

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Взаимосвязь психотравмы и жизненной перспективы личности

Обучающийся

А.Н. Мухаметзянова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

канд. психол. наук., И.В. Седова

руководитель

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы изучения взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности	8
1.1 Понятие психотравмы. Онкологические заболевания как психотравма.....	8
1.2 Жизненная перспектива личности в психологических исследованиях.....	21
1.3 Обзор исследований взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности.....	25
Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности.....	40
2.1 Организация исследования.....	40
2.2 Анализ и обсуждение полученных результатов.....	45
2.3 Рекомендации по результатам исследования.....	67
Заключение.....	70
Список используемой литературы.....	73

Введение

Актуальность исследования. Актуальность исследования взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности обусловлена несколькими ключевыми факторами. Во-первых, современное общество не застраховано от событий, которые могут нанести глубокую психологическую рану, таких как насилие, катастрофы, потеря близких и другие травматические события. Во-вторых, последствия этих травм, часто выходящие за рамки непосредственного переживания, имеют связь с формированием личности, ее самовосприятием и, что особенно важно, ее видением будущего – жизненной перспективой.

Жизненная перспектива, являясь сложным психологическим конструктом, определяет цели, мотивы, планы и ожидания человека, формируя его вектор развития и поведение в настоящем. Именно она обеспечивает ощущение целостности и смысла жизни, а ее нарушения могут приводить к дезадаптации и ограничению возможностей личностного роста.

Травматические события, воздействуя на психику человека, способны исказить его восприятие мира и себя, сформировать негативные установки и убеждения, которые, в свою очередь, могут препятствовать формированию позитивной и реалистичной жизненной перспективы. В результате этого, человек может испытывать трудности в постановке целей, планировании будущего, построении отношений и реализации своего потенциала.

Изменения, происходящие в жизни человека после постановки диагноза онкологического заболевания, не ограничиваются физическими страданиями и лечением. Зачастую, они сопровождаются глубокими экзистенциальными переживаниями, переоценкой ценностей и смысла жизни, а также пересмотром своих планов на будущее. Болезнь может существенно влиять на восприятие времени, ограничивая его перспективу, и провоцировать сомнения в возможности достижения намеченных целей.

В этой связи, изучение взаимосвязи онкологического заболевания и

жизненной перспективы личности представляется не только важным теоретическим вопросом, но и обладает большой практической значимостью. Понимание специфики этих изменений позволит разработать более эффективные программы психологической помощи и реабилитации, направленные на восстановление и развитие позитивной жизненной перспективы у людей, столкнувшихся с этим тяжелым испытанием.

Объект исследования: жизненная перспектива личности.

Предмет исследования: взаимосвязь психотравмы и жизненной перспективы личности.

Цель исследования: изучение специфических особенностей жизненных перспектив лиц, переживших психологическую травму.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что существует взаимосвязь психотравмы и жизненной перспективы личности, которая выражается в ее искажении, ограничении и снижении уровня реализации.

Задачи исследования:

- проанализировать литературу по теме исследования;
- определить принципы отбора и сформировать эмпирическую выборку, адекватную целям и методам исследования;
- подобрать диагностический инструментарий для исследования и статистической обработки данных;
- исследовать особенности жизненной перспективы личности людей с психотравмой;
- оценить взаимосвязь психотравмы и жизненной перспективы личности.

Теоретико-методологическая основа исследования. Исследование базируется на методологии системного и деятельностного подходов (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, Б.Ф. Ломов, А.Н. Леонтьев и другие), теории жизненного пути и психологического времени (Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская и другие), а также на концепциях критических ситуаций (Ф.Е. Василюк) и теориях личности, жизненного пути и смысла

жизни.

Методы исследования:

- Анализ, синтез, обобщение, теоретический анализ научной литературы по теме исследования.
- Метод психологического тестирования:
- Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale IES, ШОВТС).
- Тест жизнестойкости (автор С. Мадди, модификация Д.А. Леонтьева, К.А. Рассказовой).
- Шкала базовых убеждений (автор Г. Янофф-Бульман, адаптация О.О. Кравцовой).
- Шкала субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой).
- Методы математической статистики.

Опытно-экспериментальная база исследования: благотворительный фонд «Онкологика» для онкобольных и их родственников (г. Казань).

Научная новизна исследования. Научной новизной данного исследования является углубленное изучение взаимосвязи онкологического диагноза и жизненной перспективы личности. В отличие от исследований, рассматривающих общие последствия психотравматических событий, данная работа фокусируется на уникальных факторах, связанных с онкологическим заболеванием: неопределенность прогноза, длительность лечения, физические и эмоциональные страдания, угроза жизни. Это позволяет выявить специфические механизмы воздействия данной психотравмы на формирование и реализацию жизненной перспективы, и тем самым внести вклад в понимание психологических последствий онкологических заболеваний.

Теоретическая значимость исследования заключается в понимании психологических механизмов воздействия онкологического заболевания как

специфической психотравмы на формирование и реализацию жизненной перспективы личности. Результаты исследования вносят вклад в развитие теории психотравмы, демонстрируя, как тяжелые заболевания могут провоцировать трансформацию не только эмоционального состояния, но и глобального восприятия будущего. Исследование также позволяет уточнить представления о психологических особенностях травматических событий, связанных с хроническими болезнями.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования полученных результатов для разработки и совершенствования программ психологической помощи онкологическим пациентам. Выявленные закономерности взаимосвязи диагноза и жизненной перспективы личности позволят создать более адресные и эффективные интервенции, направленные на восстановление и поддержание позитивного видения будущего, снижение уровня тревожности и депрессии, а также повышение качества жизни пациентов.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались применением надежных и апробированных методов, адекватных поставленной цели и задачам исследования, репрезентативности выборки испытуемых, статистической обработкой полученных первичных данных.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в формулировании цели и задач исследования, разработке гипотезы, а также в осуществлении всего цикла научно-исследовательской работы. Автор лично проводил анализ научной литературы, подбирал и адаптировал методы исследования, собирал и обрабатывал эмпирические данные, анализировал и интерпретировал полученные результаты, а также формулировал выводы.

На защиту выносятся утверждения:

- Онкологический диагноз имеет связь с жизнестойкостью пациентов, причем большинство из них испытывают значительные трудности в

адаптации. Несмотря на преобладание низкого уровня жизнестойкости, есть небольшая группа пациентов, демонстрирующих высокую устойчивость.

- У большинства онкологических пациентов наблюдается высокий уровень негативных эмоций, вызванный беспокойством о своем состоянии и будущем, а также трудностями, связанными с лечением. Это, в свою очередь, ведет к низкой общей удовлетворенности качеством жизни, поскольку болезнь оказывает значительное отрицательное воздействие на различные сферы их жизни.
- Травматические события оказывают существенное негативное воздействие на различные аспекты жизненной перспективы, включая эмоциональное состояние, самооценку, мотивацию к достижению целей и общую удовлетворенность жизнью.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав, заключения, содержит 6 рисунков, 9 таблиц, список использованной литературы (42 источника). Основной текст работы изложен на 76 страницах.

Глава 1 Теоретические основы изучения взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности

1.1 Понятие психотравмы. Онкологические заболевания как психотравма

Психологическая травма является сложным многоаспектным феноменом и привлекает большое внимание исследователей в области психологии, психиатрии и смежных дисциплин. Это обусловлено растущим пониманием ее значительного влияния на психическое и физическое здоровье человека, его социальную адаптацию и общее качество жизни.

В начале XVII в. Оксфордский ученый Р. Бартон предложил идею объяснения возникновения депрессивных расстройств по таким вероятным причинам, как конфликты, разрушение брака и другим. В конце девятнадцатого века Й. Брейер и З. Фрейд предложили теорию травмы, с помощью которой объясняли истерический невроз [30].

Невроз указанные ученые толковали как определенное следствие травматического переживания, к которому можно отнести насилие, обольщение, психологическую депривацию, которые психика не утилизировала привычным способом. Как следствие, эти переживания-аффекты диссоциируются от психики и, находясь в контексте определенных воспоминаний, пытаются повторно вернуться в сознание. А поскольку они невыносимы для эго, возникает сопротивление психики по отношению к воспоминаниям травматических переживаний, что было определено З. Фрейдом как защитный механизм – «вытеснение».

Противоречие, заключающееся в одновременном желании вернуть в сознание травматические переживания для возвращения целостности и полноценности опыта и болезненное нежелание, чтобы это произошло, как стремление психики избежать возвращения к негативным воспоминаниям и чувствам, получило название «интрапсихического конфликта».

В дальнейшей научной деятельности З. Фрейд пришел к выводу, что процесс диссоциации травматического опыта от общего характерен для нормального функционирования психики, а не только для невротических состояний, что находит свое отражение в оговорках, ошибочных действиях или описках [28].

З. Фрейдом было предпринято много попыток описать феноменологию травматического опыта в рамках метапсихологических подходов к функционированию психики: динамического, топографического, экономического подходов психосексуального развития личности. Под психической травмой З. Фрейд понимал определенное эмоциональное психологически не переработанное индивидом, потрясение, которое сопровождается непереработанными аффектами, такими как: стыд, душевная боль, страх, стресс.

Согласно З. Фрейду, фиксация на травме – это попытка ее контролировать. Защита от травмы, как результат этого контроля, начинает обуславливать большинство проявлений «Я», которые направляются в окружающую среду. Как защита от травмы и попытка контроля, психика аккумулирует определенный ресурс, который, не найдя конструктивного способа реализации, становится потенциалом для саморазрушения этой психики [28].

Термин «психологическая травма», впервые введенный для описания неврозов у солдат, подвергавшихся воздействию чрезвычайных ситуаций, изначально определялся как реакция, ответственность за которую лежит на самих людях. Включение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в Диагностическое и статистическое руководство 3-го издания (DSM-III) в 1980 году, включая диагностический критерий «существования узнаваемого стрессора, который мог бы вызвать значительные симптомы дистресса почти у каждого», сместило акцент на событие, вызывающее эту психологическую реакцию. Это в значительной степени освободило отдельных пострадавших от ответственности за их личный опыт травмы,

вызванной травмирующим стрессором.

Современное понимание психологической травмы связано с диагностическими критериями «травматического стрессора», который приводит к травме, ПТСР или другим психологическим расстройствам, таким как острое стрессовое расстройство, тревожность или депрессия. В DSM-III (1980) ПТСР определяется как реакция на «узнаваемый стрессор, который может вызвать значительные симптомы дистресса почти у каждого». Критерий стрессора был более точно определен в DSM-IV (1994) как «событие, которое включает в себя фактическую или угрожающую смерть или серьезную травму, или другую угрозу физической неприкосновенности человека». В текущей версии DSM (DSM-V) травматический стрессор определяется как «любое событие (или события), которые могут вызвать или угрожать смертью, серьезной травмой или сексуальным насилием по отношению к человеку, близкому члену семьи или близкому другу».

Важно отметить, что в DSM-V субъективная реакция как часть критерия травматического стрессора была удалена, что объективирует критерий травматического стрессора. Сама травма определяется как прямая реакция на стрессор, который превышает способность человека справляться или, другими словами, как жизненно важный опыт несоответствия между факторами угрожающей ситуации и индивидуальными механизмами совладания.

Обобщая основные положения теории травмы по З. Фрейду, Н. Олиферович и Т. Велена отмечают, что первоначальный акцент на реальном насилии, как единственной причине неврозов, сменился более сложным пониманием, включающим роль фантазий, бессознательных конфликтов и внутренних представлений. Они подчеркивают, что Фрейд, отказавшись от «теории соблазнения», не отбросил идею о травматическом воздействии внешних событий, но перенес фокус на субъективное переживание этих событий и их взаимодействие с внутренним миром

личности [18].

Известный российский ученый в области психиатрии и психотерапии И.А. Погодин внес существенный вклад в изучение психотравмы, особенно в контексте посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Отличительной чертой его работ является выраженная практическая ориентированность и направленность на разработку эффективных инструментов диагностики и терапевтических интервенций.

И.А. Погодин акцентирует внимание на необходимости учета специфических обстоятельств, сопутствующих травматическому событию. Детерминирующим фактором травматизации выступает не только природа события, но и индивидуальные особенности личности, микросоциальное окружение и доступность ресурсов поддержки [19]. Психотравма рассматривается как сложное, многоаспектное явление, интегрирующее физиологические, психологические, социальные и духовные измерения. Травматическое событие оказывает комплексное воздействие на различные сферы жизнедеятельности индивида, обуславливая возникновение широкого спектра нарушений, от соматических дисфункций до социальной дезадаптации [19].

Е.А. Поляков придерживается психофизиологического подхода к изучению психотравмы, акцентируя внимание на взаимосвязи и взаимовлиянии психических и физиологических процессов в патогенезе и манифестации травматических расстройств. В рамках данного подхода, он исследует влияние травматического стресса на функционирование нервной, эндокринной и иммунной систем, а также на церебральную активность. Значимость при этом придается объективной оценке уровня стрессовой нагрузки, испытываемой индивидом в ситуации травматизации. Е.А. Поляковым предложена классификация психотравмирующих ситуаций, основанная на учете интенсивности, длительности, повторяемости воздействия, а также степени угрозы для витальных функций организма [21].

Ф. Рупперт разработал оригинальный подход к пониманию

психотравмы, базирующийся на концепциях трансгенерационной травмы и структурного расщепления психики. Он выделяет следующие основные типы травматического опыта:

- Травма привязанности. Данный тип травмы обусловлен нарушением взаимосвязи между ребенком и основным лицом, осуществляющим уход, в раннем онтогенезе. Этиологическими факторами могут являться соматическое заболевание матери, послеродовая депрессия, эмоциональная индифферентность, предшествующая травматизация материнской фигуры, интрасемейное насилие, дезинтеграция родительской семьи. Следствием данных факторов является дефицит эмоциональной поддержки и чувства безопасности, приводящий к нарушениям формирования привязанности и идентичности. Ведущим фактором выступает ощущение небезопасности и ненадежности окружающего мира. Индивиды, пережившие травму привязанности, испытывают трудности в установлении межличностных отношений, характеризуются сниженной самооценкой и чувством одиночества.
- Травма идентичности. Данный тип травматического опыта связан с переживанием унижения, стыда и отвержения, подрывающих чувство собственного достоинства и целостности идентичности. Этиологическими факторами могут выступать буллинг, дискриминация, сексуальное или эмоциональное насилие, отвержение со стороны родительских фигур. В результате происходит утрата связи с аутентичными чувствами и потребностями, интернализация ожиданий окружающих, что приводит к ощущению отчуждения и внутренней опустошенности.
- Травма существования. Данный тип травматического опыта связан с переживанием угрозы для жизни или физической целостности, а также с травматическим опытом, обусловленным наблюдением за

страданиями и смертью других людей. Этиологическими факторами могут являться стихийные бедствия, вооруженные конфликты, террористические акты, несчастные случаи, угрожающие жизни соматические заболевания. Следствием является утрата чувства безопасности и контроля, перманентное переживание страха и тревоги, а также развитие деперсонализационных и дереализационных расстройств. Данный тип травмы характеризуется наиболее выраженным воздействием, затрагивающим базовое чувство безопасности и уверенность в праве на существование.

- Травма любви. Данный тип травматического опыта возникает в результате деструктивных процессов в межличностных отношениях, таких как предательство, отвержение или насилие. Травма любви может приводить к фрустрации потребности в привязанности, развитию страха близости и трудностям в построении партнерских отношений [24].

В.С. Мухина предлагает типологию травматических обстоятельств, которые распределены по трем возрастным этапам: детство, подростково - юношеский этап развития и взрослость [16].

Для первого этапа детерминантами травматизации могут быть такие особенности воспитания, как воспитание в неполной семье, неуважение между членами семьи, непоследовательность и конфликты. Проявлениями проживания травмы у ребенка могут быть неспособность устанавливать близкие отношения, одиночество, попытки рассчитывать исключительно на себя и неверие в возможность получить любую поддержку. На втором этапе возникают травмы, так или иначе связанные с развитием идентичности и принятием себя. Проявляется травматизированность в неспособности устанавливать полноценные половые отношения, невозможность полноценно воспринимать свой физический вид, отсутствие веры в свои возможности и силы, неумение и нежелание устанавливать контакты с новыми людьми. На третьем этапе возникает травма, связанная с нежеланием принимать

реальность. Следствием данной травматизации является нежелание воспринимать действительность объективно, формирование ложных представлений и нежелание от них отходить [20].

Р. Фогт подчеркивает, что травму не стоит воспринимать как некий фрагмент прошлого, исчезнувший из сознательной памяти и требующий восстановления. Такой подход подразумевает, что достаточно вспомнить травматическое событие, чтобы «излечиться». Р. Фогт акцентирует внимание на том, что травма – это активная сила, продолжающая формировать настоящее человека. Даже если человек не помнит конкретные детали травматического события, его тело и нервная система «помнят» об этом, что может проявляться в виде физических симптомов (хроническая боль, усталость), эмоциональных реакций (тревога, гнев), поведенческих паттернов (избегание определенных ситуаций, импульсивность) и проблем с межличностными отношениями. Травмированные люди часто испытывают трудности с регуляцией своих эмоций [27].

В. Волкан утверждает, что определенные исторические события, такие как геноцид, этнические чистки, войны, периоды жестокого угнетения, являются коллективной травмой для определенной группы людей, то есть травматические последствия этих событий передаются из поколения в поколение, формируя коллективную идентичность и влияя на поведение группы. В противоположность травме, существует и слава – исторические события, которые группа использует для укрепления своей положительной идентичности, подчеркивая моменты героизма, достижений и культурного расцвета. Эти концепции работают вместе, формируя комплексное представление группы о себе [6].

В психоаналитических концепциях психологической травмы выделено понятие «инфантильной травмы». Именно в получении и проживании этой, ранней травмы, психоаналитиками усматривается причина формирования невротического симптомокомплекса, отмечает Ч. Райкрофт [22]. Возникновение и формирование инфантильной травмы рассматривается как

результат сбой удовлетворения основных онтогенетических потребностей (от 1 года – фузии, от 1 года до 3 – сепарации, от 3 до 5/6 – ассимиляции сексуальности у девушек и решения проблем мужского соперничества у парней).

Современники психодинамического направления отмечают, что инстинкт самосохранения не имеет возможности вытеснить или блокировать травматическое переживание [40].

Современники психодинамической теории указывают на последствия травматизации: реализация неэффективных защитных механизмов, регресс на более раннюю стадию психосексуального развития, идентификация с фигурой агрессора, регресс на уровень функционирования архаичных проявлений Super-Ego, автоматизация Ego, ремобилизация инфантильных импульсов, возникновение деструктивных изменений в структуре идеального «я». Сама травма, при этом, является также и определенным триггерным механизмом, который провоцирует актуализацию инфантильных интрапсихических конфликтов [35].

Дж. Янг было разработано понятие «ранних дезадаптивных схем», которые формируются в следствие инфантильной травматизации и могут сохраняться в течение всей жизни [32].

Л. Бурбо предложила типологию пяти ранних травм и соответствующих им характерологических структур. Она отмечает то, что для каждой травмы характерны определенные переживания, обуславливающие специфику структуры травматического эмоционального опыта. Л. Бурбо выделяет следующие типы травм: отверженности, покинутости, унижения, предательства и несправедливости [4].

Каждая из травм обуславливает хранение соответствующего ей травматического опыта на протяжении всей жизни. Травма отвергнутости возникает при взаимодействии с родителями своего пола (отталкивают, отстраняют, отказываются, не терпят). Формируется характер беглеца. Для переживания травмы характерны сомнения в праве на существование,

чувство ненужности, страх, ненависть, подавленность, одиночество, изоляция, стыд, второсортность, ничтожность.

Травма брошенного возникает при взаимодействии с родителями противоположного пола (не интересуются). Формируется характер зависимого. Для переживания травмы характерны эмоциональный голод, беспомощность, печаль, страх, одиночество, незначительность, уныние, обида.

Травма униженного возникает при взаимодействии с матерью. Формируется мазохистический характер. Для переживания травмы характерны стыд, обида, вина, отвращение, ничтожество, позор, притеснение, унижение, непризнанность, беспомощность, желание быть достойным.

Травма измены возникает при взаимодействии с родителями противоположного пола. Формируется контролирующий тип характера. Для переживания травмы характерны желание власти, недоверие, напряженность, страх, гнев, манипулятивность, важность хранения своей особенности, силы, компетентности.

Травма несправедливости возникает при взаимодействии с родителями своего пола. Формируется ригидный характер. Для переживания травмы характерны ревность, замкнутость, закрытость, разочарование, гнев, чувство долга, стресс из-за несовершенства, вина.

Уместно отметить, что возникновение и формирование травмы предполагает четыре этапа. Для инфантильного опыта характерна неспособность быть собой и страдания, которые сопровождали необходимость быть такими, какими от них требовали окружающие и обстоятельства. Протестуя против данных условий существования, личность накапливает, с учетом специфики травмы те или другие переживания, о которых было сказано выше. Как следствие проживания и накопления травматических переживаний, происходит формирование другой личности, вынужденно сформированной, сохраняющей в себе травму.

В психологии существуют близкие к предоставленной по толкованию

типологии, примером которой является типология травм, предложенная В.М. Джонсоном: отвергнутости, покинутости, личностной незначительности, подавления, слияния, соперничества [9].

Вторичная травма, также называемая усталостью от сострадания, определяется как косвенное воздействие травмы через повествование о травматическом событии из первых рук. Отметим, что это потенциально включает ситуацию, когда онкологи сообщают человеку о диагнозе онкологического заболевания.

Онкологические заболевания представляют собой значимый психосоциальный стрессор для индивидуумов и их ближайшего окружения. Помимо высокой частоты летальных исходов, рак ассоциируется с выраженной стигматизацией и субъективным переживанием страданий, что обусловлено как самой патологией, так и побочными эффектами агрессивных методов терапии. Термин «онкология» является триггером для негативных ассоциаций, связанных с химиотерапией, алопецией, эметогенными реакциями и другими соматическими проявлениями. В этой связи, онкологический диагноз оказывает существенное дестабилизирующее воздействие на психоэмоциональную сферу пациента и функционирование его социальной системы. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что до 40% онкологических больных испытывают клинически значимый психосоциальный дистресс в процессе лечения, при этом приблизительно треть пациентов нуждаются в специализированной психологической или психиатрической помощи для преодоления адаптационных трудностей [33].

Психологическое воздействие онкологических заболеваний характеризуется выраженной интенсивностью и может проявляться в формировании негативной когнитивной оценки, вплоть до развития избегающего поведения, обусловленного стигматизацией и восприятием рака как угрозы для жизни. Диагностические и терапевтические процедуры, сопряженные с онкологическим заболеванием, выступают в качестве травматических стрессоров, способствующих развитию посттравматического

стрессового расстройства (ПТСР), ассоциированного с заболеванием. К числу факторов, провоцирующих ПТСР, относят инвазивные диагностические процедуры, периоды ожидания результатов исследований, коммуникацию неблагоприятного прогноза и интенсивное лечение [31].

В период ремиссии пациенты подвержены повышенной тревожности, связанной со страхом рецидива заболевания. Ghazali (2013) эмпирически продемонстрировал, что медицинские осмотры, визиты к онкологу, соматические симптомы (например, болевой синдром) и информация о летальных исходах вследствие информации об онкологических заболеваниях в публичном пространстве выступают триггерами актуализации страха у лиц, переживших рак [34].

В отличие от дискретных травматических событий, являющихся классическими предикторами ПТСР, онкологическое заболевание, как правило, функционирует как хронический и персистирующий стрессор. Травматическое воздействие онкологического заболевания является менее очевидным, чем при остром, жизнеугрожающем событии, однако оно обусловлено способностью фундаментально трансформировать жизнь индивидуума и его субъективную картину мира.

Постановка диагноза онкологического заболевания способна инициировать утрату чувства контроля и изменить перспективу будущего у индивидуума. В частности, пациенты испытывают дистресс, обусловленный осознанием потенциальных ограничений в реализации жизненных целей и возможностей вследствие прогрессирования болезни [42]. Отдельные формы рака приводят к анатомическим изменениям, негативно сказывающимся на самооценке и восприятию собственного тела. Кроме того, рак и его терапия вызывают когнитивные нарушения, проявляющиеся в снижении общей работоспособности, концентрации внимания и ухудшении памяти. Процесс адаптации к роли пациента, предполагающей повышенную зависимость от окружающих, сопровождается усилением психологического дискомфорта и стресса.

Совокупность вышеописанных эффектов онкологического заболевания и его лечения оказывает существенное влияние на психологическое благополучие пациента, повышая его уязвимость к развитию посттравматического стрессового расстройства в контексте травматических событий, возникающих на этапах диагностики и лечения.

Данные о распространенности ПТСР демонстрируют значительную вариативность: от 3% до 4% среди пациентов с впервые диагностированным заболеванием на ранней стадии до 35% в выборках пациентов, обследованных после завершения лечения. При оценке частоты симптомов ПТСР, не достигающих диагностических критериев полного расстройства, зафиксированы показатели от 20% у онкологических больных на ранних стадиях до 80% у пациентов с рецидивирующим течением заболевания.

Первые исследования в области ПТС у онкологических пациентов были направлены на изучение распространенности и характеристик расстройства у пациентов, находящихся на различных этапах лечения, взрослых и детей в ремиссии, а также членов их семей. Установлено, что лица, находящиеся в состоянии ремиссии, демонстрируют особенно высокую распространенность избегающего поведения, даже спустя значительный период времени (более 5 лет) после завершения терапии [36] [37].

Исследование, применявшее диагностические критерии DSM-IV к выборке из 27 онкологических пациентов (преимущественно с раком молочной железы), которым диагноз был поставлен не менее 3 месяцев назад, выявило распространенность текущего ПТСР на уровне 4% и распространенность в течение жизни на уровне 22%. У лиц, соответствовавших критериям распространенности ПТСР в течение жизни, наблюдались более высокие уровни общего психологического дистресса, что указывает на повышенный риск развития устойчивых эмоциональных нарушений [29].

Исследование 115 пациентов с различными стадиями рака молочной железы, проходивших лечение в специализированном онкологическом

центре, показало, что 4% соответствовали полным диагностическим критериям ПТСР, а 41% - субсиндромальным критериям ПТСР (ощущение выраженного страха, беспомощности или ужаса после постановки диагноза). При этом, выявленный комплекс субсиндромальных критериев оказался слабым предиктором ПТСР (12%), однако демонстрировал сопоставимую прогностическую значимость в отношении большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и большого депрессивного расстройства в анамнезе [38].

Результаты других исследований свидетельствуют о распространенности ПТСР в диапазоне от 3% до 10% среди взрослых онкологических пациентов [39]. Значительная часть исследований была сфокусирована на женщинах с раком молочной железы на ранней стадии, обследованных в период от нескольких месяцев до нескольких лет после окончания лечения.

В нескольких исследованиях пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга, были зарегистрированы немного более высокие показатели распространенности ПТСР, варьирующиеся от 5% до 35% [42].

Подводя итог рассмотрению онкологического заболевания как психотравмирующего фактора, можно с уверенностью утверждать, что постановка диагноза «рак» и последующее лечение представляют собой серьезнейший вызов для психического здоровья человека. Это не просто медицинская проблема, а комплексное переживание, затрагивающее все аспекты жизни пациента, включающие эмоциональное состояние, социальные связи, профессиональную деятельность и самовосприятие [31].

Анализ научной литературы показал, что онкологическое заболевание вызывает широкий спектр негативных психологических реакций. Хронический характер заболевания, необходимость прохождения агрессивного лечения, потенциальные физические ограничения и угроза рецидива усугубляют психологическое бремя, приводя к развитию ПТСР.

Важно отметить, что онкологическое заболевание воздействует не

только на самого пациента, но и на его ближайшее окружение. Родные сталкиваются с собственными эмоциональными переживаниями, связанными с болезнью близкого человека, и вынуждены адаптироваться к новым реалиям жизни, что может приводить к нарушениям в семейной системе и межличностных отношениях.

Таким образом, понимание онкологического заболевания как психотравмы является критически важным для разработки эффективных программ психологической помощи и поддержки пациентов и их близких. Недооценка психологического воздействия рака может привести к снижению качества жизни, ухудшению приверженности лечению и неблагоприятному прогнозу.

1.2 Жизненная перспектива личности в психологических исследованиях

Ориентация во времени, планирование будущего, формирование целей и ожиданий – все это играет важную роль в психологическом благополучии, адаптации и успешной реализации человека в различных сферах жизни. Понимание того, как формируется и развивается жизненная перспектива, какие факторы влияют на ее структуру и содержание, является ключевой задачей для современной психологии.

Жизненная перспектива – это когнитивная структура, представляющая собой субъективное восприятие человеком времени, включая прошлое, настоящее и будущее. Это не просто хронологическое понимание времени, а индивидуальная конструкция, определяющая, как человек воспринимает и оценивает свой опыт, цели и возможности.

Жизненные перспективы оказывают значительное влияние на процесс самодетерминации личности. Ясное и позитивное представление о будущем является мощным источником мотивации. Если человек видит перед собой интересные перспективы (например, успешная карьера, счастливая семья,

возможность внести вклад в общество), он будет более активно стремиться к достижению этих целей. Жизненные перспективы формируют рамки целеполагания и определяют, какие цели человек считает важными и достойными усилий. Жизненные перспективы влияют на выбор образовательной траектории, профессии, места жительства, круга общения. Если человек мечтает стать врачом, он будет поступать в медицинский университет и прилагать усилия для освоения профессии. Соответственно, представления о будущем помогают сузить круг возможностей и сконцентрироваться на конкретных направлениях развития [26].

Размышления о будущем часто заставляют человека задуматься о том, что для него действительно важно. Какие ценности он хочет реализовать в своей жизни? Какие принципы он готов отстаивать? Жизненные перспективы помогают осознать и сформулировать свои ценности, которые затем становятся ориентирами для самодетерминированного поведения.

В концептуальных подходах Л.С. Выготского в исследовании процесса развития ребенка рассматривается понятие самодетерминации как личностного образования динамического характера, тесно связанного с зоной ближайшего развития и культурно-историческим контекстом. Самодетерминация, с точки зрения Л.С. Выготского, не является изначально присущей ребенку характеристикой, а формируется в процессе взаимодействия с окружающим миром, посредством интериоризации (превращения внешних, социальных действий во внутренние, психические).

Л.С. Выготский утверждал, что обучение эффективно тогда, когда оно опережает развитие, то есть направлено на зону ближайшего развития. В контексте самодетерминации это означает, что ребенок, находясь в зоне ближайшего развития, с помощью взрослого или более компетентного сверстника, осваивает новые формы деятельности, решения задач и регуляции поведения. Эти приобретенные навыки и знания, постепенно интериоризируясь, становятся основой для формирования самостоятельности и самодетерминации. Ребенок, успешно осваивающий новые навыки в зоне

ближайшего развития, получает опыт успеха, который укрепляет его веру в собственные силы и способность влиять на свою жизнь [3].

Л.С. Выготский подчеркивал, что психическое развитие ребенка определяется культурой и историческими условиями его жизни. Самодетерминация также неразрывно связана с культурными нормами и ценностями, принятыми в обществе. Ребенок усваивает эти нормы и ценности в процессе общения и взаимодействия с другими людьми. Например, в культурах, где поощряется самостоятельность и инициатива, самодетерминация развивается более активно, чем в культурах, где преобладает конформизм и подчинение авторитетам. Социальные инструменты и знаковые системы, освоенные ребенком, становятся средствами саморегуляции и самодетерминации. Язык, в частности, играет ключевую роль в формировании внутреннего плана действий и способности к произвольному управлению своим поведением [7].

Подчеркивая динамический характер самодетерминации, Л.С. Выготский акцентирует внимание на том, что это образование не является статичным, а постоянно изменяется и развивается на протяжении жизни. По мере приобретения нового опыта, освоения новых навыков и знаний, самодетерминация становится более зрелой и осознанной. Кризисные периоды развития, с точки зрения Л.С. Выготского, являются важными этапами в формировании самодетерминации, поскольку они требуют переосмысления своих ценностей и целей, поиска новых способов адаптации к изменяющимся условиям [7].

Тенденция сочетания типологического подхода с комплексным открыла возможность рассматривать онтогенетическое развитие не как возрастную периодизацию, а как личностное развитие, для которого характерно выработка ценностного отношения ко времени, будущему, перспективам. Благодаря способности сознания соединять прошлое, настоящее, будущее происходит формирование и интеграция жизненных перспектив в жизненное пространство личности.

Таким образом, жизненная перспектива – это сложная и многогранная структура, включающая в себя не только цели и планы, но и ряд других важных аспектов, которые формируют целостное представление о будущем и оказывают влияние на поведение человека в настоящем. Игнорирование этих аспектов может привести к неполному пониманию мотивации и поведения личности. Жизненные перспективы человека определяют направление, в котором он будет стремиться к самореализации, используя свои социальные связи и взаимодействия с другими людьми [41].

Мощным мотивационным фактором жизнедеятельности личности является цель. Она стимулирует, активизирует, организует действия человека. Д.А. Леонтьев рассматривает деятельность и достижение цели неразрывно связанными со смыслом жизни и самореализацией. Для него важно не просто достигать поставленных задач, а выбирать деятельность, которая соответствует ценностям человека, наполняет его жизнь смыслом и способствует его личностному росту. Он подчеркивает, что человек формируется и развивается в процессе деятельности. Деятельность – это не просто способ удовлетворения потребностей, а средство формирования личности и ее отношения к миру [11]. Деятельность, направленная на достижение значимых целей и согласованная со смыслом жизни, способствует личностному росту, повышает самооценку и укрепляет чувство идентичности. Препятствия и неудачи в деятельности могут стать стимулом для развития, если человек видит в них возможность для обучения и роста.

Таким образом, исследования жизненной перспективы личности представляют собой важную область современной психологии и позволяют глубже понять, как человек воспринимает свое будущее, планирует свою жизнь и стремится к самореализации. Жизненная перспектива личности включает в себя представление о будущем, осознание времени, планирование, целеполагание, надежды, опасения и другие когнитивные и эмоциональные компоненты. На ее формирование влияют множество факторов, таких как возраст, социальный контекст, личностные

характеристики, опыт, культура и исторический период. Процесс формирования претерпевает изменения на протяжении всей жизни человека. Исследования показывают, что позитивная жизненная перспектива связана с более высоким уровнем мотивации, успеваемости, самооценки, оптимизма, адаптивности и общего психологического благополучия. Негативная перспектива может приводить к тревоге, депрессии, апатии и другим проблемам.

Изучение жизненной перспективы личности является важным направлением в психологических исследованиях, позволяющим понять механизмы формирования целеполагания, планирования будущего и стремления к самореализации.

1.3 Обзор исследований взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности

Психотравма, определяемая как воздействие события, угрожающего жизни или благополучию, оставляет глубокий след в психике, нарушая привычный ход жизни и искажая восприятие мира. Нарушение жизненной перспективы личности после психотравмы может приводить к потере смысла жизни, снижению мотивации, тревоге, депрессии и трудностям в построении будущего.

Ряд исследований психотравмы посвящены ее связи с психосоматикой. Психосоматика – это область медицинской психологии, изучающая влияние психологических факторов на развитие соматических заболеваний (например, астма, гипертония, язвенная болезнь). С.Л. Соловьёва выделяет два подхода: узкий (специфические заболевания) и широкий (целостный подход к любой патологии, основанный на биопсихосоциальной модели, учитывающей предрасположенность, личность и обстоятельства).

Исторически, восприятие связи психики и тела различалось в разных культурах. Восток характеризовался холистическим подходом, а Запад –

разделением (хотя В. Бройтигам оспаривает полное разделение). Й. Хейнрот ввел термин «психосоматика» в 1818 году, подчеркивая роль психики в болезнях, в то время как М. Якоби использовал термин «соматопсихика» в 1828 году. [36]

В конце XIX – начале XX веков на Западе сформировались идеалистическое (психоанализ, теории личности) и материалистическое (психофизиология, гомеостаз) направления в психосоматике. Ключевыми фигурами стали Фрейд, Данбар, Александер, Сифенос, Шур, Бернар, Кеннон и Селье. В России, на основе нервизма (Сеченов, Боткин, Введенский, Павлов), развивался целостный подход [37].

Кризис психосоматики в середине XX века сменился в 1980-2000-х годах развитием интегративных теорий, таких как теория патогенетической гетерогенности Ю.М. Губачева (четыре типа этиологии и патогенеза психосоматических заболеваний, включая ситуационный, первично-психогенный вариант).

Д.С. Трубицын рассмотрел влияние психологических травм на развитие пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний (часто рассматриваемых как подтип пограничных расстройств). Невротические расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникают после единичной травмы, в отличие от психосоматических заболеваний. ПТСР связано с экстремальными ситуациями, угрожающими жизни, тогда как неврозы вызваны травмой, резонирующей с внутренними конфликтами. Расстройства личности, формирующиеся из-за нарушения развития, связаны с генетической предрасположенностью и хроническими детскими травмами. Психосоматические заболевания часто обусловлены личностными особенностями; например, у 70% пациентов с гипертонией и ИБС наблюдаются психопатические или акцентуированные черты характера [25].

Травматический опыт обладает потенциалом инициировать процессы переоценки ценностно-смысловой сферы личности, обуславливая

трансформацию иерархии жизненных ценностей и приоритетов. Данный феномен, наблюдаемый в рамках посттравматического роста, выражается в существенных модификациях траектории жизненного пути и целей, детерминированных стремлением к адаптации и восстановлению психологического благополучия.

В частности, переживание травматического события может актуализировать экзистенциальные вопросы, касающиеся смысла жизни, личной значимости и отношений с окружающим миром. Происходит переосмысление ранее декларируемых ценностей, что приводит к переориентации с материальных целей на ценности, связанные с духовным развитием, межличностными отношениями и служением обществу.

Результирующее изменение жизненного пути может проявляться в смене профессиональной деятельности, переезде в другое место жительства, углублении межличностных связей или активном участии в волонтерской деятельности. В конечном итоге, травматический опыт, парадоксальным образом, может стать катализатором для личностного роста и достижения более глубокого и осмысленного существования.

Эффективность трансформации психотравматического опыта детерминируется как индивидуальными характеристиками, так и ресурсами, предоставляемыми социальной средой. В частности, психологическая устойчивость личности и наличие поддерживающей социальной сети выступают в качестве значимых предикторов успешной адаптации и посттравматического роста [14].

Психологическая устойчивость, определяемая как динамический процесс позитивной адаптации в условиях значительного стресса или травмы, обеспечивает индивиду способность к эффективному совладанию с кризисными ситуациями, восстановлению психологического равновесия и сохранению функциональности. Данный конструкт включает в себя совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий, позволяющих личности использовать внутренние и внешние ресурсы для

преодоления трудностей [17].

Наряду с этим, поддерживающая социальная сеть, характеризующаяся наличием надежных и эмоционально близких отношений, оказывает существенное влияние на процесс трансформации психотравмы. Получение социальной поддержки, выражающейся в эмпатическом понимании, эмоциональном сочувствии, информационной помощи и практической поддержке, способствует снижению уровня стресса, укреплению чувства безопасности и повышению самооценки.

А.А. Бузина исследовала, как оскорбления влияют на личность людей среднего возраста. Оказалось, что пережившие оскорбление чаще принимают роль жертвы, справляются с проблемами эмоционально, хуже предвидят будущее и имеют проблемы с самоидентификацией (ответственностью, самодостаточностью, принятием возраста). Исследование показало негативное влияние оскорблений на самовосприятие и способность прогнозировать будущее [3, 36].

На основании исследований защитных и копинг-стратегий у взрослых, переживших психотравмирующие события, М.Б. Калашникова и Е.А. Петрова постулируют следующие закономерности посттравматического функционирования:

- психотравмирующее событие (утрата близкого человека, расторжение брака родителями, физическое, эмоциональное или когнитивное насилие) инициирует формирование стойкого очага возбуждения в лимбической системе, оказывающего определяющее влияние на аффективную сферу;
- навязчивые переживания травматического опыта, характеризующиеся высокой степенью сенсорной насыщенности и эмоциональной вовлеченности, становятся неотъемлемой частью когнитивной структуры личности, определяя перспективу будущего;
- наблюдается тенденция к инкорпорации травматического опыта в

структуру самосознания, приводящая к затруднениям в дифференциации между личными границами и травматическим воздействием. Событие приобретает гипертрофированную личностную значимость;

- отмечается стагнация эмоционального, когнитивного и социального развития, часто ассоциирующаяся с фиксацией на возрасте первичной травматизации. В ситуациях, воспроизводящих элементы травматического прошлого, индивид склонен к регрессии к инфантильным стратегиям совладания, демонстрируя поведенческие паттерны, характерные для детского возраста;
- происходит актуализация паттернов защитного поведения, сформировавшихся в ответ на травматический опыт, которые, несмотря на свою адаптивную функцию в прошлом, могут оказывать деструктивное влияние на текущее функционирование;
- выбор поведенческих стратегий, как правило, не осознается и определяется бессознательными механизмами защиты, избегания или совладания. Несмотря на обязательное наличие психологического отклика на травму, манифестация реакций может быть отсроченной во времени, проявляясь как в непосредственной близости к событию, так и спустя значительный промежуток времени [10].

Детская психотравма широко распространена, но её воздействие на поведение взрослых недостаточно изучено. Мировые исследования подтверждают значительное воздействие детских травм на взрослое поведение. Практически каждый человек переживает травматический опыт, который, независимо от степени осознания, формирует поведенческие паттерны и жизненные сценарии, часто неосознанно повторяющиеся во взрослой жизни. Реакции взрослого человека обусловлены его прошлым опытом [5].

Хотя воздействие травмы варьируется индивидуально и зависит от типа события, частоты и длительности воздействия, а также от врожденной психической уязвимости, все случаи демонстрируют нарушения психики. Детские травмы особенно опасны из-за уязвимости ребёнка перед влиянием взрослых. Они могут приводить к неврозам, психосоматическим расстройствам или более серьёзным психическим нарушениям, требующим психиатрической помощи.

Особое внимание заслуживают отношения в диаде «взрослый-ребёнок», особенно роль матери. Эмоциональная холодность, отвержение, чрезмерная опека или, наоборот, отсутствие границ и гиперопека – всё это психотравмирующие факторы. Дети, не обладающие критическим мышлением, воспринимают всё буквально, что может привести к искаженному восприятию даже неосознанных родительских посланий.

Неправильное воспитание, включая нездоровые родительские отношения, противоречащие потребностям ребёнка, и чрезмерные родительские ожидания (часто компенсаторные за собственные неудачи), является частой причиной детских психотравм. Дети, будучи полностью зависимыми, особенно уязвимы к негативному детскому опыту, который формирует их жизненные сценарии, часто мешающие успеху и счастью во взрослой жизни.

Пренебрежительное отношение родителей может привести у взрослых к низкой самооценке, недоверию к себе и окружающим, трудностям в построении доверительных отношений и принятии решений. Родительский газлайтинг формирует паттерн терпения неуважения, неспособность защищать границы и противостоять агрессии.

Последствия детских травм проявляются во взрослом возрасте как депрессия, раздражительность, агрессия, чувство вины, проблемы в общении и личной жизни, а также повышенный риск обсессивно-компульсивного расстройства. Однако, психотерапия может помочь переработать травму и преодолеть её негативные последствия [5].

Важно отметить, что травмирующие сценарии воспитания часто передаются по наследству, повторяясь в последующих поколениях. Проработка собственных детских травм не только улучшает жизнь человека, но и может положительно повлиять на будущее поколение.

О.А. Рудакова и А.Н. Даниленко исследуют воздействие детских психологических травм на формирование личности, используя биографию Илона Маска в качестве примера. Под «детской психотравмой» понимается событие, существенно повлиявшее на ребенка и оставившее глубокий след в его психике.

Статья анализирует три ключевых события в детстве И. Маска: буллинг в школе, сложные отношения с отцом (включая физическое насилие), и синдром Аспергера. В совокупности с разводом родителей в 8 лет, переездом к отцу в 10 лет (позже названным Маском ошибкой) и тяжелыми годами в Америке, детство Маска представляется авторами как крайне травматичное.

Для анализа используется юнгианский подход. Юнг расширил понимание психологической травмы, утверждая, что любое сильное событие может повлиять на целостность личности, приводя к фрагментации сознания и формированию психологических комплексов, влияющих на всю жизнь. Авторы статьи предполагают, что у Маска наблюдается раздвоение Эго: одна часть «застряла» в инфантильном состоянии, в то время как другая стремится к постоянному развитию, что проявляется в стремлении к выживанию, ограниченных творческих способностях и социальной изоляции, потенциально ведущих к депрессии.

И. Маск – выдающийся предприниматель, достигший невероятных успехов в молодом возрасте: создал компьютерную игру в 12 лет, основал и продал Zip2, стал миллионером к 27 годам, запустил SpaceX и Tesla. К 35 годам он уже был главным инженером при запуске Falcon 1. Однако, его личная жизнь резко контрастирует с профессиональными достижениями. Несмотря на два брака и один гражданский союз, восемь детей, Маск не смог выстроить крепких семейных отношений. Его бывшие жены указывают на

полное погружение в работу, игнорирование семьи, эмоциональную холодность и безучастие как причины разводов. Этот контраст иллюстрирует раздвоение личности: с одной стороны, амбициозный и целеустремленный предприниматель, с другой – эмоционально незрелая личность, не воспринимающая партнера как равного и игнорирующая его потребности [23].

Исследование воздействия детской психотравмы на взрослых (n=100, 18-50 лет) проводилось с помощью онлайн-опроса, распространённого через социальные сети по всей России. Участники заполняли опросники СТQ (оценка различных видов детской травмы) и PCL-5 (оценка симптомов посттравматического стрессового расстройства, ПТСР). Перед участием было получено информированное согласие.

Результаты показали средний балл по СТQ 58,5 (стандартное отклонение 20,5), свидетельствующий о средней степени тяжести пережитых травм, с существенным разбросом показателей между участниками. Средний балл по PCL-5 составил 23,5 (стандартное отклонение 19,3), указывающий на умеренный уровень симптомов ПТСР. Это предполагает, что детский травматический опыт оказал значительное воздействие на психическое состояние взрослых респондентов.

Исследование показало умеренную, но статистически значимую ($p=0,001$) корреляцию ($r=0,720$) между детской травмой (оцениваемой по СТQ) и симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР, оцениваемого по PCL-5) у взрослых. Хотя средние баллы указывают на умеренную степень выраженности как травмы, так и симптомов ПТСР, значительные стандартные отклонения свидетельствуют о большом разнообразии индивидуальных переживаний и реакций.

Результаты подтверждают гипотезу о воздействии детской травмы на развитие ПТСР во взрослом возрасте, но корреляция не равнозначна причинно-следственной связи. На развитие ПТСР влияют и другие факторы (генетика, социальная поддержка и так далее). Необходимы дальнейшие

исследования для полного понимания сложной взаимосвязи между детской травмой и долгосрочными последствиями для психического здоровья. Полученные данные подчеркивают важность своевременной терапии детских травм и поддержки взрослых, переживших подобный опыт [12].

М.Б. Калашниковой и Е.А. Петровой в ходе полустандартизированного интервью (охватывающего детско-родительские отношения, взрослые семейные отношения, поведенческие модели реагирования на проблемы) был проанализирован случай 35-летнего мужчины, обратившегося за помощью в связи с неудовлетворённостью социальной самореализацией. Несмотря на высокий интеллектуальный и социальный потенциал, клиент демонстрировал пассивность и избегание изменений, выбирая низкооплачиваемую работу с минимальным риском.

Выяснилось, что детство клиента прошло в атмосфере хронического стресса, вызванного доминирующим и противоречивым отцом и пассивной матерью. Противоречивые ожидания отца (послушание и лидерство одновременно) привели к выработке у клиента защитной стратегии избегания конфликтов и подавления собственных желаний. Это привело к низкой самооценке, страхам и подавлению амбиций. Мотивация избегания неудач превалировала над мотивацией достижения успеха. Для компенсации подавленных потребностей клиент использовал зависимое поведение (сексуальная, религиозная, компьютерная зависимости) и сублимировал свои амбиции в активность в социальных сетях, где демонстрировал агрессивную и доминирующую позицию, противоположную его поведению в реальной жизни. В итоге, привычная модель избегания оказалась предпочтительнее самореализации.

В противовес избегающему поведению, существует совладающее поведение – адаптационный механизм, включающий осознанные действия для преодоления негативных жизненных ситуаций. Его эффективность повышается с гибкостью и адекватностью реакции на раздражитель [10].

Пример 40-летнего мужчины иллюстрирует этот тип реагирования.

Выросший в семье с властными женщинами и чередой отчимов, он пережил сложное детство, отмеченное подавлением его личности и негативными сравнениями с умершим отцом-алкоголиком. В подростковом возрасте он использовал как деструктивные (алкоголь, драки), так и конструктивные (музыка, литература) стратегии преодоления трудностей. Высокая мотивация к самоутверждению и хорошо развитые лидерские качества позволили ему преодолеть низкую самооценку, успешно завершить обучение, добиться финансовой независимости, создать семью и бизнес. Неоднократное преодоление сложных ситуаций свидетельствует о высокой жизнестойкости. В настоящее время он занимает позицию лидера в семье, занимается творчеством (написал и издал книгу) и волонтерством, отказавшись от алкоголя благодаря психотерапии. Этот пример демонстрирует, как эффективное совладающее поведение способствует личностному росту и успешной адаптации [10].

Существующие подходы к психотерапии посттравматических расстройств часто недооценивают способность человека к самопомощи и акцент делается на роли пострадавшего как пассивной жертвы. Л.В. Мищенко предполагает, что необходимо сместить фокус с слабости на силу пострадавшего, изучая его способности к преодолению кризиса и личностному росту после травмы. Заикливание на негативных воспоминаниях, сожалениях и самообвинениях ведёт к посттравматическому стрессовому расстройству, как показано в рассказе одной участницы исследования, которая после смерти мужа испытывает чувство вины и неспособность к нормальной жизни.

Напротив, фокусировка на текущих задачах, поиск способов организации жизни и обретение нового смысла способствуют посттравматическому росту. Другая участница, потерявшая сына, нашла новый смысл в создании общества поддержки для других матерей, потерявших детей на войне. Посттравматический рост определяется как личностное развитие, превосходящее дотравматический уровень, даже если

оно ограничено отдельными сферами жизни. Вера, чувство ответственности за близких и совместное преодоление горя могут быть движущими силами этого роста [15].

Учёные из отдела проблем реабилитации НИИ имени В.П. Сербского провели исследование роли личностной саморегуляции в психотерапии посттравматических расстройств (ПТР) у пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР). Они разработали и применили специальную программу психотерапии для лечения последствий различных психических травм у этой группы пациентов.

Исследование базировалось на концепции личностной саморегуляции как системного образования, включающего смысловой, эмоциональный и телесный уровни. В фокусе внимания были смысловой и телесный уровни, изученность которых ограничена, но которые особенно важны для преодоления травмы. Гипотезой исследования было предположение о нарушении саморегуляции при ПТР у пациентов с ППР и о необходимости её восстановления для эффективной травмотерапии. Ожидалось, что психотерапия восстановит саморегуляцию, что станет ключом к преодолению травмы, причём восстановление телесного уровня будет стимулировать смысловой и эмоциональный.

Цель исследования заключалась в изучении динамики нарушений и восстановления личностной саморегуляции у пациентов с ППР и ПТР в процессе разработанной программы травмотерапии. Исследование использовало комплекс психологических опросников и экспериментально-психологических методик (клиническая беседа, анализ истории болезни, пиктограмма, модифицированный тест Дембо-Рубинштейна, тест СЖО, УСК, тест Амирхана, БДИ-90), применявшихся до и после психотерапии. Данные дополнялись наблюдениями за вербальным, эмоциональным и поведенческим проявлением пациентов.

Разработанная программа психотерапии основывалась на многолетнем опыте работы в Клинической психиатрической больнице № 12 и

Специализированной клинической больнице № 8 имени З.П. Соловьева.

В Клинике неврозов имени З.П. Соловьева проводилась месячная групповая психотерапия (10 сессий, дважды в неделю) для восьми пациентов с депрессией, переживших тяжёлые психологические травмы (смерть близкого человека, развод, угроза смертельной болезни). По необходимости проводились индивидуальные сессии.

Исследование показало значительные нарушения личностной саморегуляции у пациентов до начала терапии, выявленные с помощью методики самооценки. Наблюдалось снижение самооценки по параметрам «Здоровье», «Эмоциональная устойчивость», «Счастье» и «Уверенность в себе», а также расхождение между реальной и желаемой самооценкой. Это свидетельствовало о негативном самоотношении и ослаблении саморегуляции, что проявлялось в неустойчивости, неуверенности и отсутствии чувства благополучия.

После терапии наблюдалась положительная динамика: рост самооценки и значительное совпадение реальной и желаемой самооценки (87,5% по «Здоровье», 62,5% по «Эмоциональной устойчивости» и «Уверенности в себе», 50% по «Счастью»). Это указывает на укрепление смысловых, эмоциональных и телесных аспектов саморегуляции, проявляющееся в улучшении самочувствия, эмоциональной устойчивости и уверенности в себе. Улучшение эмоциональной устойчивости, подтверждённое как результатами тестов, так и наблюдениями за пациентами в группе, проявлялось в спокойствии, внутреннем равновесии и уверенности, сопровождалось ощущением большей телесной опоры и способностью контролировать себя в стрессовых ситуациях. Таким образом, психотерапия способствовала восстановлению личностной саморегуляции, особенно в аспектах эмоциональной устойчивости и уверенности, результаты исследования продемонстрировали динамику восстановления личностной саморегуляции в процессе психотерапии [13].

Онкологический диагноз обостряет проблему потенциального или

реального ограничения в достижении ранее намеченных целей, что влечет за собой деструкции в реализации жизненных перспектив индивида, сопряженные с ревизией системы ценностей. В данном контексте, верификация возможностей предикции поведенческих стратегий онкологических больных и выбор оптимальных технологий психотерапевтической помощи на основании анализа их лечебной мотивации и аксиологической структуры приобретает приоритетное значение в практике сопровождения онкопациентов.

Исследование А.Ю. Бергфельд с коллегами было направлено на изучение корреляционных связей между мотивацией к терапии и системой жизненных ценностей у пациентов с онкологическими заболеваниями. Центральной гипотезой являлось предположение о модулирующем влиянии индивидуальных жизненных ценностей на мотивацию к лечению у данной категории пациентов. В работе представлены результаты анализа мотивационных и аксиологических параметров у женщин с диагнозом рак молочной железы, включающие сравнительный анализ с контрольной группой здоровых лиц. Было установлено, что возраст является значимым фактором, влияющим на общую комплаентность онкологических больных. Кроме того, выявлено, что ценности, связанные с достижениями, саморазвитием, материальным благосостоянием и вовлеченностью в общественную жизнь, позитивно коррелируют с приверженностью к лечению. В целом, продемонстрирован высокий уровень комплаентности онкологических пациентов, характеризующийся активным участием в процессе преодоления заболевания и существенно более выраженной мотивацией к лечению по сравнению со здоровыми индивидами [1].

А.Ю. Березанцев подчеркивает, что решающее значение для последующей адаптации человека, столкнувшегося с болезнью и неопределенным прогнозом, имеет период от нескольких месяцев до года после постановки диагноза и завершения радикальных операций. Этот отрезок времени, следующий за активным лечением, например,

химиотерапией, предоставляет пациенту возможность объективно взглянуть на произошедшие изменения в его физическом состоянии, общем благополучии и социальном положении. Успешное интегрирование этого опыта в личную систему ценностей и жизненных смыслов, приводящее к рациональному пониманию, становится стартом для дальнейшего саморазвития. В противном случае, капитуляция перед недугом и восприятие его как личной катастрофы, навсегда изменившей жизнь, может спровоцировать хроническую депрессию и когнитивно-фобические расстройства. От этого выбора, по мнению автора, зависит не только качество жизни, но и, в значительной степени, продолжительность жизни человека [2].

Таким образом, психотравма представляет собой эмоциональную реакцию, возникающую в ответ на серьезные стрессовые события. Основная суть психотравмы заключается в том, что она нарушает обычные механизмы психической адаптации, вызывая интенсивные эмоции, искажения восприятия и изменения в поведении. Человек может испытывать сильную тревогу, страх, панику, раздражение, агрессивные чувства, вину и различные физические симптомы. Психотравма также может привести к изменениям в мировосприятии индивида, формируя негативные убеждения и модели поведения.

Жизненная перспектива – это целостное представление о себе, окружающем мире и своем месте в нем, которое формируется в процессе жизненного опыта и определяет его цели, ценности, мотивацию, поведение и общее отношение к жизни. Она включает несколько ключевых элементов: самопознание (осознание своих сильных и слабых сторон, ценностей, убеждений, потребностей и целей), мировоззрение (представления о мире и его устройстве, законах, ценностях и смысле жизни), внутреннюю картину мира (индивидуальное восприятие мира, основанное на личном опыте и интерпретации реальности), а также чувства собственного «Я», связанные с ощущением своей идентичности, роли и места в жизни.

Итак, проведенный обзор исследований убедительно демонстрирует существенную и многогранную связь между психотравмой и жизненной перспективой личности. Пережитая травма оказывает глубокое влияние на восприятие времени, формирование целей и надежд, а также на общее ощущение контроля над собственной жизнью. Исследования показали, что психотравма может приводить к сужению временной перспективы, фиксации на прошлом или настоящем, и затрудняет планирование будущего. Нарушения в когнитивной обработке информации, связанные с травматическим опытом, сказываются на способности выстраивать долгосрочные цели и оценивать собственные возможности. Более того, травматический опыт часто подрывает веру в справедливость мира и собственную безопасность, что приводит к снижению чувства надежды и оптимизма в отношении будущего. Это может проявляться в пессимистических прогнозах, ощущении безнадежности и утрате мотивации к достижению значимых целей.

Вместе с тем, необходимо отметить, что влияние психотравмы на жизненную перспективу не является однозначным и универсальным. Многие исследования подчеркивают роль защитных факторов, таких как социальная поддержка, личностная устойчивость и стратегии совладания, которые могут смягчить негативные последствия травмы и способствовать восстановлению позитивной жизненной перспективы.

Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи психотравмы и жизненной перспективы личности

2.1 Организация исследования

Эмпирическое исследование проводилось на базе благотворительного фонда для онкобольных и их родственников «Онкологика» (г. Казань). В исследовании приняли участие люди, которым был поставлен диагноз онкологического заболевания и которые обратились за помощью в благотворительный фонд.

Выборку исследования составили 50 человек в возрасте от 35 до 65 лет из них 35 женщин и 15 мужчин. Рассмотрим полученные результаты проведенного диагностического исследования. Характеристика выборки по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика выборки

Возраст	Мужской пол	Женский пол
35-65	15	35

Женщины составили 70% выборки, мужчины – 30%. Возраст испытуемых составил от 35 до 65 лет.

На рисунке 1 представлено распределение испытуемых по возрасту. Как видно из представленных данных, 12% (6 человек) испытуемых находятся в возрастном диапазоне от 35 до 40 лет. У 10 человек (20%) возраст находится в пределах от 41 до 50 лет. Возраст от 51 до 60 лет зафиксирован у большинства испытуемых (64%), двое испытуемых имеют возраст старше 60 лет.

Рисунок 1 – Распределение испытуемых по возрасту

Исследование проводилось в несколько этапов.

Подготовительный этап:

- Разработка программы исследования.
- Согласование с администрацией благотворительного фонда.
- Формирование выборки исследования.

Основной этап:

- Проведение индивидуального тестирования респондентов.

Заключительный этап:

- Математико-статистическая обработка полученных данных.
- Качественный и количественный анализ результатов.
- Интерпретация и обсуждение полученных результатов.

Статистическую обработку результатов проводили в программах Microsoft Excel 2016 и Statistical Package for the Social Sciences 26.0 (SPSS).

Таким образом, была организована и проведена программа эмпирического исследования, позволившая получить данные для анализа взаимосвязи психотравмы (онкологического заболевания) и жизненной перспективы личности.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики:

- Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale IES, ШОВТС).
- Тест жизнестойкости (автор С. Мадди, модификация Д.А. Леонтьева, К.А. Рассказовой).
- Шкала базовых убеждений (автор Г. Янофф-Бульман, адаптация О.О. Кравцовой).
- Шкала субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой).

Приведем краткое описание использованных методик.

Шкала оценки воздействия травматического события (IES-R) – это опросник для выявления и оценки симптомов ПТСР. Изначальная версия (IOES, 15 вопросов) измеряла избегание и вторжение. Позже, чтобы учитывать гиперактивность (важный симптом ПТСР), шкала была расширена до 22 вопросов (IOES-R). IOES-R измеряет:

- навязчивые воспоминания и переживания травмы;
- попытки избегать всего, что напоминает о травме;
- физические реакции на напоминания о травме (раздражительность).

Для интерпретации результатов используются следующие уровни: низкий (0-20%), пониженный (21-40%), средний (41-60%), повышенный (61-80%), высокий (81-100%).

Онкологическое заболевание, особенно диагностика и лечение, является потенциально травматическим событием. ШОВТС позволяет оценить степень выраженности посттравматических симптомов, таких как навязчивые воспоминания (интрузии), избегание мыслей и чувств, связанных с болезнью, и повышенное возбуждение.

Тест жизнестойкости (автор С. Мадди, модификация Д.А. Леонтьева, К.А. Рассказовой). По определению Д.А. Леонтьева, жизнестойкость «характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую

ситуацию, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности». Она представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром». Понятие жизнестойкости было введено в психологию в 1979 году Сальваторе Мадди.

Онкологическое заболевание является серьезным испытанием, требующим высокой жизнестойкости для адаптации и сохранения надежды на будущее. Тест позволяет измерить степень жизнестойкости у онкобольных, которая позволяет человеку выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя при этом чувство осмысленности и контроля над своей жизнью.

Шкала базовых убеждений (англ. World assumptions scale, скор. WAS) Р. Янов-Бульман, адаптация А. Кравцовой, использовалась для исследования выраженности убеждений в справедливости и доброжелательности окружающего мира и в контролируемости или случайности событий, и убеждений о ценности собственного я, как когнитивных компонентов аттитудов личности. Выбор этой методики обусловлен тем, что стресс может оказывать положительное действие на психику личности, способствовать мобилизации и активации ее внутренних ресурсов. Однако значительная продолжительность онкологических заболеваний истощает внутренние ресурсы личности и разрушает его адаптационные механизмы, что проявляется в снижении жизненных сил, потере веры в себя, деструктивном социальном поведении, постоянных упоминаниях пережитых негативных жизненных моментов, сопровождается потерей надежды на светлое будущее, апатией, депрессией и агрессией. Психологические расстройства чаще всего проявляются в двух направлениях, либо поведение лица характеризуется пассивностью, безынициативностью, апатией, депрессией, стремлением к уединенности, или наоборот имеет признаки высокой возбудимости, агрессивности, пониженной толерантности, повышенной аффективности. Все эти негативно окрашенные психологические состояния формируют негативное восприятие мира.

Шкала включает 32 предложения, которые оцениваются от 1 до 6 баллов от «абсолютно не согласен» до «полностью согласен». Шкала позволяет выявить, как онкологическое заболевание повлияло на фундаментальные представления пациента о мире и себе и обнаружить искаженные или нереалистичные убеждения, которые могут способствовать негативным эмоциональным реакциям и затруднять адаптацию к болезни.

Шкала субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой) – это инструмент для измерения субъективного восприятия человеком своего качества жизни. Она позволяет оценить, насколько сам человек доволен различными аспектами своей жизни, а не полагаться на объективные показатели (например, доход или здоровье).

Опросник для оценки качества жизни, разработанный в Институте медицины стресса (США) в 1993 году, представляет собой стандартизированный инструмент, предназначенный для комплексной оценки субъективного благополучия и общего удовлетворения жизнью респондента. Разработанный в контексте исследований в области медицины стресса, опросник учитывает влияние стрессовых факторов на различные аспекты качества жизни.

Шкала позволяет измерить степень удовлетворенности различными аспектами жизни у онкобольных и определить конкретные области жизни, в которых онкобольные испытывают наибольшие трудности и неудовлетворенность.

Использование этих методик в комплексе позволяет получить всестороннее представление о влиянии онкологического заболевания на жизненную перспективу личности. Они позволяют выявить наличие и степень выраженности психотравмы, изменения в базовых убеждениях о мире и себе, уровень жизнестойкости и ресурсы адаптации, степень удовлетворенности различными аспектами жизни.

Анализ взаимосвязей между этими переменными поможет понять, как

психотравма, нарушение базовых убеждений и снижение жизнестойкости влияют на восприятие будущего, цели и мотивацию онкобольных.

2.2 Анализ и обсуждение полученных результатов

Онкологический диагноз является мощным стрессовым фактором, который может вызвать выраженные психотравматические реакции, поэтому возникает необходимость в объективной оценке степени этого воздействия. Первым этапом исследования была проведена диагностика влияния постановки диагноза онкологического заболевания респондентам на их эмоциональные переживания и психологическое состояние. Для этого была использована методика «Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R)». Этот метод позволяет оценить уровень воздействия травматического опыта на психологическое здоровье человека и выявить симптомы посттравматического стрессового расстройства. Результаты диагностики представлены в виде таблицы 2.

Таблица 2 – Результаты исследования воздействия постановки диагноза онкологического заболевания по методике «Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R)»

Уровень переживаний	Количество респондентов, %
Низкий	44
Сниженный	24
Средний	6
Повышенный	20
Высокий	6

Графические результаты диагностики представлены на рисунке 2.

Рисунок 2 – Результаты исследования воздействия постановки диагноза онкологического заболевания по методике «Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R)», %

Таким образом, результаты исследования показали, что у большинства респондентов – 44% – имеется низкий уровень переживаний. Для них не характерны навязчивые воспоминания, дистрессирующие, травмирующие события; кошмарные сновидения, периодически повторяющиеся; неожиданные ощущения прямого возвращения травматических событий и повторного их переживания (иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды), возникающие в состоянии как бодрствования, так и опьянения; настойчивое избегание стимулов, связанных с постановкой диагноза; состояние, сопровождающееся эмоциональным обеднением, чувством безразличия к другим людям и тому подобное.

У 24% респондентов выявлен сниженный уровень воздействия травматических событий, это может означать, что эти респонденты достаточно эффективно справляются со стрессом и эмоциональными последствиями травматического события, которое они пережили. Это также может указывать на то, что у этих респондентов отсутствуют или менее выражены симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР),

такие как повторяющиеся воспоминания о событии, психологическое напряжение и изолированность.

У 6% респондентов выявлен средний уровень воздействия травматических событий, это может означать, что эти респонденты пережили травматическое событие и могут достаточно эффективно справляться со стрессом, однако их эмоциональное состояние может быть менее устойчивым, чем у респондентов с низким уровнем воздействия травматического события.

Средний уровень может указывать на то, что респонденты могут довольно эффективно функционировать в повседневной жизни, но могут иметь некоторые симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), такие как повторяющиеся воспоминания о событии, психологическое напряжение и изолированность, которые могут влиять на их качество жизни.

У 20% респондентов был обнаружен повышенный уровень воздействия травмирующих событий, что может означать, что у этих респондентов могут быть выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), такие как повторяющиеся воспоминания о событии, психологическое напряжение, страх и избегание подобных ситуаций. Эти респонденты могут довольно сильно страдать от эмоциональных последствий травмирующего события и нуждаться в психологической помощи. Такой результат может быть признаком того, что у этих респондентов сложная эмоциональная реакция на травмирующее событие, которое может повлиять на их способность функционировать в повседневной жизни.

У 6% респондентов выявлен высокий уровень воздействия травматических событий, это может означать, что эти респонденты имеют выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Эти симптомы могут включать повторяющиеся воспоминания о травмирующем событии, психологическом напряжении, страхе и избегание

подобных ситуаций. У таких респондентов могут быть серьезные проблемы с эмоциональным здоровьем, способностью к функционированию в повседневной жизни и взаимоотношениями с другими людьми. Высокий уровень воздействия травмирующих событий также может указывать на то, что у этих респондентов сложная эмоциональная реакция на травмирующее событие, которое может значительно повлиять на их жизнь.

В связи с отсутствием общепризнанных нормативов шкалы относительной степени опасности и патогенности каждого из признаков, используемых в шкале, индивидуальным значением любого травмирующего события, невозможностью до настоящего времени провести количественную оценку тяжести каждого из учитываемых стрессоров, эта методика применяется только в исследовательских целях (преимущественно в сравнительных исследованиях), а не при клинической диагностике и экспертизе. Исследование по диагностическим шкалам методики продемонстрировало результаты, показанные в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты исследования воздействия постановки диагноза онкологического заболевания по диагностическим шкалам методики «Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R)»

Шкала	Уровень	Количество респондентов, %
Вторжение	Низкий	44
	Средний	14
	Повышенный	12
	Высокий	30
Избегание	Низкий	40
	Средний	12
	Повышенный	18
	Высокий	30
Физиологическая возбудимость	Низкий	40
	Средний	24

	Повышенный	14
	Высокий	22

Графические результаты представлены на рисунке 3.

Рисунок 3 – Результаты исследования воздействия постановки диагноза онкологического заболевания по диагностическим шкалам методики «Шкала оценки воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R, IES-R)», %

Высокий уровень воздействия травмирующего события по показателям вторжения, избегания и физиологического возбуждения наблюдается в среднем у 10 человек (20%), то есть согласно полученным психодиагностическим результатам, около 20% исследуемых онкобольных имеют высокую вероятность развития ПТСР. Наши данные относительно вероятности развития ПТСР у онкологических больных согласуются с данными отечественных ученых Г.Ф. Тулитбаевой и соавторов, которые в своем исследовании определили, что в соответствии с полученными психодиагностическими результатами около 20-30% исследуемых онкобольных имеют высокую вероятность ПТСР.

Это значит, что в симптоматике переживания травмы этих лиц преобладают:

- симптомы повторного переживания, то есть присутствуют повторяющиеся, навязчивые негативные воспоминания о событии;

повторяющиеся негативные сны, связанные с событием; внезапные негативные эмоции и чувства, вызванные «возвращением» (внезапным «провалом») в психотравмирующее событие; интенсивный психологический стресс при событиях, напоминающих или символизирующих травму;

- симптомы избегания, то есть присутствует избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с событием; невозможность вспомнить детали события; чувство отстраненности, отчуждения от других людей;
- симптомы повышенной возбудимости; трудности засыпания, бессонница; раздражительность; взрывные реакции; трудности при концентрации внимания; физиологические реакции на события, символизирующие или напоминающие травму. Это, в свою очередь, демонстрирует то, что перспектива возникновения невротических конфликтов с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями при постановке диагноза онкологического заболевания существует.

У 80% (40 человек) преобладает низкий и средний уровень воздействия травматического события, что свидетельствует об ожидаемом, адекватном уровне адаптивности к поставленному диагнозу. Наблюдается отсутствие признаков посттравматического стрессового расстройства. Это можно объяснить тем, что в процессе переживания травматического события, каким является диагноз онкозаболевания, многие люди успешно используют защитные психологические механизмы, такие как рационализация, отрицание на ранних этапах, а также активно включаются в процесс лечения, что позволяет им справляться со стрессом и постепенно адаптироваться к новым условиям жизни. Более того, наличие позитивной социальной поддержки, как было выявлено в исследованиях Г.Ф. Тулитбаевой, также может способствовать снижению интенсивности психотравматических

переживаний.

Также следует отметить, что степень реакции на травматическое событие, такое как онкологический диагноз, во многом зависит от индивидуальных особенностей личности, включая уровень эмоциональной устойчивости, копинг-стратегии, и наличия внутренних ресурсов. Возможно, у данной группы респондентов эти ресурсы оказались достаточно развиты для успешной адаптации и снижения интенсивности психотравмирующих переживаний. Кроме того, не следует исключать связь типа заболевания, его стадии и прогноза и субъективного переживания травмы. Раннее выявление заболевания, своевременное начало лечения, а также наличие психологической поддержки могут способствовать снижению психотравмирующего воздействия диагноза и более успешной адаптации к новым условиям жизни.

Успешная адаптация к онкологическому заболеванию требует от человека не только физических сил, но и значительных психологических ресурсов. Одним из таких ключевых ресурсов является жизнестойкость – комплексное личностное свойство, позволяющее человеку эффективно справляться со стрессом и сохранять позитивную ориентацию в жизни, несмотря на тяжелые обстоятельства. Для определения уровня жизнестойкости у онкологических пациентов в данном исследовании используется Опросник «Жизнестойкость» (С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой).

Результаты определения уровня жизнестойкости участников исследования по опроснику «Жизнестойкость» (С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой) представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты определения уровня жизнестойкости участников исследования по опроснику «Жизнестойкость» (С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой)

Уровень	Количество человек, %
высокий	4

средний	18
низкий	78

Графические результаты определения уровня жизнестойкости участников исследования по опроснику «Жизнестойкость» (С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой) представлены на рисунке 4.

Рисунок 4 – Результаты определения уровня жизнестойкости по Опроснику «Жизнестойкость» (С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой)

Было установлено, что 18 % лиц с онкологическим заболеванием имеют средний уровень жизнестойкости, то есть обладают определенной устойчивостью к стрессам и жизненным трудностям, но не обладают исключительной силой духа. Они знают, что не всегда могут контролировать ситуацию и что не все проблемы могут решить самостоятельно. Данная группа пациентов, вероятно, находится в процессе адаптации к своему диагнозу. Они, вероятно, используют сочетание как эффективных, так и не вполне эффективных копинг-стратегий, что приводит к неоднозначным результатам. Средний уровень жизнестойкости может отражать наличие у этих пациентов определенного набора ресурсов, однако их использование может быть еще недостаточно последовательным или эффективным. Кроме

того, на уровень жизнестойкости, как уже отмечалось в теоретической части, влияют такие факторы как стадия заболевания, наличие социальной поддержки, особенности лечения и личностные характеристики, поэтому средний уровень может свидетельствовать о их неоднозначной взаимосвязи. Возможно, что они сталкиваются с периодами оптимизма и уверенности в своих силах, которые сменяются периодами сомнений и неуверенности. Также вероятно, что средний уровень жизнестойкости отражает наличие у этих пациентов определенных личностных особенностей, таких как склонность к тревоге, некоторая неуверенность в своих силах, или не до конца сформированные стратегии совладания со стрессом, что в комплексе приводит к снижению общего показателя жизнестойкости.

Переживание онкологического заболевания, особенно на начальных этапах, часто связано с периодом неопределенности и поиска новых смыслов жизни. Люди со средним уровнем жизнестойкости могут испытывать колебания между принятием новой реальности и попытками сохранить прежний образ жизни. Они, возможно, находятся в процессе переоценки ценностей, что может приводить к временному снижению показателей вовлеченности, контроля и принятия риска, являющихся компонентами жизнестойкости.

Низкий уровень жизнестойкости показали 78% участников исследования. Низкий уровень жизнестойкости означает, что человек испытывает значительные трудности в преодолении жизненных трудностей и стрессовых ситуаций. Он часто чувствует себя бессильным, неуверенным в себе и неспособным контролировать свою жизнь. Диагноз онкологического заболевания является мощным психотравмирующим фактором, который способен вызывать глубокую дезадаптацию и снижать способность человека эффективно справляться со стрессом. Низкий уровень жизнестойкости свидетельствует о том, что респонденты испытывают трудности в принятии новой реальности, переживают чувство безнадежности и утраты контроля над своей жизнью, что, в свою очередь, препятствует проявлению

вовлеченности, контроля и принятия риска, являющихся компонентами жизнестойкости.

Онкологический диагноз часто сопровождается высокой тревогой, страхом смерти и неопределенностью будущего. Эти негативные эмоции существенно подрывают уверенность в своих силах, снижают мотивацию к преодолению трудностей и приводят к общему снижению жизнестойкости. Навязчивые мысли о болезни, постоянная тревога и ощущение беспомощности блокируют проявление вовлеченности, контроля и принятия риска, что является основой жизнестойкости.

Было установлено, что 4% лиц с онкологическим заболеванием имеют высокий уровень жизнестойкости. Это можно объяснить тем, что у этих пациентов, вероятно, имеются исключительные личностные ресурсы, позволяющие им успешно справляться с тяжелыми жизненными обстоятельствами. Они отличаются высокой эмоциональной устойчивостью, оптимизмом, выраженной самооэффективностью, а также способностью находить смысл в происходящем и сохранять позитивную ориентацию на будущее. Высокий уровень жизнестойкости у этих лиц может свидетельствовать о наличии сформированных эффективных копинг-стратегий и способности адаптироваться к любым вызовам. Они видят в болезни не только угрозу, но и возможность для личностного роста и развития. Высокий уровень вовлеченности, контроля и принятия риска у этих пациентов может быть связан с их готовностью принимать ответственность за свою жизнь, активно участвовать в процессе лечения и использовать все доступные ресурсы для преодоления трудностей.

У этих пациентов, вероятно, имеется мощная социальная поддержка со стороны близких, друзей и семьи. Наличие поддерживающего окружения способствует укреплению веры в себя, снижению чувства одиночества и укреплению позитивного эмоционального фона. Также возможно, что эти пациенты изначально имели выраженные оптимистичные установки, позволяющие им сохранять надежду и веру в выздоровление, что является

мощным фактором формирования высокого уровня жизнестойкости.

Необходимо также учитывать, что высокий уровень жизнестойкости – это достаточно редкое явление в условиях тяжелого заболевания, поэтому эта группа пациентов требует особого внимания и дальнейшего изучения для определения факторов, способствующих их исключительной адаптации.

Для более полного понимания психологических последствий столкновения с тяжелым заболеванием, необходимо также изучить ценностный аспект, а именно, как изменились базовые убеждения респондентов с онкологическим заболеванием. Базовые убеждения, представляющие собой глубинные представления человека о мире, себе и других людях, играют важную роль в формировании его жизненной позиции и способности адаптироваться к трудным обстоятельствам. Для изучения этой сферы, обратимся к результатам, полученным с помощью шкалы базовых убеждений (Р. Янов-Бульман, в адаптации А. Кравцовой). Это позволит нам оценить, как изменились мировоззренческие установки пациентов после постановки онкологического диагноза.

С одной стороны, имеем достаточно высокие показатели убеждений в ценности «я» (19,1 баллов в среднем из 24 максимально важных) и возможности самоконтроля своей жизни (18,3 баллов). С другой стороны, убеждения в неслучайности событий и вера в себя представлены у исследуемых значительно меньше (9,9 и 14,0 баллов соответственно).

Анализ результатов, представленных в таблице 5, демонстрирует довольно амбивалентный характер базовых убеждений респондентов.

Таблица 5 – Особенности базовых убеждений респондентов по Шкале базовых убеждений (Р. Янов-Бульман, в адаптации А. Кравцовой)

Базовые убеждения	Средние баллы
Приверженность миру	16,9
Доброта людей	13,5
Справедливость мира	16,2
Контролируемость мира	15,5
Неслучайность событий	9,9

Ценность «я»	19,1
Самоконтроль	18,3
Вера в себя	14,0

Графический анализ результатов представлен на рисунке 5.

Рисунок 5 – Результаты определения базовых убеждений респондентов по Шкале базовых убеждений (Р. Янов-Бульман, в адаптации А. Кравцовой)

Это можно объяснить тем, что высокие показатели в отношении ценности «я» и возможности самоконтроля представляют собой компенсаторный механизм, который срабатывает у пациентов в ответ на переживание травматического события. Сталкиваясь с потерей контроля над своим здоровьем и жизнью, люди стремятся сохранить ощущение собственной значимости и возможности влиять на происходящее в других сферах своей жизни. Таким образом, ценность «я» и самоконтроль сознательно или бессознательно гиперкомпенсированы для сохранения чувства целостности и идентичности.

Люди с онкологическим заболеванием стремятся подчеркнуть свою индивидуальную значимость и возможности контролировать хотя бы

некоторые аспекты своей жизни, чтобы противостоять чувству бессилия. При этом, понимание того, что заболевание может быть неслучайным событием, а также сомнения в возможности полного выздоровления способны поколебать веру в себя и в то, что их усилия будут всегда приносить желаемый результат. Они склонны стремиться сохранить чувство собственной ценности и контроля, но при этом подвергают сомнению базовые убеждения о справедливости мира и своей способности всегда достигать поставленных целей. Высокая оценка себя и возможности самоконтроля являются своеобразной попыткой сохранить позитивный самообраз, в то время как низкие оценки неслучайности событий и веры в себя отражают принятие реальности и отсутствие гарантий будущего выздоровления.

С другой стороны, понимание непредсказуемости и случайности событий, особенно в контексте болезни, влияет на восприятие мира, поколебав веру в себя и в предсказуемость будущего. В этом контексте низкие оценки неслучайности событий и веры в себя отражают принятие неопределенности и поиск новых оснований для самооценки и уверенности в своих силах.

По результатам кластерного анализа полученных результатов проведено распределение респондентов по обобщенным показателям базовых убеждений (таблица 6).

Таблица 6 – Распределение респондентов по обобщенным показателям их базовых убеждений

Показатели	Кластеры		
	1	2	3
Общее отношение к благосклонности мира	15,4	14,1	16,7
Общее отношение к осмысленности мира	13,0	12,2	18,0
Убеждение относительно	18,9	15,0	20,6

собственной ценности			
----------------------	--	--	--

Из таблицы 6 видно, что наибольшими являются показатели базовых убеждений исследуемых, вошедших в третий кластер, что дает основания говорить о высоком уровне их базовых убеждений относительно приверженности миру, его контролируемости и осмысленности, собственной ценности и способности управления событиями жизни. Ко второму кластеру отнесены испытуемые, которые характеризуются самыми низкими показателями базовых убеждений и, следовательно, их низким уровнем.

Первый кластер составили респонденты со средними по сравнению с другими обобщенными показателями базовых убеждений и, соответственно, их средним уровнем их выраженности.

Таким образом, лишь небольшое количество респондентов можно характеризовать как имеющих положительные и конструктивные базовые убеждения относительно себя и окружающей среды. В то же время практически половина исследуемых не имеют таких убеждений как относительно собственной ценности, способности управления событиями, так и контролируемости и справедливости событий, а у трети исследуемых такие убеждения выражены довольно слабо.

Ранее рассмотрим такие психологические аспекты, как травматизация, жизнестойкость и базовые убеждения онкологических пациентов. Для целостного понимания воздействия заболевания на их жизнь, необходимо также оценить субъективное благополучие, а именно, их удовлетворенность качеством жизни. Субъективная оценка качества жизни является интегральным показателем, отражающим восприятие человеком своего физического, психологического и социального благополучия. Для этой цели представим результаты, полученные с помощью Шкалы субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой), что позволит оценить, как онкологический диагноз влияет на общее восприятие своей жизни пациентами.

При изучении субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни по шкале «работа» онкологические больные показали средний балл 17 из 40. Это говорит о том, что у большинства респондентов наблюдается значительное снижение удовлетворенности своей профессиональной деятельностью. Низкий показатель, вероятно, обусловлен ограничениями, связанными с болезнью и лечением (физическая слабость, усталость, необходимость частого посещения медицинских учреждений), что существенно влияет на их работоспособность.

Средние баллы респондентов представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Особенности удовлетворенности респондентов качеством жизни по Шкале субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой)

Субшкалы	Средние баллы
Работа	17
Личные достижения	16
Здоровье	12
Общение с близкими	15
Поддержка	16
Оптимистичность	18
Напряженность	25
Самоконтроль	21
Негативные эмоции	24
Индекс качества жизни	18

Неудовлетворенность работой может быть связана не только с физическими ограничениями, но и с психологическими барьерами, такими как потеря уверенности в своих силах, боязнь не справиться с рабочими обязанностями или столкнуться с дискриминацией на рабочем месте. Данный показатель свидетельствует о необходимости социальной и

профессиональной реабилитации для пациентов, перенесших онкологическое заболевание. Неудовлетворенность работой связана также с поиском новых видов деятельности, которые соответствуют их нынешним потребностям и состоянию здоровья, а также с необходимостью адаптироваться к новым условиям труда.

Графические результаты диагностики по Шкале субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой) представлены на рисунке 6.

Рисунок 6 – Результаты определения удовлетворенности респондентов качеством жизни по Шкале субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (автор Р. Элиот, адаптация Н.Е. Водопьяновой)

По шкале «личные достижения» средний балл составил 16 из 40. Это говорит о том, что у людей с онкологическим заболеванием наблюдается значительное снижение чувства удовлетворенности своими личными достижениями и чувством самоэффективности. Этот низкий показатель может быть обусловлен как физическими ограничениями, вызванными

болезнью и лечением, так и психологическими факторами, такими как снижение мотивации, неуверенность в своих силах и ощущение утраты контроля над собственной жизнью. Кроме того, онкологический диагноз заставляет людей пересмотреть свои жизненные цели, что приводит к ощущению недостаточной самореализации в предыдущих сферах деятельности. Они склонны воспринимать болезнь как препятствие на пути к достижению своих целей, что вызывает чувство разочарования и депрессию. Кроме того, люди с онкологическим заболеванием испытывают сложности с планированием будущего, что, в свою очередь, снижает их активность в достижении поставленных целей. Низкий показатель свидетельствует о необходимости психологической поддержки, направленной на восстановление мотивации и веры в свои силы.

Низкий средний балл (12 из 40) по шкале «здоровье» является прямым следствием онкологического заболевания, которое сопровождается различными физическими симптомами (боль, слабость, усталость, тошнота и другие побочные эффекты лечения). Этот результат отражает непосредственное воздействие болезни на физическое состояние и общее благополучие пациентов. Низкая удовлетворенность здоровьем отражает физическую зависимость от других людей, трудности в выполнении простых повседневных дел, что, в свою очередь, влияет на общее качество жизни и вызывает чувство беспомощности. Люди с онкологическим заболеванием, вероятно, испытывают сожаление об утраченных физических способностях и ограничениях в ведении активного образа жизни. Низкая оценка здоровья может также отражать их беспокойство относительно своего будущего или возможного рецидива заболевания.

Средние баллы по шкалам «Общение с близкими» и «Поддержка» составили 16 и 15 из 40 соответственно. Это говорит о том, что у людей с онкологическим заболеванием наблюдается значительное снижение удовлетворенности качеством и количеством социальных взаимодействий с близкими людьми. Онкологическое заболевание и его лечение могут

приводить к ограничениям в общении с семьей и друзьями, в том числе из-за физических ограничений, социальной изоляции или эмоциональной отстраненности, которые могут сопровождать болезнь. Такие факторы, как тревога, депрессия, раздражительность, а также страх стать бременем для близких, могут препятствовать установлению и поддержанию близких контактов, снижая, тем самым, качество общения.

Люди с онкологическим заболеванием могут чувствовать себя непонятыми, изолированными, что может быть обусловлено как недостатком информации о болезни у их близких, так и неспособностью близких правильно реагировать на их эмоциональные переживания. Этот результат может свидетельствовать о необходимости вовлечения близких в процесс психологической помощи онкологическим больным.

При изучении субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни по шкале «оптимистичность» средний балл составил 18 из 40. Этот показатель может свидетельствовать о том, что онкологический диагноз и связанные с ним трудности снижают способность пациентов сохранять позитивный настрой, уверенность в благоприятном исходе и веру в свои возможности. Понимание серьезности диагноза и ощущение непредсказуемости будущего могут уменьшить их способность видеть положительные перспективы, а также формировать более пессимистичное восприятие жизни. Средний показатель может свидетельствовать также о том, что периоды надежды и оптимизма могут чередоваться с периодами пессимизма и разочарования, что отражает их внутреннюю борьбу и процесс адаптации к новой реальности.

Люди с онкологическим заболеванием испытывают высокий уровень психоэмоционального напряжения, тревоги и дискомфорта, так как средний балл по шкале «напряженность» составил 25 из 40.

Этот показатель может свидетельствовать о том, что онкологическое заболевание и его лечение являются мощным стрессором, вызывающим сильное эмоциональное напряжение и беспокойство у больных. Постоянные

размышления о диагнозе, ожидание результатов обследований, беспокойство о побочных эффектах лечения и страх перед возможным рецидивом – все это может поддерживать высокий уровень напряжения и дискомфорта у онкологических больных. Боль, тошнота, слабость и другие физические симптомы могут вызывать раздражение, беспокойство и эмоциональное напряжение, что, в свою очередь, снижает общее качество жизни. Потеря работы, финансовые проблемы, необходимость в уходе и социальной поддержке могут создавать дополнительный стресс, что приводит к усилению напряжения и эмоционального дискомфорта.

При изучении субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни по шкале «самоконтроль» онкологические больные набрали 21 балл из 40. Этот результат может свидетельствовать о том, что столкновение с онкологическим диагнозом и неопределенностью его течения подрывает чувство уверенности в способности влиять на происходящие события и управлять своей жизнью. С одной стороны, они могут осознавать необходимость активно участвовать в процессе лечения и принимать решения, связанные со своим здоровьем. С другой стороны, они также могут сталкиваться с ощущением бессилия и зависимости от обстоятельств, что приводит к снижению их общей удовлетворенности самоконтролем. Понимание того, что болезнь может протекать непредсказуемо и что не всегда возможно контролировать ее развитие, может приводить к снижению чувства уверенности в своих силах и в способности управлять ситуацией.

Средний балл по шкале «негативные эмоции» составил 24 балла из 40. Это говорит о том, что большинство пациентов испытывают высокий уровень негативных эмоциональных переживаний, причинами которых, вероятно, являются постоянные переживания о своем состоянии, беспокойство о будущем, а также ограничения, вызванные лечением. Высокий уровень негативных эмоций может свидетельствовать о том, что респонденты испытывают трудности в управлении своими эмоциями, склонны к эмоциональной лабильности.

Итак, при изучении субъективной оценки уровня удовлетворенности качеством жизни суммарный индекс качества жизни составил 18 баллов из 40, что соответствует низкому уровню. Это говорит о том, что онкологические больные в целом испытывают низкий уровень общего благополучия и удовлетворенности своей жизнью. Болезнь и связанные с ней трудности оказывают значительное негативное воздействие на различные аспекты их жизни, включая физическое здоровье, эмоциональное состояние, социальные отношения, и самореализацию.

Следующим этапом исследования являлось определение взаимосвязи между исследуемыми показателями. Была проанализирована нормальность распределения полученных результатов с помощью критерия Колмогорова-Смирнова (таблица 8).

Таблица 8 – Расчетные значения критерия Колмогорова-Смирнова

Показатель	Значение	Значимость
Воздействие травматического события	0,098	0,033
Жизнестойкость	0,092	0,056
Приверженность миру	0,057	0,200
Доброта людей	0,148	0,000
Справедливость мира	0,072	0,200
Контролируемость мира	0,138	0,000
Неслучайность событий	0,169	0,000
Ценность «я»	0,085	0,125
Самоконтроль	0,168	0,000
Вера в себя	0,075	0,047
Работа	0,169	0,000
Личные достижения	0,120	0,000
Здоровье	0,125	0,000
Общение с близкими	0,167	0,000
Поддержка	0,098	0,125

Оптимистичность	0,102	0,000
Напряженность	0,165	0,000

Продолжение таблицы 8

Показатель	Значение	Значимость
Самоконтроль	0,148	0,000
Негативные эмоции	0,128	0,000
Индекс качества жизни	0,135	0,000

Установили, что нормальное распределение имеют только показатели жизнестойкости, приверженности миру, справедливость мира, поэтому корреляционный анализ будем проводить с использованием коэффициента корреляции Спирмена, который позволяет характеризовать корреляционную связь независимо от нормальности распределения признаков. Результаты расчета коэффициента корреляции Спирмена представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты корреляционного анализа Спирмена ($r_{кр} = 0,235$ при $p = 0,05$; $r_{кр} = 0,451$ при $p = 0,001$)

Показатель	Воздействие травматического события
Жизнестойкость	-,595**
Справедливость мира	-,283*
Личные достижения	-,495**
Здоровье	-,256*
Общение с близкими	-,580**
Примечание: * - корреляция значима на уровне 0,05; ** - корреляция значима на уровне 0,001.	

В ходе корреляционного анализа были установлены заметные (r_s от 0,5 до 0,7) и сильные (r_s больше 0,7) связи.

Установлена сильная значимая отрицательная связь между

жизнестойкостью и силой воздействия психотравмы онкологического заболевания ($r_s = -0,595$ при $p < 0,001$): чем сильнее проявления психотравмы, тем ниже уровень жизнестойкости личности. Психотравма, связанная с онкологическим заболеванием, является мощным стрессовым фактором, способным вызвать дезадаптацию, эмоциональные расстройства и негативные изменения в восприятии себя и мира. Чем выше уровень жизнестойкости человека, тем лучше он будет способен противостоять негативному воздействию психотравмы, и наоборот. Люди с низкой жизнестойкостью могут быть более уязвимы к психотравмирующим последствиям онкологического заболевания.

Исследования показывают, что онкологические пациенты с более высоким уровнем психологической устойчивости и жизнестойкости, как правило, лучше справляются с психологическими последствиями болезни, адаптируются к лечению и демонстрируют более высокое качество жизни [8].

Установлена сильная значимая отрицательная связь между удовлетворенностью справедливостью мира и силой воздействия психотравмы онкологического заболевания ($r_s = -0,283$ при $p < 0,05$): чем сильнее психотравма, вызванная онкологическим заболеванием, тем ниже уровень удовлетворенности справедливостью мира у человека. Онкологическое заболевание, особенно если оно протекает тяжело и сопровождается сильными страданиями, вероятно, подрывает веру человека в то, что мир устроен справедливо. Диагноз онкозаболевания и его последствия разрушают иллюзию о том, что «хорошим людям везет» или «плохое случается с плохими», особенно если человек ощущает, что он не заслужил такое испытание. Это ведет к снижению удовлетворенности справедливостью мира.

Установили, что существует значимая отрицательная корреляционная связь между удовлетворенностью личными достижениями и силой воздействия психотравмы онкологического заболевания ($r_s = -0,495$ при $p <$

0,001). Удовлетворенность личными достижениями – это чувство удовлетворения от достигнутых целей, реализованных возможностей и успеха в важных для человека сферах жизни, связанное с самоофективностью (верой в свою способность достигать цели) и позитивной самооценкой.

Существует значимая отрицательная корреляционная связь между удовлетворенностью здоровьем и силой воздействия психотравмы онкологического заболевания ($r_s = -0,256$ при $p < 0,05$): чем выше удовлетворенность своим здоровьем, тем меньше будет выраженность психотравматических симптомов, и наоборот. Люди, которые чувствуют себя здоровыми и полными сил, могут лучше справляться с психологическими последствиями болезни, чем те, кто испытывает физическое недомогание.

Установили, что существует значимая отрицательная корреляционная связь между удовлетворенностью общением с близкими и силой воздействия психотравмы онкологического заболевания ($r_s = -0,580$ при $p < 0,001$): чем выше удовлетворенность общением с близкими, тем больше человек получает социальной поддержки и тем сильнее его защищенность от негативных последствий психотравмы. И наоборот, низкая удовлетворенность общением может усилить ощущение изоляции и сделать человека более уязвимым к психотравмирующему воздействию болезни.

Таким образом, исследование выявило, что онкологический диагноз подрывает жизнестойкость пациентов, вызывая значительные трудности в адаптации. У большинства пациентов наблюдается высокая тревожность и негативные эмоции, связанные с болезнью и лечением, что приводит к снижению удовлетворенности жизнью.

2.3 Рекомендации по результатам исследования

В контексте онкологических заболеваний, жизнестойкость, определяемая как способность адаптироваться к неблагоприятным

обстоятельствам и восстанавливаться после них, является ключевым фактором, влияющим на качество жизни и эффективность лечения.

На основании результатов эмпирического исследования нами разработаны рекомендации для людей, которым установлен диагноз, и их родственников (близких).

Предлагаемые рекомендации направлены на усиление психологической устойчивости и способствуют оптимизации процессов адаптации:

- Рекомендуется признание и легитимизация всего спектра эмоциональных переживаний, включая страх, гнев и грусть, без подавления аффективных проявлений. Данный подход способствует формированию здорового эмоционального фона.
- На начальном этапе лечения необходима когнитивная обработка и принятие факта заболевания. Принятие в данном контексте рассматривается не как пассивная покорность, а как необходимый этап для перехода к активному участию в терапевтическом процессе.
- Рекомендуется перенаправление когнитивных ресурсов от областей, не подлежащих контролю, к областям, где человек может влиять на ситуацию, например, посредством модификации образа жизни, диеты и уровня физической активности.
- Необходимо поддерживать активное социальное взаимодействие с родственниками и друзьями, что способствует эмоциональной разгрузке и обеспечивает чувство социальной поддержки.
- Рассматривается целесообразность участия в группах поддержки, где можно обмениваться опытом и получать эмоциональную поддержку от людей, находящихся в схожей ситуации.
- Рекомендуется привлечение квалифицированной психологической или психотерапевтической помощи для эффективного преодоления эмоционального стресса, связанного с онкологическим

заболеванием.

- Сбалансированное питание, разработанное совместно с диетологом, является важным компонентом поддержки физических сил и эффективной борьбы с заболеванием.
- Умеренная физическая нагрузка, адаптированная к индивидуальным возможностям и согласованная с лечащим врачом, способствует улучшению психоэмоционального состояния и снижению утомляемости.
- Качественный и достаточный сон является необходимым условием для восстановления физиологических ресурсов организма.
- Применение релаксационных техник, таких как медитация и дыхательные упражнения, способствует снижению уровня стресса и тревожности.
- Необходимо переключение когнитивного фокуса с тревоги о будущем на восприятие и наслаждение настоящим моментом.
- Определение личных ценностей и целей, способных придать смысл жизни в условиях болезни, способствует мобилизации внутренних ресурсов.

Рекомендации могут быть использованы как клиентами, так и психологами, реализующими психологическое сопровождение, а также при теоретической подготовке специалистов центров помощи и поддержки.

Заключение

В диссертационном исследовании было изучена взаимосвязь психотравмы и жизненной перспективы личности онкологических больных.

В ходе теоретического анализа было установлено, что онкологическое заболевание является мощным психотравмирующим фактором по следующим причинам:

- диагноз онкологического заболевания ставит под угрозу не только физическое здоровье, но и саму жизнь человека;
- неопределенность в отношении течения болезни, эффективности лечения и долгосрочных прогнозов создает постоянное ощущение опасности и невозможности контролировать ситуацию;
- проявления болезни и побочные эффекты лечения (боль, слабость, тошнота, изменение внешности) могут стать источником постоянных физических страданий, которые усиливают психологический дискомфорт.

Диагноз онкологического заболевания приводит к ощущению потери контроля над своим телом, жизнью и будущим, что подрывает уверенность человека в своей способности влиять на происходящее, нарушает убеждение человека в справедливости мира, где «хорошие» люди не должны страдать. Появление болезни может восприниматься как несправедливость, что вызывает чувство гнева, обиды и разочарования.

В ходе эмпирического исследования изучали взаимосвязь онкологического заболевания и жизненной перспективы личности. Было установлено, что 44 % респондентов имеют низкий уровень переживаний, не проявляя признаков посттравматического стрессового расстройства и навязчивых воспоминаний, 24% респондентов имеют сниженный уровень переживаний, эффективно справляясь со стрессом после травматических событий, с минимальными симптомами ПТСР, 6% респондентов имеют средний уровень переживаний, что указывает на способность справляться со

стрессом, но с возможным наличием некоторых симптомов ПТСР, влияющих на качество жизни, 20% респондентов имеют повышенный уровень переживаний, с выраженными симптомами ПТСР, требующими психологической помощи, 6% респондентов имеют высокий уровень переживаний, с серьезными симптомами ПТСР, значительно влияющими на их эмоциональное здоровье, повседневную жизнь и отношения.

Результаты исследования показали, что 78 % респондентов имеют низкий уровень жизнестойкости. Это говорит о значительных трудностях в преодолении стресса, чувстве бессилия и неспособности контролировать свою жизнь, усугубленных онкологическим диагнозом. У них также могут быть трудности с принятием диагноза, чувство безнадежности, и блокирование компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска). 18% респондентов имеют средний уровень жизнестойкости. Они обладают некоторой устойчивостью к стрессу, но не исключительной силой духа. Они могут находиться в процессе адаптации к диагнозу, использовать как эффективные, так и не очень копинг-стратегии, и испытывать колебания между оптимизмом и сомнениями. Средний уровень также может быть связан с неоднозначным воздействием различных факторов, таких как стадия болезни, социальная поддержка, особенности лечения и личностные характеристики. Лишь 4% респондентов имеют высокий уровень жизнестойкости. Они обладают исключительными личностными ресурсами, эмоциональной устойчивостью, оптимизмом, самоэффективностью и способностью находить смысл в происходящем, а также адаптации к вызовам.

Анализ результатов выявил, что лишь малая часть респондентов имеет прочные позитивные убеждения о себе и окружающей среде. В то же время, у значительного большинства наблюдается недостаток убеждений, касающихся собственной ценности, управления событиями и контролируемости мира. Еще у трети респондентов эти убеждения выражены лишь в небольшой степени.

В целом, исследование показывает, что онкологический диагноз имеет связь с жизнестойкостью пациентов, причем большинство из них испытывают значительные трудности в адаптации. Несмотря на преобладание низкого уровня жизнестойкости, есть небольшая группа пациентов, демонстрирующих высокую устойчивость.

Исследование показало, что у большинства онкологических пациентов наблюдается высокий уровень негативных эмоций, вызванный беспокойством о своем состоянии и будущем, а также трудностями, связанными с лечением. Это, в свою очередь, ведет к низкой общей удовлетворенности качеством жизни, поскольку болезнь оказывает значительное отрицательное воздействие на различные сферы их жизни.

Проведенное исследование позволило нам углубить понимание связи психотравмы и жизненной перспективы личности. Результаты, полученные в ходе работы, подтвердили гипотезу о том, что травматические события оказывают существенное негативное воздействие на различные аспекты жизненной перспективы, включая эмоциональное состояние, самооценку, мотивацию к достижению целей и общую удовлетворенность жизнью. Было установлено, что психотравма приводит к снижению жизнестойкости ($r_s = -0,595$ при $p < 0,001$), деформации базовых убеждений ($r_s = -0,495$ при $p < 0,001$) и общей неудовлетворенности качеством жизни.

Полученные данные подчеркивают важность своевременного выявления и коррекции последствий психотравм, а также необходимость разработки комплексных программ психологической помощи, направленных на восстановление жизненной перспективы личности.

Список используемой литературы

1. Бергфельд А. Ю., Дамаскина М. В., Игнатова Е. С. Мотивация к лечению и Жизненные ценности пациентов онкологического профиля // Образовательный вестник «Сознание». 2018. № 6. С. 65-70.
2. Березанцев А. Ю. Комплексные аспекты психического здоровья пациентов с онкологической патологией // Российский медицинский журнал. 2017. № 23(6). С. 321-326.
3. Бузина А. А. Личностные особенности людей средней взрослости, сообщивших о переживании оскорбления // Вестник Вятского государственного университета. 2023. № 2. С. 129-140.
4. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой. М.: Гелиос, 2001. 224 с.
5. Вихарева А. А., Вихарева О. Н., Кузьмишина Т. Л. Последствия детской психологической травмы во взрослом возрасте и ее взаимосвязь со всеми сферами жизни // Инновационная наука. 2023. № 1-2. С. 95-97.
6. Волкан В. З. Жизнь после утраты: Психология горевания. М. : Когито-центр, 2017. 160 с.
7. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса. М. : Педагогика. 1982. 488 с.
8. Голубева Ю. В. Особенности психической травматизации в детском возрасте, ее влияние на жизненные взаимодействия и жизненную перспективу молодой личности // Исследования молодых ученых: материалы LIX Междунар. науч. конф. (г. Казань, апрель 2023 г.). Казань: Молодой ученый. 2023. С. 82-88.
9. Джонсон С. Психотерапия характера. М.: Центр психологической культуры. 2001. 250 с.
10. Калашникова М. Б., Петрова Е. А. Особенности защитного и совладающего поведения взрослых, имеющих травмирующий опыт // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 5. С. 93-98.

11. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. А. Тест жизнестойкости. М. : Смысл. 2006. 62 с.
12. Лолаева А. С., Худалова М. З. Влияние детской психологической травмы на взрослую жизнь // Психолог. 2024. № 2. С. 33-48.
13. Мазур Е. С. Роль личностной саморегуляции в процессе психотерапии психической травмы у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2010. № 6. С. 58-63.
14. Менделевич В. Д. Медицинская психология. М.: Феникс-ХХ, 2018. 46 с.
15. Мищенко Л. В. Посттравматический рост как путь создания новой парадигмы работы с психотравмой // Russian Journal of Education and Psychology. 2017. № 2-2. С. 142-145.
16. Мухина В. С. Экспресс- и долговременная психологическая и социальная помощь в ситуациях природных, техногенных и социальных катастроф и долговременных деприваций // Развитие личности. 2016. № 3. С. 17-56.
17. Немова Е. Н. Влияние психотравмы на жизненную перспективу личности // Научное отражение. Тольятти: ООО НИЦ «НаукоПолис». 2021. № 2(24). С. 10-17.
18. Олифиревич Н. Теория семейной психотерапии: системно-аналитический подход. М.: Академический Проект. 2020. 300 с.
19. Погодин И. А. Психотерапия, фокусированная на диалоге. М.: ФЛИНТА. 2022. 270 с.
20. Польская Н. А., Разваляева А. Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения : монография. М. : МГППУ, 2022. 220 с.
21. Поляков, Е. А. Рилив-терапия. Глубинная психотерапия: монография. М. : Академический Проект, 2020. 203 с.
22. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб. :

Восточно-Европейский Ин-т психоанализа. 1995. 288 с.

23. Рудакова О. А., Даниленко А. Н. Влияние детских психотравм на жизненную перспективу личности (на примере биографии И. Маска) // Проблемы современного педагогического образования. 2023. № 80-1. С. 444-447.

24. Рупперт Ф. Кто я в травмированном обществе? М. : Исток-С, 2021. 216 с.

25. Трубицын Д. С. Психотравма как фактор этиологии психосоматических заболеваний и пограничных психических расстройств // Теория и практика современной науки. 2020. № 4. С. 160-170.

26. Тулитбаева Г. Ф., Политика О. И., Шафигуллина Л. Р. Особенности посттравматического стрессового расстройства, жизнестойкости и отношения к заболеванию у пациентов разных групп (на примере онкологических и сердечно-сосудистых заболеваниях) // Психолог. 2023. № 5. С. 183-192.

27. Фогт Р. Психотравма: теория и практика : соматическая психоаналитическая психологическая интерактивная модель в версии № 20 для комплексных психических травм (spim-20-kt) : индивидуальная и групповая психотерапия : руководство для обучающихся и практикующих специалистов : монография. СПб. : Лема, 2013. 218 с.

28. Фрейд З. Введение в психоанализ. М. : Азбука, 2022. 480 с.

29. Alter C. L, Pelcovitz D, Axelrod A. Identification of PTSD in cancer survivors // Psychosomatics. 1996. № 37. P. 137-143.

30. Breuer J. Sigmund Freud: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung // Neurol. Zbl. 1893. № 12. P. 43-47.

31. Cordova M. J., Andrykowski M. A., Kenady D. E. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. J Consult Clin Psychol. 1995. № 63. P. 981-986.

32. Jeffry E., Janet S., Marjorie E. Weishaar // Schema therapy: A

practitioner's guide, 1995. № 54. P. 34-46.

33. Grassi L., Spiegel D., Riba M. Advancing psychosocial care in cancer patients // Research. 2017. № 6. P. 241-245.

34. Ghazali N., Cadwallader E., Lowe D. Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: Longitudinal trends // Psycho-Oncology. 2013. № 22. P. 807-881.

35. Kaplan S. Children in genocide: Extreme traumatization and the «affect propeller» // The International Journal of Psychoanalysis. 2006. № 3. P. 725-736.

36. Kornblith A. B., Anderson J., Cella D. F. Comparison of psychosocial adaptation and sexual function of survivors of advanced Hodgkin disease treated by MOPP, ABVD, or MOPP alternating with ABVD // Cancer. 1992. № 10. P. 2508-2516.

37. Kornblith A. B., Anderson J., Cella D. F. Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. The Cancer and Leukemia Group B // Cancer. 1992. № 8. P. 2214-2224.

38. Palmer S. C., Kagee A., Coyne J. C. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients // Psychosom Med. 2004. № 2. P. 258-264.

39. Spitzer R. L., Williams J. B., Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description // Arch Gen Psychiatry. 1992. № 8. P. 624-629.

40. Stern L. B. Stern Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis. Routledge, 2013. 192 p.

41. Wess M. Bringing hope and healing to grieving patients with cancer // The Journal of the American Osteopathic Association. 2007. № 107. P. 41-47.

42. Widows M. R., Jacobsen P. B., Fields K. K. Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients // Psychosom Med. 2000. № 62. P. 873-882.