махнач А.В.* Личностные детерминанты динамики психических состояний в экстремальных условиях деятельности / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1993. С. 232.
13. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
14. *Рубинштейн С.Л.* Бытие и сознание. М., 1957.
15. Психологические проблемы деятельности в особых условиях: Сб. науч. трудов. М.: Наука, 1985.
16. Психическая напряженность в трудовой деятельности: Сб. науч. трудов. М.: ИП РАН, 1989.
17. Психологические проблемы трудовой деятельности: Сб. науч. трудов. М.: Наука, 1991.
18. *Собчик Л.Н.* Метод цветковых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера. М., 1990.
19. *Тарабрина В.Н., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // *Психол. журн.* 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
20. *Фанталова Е.Б.* Диагностика внутреннего конфликта. М.: Фолиум, 1997.
21. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
22. *Хусейн С. Аршад, Холкомб Вильям Р.* Руководство по лечению психологической травмы у детей и подростков. М.: Сострадание, 1997.
23. *Черепанова Е.М.* Психологический стресс. М.: Academia, 1997.
24. *Шапкин С.А., Дикая Л.Г.* Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегий адаптации // *Психол. журн.* 1996. Т. 17. № 1. С. 19–35.
25. *Parkinson F.* Post-Trauma Stress. L.: Sheldon Press, 1995.

THE ROLE OF VALUE-SEMANTIC PERSONAL CONSTRUCTIONS IN ADAPTATION TO CHRONIC STRESS (IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY)

E. E. Torchinskaya

Jun. res ass., laboratory of psychology of labour, IP RAS, post-graduate of IP RAS, Moscow

The influence of chronic stress on personality is analyzed from three viewpoints: they concern posttraumatic stress reactions, the level of social operations, deep personal suffering and internal crisis. The dynamics of personal changes depending on the period of chronic deprivation of vital needs is discussed (on the example of posttraumatic patients). There are distinguished different strategies of adaptation (passive, time-serving strategies and adaptative as such), their correlation with peculiarities of the value-semantic sphere and disposition of metavalues in the hierarchy is shown. The specificity of positive personal changes on the influence of chronic stress under different strategies of adaptation is demonstrated.

Key words: deprivation, chronic stress, coping, dissociation, internal conflict, internal vacuum, strategies.