

ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЦЕННОСТНОЕ СОЗНАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова (Санкт-Петербург)

Аннотация. Рассматривается роль гуманистической психологии и реабилитационного подхода как основ для понимания психологического содержания понятия качества жизни. Выдвигается тезис о необходимости определения качества жизни как личностного конструкта – совокупности переживаний и отношений человека, связанных с индивидуальной ценностью здоровья, смыслом жизни и возможностями устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими актуальными потребностями и индивидуальными возможностями. В качестве иллюстрации предлагаемого подхода приведены результаты исследования качества жизни и ценностных ориентаций больных эпилепсией.

Ключевые слова: качество жизни; ценностное сознание; гуманистическая психология; личность; здоровье; реабилитация.

В последнее десятилетие в отечественной науке психологии возрастает интерес к психологии здоровья человека. В ряде интересных публикаций проблемы здоровья и здорового образа жизни обсуждаются с философских, социально-психологических и социологических позиций [4, 10, 11]. Медицинская (клиническая) психология преимущественно решает более «приземленные», но не менее важные и конкретные проблемы профилактики нарушений здоровья, диагностики скрытых форм патологии, связанных с влиянием дисгармоничных личностно-средовых взаимоотношений [1], реабилитации и ресоциализации людей, перенесших различные заболевания, в том числе нервно-психические расстройства [12]. Сразу следует сказать, что понятие «здоровье» в социальном контексте существенным образом отличается от понимания ценности здоровья индивидом.

Личностный смысл здоровья приобретает конкретные очертания только в ситуации болезни или ее угрозы, которая, безусловно, является мощным фрустратором для личности. Когда мы говорим о болезни, о реакциях личности на болезнь, мы предполагаем в определенной мере сохранность самосознания личности, адекватную оценку перспектив, личностных и социальных ресурсов преодоления болезни и сохранения качества жизни даже при наличии витальной угрозы. Это очень сложные психологические соотношения, понимание которых находится за пределами все еще доминирующей в медицине и (в известной мере) в медицинской психологии естественно-научной (объективно-объяснительной) парадигмы. Такой подход к оценке отношений больного человека сегодня уже не может обеспечить изучение целостной личности, индивидуальности переживаний и ценностей, ее духовной

сущности. В качестве антитезы традиционной модели, где пациент выступает преимущественно как объект врачебного воздействия или психологического исследования, развивается и осмысленно применяется не только психологическим, но и медицинским сообществом гуманистическая модель (Маслоу, Роджерс, Франкл и др.). Основоположники гуманистической психологии в этом движении научной мысли видели возможность исследовать и лечить целостного человека с уникальным характером переживаний, свободно и ответственно решающего, как поступать в кризисных ситуациях, в том числе и при болезни [17].

Теория гуманистической психологии, утверждая идеи принятия больного с его генетическим и историческим опытом, проблемами, стремлениями к развитию, духовности, к постижению смысла жизни и её ценности, при всех её противоречиях, с нашей точки зрения, существенным образом влияет на развитие современной личностно-ориентированной психотерапии, а следовательно, и реабилитологии в широком медицинском и психологическом содержании этого понятия [6, 12]. Представляется, что в настоящее время в лечебно-реабилитационных и профилактических процессах в сфере здоровья естественно-научная и гуманитарная парадигмы должны дополнять и обогащать друг друга, чтобы субъективный мир больного, его личность были более доступны исследователю.

Отметим как очевидное, что глобальный гуманистический прорыв в психологии (а в медицине – преимущественно в психотерапии) привел к признанию и утверждению биопсихосоциальной парадигмы здоровья в целом и психического здоровья в частности. Однако противоречия между естественно-научным и гуманитарным пониманием человека (в предболезни, болезни и после болезни) сохраняются, полного взаимопроникновения не наблюдается даже на уровне теории биоэтики. Это четко видно при анализе сущности такого современного понятия, как «качество жизни» (КЖ) [8].

В определении КЖ существуют различные тенденции. Разработка концепции КЖ, как известно, инициирована Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для исследования масштабных межкультурных проблем в оценке здоровья населения разных стран именно с опорой на биопсихосоциальный подход в теории и практике. По определению ВОЗ, КЖ формируется через восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами. Понятно, что в области медицины речь идет о КЖ, связанном со здоровьем, которое рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на субъективном восприятии [16].

На исследование указанных аспектов КЖ нацелено огромное количество общих и специализированных опросников, которые, при всем

их многообразии и дифференцированности, в конечном счете направлены на оценку критериев эффективности лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий при том, что явно недостает внимания к личностному плану переживаний, в частности к субъективной оценке возможностей удовлетворения актуальных потребностей. Это удивляет, так как общая концепция КЖ теоретически и методологически в течение многих лет вызревала в недрах общей концепции реабилитации, стержневым принципом которой является апелляция к личности [12].

Подчеркнем, что методология исследования, принципы и организация процесса реабилитации являются общими для медицины. В отличие от процесса реабилитации КЖ процессом не является. Это сложный многомерный личностный конструкт – совокупность переживаний и отношений человека (больного или здорового), связанных с индивидуальной ценностью здоровья, смыслом жизни и возможностями личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими актуальными потребностями и индивидуальными возможностями. Это определение, возможно, является дискуссионным, но оно близко пониманию КЖ в экзистенциально-гуманистической психологии, поскольку, исследуя КЖ на основе различных самоотчетов испытуемых, мы в действительности пытаемся анализировать их личность: самосознание, систему значимых отношений и ценностей, потенциал самореализации и самоактуализации [5–8]. При таком подходе возможно преодоление противоречий между тезисом о КЖ как субъективной мере благополучия и КЖ как относительно устойчивом личностном конструкте, существенной характеристикой которого являются личностные смыслы, отраженные в ценностном сознании человека. Указанные методологические противоречия в понимании и определении КЖ весьма относительно; они легко приводятся к общему знаменателю. Однако в практическом (исследовательском) плане второй из обозначенных нами подходов более рационален, поскольку апеллирует к сложным психологическим механизмам формирования структуры КЖ как сложного личностного конструкта, интегральной характеристике биопсихосоциальной системы, проявляющейся на психологическом уровне в субъективном опыте проживания собственной жизни, формирования сферы здоровья и отношения человека к здоровью и болезни. Это созвучно одному из фундаментальных положений гуманистической психологии, высказанных А. Маслоу еще в середине XX в.: жизнь человека – это он сам в широком смысле, во всем многообразии его ощущений, смыслов, переживаний, потребностей, целей и ценностей [15].

В качестве иллюстрации обозначенного нами подхода приводим кратко результаты исследования КЖ и ценностных ориентаций больных эпилепсией. Инструментом измерения КЖ являлась впервые адаптированная в институте шкала КЖ-100 (WHOOL-100), в частности ее

ядерный модуль, измеряющий те аспекты КЖ, которые являются, по мнению разработчиков, общими для всех людей [3]. Программа исследований включила также анализ уровня социальной фрустрированности, аффективных расстройств, специфику внутренней картины болезни, стратегии преодоления больными эпилепсией стрессовых ситуаций и механизмы психологической защиты.

Исследовано 146 больных эпилепсией. Средний возраст – 34 года, 36% – инвалиды по болезни, у 56% – первично-генерализованные пароксизмы, у 44% – пароксизмы височной эпилепсии с вторичной генерализацией. У 85% пациентов клинически выявлялись изменения личности. Мы не останавливаемся подробно на клинических характеристиках больных – это специальная тема [9]. Приводим наиболее значимые результаты.

Почему эпилепсия выбрана как клиническая модель? Это весьма распространенное пограничное нервно-психическое расстройство, возникающее на почве органической патологии мозга. В этой модели интегрированы и патодинамический (клинический), и психологический, и социальный компоненты биопсихосоциальной системы нарушения адаптации, поэтому она, как нам представляется, адекватна для исследования КЖ с биопсихосоциальных позиций.

В межпароксизмальный период больные в своем большинстве сохраняют социальную активность, когнитивные возможности, работоспособность (больные с тяжелыми и частыми припадками, с признаками эпилептологической деменции не исследовались). Вместе с тем отмечались аффективные, астенические, вегетативно-соматические и личностно-поведенческие расстройства умеренной степени выраженности. Как показывают литература и наш опыт, проблема КЖ у больных эпилепсией связана не только с клиническими проявлениями болезни, боязнью повторения припадков, но и с фрустрированностью болезнью, необходимостью постоянно принимать лекарства, стигматизирующим отношением общества к больным, не всегда обоснованными ограничениями их социальной активности и стремления к самореализации [7]. Но самым мощным фрустрирующим фактором не только для больных, но и для их родственников, является диагноз – эпилепсия.

В исследовании не было выявлено отчетливо полярных оценок ни по одному из параметров КЖ, а две значительные составляющие – «духовная сфера» и «уровень независимости» – оцениваются больными как вполне благополучные. Значимыми факторами снижения КЖ являются низкая удовлетворенность медицинской и социальной помощью, зависимость от лекарств и лечения, тревожное ожидание припадка, особенно в общественных местах, неспособность в связи с этим получать удовольствие от досуга (особенно у испытуемых 17–25 лет), другие известные ограничения по медицинским показаниям. Среди жалоб преобладают чувство постоянного физического дискомфорта,

повышенной утомляемости, расстройство сна и колебания настроения, дисфункции в сексуальных и более широких межличностных отношениях при относительной удовлетворенности отношениями с микросоциальным окружением (семья), практической социальной поддержкой. При этом, однако, более 50% исследуемых отмечают относительную сохранность работоспособности и желания работать, подвижности и способности выполнять повседневные дела. Свою способность справляться с жизненными трудностями в связи с болезнью, диагнозом «эпилепсия», больные связывают с личными убеждениями и «духовной сферой» – понятиями, содержание которых в опроснике КЖ-100 только обозначено.

Анализ 32 субсфер опросника также отчетливо показал, что оценки КЖ больными по многим параметрам (физическая субсфера, утомляемость, аффективная неустойчивость и др.) ниже у больных височной эпилепсией, что отражает общий дезадаптивный характер личностно-поведенческой сферы этих больных, особенно при частых парциальных припадках с вторичной генерализацией (Вассерман, Михайлов, Табулина, 2008). Примечательно, что относительно высокие баллы по опроснику набрали пациенты с началом заболевания в подростковом возрасте, что свидетельствует о сохранном адаптивном потенциале, но, вместе с тем, об определенном анозогностическом компоненте в отношении к болезни и ее последствиям.

Таким образом, мы видим, что непосредственная сфера «здоровья» оценивается больными, безусловно, как важная, но не определяющая КЖ в полной мере. Для больных столь же важными являются психосоциальные факторы влияния на КЖ, именно они формируют известный феномен стигматизации.

Все сказанное необходимо учитывать при формировании партнерских отношений в системе «медицинский психолог – больной» с соблюдением этических принципов и деонтологических норм взаимоотношений [14].

Известно, что высшим уровнем саморегуляции личности является система ценностей [2]. Поэтому в исследовании структуры КЖ должен быть включен анализ ценностных ориентаций, которые рассматриваются с позиции иерархии личностных смыслов, установок или значимых отношений. Исследование ценностных образований с помощью методики Rokeach (1973) у 100 больных эпилепсией показало, что у сохранных (в когнитивном плане) больных глобальной деструкции ценностей не отмечается: они сохраняют полную идентификацию с микро- и макросоциальным окружением в том, что касается ценностей-целей, и ценность «здоровье» у них не занимает ведущее место. При этом инструментальные ценности, или ценности – средства достижения целей, меняются по сравнению с нормой весьма отчетливо. Содержательно это отражает высокий уровень психической ригидности (когни-

тивной и эмоциональной) в конкретных формах жизненного функционирования, например утрированные формы «приверженности социальным нормам, старательности», «твердой воли», «ответственности» и др. Вероятно, в этом проявляются специфические для эпилепсии характерологические особенности, хорошо известные из литературы [7, 18, 19]. Отчетливые тенденции больных следовать социально одобряемым стереотипам поведения можно рассматривать как один из неосознаваемых психологических механизмов приспособительного поведения. Возможно, этот механизм (вместе с отмеченными выше сохранными ценностями духовной сферы и личностными убеждениями) помогает им преодолевать кризисные ситуации и стресс болезни, справляться в той или иной степени с жизненными трудностями. Осмысленное понимание больными своей принадлежности к социуму подтверждается данными исследования их смысловых ориентаций [13]. Предварительные результаты применения опросника СЖО показывают, что более 40% исследованных убеждены в том, что у них имеются четкие жизненные цели, они способны их реализовывать и строить жизнь в соответствии со своими планами и намерениями. Согласно данным по шкале «Процесс», 22% испытуемых воспринимают свою жизнь осмысленной; они убеждены, что способны самостоятельно принимать решения во всем, что касается их жизни.

В заключение отметим, что результаты экспериментального исследования, отражающие субъективные представления больных о КЖ и определяющих его факторах, должны учитываться в обосновании программ психотерапевтической коррекции масштаба переживаний и отношений больных.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2000. 496 с.
2. Ананьев Б.Г. Психология человека. Избранное (посвящается 90-летию со дня рождения). СПб., 1997. 90 с.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 32 с.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М.: Академия, 2001. 352 с.
5. Вассерман Л.И. Структура и механизмы нарушений психических функций и личности у больных фокальной эпилепсией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1989.
6. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. С. 103–115.
7. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей и психологов. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 22 с.

8. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.* Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. С. 112–119.
9. *Громов С.А.* Контролируемая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение. СПб.: ИИЦ Балтика, 2004. 302 с.
10. *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. 1023 с.
11. *Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В.* Некоторые проблемы психологии здоровья и здорового образа жизни // Сибирский психологический журнал. 2010. № 35. С. 6–10.
12. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 256 с.
13. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с.
14. *Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В.* Психологические основы деятельности врача. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. 204 с.
15. *Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы / Пер. с англ. М.: Смысл, 1999. 423 с.
16. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 304 с.
17. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности: Пер. с англ. СПб.: Питер, 1998. С. 479–573.
18. *Kendrick A.* Quality of life // *The clinical psychologists handbook of epilepsy: assessment and management* / Ed. by C. Cull, Goldstein. London; New York, 1997. P. 171–176.
19. *Rokeach M.* The Nature of Human Values. N.Y.: The Free Press, 1973.

HUMANISTIC PSYCHOLOGY, QUALITY OF LIFE, AND VALUE CONSCIOUSNESS OF THE PERSONALITY

Wasserman L.I., Trifonova E.A. (St. Petersburg)

Summary. The article reviews the role of humanistic psychology and rehabilitation approach as the basis for understanding the psychological meaning of quality of life concept. It is proposed that quality of life should be defined as a personality construct – the complex of experiences, feelings and attitudes of a person, associated with his/her individual value of health, meaning of life and the possibilities to relate to the world in accordance with personal needs and potential. The proposed approach is illustrated by results of a study of quality of life and value orientations in epilepsy patients.

Key words: quality of life; value consciousness; humanistic psychology; personality; health; rehabilitation.