

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование»
Магистерская программа «Социальная психология в образовании»

Магистерская диссертация
на тему

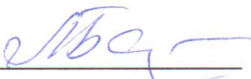
«Особенности ценностно-смысловой сферы лиц с онкологическими
заболеваниями»

Студент


подпись

Маньченкова Наталья Сергеевна

Научный руководитель


подпись

Бочкарева Л.П.

Нормоконтролёр


подпись

Карманова Т.М.

Рецензент к. псих. н., доцент кафедры

«Педагогика и психология»

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный
технологический университет»


подпись

Ефремкина И.Н.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 15.02.2021 № 12)

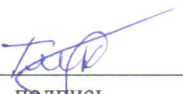
Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 20.03.21 № 12)

Секретарь ГЭК


подпись

Карманова Т.М.

Пенза 2021

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические аспекты изучения проблемы ценностно-смысловой сферы личности.....	8
1.1. Проблемы ценностно-смысловой сферы в психологической науке.....	8
1.2. Типология ценностных ориентаций.....	16
1.3. Динамика системы ценностных ориентаций личности в течение жизни.....	21
1.4. Психологические особенности личности онкобольных.....	29
Выводы по 1 главе.....	42
Глава 2. Исследование особенностей ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями.....	44
2.1. Описание этапов и методик исследования.....	44
2.2. Анализ результатов изучения жизненных ценностей лиц с онкозаболеваниями и условно здоровых людей.....	51
2.3. Анализ соотношения ценностей в контексте доступности и значимости в их реализации.....	62
2.4. Анализ исследования смысловой сферы.....	85
2.5. Программа тренинга «Осознание ценностей и смысла жизни как фактор психологической помощи пациенту с онкозаболеванием».....	93
Выводы по главе 2.....	96
Заключение.....	101
Список используемых источников.....	105
Приложения.....	111

Ведение

Актуальность исследования. В современном мире мы видим колоссальный прирост числа лиц страдающих различными формами онкологических заболеваний. Это страшное заболевание – онкология – до сих пор является самым пугающим, неизученным до конца недугом. По данным мировой статистики в наше время во всем мировом сообществе практически ежегодно регистрируется более 1 млн. случаев данного заболевания, а смертность от этого заболевания достигает масштабов более 250 тыс. человек в год.

Многие авторы научных работ, посвященных данной проблематике (А.Ш. Тхостов, Н.Г. Кошуг, А.В. Гнездилов, В.Н. Герасименко) считают, что человек с онкологическим заболеванием претерпевает не только страдания по медицинской, соматической части проблемы, но и более глубоко на психологическом, духовном, социальном и межличностном уровнях проявления этого заболевания. Это комплексная всеобъемлющая проблема современного общества находящаяся на стыке различных наук.

Онкологическое заболевание для пациента и членов его семьи – всегда стресс, фрустрация, безысходность, а в ряде случаев потеря, горькая утрата, смерть. В связи с такими тяжелыми трансформационными изменениями в организме и психики онкобольного изменяется и его восприятие мира меняются ценности, их приоритеты и структура, изменяются или вовсе утрачиваются жизненные смыслы, выработанные на предыдущей здоровой части жизненного пути.

Онкологическое заболевание действует на человека двояко. Во-первых само восприятие человеком своего смертельного диагноза – это уже психотравма, с другой стороны страх и ужас от предстоящих манипуляций с его телом, химиотерапией или. что еще страшнее, операциями ведущими к надежде на спасение но, после делающими человека пожизненным инвалидом.

Отношение к болезни у онкобольных крайне неоднозначное и неустойчивое, оно проходит все стадии примирения и совладания с тяжелым горем. Заболевание деформирует ценностно - смысловую сферу, изменяет потребности и мотивы заболевшего, человек меняется на глазах, его психика становится лабильной и крайне неустойчивой, все восприятие окружающей действительности изменяется под призмой заболевания и отношения самого человека к данному недугу. Вышеперечисленное коренным образом отражается на всей жизнедеятельности страдающего онкологическим заболеванием. А так же и на жизни его ближайшего окружения как родственников и членов семей, так и друзей и тех малых группах, в которые был включен онкозаболевший человек.

В психологической литературе ситуация тяжелой соматической болезни рассматривается как глубоко кризисная, способная привести к разнообразным, в том числе и глубоким трансформациям личности больного человека (В.В. Николаева, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк, П.Н. Ермаков, М.П. Аралова, А.И. Ташева, А.Ш. Тхостов, Т.Ю. Мерилова, Н.Г. Кошуг, И.П. Киреева и др.), несомненно, это относится и к ситуации разного рода онкозаболеваний.

Данная проблема, несмотря на многообразие теоретико-практических публикаций, требует тщательной разработки. С другой стороны, в числе факторов, обуславливающих особую необходимость разработки этой проблемы, можно выделить увеличение распространенности онкологических заболеваний. В связи с этим, одной из важных медико-социальных проблем современного общества является социально-психологическая реабилитация онкологических больных.

Объект: ценностно - смысловая сфера личности.

Предмет: особенности ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями.

Цель исследования: исследование различий в ценностно - смысловой сфере лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей, для

использования данных в консультативной и терапевтической практике при работе с людьми с онкологическими заболеваниями.

Гипотеза: существуют различия в ценностно - смысловой сфере лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей. Лица с онкологическими заболеваниями в отличие от условно здоровых лиц характеризуются: большей выраженностью ориентаций на базовые жизненные ценности при меньшей доступности их реализации; противоречивой смысловой направленностью, сочетающей жизненную перспективу и пессимистические ожидания.

Задачи:

1. Провести анализ научной литературы по проблемам ценностно-смысловой сферы.
2. Подобрать психодиагностические методики, адекватные цели исследования.
3. Провести сравнительный анализ ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей.
4. Составить программу тренинга с учетом выявленных в исследовании особенностей ценностно-мотивационной сферы онкобольных.

Методы исследования:

- теоретический анализ научных трудов;
- констатирующий эксперимент;
- тестирование;
- беседа;
- анкетирование;
- методы математико-статистической обработки данных (t- критерий Стьюдента, угловое преобразование Фишера).

Методики исследования:

1. Методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича;
2. Ценностный опросник (ЦО) Ш. Шварца;
3. Тест смысложизненных ориентаций (авторы: Джеймс Крамбо и

Леонард Махолик в адаптации Д.А. Леонтьева);

4. Методика Е.Б. Фанталовой «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСИД);

5. Методика рисуночных метафор «Жизненный путь» автор И.Л. Соломин;

6. Авторская анкета, направленная на изучение жизненного смысла.

Методологическая база исследования. Исследование опирается на научные взгляды таких выдающихся ученых как: Б.Г. Ананьев, Т.М. Андреева, Л.И. Божович, Б.С. Братусь, Л.С. Выготский, Т. Здравомыслов, А.Ф. Лазурский, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев, Г. Олпорт, С.Л. Рубинштейн, В.В. Столин, В. Франкл, В.А. Ядов, которые рассматривают проблему ценностей в связи с источниками активности человека – потребностями, мотивами и механизмами регуляции активности. Большой вклад в исследование ценностных ориентаций внесли А.В. Мудрик, И.С. Кон, В.М. Кузнецов, И.С. Артюхова, Е.К. Киприянова и др.

Организационная база исследования. Исследование проводилось с августа 2019 года по сентябрь 2020 года. В исследовании приняли участие 60 человек.

Первую группу составили люди, находящиеся на лечении в Пензенском областном онкологическом диспансере, имеющие в анамнезе рак груди, лимфому Ходжкинса, лейкоз (причина возникновения опухоли не ранжировалась) - в количестве 30 человек.

И группа, условно здоровых людей, неотягощенных какими либо серьезными заболеваниями, так же в количестве 30 человек (контрольная группа).

Возраст участников обеих групп 30-45 лет.

Научная новизна работы может заключаться в полученных данных констатирующего эксперимента по сравнению ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей, в таких ее составляющих как иерархия ценностей, степень доступности,

изменения ценностей во временной перспективе, а так же смысложизненных ориентациях.

Теоретическая значимость работы заключается в анализе и обобщении накопленного в психологической науке материала относительно ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями.

Практическая значимость работы. Результаты исследования. полученные выводы - могут служить теоретическим и эмпирическим обоснованием для разработки программ социально-психологической реабилитации и адаптации лиц с онкологическими заболеваниями, а также дают возможность совершенствовать методы психологической помощи. Разработанный тренинг может использоваться в работе психологов онкологических отделений.

Структура работы: работа состоит из 2 глав, списка литературы и 5-ти приложений, содержит 6-ть таблиц, иллюстрирована 23-мя рисунками.

Глава 1. Теоретические аспекты изучения проблемы ценностно-смысловой сферы личности

1.1. Проблемы ценностно-смысловой сферы в психологической науке

Ценностные ориентации личности, как и любое другое многозначное междисциплинарное научное понятие, по-разному интерпретируются в произведениях различных авторов. В ряде исследований понятие «ценностные ориентации личности» по существу совпадает с терминами, характеризующими мотивационно-потребностную либо смысловую сферу.

Осмысленные ценности становятся ценностными ориентациями личности. Понятие ценностных ориентаций личности было введено в научный лексикон в 20-е годы XX в. социологами У. Томасом и Ф. Знанецким, которые рассматривали ценностные ориентации как социальную установку личности, регулирующую ее поведение [59]. В качестве таковой ценностная ориентация и стала предметом исследований. Появилось множество различных толкований. Мы будем ориентироваться на следующее определение: «ценностные ориентации – это важнейшие элементы структуры личности, закрепленные жизненным опытом индивида, всей совокупностью его переживаний и отделяющие значимое, существенное для данного индивида от незначимого, несущественного».

Так, А. Маслоу фактически не разделяет понятия «ценности», «потребности» и «мотивы», В. Франкл - «ценности» и «личностные смыслы». Во многих отечественных работах ценностные ориентации как бы поглощаются другими, более устоявшимися психологическими понятиями, которые являются основным объектом исследования того или иного автора. Как пишет Ф.Е. Василюк, «когда знакомишься с попытками психологической науки ответить на вопрос, что есть ценность, часто создается впечатление, что главное стремление этих попыток - отделаться от ценности как

самостоятельной категории и свести ее к эмоциональной значимости, норме, установке и т.д. Но ценность явно не вмещается в узкие рамки этих понятий» [18]. В этой связи, для определения места ценностных ориентации в общей системе личностных составляющих необходимо разграничить ценностные ориентации со смежными понятиями, прежде всего с такими, как «потребность», «мотив», «установка», «аттитюд», «диспозиция», «личностный смысл», «убеждение».

Д.А. Леонтьев указывает на то, что ценности «не эгоистичны». Он справедливо отмечает при этом, что, в отличие от потребностей, ценности не ограничены данным моментом и не влекут к чему-либо изнутри, а «притягивают извне» [46].

При наличии ситуации, в которой возможно удовлетворение определенной потребности, включается особое регулятивное образование, которое Д. Н. Узнадзе называет установкой. Функция установки, по А. С. Прангишвили, состоит в том, что она «указывает» потребности предмет, способный удовлетворить ее в данной ситуации. Установки с ценностными ориентациями личности объединяет общее для них состояние готовности. Как пишет О. М. Краснорядцева, «готовность поступить тем или иным образом уже содержит в себе оценку, а оценивание предполагает установку как готовность определенным образом реализовать ценности». В то же время число ценностей, которыми может располагать индивид, значительно меньше, чем число установок, связанных с конкретными ситуациями. Большинство отечественных авторов придерживаются точки зрения, что именно ценности определяют основные качественные характеристики установки, имея большую субъективную значимость, а не наоборот [38].

Представление о системе ценностей личности как иерархии ее убеждений получило распространение также в американской социальной психологии. Так, М. Рокич определяет ценности как «устойчивое убеждение в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точек зрения, чем

противоположный или обратный способ поведения, либо конечная цель существования» [72]. По его мнению, ценности личности характеризуются следующими признаками:

- истоки ценностей прослеживаются в культуре, обществе и личности;
- влияние ценностей прослеживается практически во всех социальных феноменах, заслуживающих изучения;
- общее число ценностей, являющихся достоянием человека, сравнительно невелико;
- все люди обладают одними и теми же ценностями, хотя и в различной степени;
- ценности организованы в системы.

Ш. Шварц и У. Билски дают аналогичное концептуальное определение ценностей, включающее следующие формальные признаки:

- ценности - это понятия или убеждения;
- ценности имеют отношение к желательным конечным состояниям или поведению;
- ценности имеют надситуативный характер;
- ценности управляют выбором или оценкой поведения и событий;
- ценности упорядочены по относительной важности [69].

Систему ценностных ориентаций личности, таким образом, можно рассматривать как подсистему более широкой системы, описываемой различными авторами как «жизненный мир человека», «образ мира» и т.п., имеющую, в свою очередь, сложный и многоуровневый характер. По словам Б. Ф. Ломова, «ценностные ориентации, как и любую психологическую систему, можно представить как многомерное динамическое пространство, каждое измерение которого соответствует определенному виду общественных отношений и имеет у каждой личности различные веса» [4]. Я. Гудечек полагает, что система ценностей имеет «горизонтально-

вертикальную» структуру. Под горизонтальной структурой им подразумевается упорядоченность ценностей «в параллельной последовательности», т.е. иерархия предпочитаемых и отвергаемых ценностей. Вертикальная структура понимается в данном случае как включение индивидуальных систем ценностей в систему ценностей общества в целом [59].

Принцип иерархии ценностей, многоуровневость, является важнейшей характеристикой системы ценностных ориентации личности. По словам В. Франкла, субъективное «переживание определенной ценности включает переживание того, что она выше какой-то другой». Принятие личностью ценностей, таким образом, автоматически предполагает построение индивидуальной ценностной иерархии. Ранг той или иной ценности в индивидуальной системе, по мнению Н. Гартмана, может определяться как ее абстрактной «высотой», так и ее «силой», зависящей от «тяжести», возникающей при ее нереализации. В работах современных отечественных авторов, в частности Е. Б. Фанталовой, С. Р. Пантилеева, Д. А. Леонтьева, также указывается на неоднозначность критериев индивидуального ранжирования ценностей: их предпочтение может быть обусловлено представлениями об их абсолютной значимости для общества и человечества в целом или же их субъективной актуальной важностью, насущностью [45, 70]. В этой связи представляет интерес концепция С. С. Бубновой, которая наряду с принципом иерархичности выделяет принцип нелинейности системы ценностных ориентации. По ее словам, «чрезвычайно важным свойством системы личностных ценностей является ее многомерность, заключающаяся в том, что критерий их иерархии - личностная значимость - включает в себя различные содержательные аспекты, обусловленные влиянием разных типов и форм социальных отношений» [13].

Как уже отмечалось, система ценностных ориентации является важным регулятором активности человека, поскольку она позволяет соотносить индивидуальные потребности и мотивы с осознанными и принятыми

личностью ценностями и нормами социума.

С точки зрения В. Г. Алексеевой, ценностные ориентации представляют собой предполагающую индивидуальный свободный выбор форму включения общественных ценностей в механизм деятельности и поведения личности. По ее словам, система ценностных ориентации - это «основной канал усвоения духовной культуры общества, превращения культурных ценностей в стимулы и мотивы практического поведения людей». Как справедливо замечает К. Роджерс, потребности могут удовлетворяться лишь теми путями, которые совместимы с системой ценностей личности и концепцией «я». А. Г. Здравомыслов также полагает, что благодаря контрольным функциям ценностных ориентации «действие потребностей любого рода может ограничиваться, задерживаться, преобразовываться» [50]. Механизм действия системы ценностных ориентации, по его словам, связан с разрешением конфликтов и противоречий в мотивационной сфере личности, выражаясь в борьбе между долгом и желанием, т. е. между мотивами нравственного и утилитарного характера. Как пишет Ф. Е. Василюк, система ценностей выступает в данном случае как «психологический орган» измерения и сопоставления меры значимости мотивов, соотнесения индивидуальных устремлений и «надындивидуальной сущности» личности [18].

Регулятивная функция ценностных ориентации личности охватывает все уровни системы побудителей активности человека. Как замечает в этой связи А. Г. Здравомыслов, «специфика действия ценностных ориентации состоит в том, что они функционируют не только как способы рационализации поведения, их действие распространяется не только на высшие структуры сознания, но и на те, которые обозначаются обычно как подсознательные структуры. Они определяют направленность воли, внимания, интеллекта» [59].

По словам Ф. Е. Василюка, «ценность внутренне освещает всю жизнь человека, наполняя ее простотой и подлинной свободой» [18]. Как он

отмечает в этой связи, ценности приобретают качества реально действующих мотивов и источников осмысленности бытия, ведущие к росту и совершенствованию личности в процессе собственного последовательного развития.

Совокупность сложившихся, устоявшихся ценностных ориентации образует своего рода ось сознания, которая обеспечивает устойчивость личности, преемственность определенного вида поведения и деятельности, выражающуюся в направленности его потребностей и интересов. В силу этого ценностные ориентации выступают важнейшим фактором, регулирующим, детерминирующим мотивацию личности. Развитые ценностные ориентации – признак зрелости личности, показатель меры ее социальности.

Важнейшими ценностными ориентациями личности являются патриотизм, коллективизм, гуманизм, творчество. Устойчивая и непротиворечивая совокупность ценностных ориентаций определяет такие качества личности, как ценность, надежность, верность определенным принципам и идеалам, способность к волевым усилиям во имя этих идеалов и ценностей, активность жизненной позиции, упорство в достижении цели.

Категория жизненного смысла – одна из наиболее общих интегральных характеристик жизнепонимания и жизнеощущения личности на индивидуально психологическом уровне. В обыденных нормальных условиях проблема жизненного смысла не встает, перекрываясь обычно интересами бытия и его запросами. При этом, как правило, имеется негативное отношение к смерти, неприятие ее, отнесение ее в разряд трагических свершений. Смысл жизни представляет большое содержательное разнообразие, индивидуализированное в сознании конкретных лиц с широким диапазоном оценок жизненного смысла; соответственно личностной оптимистической или пессимистической установки. Наиболее уязвимыми в этом плане жизненными периодами, когда личность обращается к смыслу жизни и пересматривает ее ценность,

являются подростковый, юношеский и пожилой возрасты. Обычно события и ситуации, заставляющие человека пересматривать свое отношение к прошлому и настоящему, совпадают с понятием психологического кризиса, характеризующегося блокадой жизненных целей. Небезынтересно, что для истинного суицида характерно не только выраженное негативное отношение к жизни, но, как ни парадоксально и своеобразное позитивное ценностное отношение к смерти [66].

По данным В. Франкла, все больше пациентов жалуется на то, что они называют «внутренней пустотой», вот почему он назвал это состояние «экзистенциальным вакуумом». В противоположность предельным переживаниям, так хорошо описанным А. Маслоу, экзистенциальный вакуум можно считать «переживанием бездны» [52].

Этиология экзистенциального вакуума представляется вытекающей из следующих фактов. Во-первых, человеку в отличие от животного никакие побуждения и инстинкты не говорят, что ему нужно делать. Во-вторых, в противоположность прошлым временам никакие условности, традиции и ценности не говорят, что ему должно делать. И часто он не знает даже, что он, по существу, хочет делать. Вместо этого он хочет делать то, что делают другие, или делает то, чего хотят от него другие. Он, так сказать, вносит свою лепту в конформизм и тоталитаризм; первый более характерен для Запада, второй - для Востока.

Экзистенциальный вакуум — это феномен, который одновременно усиливается и распространяется среди здорового населения планеты, а среди онкологических пациентов возникает на первых же стадиях узнавания о заболевании.

Каждый человек может задать себе извечный вопрос «ради чего я живу?» и попытаться прорваться через завесу мотивировок к истинным мотивам своего поведения. Отвечая на подобные вопросы, человек каждый раз решает особую задачу, «задачу на смысл», результатом которой является осознание личностного смысла, подлинного «значения для меня», тех или

иных целей и обстоятельств жизненного пути. В ходе решения «задачи на смысл» происходит внутренняя работа личности по соотнесению проявлений мотива в нескольких пересекающихся друг с другом плоскостях: в отношении мотива к преодолеваемым личностью ради его достижения внешним и внутренним преградам (побудительная сила мотива); по сопоставлению мотива с другими выступающими в сознании субъекта возможными мотивами той же деятельности; по оцениванию мотива в его отношении к принятым личностью нормам и идеалам; по соотнесению мотива с реальными с точки зрения личности ее возможностями, т. е. с воспринимаемым образом Я (реалистичность мотива); по сравнению собственного мотива с предполагаемыми мотивами других субъектов (социальная идентичность мотива) (В.В. Столин). Все эти проявления различных аспектов мотивации как в едином фокусе концентрируются в личностном смысле, отражающем отношение мотива к конкретным обстоятельствам и целям действий личности. Однако выявлением всех этих граней представленности мотива в деятельности и сознании «внутренняя работа» по осознанию смысла не заканчивается. Еще одним препятствием на пути осознания смысла является невозможность непосредственного воплощения личностного смысла в системе значений, в которых этот смысл в конечном итоге должен быть сбалансирован, а тем самым и коммуницирован для других.

Мы рассмотрели особенности понимания и соотношения понятий «ценность», «ценностные ориентации» и «смыслжизненные ориентации». Таким образом, ценностные ориентации представляют собой особые психологические образования, всегда составляющие иерархическую систему и существующие в структуре личности только в качестве ее элементов. Ценностные ориентации, являясь, таким образом, психологическим образованием, механизмом личностного роста и саморазвития, сами носят развивающийся характер и представляют собой динамическую систему. Смысл жизни представляет собой концентрированную описательную

характеристику наиболее стержневой и обобщенной динамической смысловой системы, ответственной за общую направленность жизни субъекта как целого.

1.2. Типология ценностных ориентаций

Ценность, имеющая для индивида наибольшую значимость, т. е. занимающая самое высокое положение в его системе ценностных ориентаций, определяет ведущую направленность личности. Психологическая классификация доминирующих ценностных ориентации личности является, тем самым, и основанием для дифференциации личностных типов. По словам В. Г. Алексеевой, ценностные ориентации могут использоваться в качестве главного критерия построения типологии личности.

Первой типологией личности, построенной на основе различий ее ценностных ориентации, является классификационная модель Э. Шпрангера. Он выделяет шесть идеальных типов личности: теоретический человек (основная ценность - поиск истины); экономический человек (основной акцент делается на полезных и практических ценностях); эстетический человек (наивысшей ценностью считаются стиль и гармония); социальный человек (главная ценность - любовь, стремление к всеобщей любви, любви ко всему человечеству); политический человек (основная ценностная направленность - личная власть, влияние, известность, не ограниченные сферой политики); религиозный человек (ценностная ориентация состоит в поиске смысла жизни, высшей духовной силы) [52].

Ш. Шварц и У. Билски выделяют следующие дихотомии ценностей:

1. Ценности сохранения (безопасность, конформность, традиции) - ценности изменения (полнота ощущений, саморегуляция).
2. Ценности самоопределения (благополучие группы и человечества в целом) - ценности самовозвышения (власть, достижение, гедонизм).

М. Рокич проводит более общее разделение ценностей на основе традиционного противопоставления ценностей-целей и ценностей-средств. Соответственно, он выделяет два класса ценностей:

- терминальные ценности - убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной или общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться;
- инструментальные ценности - убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях. Терминальные ценности носят более устойчивый характер, чем инструментальные, причем для них характерна меньшая межиндивидуальная вариативность [13].

Как отмечает Д. А. Леонтьев, индивидуальная иерархия ценностных ориентации, как правило, представляет собой последовательность достаточно хорошо разграничиваемых «блоков». Он приводит возможные группировки ценностей, объединенные в блоки по различным основаниям и представляющие собой своего рода полярные ценностные системы [44]. В частности, среди терминальных ценностей противопоставляются:

1. Конкретные жизненные ценности (здоровье, работа, друзья, семейная жизнь) - абстрактные ценности (познание, развитие, свобода, творчество).
2. Ценности профессиональной самореализации (интересная работа, продуктивная жизнь, творчество, активная деятельная жизнь) - ценности личной жизни (здоровье, любовь, наличие друзей, развлечения, семейная жизнь).
3. Индивидуальные ценности (здоровье, творчество, свобода, активная деятельная жизнь, развлечения, уверенность в себе, материально обеспеченная жизнь) - ценности межличностных отношений (наличие друзей, счастливая семейная жизнь, счастье других).
4. Активные ценности (свобода, активная деятельная жизнь, продуктивная жизнь, интересная работа) - пассивные ценности (красота

природы и искусства, уверенность в себе, познание, жизненная мудрость).

Среди инструментальных ценностей Д. А. Леонтьев выделяет следующие дихотомии:

1. Этические ценности (честность, непримиримость к недостаткам) - ценности межличностного общения (воспитанность, жизнерадостность, чуткость) - ценности профессиональной самореализации (ответственность, эффективность в делах, твердая воля, исполнительность).

2. Индивидуалистические ценности (высокие запросы, независимость, твердая воля) - конформистские ценности (исполнительность, самоконтроль, ответственность) - альтруистические ценности (терпимость, чуткость, широта взглядов).

3. Ценности самоутверждения (высокие запросы, независимость, непримиримость, смелость, твердая воля) - ценности принятия других (терпимость, чуткость, широта взглядов).

4. Интеллектуальные ценности (образованность, рационализм, самоконтроль) - ценности непосредственно-эмоционального мироощущения (жизнерадостность, честность, чуткость) [44].

Болгарский исследователь В. Момов противопоставляет ценности целевые (или мыслимые - желаемые, возможные) и ценности существующие (или наличные - актуальные). При дальнейшем анализе целевых ценностей он классифицирует их на собственно ценности-цели, ценности-идеалы, ценности-желания и ценности должного (нормативные ценности).

В теории А. Маслоу, в отличие от типологического подхода Ш. Шварца и У. Билски, группы ценностей (как и блоки потребностей) образуют вертикальную иерархию. По его словам, потребности и ценности «представляют собой не дихотомию, а согласованную иерархию, то есть они зависят друг от друга» [52]. А. Маслоу выделяет две основные группы ценностей:

- Б - ценности (ценности бытия) - высшие ценности, присущие самоактуализирующимся людям (истина, добро, красота, целостность,

преодоление дихотомии, жизненность, уникальность, совершенство, полнота, справедливость, порядок, простота, легкость без усилия и др.);

- Д - ценности (дефициентные ценности) - низшие ценности, поскольку они ориентированы на удовлетворение какой-то фрустрированной потребности (мир, покой, сон, отдых, зависимость, безопасность и т.д.) [52].

Занимающие подчиненное положение «Д-ценности», или, как Маслоу их называет в другой своей работе, «регрессивные» ценности, выбираются людьми «ради выживания», достижения состояния гомеостаза. Их реализация является, по словам Маслоу, «абсолютной необходимостью» и выступает предпосылкой «ощущения и функционирования» высших «Б-ценностей», или «ценностей развития» [52, с. 213].

Ценностная система любого общества также отличается неоднородностью. Так, Г. Триандис разделяет «имические» и «итические» общественные ценности. Первые носят конкретный социокультурный характер, а вторые представляют собой универсальные «метаценности», присущие любому типу и стадии общественного устройства [9]. Основой выделения социально обусловленных типов ценностных систем личности могут, таким образом, являться как универсальные общественные ценности, так и специфические особенности ценностной иерархии, присущие тем или иным конкретным типам общества.

В результате обобщения типичных ситуаций, с которыми обществу или человечеству пришлось сталкиваться в истории, В. Франкл выделяет три группы вечных ценностей - смысловых универсалий:

- ценности творчества, позволяющие человеку осознать, что он дает обществу;
- ценности переживания, позволяющие человеку осознать, что он берет от общества;
- ценности отношения, позволяющие человеку осознать позицию, которую он занимает в отношении факторов, ограничивающих его жизнь.

Ценности отношения, в свою очередь, делятся им на три категории:

осмысленное отношение к боли, вине и смерти.

К. А. Абульханова-Славская на основе экспериментальных данных выделяет три типа личности:

- тип, характеризующийся непризнанием общественных норм и ценностей как ограничивающих его личную свободу и стремящийся к освобождению от них, не имеющий желания самому поступать «нравственно-ценностным образом»;
- тип, имеющий негативное отношение к системе ценностей общества и берущий на себя ответственность за реализацию нравственной функции;
- тип, не отрицающий, а конформистски признающий социальные нормы как ценности, не имеющий внутренних принципиальных нравственных и ценностных позиций [2].

Среди немногих исследований, направленных на экспериментальное выделение типов ценностных систем личности на основе целостной иерархии ценностных ориентации, можно выделить работу М.И. Бобневой [13]. На основе концепции М. Рокича она предлагает трехуровневую иерархическую модель системы ценностных ориентации:

- ценности - идеалы, являющиеся наиболее общими, абстрактными (духовные - познавательные, эстетические, гуманистические и социальные - уважения, достижений, социальной активности);
- ценности - свойства, закрепляющиеся в жизнедеятельности и проявляющиеся как свойства личности (общительность, любознательность, активность, доминантность и т.д.);
- ценности - способы поведения, наиболее характерные средства реализации и закрепления ценностей-свойств.

М.И. Бобнева экспериментально выделяет также типы личности, различающиеся ранговой структурой идеальных ценностей: типы формального и неформального лидеров, гуманистический, эстетический и познавательный типы, а также тип с доминированием материальных

ценностей [13, с.124].

Однако данная типология, как и любая дифференциация людей на основании их ценностных ориентации, является достаточно условной. Система ценностей человека изменчива, поскольку в значительной степени обусловлена как меняющейся социальной средой, так и актуальным уровнем развития личности. Описанные многими авторами типы ценностной направленности могут выступать в качестве стадий развития системы ценностных ориентации личности. Таким образом, можно констатировать, что, несмотря на отдельные экспериментальные исследования, проблема построения типологии на основе целостной иерархии ценностных ориентации, учитывающей динамический характер их системы, недостаточно разработана.

Итак, ценностные ориентации личности, связывающие ее внутренний мир с окружающей действительностью, образуют сложную многоуровневую иерархическую систему. Система ценностных ориентации является одним из важнейших компонентов структуры личности.

1.3. Динамика системы ценностных ориентаций личности в течение жизни

Личность, представляя собой динамическую систему, находится в состоянии непрерывного изменения и развития. В процессе такого личностного становления постепенно все большее значение приобретают его внутренние движущие силы, позволяющие человеку все более самостоятельно определять задачи и направление собственного развития. Система ценностных ориентации личности выступает в качестве регулятора и механизма такого развития, определяя форму реализации намеченных целей и при утрате ими побудительной силы в результате их достижения стимулирует постановку новых значимых целей. В свою очередь, достигаемый уровень развития личности последовательно создает все новые предпосылки

для развития и совершенствования системы ее ценностных ориентации. В этой связи примечательна точка зрения Р. Хейвигхерста, по мнению которого главной задачей развития личности является самоопределение в сферах общечеловеческих ценностей и выработка собственной ценностной системы [72].

Одной из важнейших предпосылок формирования системы ценностных ориентации личности является определенный уровень интеллектуального развития. Ж. Пиаже однозначно полагал, что смена стадий морального развития связана с общими когнитивными возрастными изменениями. Моральные суждения, проявляющиеся, по его словам, в «уважении индивидуума к нормам общественного строя и его чувстве справедливости», у детей формируются на основе взаимодействия между их развивающимися мыслительными структурами и постепенно расширяющимся социальным опытом. По мнению Пиаже, нравственное развитие, подобно умственному, носит прогрессивный, стадийный характер. Пиаже выделяет две основные стадии морального развития. На первоначальной стадии «нравственного реализма» дети считают, что все моральные нормы поведения реальны, неизменны, обязательны для исполнения и не имеют исключений. Критерием нравственной оценки поступка являются только его последствия. Позднее, в период от 5 до 12 лет, в процессе развития абстрактного мышления у ребенка на первый план вместо категории действительности выходит категория возможности. Тем самым у ребенка формируется способность оценивать намерения поступка, абстрагируясь от его конкретных последствий. Эту стадию, которую Пиаже обозначает как «нравственный релятивизм», характеризует понимание относительности моральных норм, как созданных на основе взаимной договоренности между людьми, которые при необходимости могут их изменять. Критерием нравственной оценки на этой стадии выступают уже намерения человека

Л. Колберг, уточняя и детализируя концепцию Ж. Пиаже, выделяет три уровня моральных суждений: предконвенциональный, конвенциональный и

постконвенциональный, которые включают по две стадии каждый. Предконвенциональный уровень отличается эгоцентричностью, моральные ценности носят внешний характер, и следование им основывается на принципе выгоды. На первой стадии ребенок подчиняется нормам и правилам, чтобы избежать наказания, на второй - ради получения вознаграждения или личной выгоды. Конвенциональный уровень характеризуется социальной конформностью, некритическим принятием оценок своей референтной группы и стремлением к поддержанию установленного порядка, традиций и правил. Нормы и ценности близкого окружения интериоризируются, их соблюдение становится внутренней потребностью, однако они по-прежнему основаны на внешнем авторитете. На третьей стадии подчинение правилам определяется желанием «быть хорошим», соответствовать ожиданиям, избежать неодобрения или осуждения со стороны значимых близких. Четвертая стадия соответствует ориентации на систему ценностей общества в целом, при этом поведение регулируется стремлением избежать как осуждения со стороны законных властей, так и чувства вины из-за невыполнения долга. Постконвенциональный уровень соответствует ориентации на собственные моральные принципы, выработке автономной системы этических ценностей. Личные ценности на этом уровне могут не совпадать с ценностями референтной группы, определяясь в большей степени абстрактными, универсальными, общечеловеческими ценностями. На пятой стадии человек поступает в соответствии с собственными ценностями и принципами, уважая в то же время законы данного общества и ценности других людей, и действует ради всеобщего блага. Шестая стадия является высшим уровнем морального развития и определяется ориентацией на законы свободной совести, приверженностью универсальным этическим принципам.

Описанные Ж. Пиаже и Л. Колбергом стадии соответствуют определенным уровням умственного развития, достижение которых является необходимым условием перехода на следующий уровень морального

развития. Однако, как признает сам Колберг, одного этого условия недостаточно, так как многие люди, несмотря на адекватный уровень умственного развития, все же не достигают постконвенциональных стадий. При этом его концепция не дает ответа на вопрос, что же в таком случае является механизмом развития моральных ценностей.

Наиболее последовательно роль смены деятельности в развитии ценностных ориентации раскрывается в работах отечественных авторов, прежде всего в трудах Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконина, В.И. Слободчикова и др. Содержанием любого вида деятельности, по Л. С. Выготскому, является создание духовных и материальных ценностей [21]. Начиная с его работ в отечественной психологии в основу возрастной периодизации ставится ведущая деятельность, определяющая формирование определенных способностей, которые и являются основными психологическими новообразованиями соответствующих стадий развития. Переход от одного вида деятельности к другому в терминологии Л. С. Выготского называется «критическим возрастом», т. е. кризисом развития. В основе известной классификации возрастных периодов Д. Б. Эльконина лежит ступенчатая смена следующих видов ведущей деятельности: непосредственно-эмоциональное общение, предметно-манипулятивное действие, ролевая игра, учебная деятельность, интимно-личностное общение и учебно-профессиональная деятельность. По словам Д. Б. Эльконина, в этом процессе смены видов деятельности закономерно чередуются периоды освоения общественных норм, целей, мотивов деятельности и т.д. И периоды освоения способов действий, формирования интеллектуально-познавательных сил. Соответственно, развитие личности, в том числе и ее ценностных ориентации, разделяется им на три основные «эпохи», включающие в себя периоды преимущественного развития мотивационно-потребностной сферы либо формирования «операционно-технических», когнитивных способностей. Переход от эпохи к эпохе характеризуется резким кризисом, который определяется

возникновением несоответствия между актуальными задачами деятельности и существующими возможностями ребенка [21].

Приведенные периодизации, делающие акцент на формировании ценностной сферы личности, базируются одновременно на различных компонентах единого процесса личностного развития. В обобщенной «схеме развития» Э. Коуэн вычленяет наиболее универсальные компоненты: ключевые системы (социальное окружение - семья, сверстники и т.д.), задачи развития (знания и навыки, направленные на выживание и достижение счастья), ресурсы развития (внутренние и внешние условия, позволяющие их решить) и кризисы развития (несоответствие ресурсов развития его задачам).

По мнению П. Массена, в период от полутора до двух лет у детей с помощью родителей начинают складываться критерии нормы для оценки явлений и форм поведения, которые ложатся в основу нравственного развития. Регуляция поведения в раннем детстве определяется тем, что при несоответствии предмета или поведения представлению ребенка о норме он начинает испытывать тревогу. Усвоение оценочных норм при этом осуществляется, как они полагают, в процессе наблюдения за реакциями родителей, выступающих в качестве модели поведения.

Очевидно, однако, что только одного наблюдения за поведением взрослых членов семьи недостаточно. Эталоны этической оценки, выступающие, по словам В. С. Мухиной, в качестве взаимосвязанных категорий добра и зла, постигаются через совместное со взрослым рассудочное и эмоциональное общение. В. С. Мухина, полагая, что усвоение моральных норм в дошкольном возрасте также происходит под влиянием усвоения образцов поведения взрослых, отмечает, что оно может осуществляться при этом различными путями. В процессе общения в качестве эталонных образцов поведения могут выступать как непосредственно поведение других людей, так и действия сказочных персонажей, наделенных определенными моральными чертами. При этом, по утверждению В. С. Мухиной, принятие этических эталонов поведения

определяется наличием следующих условий нравственного развития: знанием норм, привычками поведения, эмоциональным отношением к нравственным нормам и внутренней позицией самого ребенка. По ее словам, «потребность соответствовать положительному эталону поведения возникает лишь в том случае, когда для ребенка тот или иной поступок или те или иные формы поведения приобретают определенный личностный смысл».

К. Роджерс, полагая, что осознание личностного смысла собственного поведения является условием адаптивного, «психологически здорового развития», отмечает, что оно наблюдается лишь в меньшинстве случаев. Обычно же ребенок просто некритически заимствует и воспринимает как собственные ценности значимых взрослых. В этой связи представляет интерес точка зрения Г. Крайга, который описывает фактически две последовательные стадии принятия норм и ценностей в раннем детстве и дошкольном возрасте. По его словам, вначале дети копируют лишь словесные формулировки, например, повторяя при выполнении того или иного запрещенного действия «нельзя!». Позднее ребенок осваивает в поведении социальные и этические ценности, посредством атрибуции свойств, совершая одобряемые поступки потому, что он «хороший», а не потому, что от него требуют такого поведения [15].

Применительно к младшему школьному возрасту, подобная схема описана А. В. Запорожцем и Я.З. Неверовичем, которые делают акцент на эмоциональном освоении социальных норм и ценностей в процессе совместной групповой деятельности. По их мнению, вначале групповые требования воспринимаются как чуждые, на втором этапе соблюдение норм основано на внешнем «стимуле-средстве»- наказании или похвале, на третьем этапе нормы и ценности приобретают для ребенка личностный смысл, становящийся основой эмоциональной коррекции поведения [38]. Новая форма деятельности и общения, предполагающая выполнение одних и тех же заданий, объединяет детей и способствует все большей ориентации ребенка на нормы группы сверстников, выступающей в качестве своего рода

посредника в освоении норм и ценностей общества в целом. Г. Крайг приводит интересные данные о роли кличек, даваемых детьми в этом возрасте одноклассникам. По его мнению, детские клички способствуют интернализации общепринятых норм и ценностей путем «объявления» группой несоответствия кого-либо своим стандартам. Решающее значение в младшем школьном возрасте оказывает собственно учебная деятельность, определяющая как когнитивное, так и социальное развитие учащихся в процессе усвоения новых знаний и ориентации на взгляды учителя. Как справедливо отмечает Р. С. Немов, «через учение в эти годы опосредуется вся система отношений ребенка с окружающими его взрослыми» [50].

В подростковом возрасте главным новообразованием, по мнению практически всех отечественных авторов, начиная с Л. С. Выготского, является чувство взрослости, которое проявляется ориентацией на взрослые ценности. Такая ориентация, по справедливому замечанию И. С. Кона, отличается противоречивым характером. С одной стороны, для подростков исключительную значимость приобретают ценности, принятые в группе сверстников. С другой стороны, в этот период впервые появляется возможность формирования собственной связной и непротиворечивой ценностной системы, определяющаяся развитием способности к критической переоценке принципов внешней, «взрослой» морали.

Создание собственной ценностной системы сопровождается обращением подростков к вечным философским проблемам, идеальным представлениям о нравственности. По мнению Е. Ф. Рыбалко, усложнение комплекса личностных свойств подростка происходит за счет включения в систему его ценностных ориентации различного рода нравственных качеств. Осознание несоответствия провозглашаемых родителями (или даже обществом в целом) нравственных принципов реальной действительности проявляется в резкой и категоричной их критике, «бунтарстве», в ряде случаев - в идеализации морали своего поколения, выступающего для подростка образцом «совести общества». Эти и подобные им особенности

подросткового поведения, описываемые, в частности, А. Е. Личко как проявления реакций группирования со сверстниками и эмансипации, чаще не воплощаются в реальные дела, оставаясь на уровне общих рассуждений.

Предпосылки для начала реального выполнения системой ценностных ориентаций всех своих регулятивных функций окончательно складывается лишь в юношеском возрасте. Как обоснованно пишет Л. И. Божович, только в юношеском возрасте моральное мировоззрение начинает представлять собой такую устойчивую систему нравственных идеалов и принципов, которая становится постоянно действующим побудителем, опосредствующем все их поведение, деятельность, отношение к окружающей действительности и к самому себе.

Таким образом, система ценностных ориентаций личности не остается неизменной на протяжении всей жизни человека, включая и зрелый возраст.

Конкретные характеристики и закономерности процесса формирования системы ценностных ориентации личности определяются действием различных внутренних и внешних факторов: уровнем развития когнитивной и эмоционально-волевой сферы, особенностями социальной среды, характером и формой психологического воздействия, спецификой нарушений психической деятельности. Указанные действующие факторы, которые могут быть общими или различными для каждого отдельного человека, составляют в совокупности фон, на котором реализуется та или иная деятельность. При этом описанные факторы оказывают влияние как непосредственно на особенности системы ценностных ориентации, так и на характер формирующих ее процессов, воздействуя на выбор психологических механизмов их реализации.

Таким образом, развитие системы ценностных ориентации личности подчиняется определенным закономерностям - преобладание на протяжении индивидуального развития действия тех или иных факторов и механизмов, реализующих процессы личностной динамики, определяет доминирование соответствующего уровня в индивидуальной системе ценностей, которое, в

свою очередь, формирует аналогичный тип личности.

1.4. Психологические особенности личности онкобольных

На данный момент появляется много работ, авторы которых утверждают, что онкологическое заболевание имеет психосоматическую природу. Реализуя психосоматический подход в медицине (особенно в онкологии), ученые описывают механизм «замкнутого круга» между психикой и соматикой. Сущность этого механизма состоит в том, что возникшее первоначально нарушение, например, в психической сфере (психопатология), вызывает нарушение в соматической сфере (соматическое заболевание), которое может в дальнейшем являться причиной психопатологических реакций. По такому «замкнутому кругу» и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания. Это значит, что важны психологические и социальные факторы, которые влияют не только на начало заболевания, но и на его течение [58].

Трудно перечислить все то, что вынужден терпеть онкологический больной. Боль, тошнота, слабость, неспособность, калечащие операции, нарушение жизненных функций, потеря социального статуса, инвалидность, существование в новой роли «пациента» или даже «умирающего», чувство отчужденности, осложненное страхом быть обузой для других. И наконец, глубокое переживание обреченности больных, страх рецидива, предвосхищаемых мучений, увечий и, в конечном счете, смерти, существование с ощущением того, что их жизнь уже взяла курс на смерть. Это то, о чем пациенты редко говорят, но что неизбежно присутствует в их переживаниях. Невозможно отрицать, что всё это влияет на психику, деформирует её и осложняет жизнь и выздоровление больного. Помимо физических мук, человеку приходится выносить и муки душевные.

Исследования в области психонейроиммунологии основываются на открытии многочисленных (более сотни) новых нейрорецепторов, их

влияния на лейкоциты и иммунную систему. Само функционирование иммунной системы доказывает, что состояния души людей, которые могут быть веселыми или печальными, испытывать чувства вины или обиды, возможно, оказывают влияние на число клеток Т и на иммунную систему. Так, изучая вопрос связи психологического и физического состояния человека, А.А. Шутценбергер стала применять психодраму для работы с раковыми больными и, к всеобщему удивлению, во многих случаях основные метастазы исчезли, здоровье больных улучшилось, они продолжали жить. Некоторые совершенно выздоровели [65].

Эмоциональный стресс может подавить иммунную систему и таким образом ослабить естественную защиту организма от рака и других заболеваний. Стресс может накапливаться и достигать такой силы, что человек оказывается не в состоянии с ним справиться и заболевает. Имеет важное значение индивидуальная реакция человека на стресс. Если внешние факторы требуют чрезмерно больших ее затрат, у человека может не хватить сил для борьбы с заболеванием. Когда психологическая реакция на стресс не получает разрядки из-за возможных социальных последствий, в этом случае в организме начинают накапливаться отрицательные последствия стресса. Это так называемый «хронический стресс», стресс, на который организм соответствующим образом своевременно не отреагировал. И именно такой хронический стресс, по мнению современных ученых, играет очень важную роль в возникновении многих болезней. Хронический стресс угнетает иммунную систему, которая ответственна за нейтрализацию (разрушение) раковых клеток и патогенных микроорганизмов [39]. Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака.

Большинство клинических случаев рака (83% по данным исследования А.В. Гнездилова) связано с предшествующей психотравмирующей ситуацией

за 12 лет до возникновения заболевания. Причём большее значение имеет не длительность воздействия этой ситуации, а интенсивность переживаний, т.е. имеет значение преморбидные особенности личности пациента (личностный фактор), наряду с тяжестью самого заболевания (фактор болезни) [14].

Р. Хамер создал теорию, в которой он описывает «Синдром Дирка Хамера». Суть его заключается в утверждении, что «каждое онкологическое заболевание или болезнь эквивалентная ему, развивается с очень серьезным, высоко острым, драматическим и изолирующим шоком от возникновения конфликта, который регистрируется одновременно на трех уровнях: на уровне души, на уровне головы или мозга, и на уровне органа» [63, с. 115]. Эмоции, связанные с конфликтом «концентрируются» в определенной зоне мозга и, согласно Р. Хамеру, образуют «замкнутый колебательный контур». Поскольку почти каждая зона мозга связана с определенным органом или областью тела, в результате, в определенном месте тела возникает повышенный (или пониженный) тонус мышц и кровеносных сосудов. В этой зоне ухудшается кровообращение, что ведет, с одной стороны, к плохому питанию клеток, а с другой, - плохому удалению продуктов их жизнедеятельности. В результате в этом месте начинает развиваться раковая опухоль [54].

Установлено, что психологические и психопатологические особенности раковых больных зависят от этапа болезни. Е.Ф. Бажин и А.В. Гнездилов выделяют следующие шесть этапов развития заболевания:

1) Поликлинический (диагностический) - начинается с момента направления больного к онкологам для осмотра и решения вопроса о госпитализации. В этот период у больного может возникнуть тревожно-депрессивный синдром, который проявляется в чувстве беспокойства, выраженной тревоге, ощущении полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мыслях о неизбежности скорой и мучительной смерти. У некоторых заболевших появляется дисфорический синдром, проявляющийся в тоскливо-злобном настроении. Больные

становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода проявляют вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал). Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике. Первая из этих реакций характеризуется тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т. п.

2) Этап «поступления в клинику» - на данном этапе происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты.

3) Предоперационный (предлечебный) - у больных наблюдается резкий подъем интенсивности психогенных переживаний. В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции.

4) Послеоперационный - у пациентов снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим синдромом становится астено - ипохондрический.

5) Этап выписки из стационара - не имеет выраженных специфических психопатологических феноменов.

6) Катамнестический этап - возникает стремление к самоизоляции. Отношение привычным и прежде любимым развлечениям становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха [7].

Э. Кюблер-Росс, изучая поведение неизлечимого больного, выделила несколько стадий реакций на заболевание:

1. Желание не знать правду. При плохо подготовленной информации особенно заметно, что больной не может и не хочет её оценивать. Больные живут фантазиями о перепутанных рентгеновских снимках, об ошибочных диагнозах, считают, что заключения врачей больше подходят не к ним, а к другим больным.

2. Гнев и возмущение. Появляются агрессивные чувства к другим людям, к родственникам и, особенно, к обслуживающему персоналу. С такими больными трудно контактировать, они недовольны любым видом лечения и поправляют врачей.

3. Сделка. В этой фазе больные пытаются избежать неотвратимого конца путём некой «сделки» с судьбой или с Богом. Демонстрируется доброе поведение с надеждой изменить судьбу или хотя бы продлить себе жизнь.

4. Депрессия. Отчаяние и подавленность наиболее сильно выражены тогда, когда состояние больного приводит к изоляции его как в семье, так и в больнице, к прекращению посещений и остаток жизни теряет смысл.

5. Смирение и новые надежды. Многие больные достигают такого состояния, при котором они действительно могут противостоять предстоящей смерти без того, чтобы у них наступали депрессия или отчаяние. Спокойствие, даже оживлённость появляются перед приближающимся концом. Умиротворённость и смирение чаще всего наступают в те часы, когда уже становится очевидным и неизбежным скорое наступление смерти [54].

По мнению психологов, при столкновении человека с тяжёлым диагнозом у него могут возникать адекватные ситуации реакции, в виде защиты, а могут быть и ошибочные, обуславливающие поведение, которое не способствует успешному лечению. Среди ошибочных форм поведения выделяют следующие типы:

1. Возврат к детской зависимости. Определённый возврат к самому

себе, сохранение энергии, исключение посторонних, не касающихся болезни вопросов, могут стать формой продуктивного сотрудничества пациента с врачом и оценки им собственного состояния. Эта регрессивная тенденция к самоизоляции и самоозабоченности отрицательно влияет на соматическое состояние.

2. Отказ. У некоторых больных встречается полное игнорирование того, что они пациенты, и они проявляют неадекватные эйфорические реакции. Опасности болезни такие люди подавляют силой воли: «Я не хочу об этом думать».

3.Рационализация и смещение. Особенно частая форма отрицания, с которой может встретиться врач - рационализация. Ситуация часто бывает парадоксальной: в то время как врач часто сталкивается с трудностями убеждения больного в наличии у него невротического или психосоматического заболевания с участием психических факторов, здесь он обнаруживает слишком быстрое согласие. У опытных медиков это обычно вызывает недоверие и настороженность.

4.Реакции страха – депрессивные реакции. Среди аффективных реакций при острых состояниях на первом месте стоят приступы страха. Внезапное ухудшение состояния, внутреннее кровотечение, которое приводит к шоку, несчастные случаи, переживаемые при ясном сознании, могут привести к реакциям типа паники. Иногда больной решает покончить с этим, предпринимая суицидальные попытки [67].

Дж. Липовски изучая варианты реагирования на болезнь, сформулировал следующую классификацию личностного осознания болезни:

- 1) Болезнь как препятствие, которое должно быть преодолено;
- 2) Болезнь как враг, угрожающей целостности;
- 3) Болезнь как наказание за прошлые грехи;
- 4) Болезнь как облегчение и «великий разрешитель», который позволяет теперь «жить, как хочу»;
- 5) Болезнь как стереотип приспособления к жизни;

б) Болезнь как положительная ценность и учитель [49].

Человек реагирует на свою болезнь в зависимости от многих факторов: от уровня его физического и психологического развития; от вида и объёма оперативного вмешательства; от возраста пациента; от социального и семейного статуса пациента; от характера и степени психологической зрелости; от наличия психологических ресурсов в виде семьи, возможности продолжать работать и быть включенным в общество; от выработанных в процессе жизни эффективных механизмов преодоления трудных, стрессовых ситуаций и т. д.

Теперь поближе познакомимся с психологическими особенностями онкологических больных.

В своей книге «Психотерапия рака» К. Саймонтон и С. Саймонтон описывают психологический портрет студентов, заболевших раком. Яркой особенностью является глубокое переживание ими отсутствия близости с родителями. Они редко проявляли сильные чувства и обычно были в плохом настроении. Еще одна черта онкологических больных состоит в том, что, как правило, уже до заболевания они были подвержены чувствам безнадежности и беспомощности. Это свойство подтвердили наблюдения и других ученых. А.Х. Шмейл и Х. Айкер, наблюдая за своими больными раком пациентками, обратили внимание, что для них было свойственно легко сдаваться, относиться к трудным жизненным ситуациям с чувством полной безнадежности, не видя в них выхода. Часто подобные ситуации возникали примерно за шесть месяцев до того, как у пациента обнаруживали рак [63].

Постановка диагноза кардинальным образом меняет жизнь человека. Болезнь предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его "внутреннюю позицию" по отношению ко всем обстоятельствам жизни, разрушается сложившаяся картина мира. Изменение образа будущего - одна из наиболее существенных характеристик новой,

складывающейся в условиях онкозаболевания, социальной ситуации развития. Пациенты вспоминают нечто похожее на дереализацию, оцепенение, следующие за внезапным осознанием диагноза - чувство характерной оглушенности, как если бы их ударили по голове [11]. Поведение больного целиком направляется теперь на настоящее и ближайшее будущее. Однако у испытуемых могут присутствовать жизненные цели, направленные в будущее, но рациональных межсобытийных связей между этими целями не существует, а значит, они малоосмысленны и малоосознанны [67]. Подвергаются изменению ценностные ориентации. Изучение системы ценностей онкологических больных показало их значительную перестройку, которая заключается в сужении круга интересов больного, отказе от осуществления некоторых жизненных планов, требующих значительных усилий и рассчитанных на длительное время. Вместе с тем, больные начинают придавать большое значение ранее несущественным для них мелочам повседневной жизни. У некоторых больных ценностные ориентации полностью замыкаются в кругу их болезни и её лечения [51]. Духовные потребности личности фрустрируются и прежде всего это сказывается на потребности в самоактуализации [36].

Онкология имеет социальные последствия, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности (переход на инвалидность), превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения, как правило, является следствием болезни и составляет еще один пласт переживаний и опасений пациента онкологической клиники. Новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражает основные смысловые изменения в структуре личности. Переживание тяжелой болезни может служить толчком в переосмыслении

больным своего жизненного пути, так как зачастую тяжелая болезнь затрагивает почти все сферы жизни человека. Кризис бесперспективности, связанный с отсутствием потенциальных связей между значимыми событиями жизни. Новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для судьбы развития его личности в целом новообразований, так и негативных черт психики с тенденцией к оскудению и обеднению всего психического облика [36].

Пациенты живут, предпочитая направленность на будущее, занятость, удовлетворение и трудности, возможность бесед, которые включают обсуждение прошлого и будущего, но в то же время с "глухой" убежденностью в наступлении смерти, которая, однако, с каждым днём оценивается с всё новым значением. Больные раком обычно не ищут психотерапевтической помощи. Поэтому и при появлении собственных трудностей они часто выжидают сверх всякой меры, прежде чем доверятся в этом отношении, например, лечащему врачу. Опасение, что у врача появится тенденция к недооценке имеющихся у больного трудностей, столь велико, что больной затягивает решение о лечении, а это приводит к развитию психосоматических симптомов, плохо поддающихся специальному лечению. Для таких больных характерно значительное расхождение между потребностью в помощи и претензиями к предлагаемым им методам лечения [17].

Протекание болезни и эффективность лечения напрямую зависят от внутренней картины болезни пациента. Выделяют два полярных типа внутренней картины болезни:

1. Гипернозогнозия, показывает отношение к болезни через высокую значимость переживания телесного неблагополучия и убежденность в невозможности самостоятельно совладать с симптомами соматического заболевания. В клинической картине выявляется тревога, депрессия, ипохондрия, частые обращения за медицинской помощью, длительные

госпитализации, неоправданное комбинирование лекарств, использование средств нетрадиционной медицины.

2. Гипонозогнозия, показывает отношение к болезни через снижение соответствующих переживаний, недооценку значимости соматического заболевания, убежденность в возможности самостоятельно справиться с ним. Для поведения этих больных характерно несвоевременное обращение за медицинской помощью, невыполнение рекомендаций, нежелание исключать контакты с вредными факторами, отказ от долгосрочной терапии.

Для онкологических больных характерно колебание от отчаяния к надеждам. Однако самое глубокое отчаяние не лишает их надежды на благополучный исход заболевания. Ипохондричность, фиксированность на своем состоянии могут сочетаться со склонностью объяснить очевидную и для них патологическую симптоматику не онкологическими причинами. Происходит просеивание информации, гипертрофированное преувеличение временных улучшений и недооценка очевидного ухудшения. Несмотря на то, что больные реально видят ход течения онкологического заболевания на примере соседей, в каждом живет надежда на особый характер его собственного случая. Реальность событий никогда не исчезает, а как бы отходит на второй план, особым образом перерабатывается [63]. В присутствии близкого конца (что характерно для ситуации онкозаболевания) наиболее распространенным способом общения со смертью становится ее отрицание. На смерть переносится табу и заговор молчания. Люди молчат о смертельной опасности заболевания, потому что не умеют о ней говорить [57].

Многочисленные исследователи и клиницисты, изучающие психологические функции, связанные с адаптацией и принятием диагноза у онкологических больных, одним из основных защитных механизмов называют анозогнозию или отрицание болезни. Предложено несколько возможных объяснений этому феномену. Так, например, В.А. Ромасенко и К.А. Скворцов связывают анозогнозию у онкологических больных с

токсическим влиянием онкологического заболевания на последних стадиях своего развития. По мнению же других исследователей механизмом, обеспечивающим психологическую защиту больного, является вытеснение, понимаемое с позиций психоанализа. Так А.Ш. Тхостов говорит не об отдельных элементах психологической защиты (анозогнозия, отрицание), а указывает на комплексные механизмы, изменяющие восприятие картины болезни в целом. Речь идет о формировании защитных механизмов, переструктурирующих поступающую информацию о болезни и изменяющих ее значение и смысл. Здесь подразумевается и изменение отправной точки в понятии здоровья (так называемый «сдвиг субъективного нуля», когда больной ретроспективно завышает оценку своего здоровья), и нарушение структуры восприятия или нарушением осмысления так называемых угрожающих стимулов. Подобные защитные механизмы повышают степень неопределенности любой информации, которая может содержать в себе угрожающий характер, переводя их в разряд непонятных и неопределенных [73].

В.В. Николаева в своей книге «Влияние хронической болезни на психику» пишет, что «астения- одна из самых распространенных форм реагирования центральной нервной системы на самые различные внешние и внутренние вредные воздействия: психогенные, травматические и соматические» [54, с. 107]. Онкологическое заболевание является именно тем ударом по психике, которое приводит к данному нарушению. Всем больным с поражением внутренних органов свойственны пониженное настроение и личностная переработка интероцептивных ощущений. Больной склонен сравнивать свое состояние с тем, что было до заболевания. Б.С. Бамдас выделил наиболее типичные структуры и формы астенических симптомов:

- 1.Раздражительность;
- 2.Слабость;
3. Расстройство сна;
4. Вегетативные нарушения.

Каждый из этих симптомов входит в три основных синдрома астенического состояния. Они в ряде случаев рассматриваются как последовательные стадии единого процесса нарастающей нервно-психической слабости: гиперстения (больные обычно деятельны, но эта деятельность носит плохо организованный характер, повышенная отвлекаемость, чувство усталости); синдром раздражительной слабости (за деятельностью сразу следует апатия, вялость, усталость, затем опять возбуждение, и снова бросают дело); синдром истощения (сонливость, пониженное настроение, очень низкая работоспособность).

Если говорить об отношениях больного с окружающими, родственниками и близкими, часто наблюдается отказ от отношений вообще, выход из игры, в лучшем случае создание имитации отношений [54]. Близкие просто могут не понимать, что от них хочет больной, что ему необходимо. Довольно часто онкобольные чувствуют себя «погребенным заживо», так как беспомощность и невозможность помочь близкому заставляет родственников психологически отстраняться от больного, который и так чувствует, что к нему относятся по-особенному. Человеку требуется присутствие его близких рядом, это успокаивает и умиротворяет их. Иногда родственники больного могут испытывать иррациональные страхи, думая, что онкологические болезни заразны и передаются контактным путем. Но прикосновения – это мощный фактор, который влияет на психологическое здоровье пациента. Так же, родственникам следует не отстраняться от больного и стараться создать такую атмосферу, в которой человеку будет комфортно выражать свои эмоции и чувства. Когда пациент загоняет внутрь свои эмоции, они начинают губить его изнутри и расходуют понапрасну так нужные ему жизненные силы.

Обобщая содержание работ отечественных психологов, исследовавших психологические особенности онкологических больных, можно выделить наиболее характерные черты личности и онкологического больного:

1. Идентификация собственной позиции с позицией ребенка;

2.Трудности осознания неприятных и тяжелых ситуаций в своей жизни и себя в этих ситуациях;

3.Трудности реагирования на неприятные события, реакции неадекватны происходящему;

4. Выраженная алекситимия;

5.Потеря социального статуса, существование в новой роли пациента;

6.Сниженная критика к состоянию болезни (отрицается или уменьшается значимость ситуации болезни, пациент отстраняется от нее);

7.Тенденция к экстернализации локуса контроля («все зависит от внешних обстоятельств», «я ничего не решаю»);

8.Утрата субъективного смысла жизни, изменение в ценностной, мировоззренческой, духовных сферах;

9.Высокий порог восприятия негативных ситуаций (долго будут терпеть; цели, связанные с самопожертвованием);

10.Собственные потребности или вообще не воспринимаются, или игнорируются;

11.Страх смерти и страх рецидива;

12.Изменение образа будущего;

13.Новая социальная ситуация развития, изоляция от прежнего окружения;

14.Сужение круга интересов;

15.Амбивалентное оценивание своего состояния [39; 36].

Таким образом, онкологическое заболевание может рассматриваться как ситуация, провоцирующая кризис психического развития и развития личности. Другими словами, онкология является своеобразным фоном, на котором возникают психологические конфликты личности, обусловленные фрустрирующим воздействием психогенных факторов. При психологическом кризисе происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности. Болезнь «сковывает» человека в настоящем,

будущее становится неопределенным. У человека есть реальные достижения, успехи в самореализации, в настоящем есть активность, но она уже не развивает личность, так как эта активность имеет инерционный характер прежней жизненной программы. Новая жизненная программа ещё не сформирована, человек не видит новых путей в дальнейшей самореализации. Госпитализация, отрыв от привычного окружения, возможность опасной операции, приводящей к инвалидности, потеря социального статуса, угроза смерти – разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Выводы по 1 главе

1. Ценностные ориентации – это важнейшие элементы структуры личности, закрепленные жизненным опытом индивида, всей совокупностью его переживаний и отделяющие значимое, существенное для данного индивида от незначимого, несущественного.

2. А. Маслоу выделяет две основные группы ценностей: ценности бытия - высшие ценности, присущие самоактуализирующимся людям (истина, добро, красота, целостность, преодоление дихотомии, жизненность, уникальность, совершенство, полнота, справедливость, порядок, простота, легкость без усилия и др.); и дефициентные ценности - низшие ценности, поскольку они ориентированы на удовлетворение какой-то фрустрированной потребности (мир, покой, сон, отдых, зависимость, безопасность и т.д.).

3. М. Рокич проводит более общее разделение ценностей на основе традиционного противопоставления ценностей-целей и ценностей-средств. Соответственно, он выделяет два класса ценностей: терминальные ценности - убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной или общественной точек зрения стоит того, чтобы к

ней стремиться; и инструментальные ценности - убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях. Терминальные ценности носят более устойчивый характер, чем инструментальные, причем для них характерна меньшая межиндивидуальная вариативность.

4. Развитие системы ценностных ориентации личности подчиняется определенным закономерностям - преобладание на протяжении индивидуального развития действия тех или иных факторов и механизмов, реализующих процессы личностной динамики, определяет доминирование соответствующего уровня в индивидуальной системе ценностей, которое, в свою очередь, формирует аналогичный тип личности.

5. Система ценностных ориентации является важным регулятором активности человека, поскольку она позволяет соотносить индивидуальные потребности и мотивы с осознанными и принятыми личностью ценностями и нормами социума.

6. Ценностные ориентации представляют собой особые психологические образования, всегда составляющие иерархическую систему и существующие в структуре личности только в качестве ее элементов. Ценностные ориентации, являясь, таким образом, психологическим образованием, механизмом личностного роста и саморазвития, сами носят развивающийся характер и представляют собой динамическую систему.

7. Смысл жизни представляет собой концентрированную описательную характеристику наиболее стержневой и обобщенной динамической смысловой системы, ответственной за общую направленность жизни субъекта как целого.

8. Онкологическое заболевание может рассматриваться как ситуация, провоцирующая кризис психического развития и развития личности. Онкология является своеобразным фоном, на котором возникают психологические конфликты личности, обусловленные фрустрирующим воздействием психогенных факторов.

Глава 2. Исследование особенностей ценностно - смысловой сферы лиц с онкологическими заболеваниями

2.1. Описание этапов и методик исследования

Исследование проводилось с августа 2019 года по сентябрь 2020 года. В исследовании приняли участие 60 человек.

Первую группу составили люди, находящиеся на лечении в Пензенском областном онкологическом диспансере, имеющие в анамнезе рак груди, лимфому Ходжкинса, лейкоз (причина возникновения опухоли не ранжировалась) - в количестве 30 человек.

И группа, условно здоровых людей, неотягощенных какими либо серьезными заболеваниями, так же в количестве 30 человек (волонтеры).

Возраст участников обеих групп в пределах 30-45 лет.

Исследование было проведено в несколько этапов:

1. Анализ научной литературы по теме исследования.
2. Провести сравнительного анализа ценностей лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей.
3. исследование смысловой сферы и сравнительный анализ респондентов обеих групп.
4. Анализ, интерпретация результатов, применение методов математико-статистической обработки данных.
5. Составление программы тренинга с учетом результатов исследования.

Методы настоящего исследования являются - теоретический анализ научных трудов; констатирующий эксперимент; тестирование; беседа; анкетирование; методы математико-статистической обработки данных.

Для эмпирического исследования были выбраны следующие методики:

1. Методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича;
2. Ценностный опросник (ЦО) Ш. Шварца;

3. Тест смысложизненных ориентаций (авторы: Джеймс Крамбо и Леонард Махолик в адаптации Д.А. Леонтьева);

4. Методика Е.Б. Фанталовой «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСЦД);

5. Методика рисуночных метафор «Жизненный путь» автор И.Л. Соломин;

6. Авторская анкета, направленная на изучение жизненного смысла.

Кратко рассмотрим методики, применяемые в исследовании.

1. Методика изучения ценностных ориентаций Рокича.

В исследовании используется методика изучения ценностных ориентации М. Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. Последнее обстоятельство заставляет многих авторов сомневаться в надежности методики, так как ее результат сильно зависит от адекватности самооценки испытуемого. Поэтому данные, полученные с помощью теста Рокича желательно подкреплять данными других методик.

М. Рокич различает два класса ценностей: терминальные - убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться; инструментальные - убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства.

Респонденту предъявлены два списка ценностей (по 18 в каждом), либо на листах бумаги в алфавитном порядке, либо на карточках. В списках испытуемый присваивает каждой ценности ранговый номер, а карточки раскладывает по порядку значимости. Последняя форма подачи материала дает более надежные результаты. Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей.

2. Ценностный опросник (ЦО) Шварца.

Данная методика применяется для исследования динамики изменения ценностей как в группах (культурах) в связи с изменениями в обществе, так и

для личности в связи с ее жизненными проблемами. Под ценностями Шалом Шварц подразумевал «познанные» потребности, непосредственно зависящие от культуры, среды, менталитета конкретного общества. В основе опросника Шварца лежит теория, согласно которой все ценности делятся на социальные и индивидуальные. Опросник разработан Ш. Шварцем в 1992 году. При разработке опросника автор использовал методику М. Рокича, качественно модифицировав, расширив и усовершенствовав ее концептуальную базу. Проведя анализ отношения к 56 ценностям в 20 странах, Ш. Шварц сформулировал «теорию содержания и структуры ценностей». Он заключил, что 44 отдельных ценности одинаково понимаются в изученных им культурах. Кросс-культурное ценностное пространство, по теории Шварца, определяется двумя осями (открытость переменам - консерватизм, альтруизм - эгоизм) и имеет круговую структуру. В пространстве этих осей располагаются 10 базовых ценностных ориентаций: творчество, разнообразие, гедонизм, достижение, власть, защищенность, традиции, приятие, великодушие и универсализм. Это пространство, по его мнению, универсально, и в его рамках могут быть сравнены любые культуры. Следует отметить, что в большинстве случаев результаты кросс-культурных исследований ценностей констатируют лишь незначительные отличия и отмечают больше сходства, нежели различий в ценностных ориентациях представителей разных культур.

Опросник Шварца состоит из двух частей. Первая часть опросника предназначена для изучения ценностей, идеалов и убеждений, оказывающих влияние на личность. Список ценностей состоит из двух частей: существительных и прилагательных, включающих 57 ценностей. Испытуемый оценивает каждую из предложенных ценностей по шкале от 7 до -1 баллов. Вторая часть опросника Шварца предназначена для изучения ценностей, наиболее часто проявляющихся в социальном поведении личности, и состоит из 40 описаний человека в виде прилагательных, характеризующих 10 типов ценностей. Для оценки описаний используется

шкала из пяти баллов.

В соответствии со средним баллом по каждому типу ценностей устанавливается их ранговое соотношение. Каждому типу ценностей присваивается ранг от 1 до 10. Первый ранг присваивается типу ценностей, имеющему наиболее высокий средний балл, десятый — имеющему самый низкий средний балл. Ранг от 1 до 3, полученный соответствующими типами ценностей, характеризует их высокую значимость для испытуемого. Ранг от 7 до 10 свидетельствует о низкой значимости соответствующих ценностей.

3. Тест смысложизненных ориентаций Леонтьева.

Тест Смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева.

Данный тест является адаптированной версией теста «Цель в жизни» Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла и преследовала цель эмпирической валидации ряда представлений из этой теории, в частности, представлений об экзистенциальном вакууме и ноогенных неврозах. Суть этих представлений заключается в том, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающее из нее ощущение утраты смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особого класса душевных заболеваний - ноогенных неврозов.

Методика представляет собой набор из 20 пар противоположных утверждений и необходимо выбрать степень своего согласия с одним из них в диапазоне от 1 до 7 баллов.

Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили).

Восходящая последовательность градаций (от 1 до 7) чередуется в случайном порядке с нисходящей (от 7 до 1), причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) — полюсу ее отсутствия.

Обоснованием применения методики СЖО является то, что она измеряет степень «экзистенциального вакуума» и она диагностирует переживание человеком значимости своей жизни.

Методика включает в себя пять субшкал, отражающих три конкретные смысловые ориентации и два аспекта локуса контроля: цели в жизни; процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; результативность жизни или удовлетворенность самореализацией; локус контроля-Я (Я - хозяин жизни); локус контроля - жизнь или управляемость жизни.

4. Методика Е. Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах».

Данная методика позволяет проводить сравнительный анализ предпочтений по двенадцати главным человеческим ценностям.

Данные ценностные предпочтения должны быть рассмотрены у испытуемых, по замыслу автора методики, по трем аспектам.

В первом случае должно быть проведено сопоставление по значимости ценности в жизни испытуемого и его субъективной возможностью по доступности и достижимости данной ценности.

Во втором аспекте изучения ценностной сферы предполагается анализ, так называемого «внутреннего конфликта», в данное понятие автор методики вкладывает значительное рассогласование, выраженное в количественном эквиваленте между значимостью, какой либо ценности и большим разрывом с возможностью приблизиться к данной ценности, то есть ее недостижимостью или возникающими сложностями при достижении.

Третьей частью анализа данных психодиагностической методики является изучение «внутреннего вакуума». Внутренний вакуум - это то, что выражается в таких результатах, где ценность не столь значима для респондента, а возможность ее достижения вполне доступна и не является нужной человеку, то есть человек не испытывает потребности в данной ценности в своей жизни и при желании легко ее получит.

Так же Е.Б. Фанталовой было сформулировано понятие «нейтральной зоны», объясняя которое автор делает акцент на том, что у таких респондентов желаемые ценности вполне совпадают с возможными механизмами достижения желаемого. Этот вариант является наиболее гармоничным и соответствует самоактуализации внутренних потребностей индивида и возможностью реализации желаемого заложенной в объективной действительности.

Суммарный показатель «Ценность-Доступность», выявляемый в методике будет свидетельствовать о глубине не всегда осознаваемого состояния вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты, степени внутренней неудовлетворенности, блокады основных жизненных потребностей.

5. Методика рисуночных метафор «Жизненный путь» автор И.Л. Соломин.

Методика состоит в рисовании респондентом своего субъективно представляемого жизненного пути. На этом пути человек должен изобразить в виде сюжетов то, что он считает наиболее значимым из событий его жизни в прошлом, актуальных событий-переживаний текущего, настоящего времени и предполагаемых или желательных событий в будущем.

В основе интерпретации результатов по методике рисуночных метафор «Жизненный путь» лежит принцип аналогии между изображаемыми персонажами и автором изображения. Иными словами, изображение жизненного пути представляет метафорическую модель реального жизненного пути клиента. При этом чаще на отрезке предполагаемого будущего можно найти интересующий нас, в контексте данного исследования, жизненный смысл респондента. Будущее всегда всецело связано с ожиданием воплощения значимых жизненных целей наполненных смыслообразуемыми компонентами.

В ходе работы над методикой Соломина испытуемому предоставляется лист бумаги, простой карандаш и зачитывается следующая инструкция:

«Перед Вами чистый лист бумаги. Возьмите карандаш и изобразите на листе свою прошлую историю, свое положение в настоящий момент и варианты своей будущей жизни. Используйте свои воспоминания, переживания, фантазии и мечты».

Время, которое испытуемый затратит на выполнение теста, предоставляется в неограниченном количестве.

В настоящем исследовании нас интересует смысл жизни. При этом рисунок будет анализироваться по следующим параметрам:

1) Общая характеристика рисунка с его смыслообразующими мотивами: оптимистический или пессимистический взгляд на жизнь;

2) Целей, ценностей и смыслов жизни клиента, того, к чему он стремится, что для него является наиболее важным в жизни;

3) Наличие препятствий, проблем, того, что мешает достичь главной цели;

4) Несколько вариантов жизненного пути;

5) Негативные чувства или отношение к будущему;

6) Ресурсов клиента, его возможностей, того, что могло бы помочь ему в достижении целей, способов и вариантов решения проблем, обретения смыслов и достижения целей.

7) На каком отрезке, по мнению респондента, появляется смысл его жизни.

6. Авторская анкета.

В настоящем исследовании предпринята попытка изучения смысловой сферы респондентов посредством авторской анкеты, состоящей из нескольких несложных вопросов, в некоторых случаях, данных с вариантами ответов.

Вопросы, вошедшие в анкету:

1. Есть ли смысл в вашей жизни?

2. С чем наиболее связан главный смысл вашей жизни?

3. Менялся ли смысл вашей жизни в течение жизни (во взрослом

возрасте)?

4. Если смысл в жизни поменялся, с чем были связаны изменения, что стало причиной этого?

5. На сколько ваша жизнь отвечает смыслу жизни, который вы в нее вкладываете?

6. На сколько смысл вашей жизни соответствует вашим возможностям его реализовать?

Полный текст анкеты, с вариантами ответов представлен в Приложении 1.

Полученные данные были обработаны посредством методов математико-статистической обработки данных. Количественные сводные показатели при сравнении в обеих выборках были обработаны посредством t - критерия Стьюдента для независимых выборок. А данные сравнительного анализа полученные в процентном соотношении подвергались математико-статистической обработке данных посредством многофункционального углового преобразования Фишера.

2.2. Анализ результатов изучения жизненных ценностей лиц с онкозаболеваниями и условно здоровых людей

Первой диагностической методикой, запланированной в данном исследовании, явилась методика М. Рокича по изучению двух групп ценностей: терминальным и инструментальным ценностям. Рассмотрим полученные данные по этой методике.

В таблице 1 приведены значения полученные путем вычисления среднего арифметического значения по каждой группе участвующей в исследовании: людей страдающих различными онкологическими заболеваниями и испытуемых являющихся условно здоровыми (без онкологических диагнозов).

Данные по методике М. Рокича (по терминальным ценностям)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
группы	активная жизнь	мудрость	здоровье	природа и искусство	интересная работа	любовь	материальн. обеспеч	верные друзья	обществен. признание	познание	продуктив. жизнь	развитие	развлечения	свобода	семейная жизнь	счастье других	уверенность в себе	творчество
Лица с онкозаболеваниями	4,2	8,2	1,5	14,2	7,6	5,2	10,2	8,7	12,7	9,7	7,6	10,5	13,8	11,3	6,7	15,8	10,6	11,7
Лица условно здоровые	5,6	9,1	3,2	9,5	7,8	5,3	8,1	11	16,5	8,6	8,2	9,5	13,2	8	10	15,3	10,2	11,3

Представим полученные данные в виде гистограммы на рисунке 1. На рисунке 1 шкалы являются обратными, то есть большее значение шкал соответствует наименьшему рангу.



Рис. 1. Результаты по терминальным ценностям респондентов с заболеванием и здоровых респондентов

Далее были рассчитаны средние арифметические показатели по выбранным рангам инструментальных ценностей в группе страдающих онкологическими заболеваниями и в группе условно здоровых людей. Данные по инструментальным ценностям приведены в таблице 2.

Таблица 2

Данные по методике М. Рокича (инструментальные ценности)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
группы	аккуратность	воспитанность	высокие запросы	жизнерадостность	исполнительность	независимость	нетерпимость к недостаткам	образованность	ответственность	рационализм	самоконтроль	смелость	чуткость	терпимость	широта взглядов	твердая воля	честность	эффективность в делах
с онкопатологией	12,2	10	16,2	5,6	11,5	4,5	11,8	8,8	7,1	9,7	9,5	6	7,8	11,1	10,1	8,7	8,6	12,8
Условно здоровые лица	11,7	8,6	13,3	6,1	9,7	5,5	15,7	10	5,6	10,5	12	8,8	9	9,2	9,8	9,7	5,2	10

Представим полученные данные по инструментальным ценностям в виде гистограммы на рисунке 2. На рисунке 2 шкалы так же как и на первом рисунке являются обратными, то есть большее значение шкал соответствует наименьшему рангу.

Самой значимой инструментальной ценностью для респондентов с онкозаболеванием является «Независимость» (ранг 1), далее следуют ценности «Жизнерадостность», «Смелость», «Ответственность», «Чуткость», «Честность» (ранги со 2 по 6).

Большинство значимых инструментальных ценностей присутствуют и у онкобольных респондентов и условно здоровых респондентов («Честность» (ранг 1 и 6), «Независимость», «Ответственность» (ранги 2 и 3 у здоровых респондентов и ранги 3 и 4 у респондентов с заболеванием), «Жизнерадостность» (ранги 4 и 2 соответственно), «Смелость» (ранги 6 и 3

соответственно). Для здоровых респондентов еще значимой ценностью является «Воспитанность» (ранг 5), а для респондентов с заболеванием значимой ценностью является «Чуткость» (ранг 5). По результатам исследования было выявлено, что наиболее значимой терминальной ценностью для здоровых респондентов является «Здоровье» (ранг 1), далее следуют ценности «Любовь», «Активная деятельность», «Интересная работа», «Свобода», «Материально обеспеченная жизнь» (ранги со 2 по 6).



**Рис. 2. Данные по инструментальным ценностям
респондентов с заболеванием и здоровых респондентов**

Самой значимой терминальной ценностью для респондентов с онкологическим заболеванием является «Здоровье» (ранг 1), далее следуют ценности «Активная деятельность», «Любовь», «Счастливая семейная

жизнь», «Интересная работа», «Продуктивная жизнь» (ранги со 2 по 6).

Первые четыре значимых терминальных ценностей присутствуют и у онкологических больных респондентов и респондентов условно здоровых («Здоровье» (ранг 1 у двух исследуемых групп), «Любовь», «Активная жизнь» (ранги 2 и 3 у здоровых респондентов и ранги 3 и 2 у респондентов с заболеванием), «Интересная работа» (ранги 4 и 5 соответственно). Для здоровых респондентов еще значимыми ценностями являются «Свобода» и «Материально обеспеченная жизнь» (ранги 5 и 6), а у респондентов с заболеванием в наиболее значимые ценности попадают ценности «Счастливая семейная жизнь» и «Продуктивная жизнь» (ранги 4 и 6).

В сравнении с онкологически больными наиболее значимой инструментальной ценностью для здоровых респондентов является «Честность» (ранг 1), далее следуют ценности: «независимость», «ответственность», «жизнерадостность», «воспитанность», «смелость» (ранги со 2 по 6).

Проранжированные ценности представлены в Приложении 2.

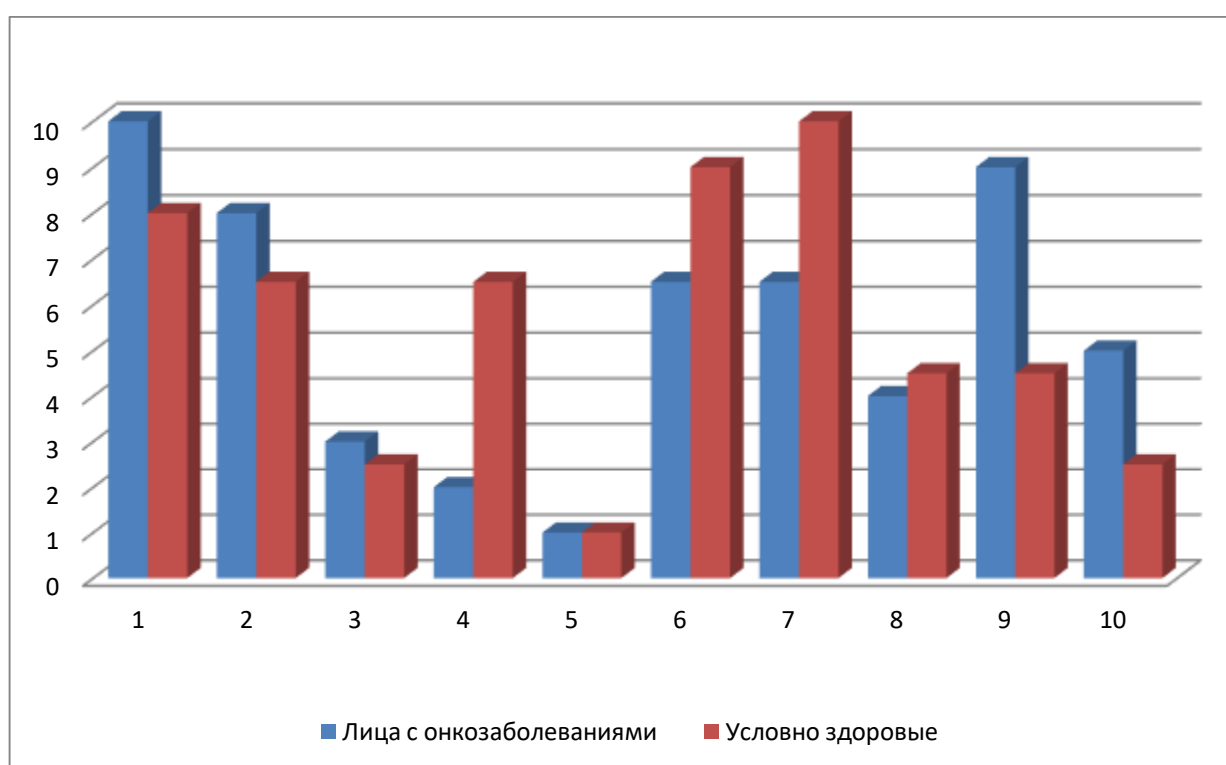
Для выявления значимых различий в уровне выраженности той или иной ценности между двумя исследуемыми группами использовался *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок. В итоге статистической обработки полученные данные внесены в сводные таблицы в Приложении 3. Статистически значимые различия были определены в следующих терминальных ценностях: красота природы и искусства ($p=0,018$); общественное признание ($p = 0,01$).

Анализ данных, полученных в результате исследования ценностных ориентаций в выборках (Приложение 4), не выявил статистически значимых различий инструментальных ценностей в исследуемых группах.

Рассмотрим результаты диагностики жизненных ценностей по методике Ш. Шварца между группой людей, страдающих онкологическими заболеваниями (ОБ) и группой здоровых лиц (ЗД) представлены в таблице 3 и на рисунке 3.

**Результаты сравнительного анализа жизненных ценностей людей
имеющих онкологические заболевания и условно здоровых
респондентов**

Выборки	Конформность	Традиции	Доброта	Универсализм	Самостоятельность	Стимуляция	Гедонизм	Достижения	Власть	Безопасность
Лица с онкозаболеваниями	8	9,5	16,5	19	24	12	12	15,5	9	14
Условно здоровые	7	10	14,5	10	16,5	6	4	11	11	14,5



1-Конформизм; 2-Традиции; 3-Доброта; 4-Универсализм; 5-Самостоятельность; 6-Стимуляция; 7-Гедонизм; 8-Достижения; 9-Власть; 10-Безопасность

**Рис. 3. Результаты сравнительного анализа (переведенные в ранги)
жизненных ценностей**

Обсудим полученные результаты методики Ш. Шварца представленные в таблице 3 и на рисунке 3. Анализ результатов исследования показывает, что для обеих групп испытуемых наиболее

значимой ценностью является самостоятельность. Это обстоятельство свидетельствует о том, что определяющая ценность заключается в независимости мышления и выбора действий в творчестве, исследовательской деятельности. Самостоятельность - производное от организменной потребности в контроле и управлении, а также от интеракционных требований автономности и независимости.

В группе лиц с онкологическими заболеваниями второе место заняла ценность «универсализм», а третье «доброта». Обе ценности относятся к категории ценностей, выходящих за пределы своего «Я», и проявляется в безусловном принятии окружающих, проявлении терпимости и понимания по отношению к миру в целом и людям в частности. Безусловно полученные результаты соотносятся с одной из фаз принятия болезни по Э. Кюблер-Росс, на которой возникает новое понимание смысла жизни и ее ценности. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что исследуемые пациенты достаточно успешно прошли адаптацию к болезни.

Наименее значимыми ценностями среди онкобольных являются «традиции», «власть» и «конформизм». При этом «традиции» и «конформность» относятся к одной категории ценностей «Сохранение». То есть для онкобольных, малозначимыми, являются потребности следовать каким-либо шаблонам и стереотипам. Для них важен их собственный опыт. Также становится понятным обесценивание ценности «власти», которая проявляется в потребности поддерживать некий социальный статус и положение в обществе. При столкновении со смертельным заболеванием контроль над другими, престиж и доминирование обесцениваются и теряют свою значимость. В группе условно здоровых лиц, второе и третье место разделили ценности «доброта» и «безопасность». Такое сочетание ценностей предполагает, на наш взгляд с одной стороны сфокусированность на благополучии в повседневном взаимодействии с близкими людьми и сохранении их благополучия, с другой стороны проявляется в стремлении сохранить стабильность общества и взаимоотношений. Для здоровой группы

испытуемых наименее значимыми оказались ценности «конформизма», «стимуляции» и «гедонизма». Последние две ценности также являются схожими в отношении получения от жизни удовольствия. Видимо для исследуемой выборки получение наслаждения от жизни, стремление к новизне и глубоким жизненным переживаниям не является значимыми.

Что касается остальных ценностей, то мы видим, что для группы онкологических больных более значимыми по сравнению со здоровыми людьми, выступает ценность «универсализм», «стимуляция» и «гедонизм». То есть помимо большего уровня принятия мира, онкобольные в большей степени стремятся получать удовольствие и наслаждение от жизни. Зато в свою очередь, здоровые лица в большей степени ценят «власть», по сравнению с онкологическими пациентами. Однако, полученные различия не являются статистически значимыми и выявлены на уровне тенденции.

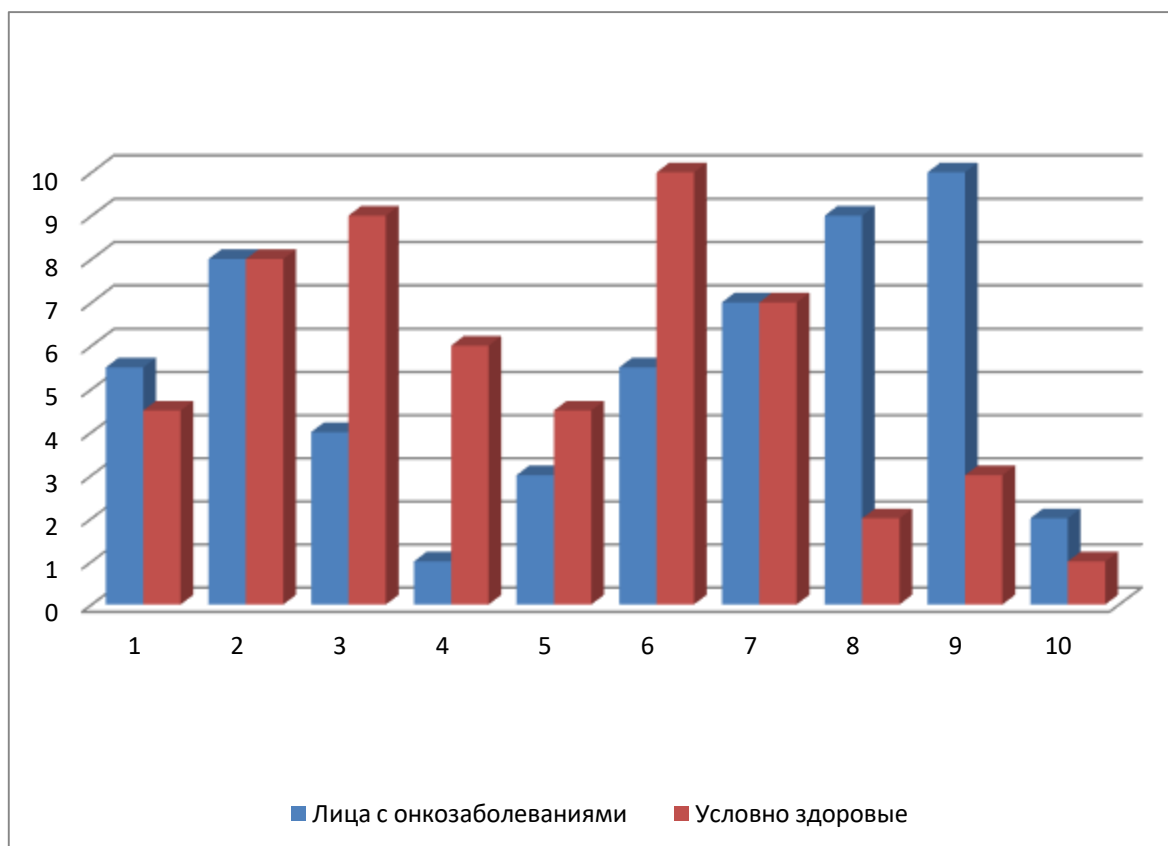
Далее проанализируем результаты второй части методики Ш. Шварца, которая позволяет выявить мотивацию респондентов на уровне индивидуальных приоритетов людей, то есть на уровне реализации ценностей в поведении. Результаты диагностики лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых лиц представлены в таблице 4 и на рисунке 4.

Таблица 4

Результаты исследования шкал ценностей на уровне поведения

Выборки	Конформность	Традиции	Доброта	Универсализм	Самостоятельность	Стимуляция	Гедонизм	Достижения	Власть	Безопасность
Лица с онкозаболеваниями	8	6,5	9,5	12,5	10	8	7,5	5	4,5	12
Условно здоровые	3,5	0,5	-0,5	3	3,5	-1,5	1,5	5	4	8

Представим полученные данные в виде гистограммы на рисунке 4.



1-Конформизм; 2-Традиции; 3-Доброта; 4-Универсализм; 5-Самостоятельность; 6-Стимуляция; 7-Гедонизм; 8-Достижения; 9-Власть; 10-Безопасность.

Рис. 4. Данные по шкалам ценностей на уровне поведения

Анализируя результаты второй части методики Ш. Шварца, которая выявляет насколько те или иные ценности реализуются в жизни испытуемых, мы получили следующие данные. Для онкобольных самыми реализуемыми в поведении являются ценности «универсализм», «безопасность» и «самостоятельность». То есть в жизни они часто стремятся к пониманию, терпимости и защите благополучия всех людей и природы, к стабильности общества, отношений и самого себя (что вполне оправдано их состоянием здоровья) и к проявлению самостоятельности в мыслях и действиях. Наименее реализуемыми в поведении являются ценности «традиции»,

«достижения» и «власти».

В группе здоровых испытуемых самыми реализуемыми в поведении являются ценности «безопасность», «достижения» и «власти». То есть в жизни они часто стремятся к стабильности общества, отношений и самого себя, личному успеху в соответствии с социальными стандартами, достижению социального статуса и доминированию над людьми и ресурсами. Наименее реализуемыми в поведении здоровых респондентов являются ценности «традиции», «доброта» и «стимуляция».

Кроме того, если сравнивать степень реализации ценностей онкобольных и здоровых испытуемых, то мы видим, что онкобольные чаще в своем поведении проявляют ценности «универсализма», «доброты» и «стимуляции». В то время как здоровые респонденты чаще руководствуются ценностями «власти» и «достижений». Однако, полученные различия не являются статистически значимыми и выявлены на уровне тенденции.

Далее перейдем к анализу результатов методики смысложизненных ориентаций (СЖО) в адаптации Д.А. Леонтьева, которые представлены в таблице 5 и на рисунке 5.

Таблица 5

Средние значения по шкалам методики СЖО лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых

	Цели в жизни	Процесс	Результат	Локус контроля - Я	Локус контроля - Жизнь
Лица с онкозаболеваниями	23,5	16,5	18,5	16	21,5
Условно здоровые	27	18,75	16,5	14,75	21

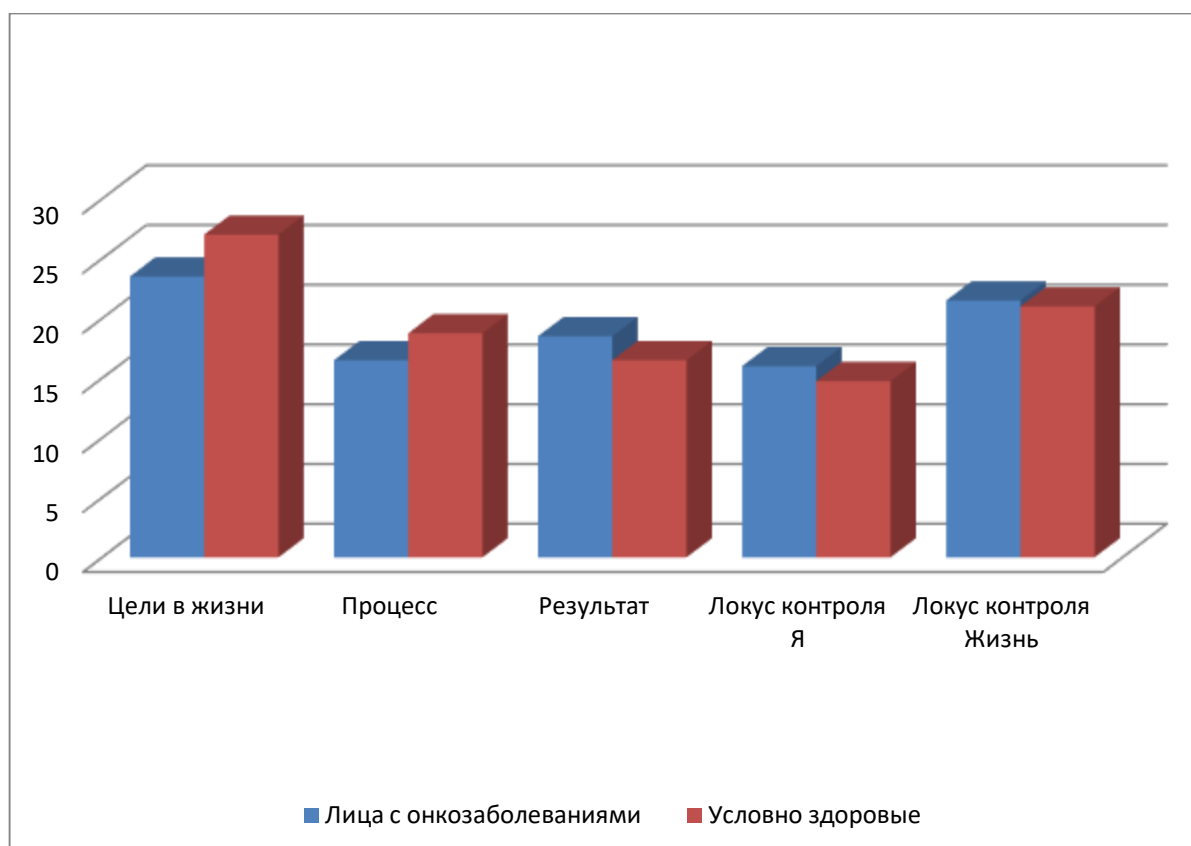


Рис. 5. Результаты лиц с онкозаболеваниями и здоровых респондентов по методике СЖО

Проанализировав средние значения двух групп респондентов по шкалам методики смысловых ориентаций в адаптации Д.А. Леонтьева, мы пришли к следующим выводам:

1. Наиболее выраженная ориентация в обеих группах испытуемых это – нацеленность на будущее. Однако в группе лиц с онкологическими заболеваниями она имеет менее выраженные значения, по сравнению с условно здоровыми людьми.

2. Показатели по шкале «Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни» менее выражены в группе лиц с онкологическими заболеваниями, по сравнению с условно здоровыми респондентами, что свидетельствует о том, что здоровые лица больше воспринимают сам процесс своей жизни как интересный и эмоционально насыщенный. Однако, полученные различия не столь значимы.

3. Показатели по шкале «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» более высокие в группе онкологических пациентов, по сравнению со здоровой выборкой. Данный факт можно объяснить тем, что само заболевание онкологией способствует переоценке жизненных ценностей и переосмысливанию прожитой части жизни.

4. Показатели по шкалам «Локус контроля-Я» и «Локус контроля - Жизнь» выше в группе лиц с онкологией, что свидетельствует о том, что они считают себя более сильными личностями и считают, что именно от них зависит способность контролировать свою жизнь. В группе здоровых лиц эти показатели находятся несколько ниже, но достоверность различий не подтверждается методами математической статистики.

Таким образом, результаты проведенного исследования ценностной сферы в целом показали нам своеобразие ценностных ориентаций и смысложизненных ориентиров онкологических пациентов, но не подтвердили значимых различий с группой здоровых лиц, однако это может быть объяснено недостаточным количеством респондентов в исследуемых выборках.

2.3. Анализ соотношения ценностей в контексте доступности и значимости в их реализации

Рассмотрим полученные в ходе исследования результаты по методике Е. Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах». По данной методике был проведен сравнительный анализ предпочтений по двенадцати главным человеческим ценностям. Данные ценностные предпочтения были рассмотрены, по замыслу автора методики, по трем аспектам. В первом случае было проведено сопоставление по значимости ценности в жизни испытуемого и его субъективной возможностью по доступности и достижимости данной

ценности. Во втором аспекте изучения ценностной сферы был проанализирован, так называемый «внутренний конфликт», в данное понятие автор теста вкладывает значительное рассогласование, выраженное в количественном эквиваленте между значимостью, какой либо ценности и большим разрывом с возможностью приблизиться к данной ценности, то есть ее недостижимостью или возникающими сложностями при достижении. И, третьей частью анализа психодиагностической методики явилась попытка анализа «внутреннего вакуума». Что выражается в таких результатах, где ценность не столь значима для респондента, а возможность ее достижения вполне доступна и не является нужной человеку, то есть человек не испытывает потребности в данной ценности в своей жизни и при желании легко ее получит. Так же автором методики было сформулировано понятие «нейтральной зоны», объясняя которое автор делает акцент на том, что у таких респондентов желаемые ценности вполне совпадают с возможными механизмами достижения желаемого. Этот вариант является наиболее гармоничным и соответствует самоактуализации внутренних потребностей индивида и возможностью реализации желаемого заложенной в объективной действительности.

По данной методике был проведен сравнительный анализ предпочтений по двенадцати главным человеческим ценностям. Представим сравнительный анализ первой и второй групп по каждой из двенадцати ценностей по трем показателям, таким как: «внутренний конфликт», «внутренний вакуум» и «нейтральная зона». Сводная таблица данных по методике представлена в Приложении 5.

По первой, приведенной в методике ценности «активная, деятельная жизнь» в первой группе респондентов с онкопатологией в анамнезе были получены следующие результаты: тех испытуемых, у которых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой было выявлено 21 человек, что в процентном соотношении от группы составило 70% (этот показатель является «внутренним конфликтом»). Респондентов с

онкопатологией по данной ценности имеющим «внутренний вакуум» было выявлено 8 человек (26,7%). И соответственно у одного человека (3,3%) была диагностирована, так называемая, «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

Анализ результатов в группе условно здоровых респондентов показал, что «внутренний конфликт» по ценности активной и деятельной жизни присутствует у 6-ти респондентов, что составляет 20%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 11 человек (36,7%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 13-ти условно здоровых испытуемых (что составило 43,3%). Отразим полученные данные по ценности активной жизни, в виде сравнительной гистограммы отражающей показатели людей с онкозаболеваниями и условно здоровых респондентов на рисунке 6.

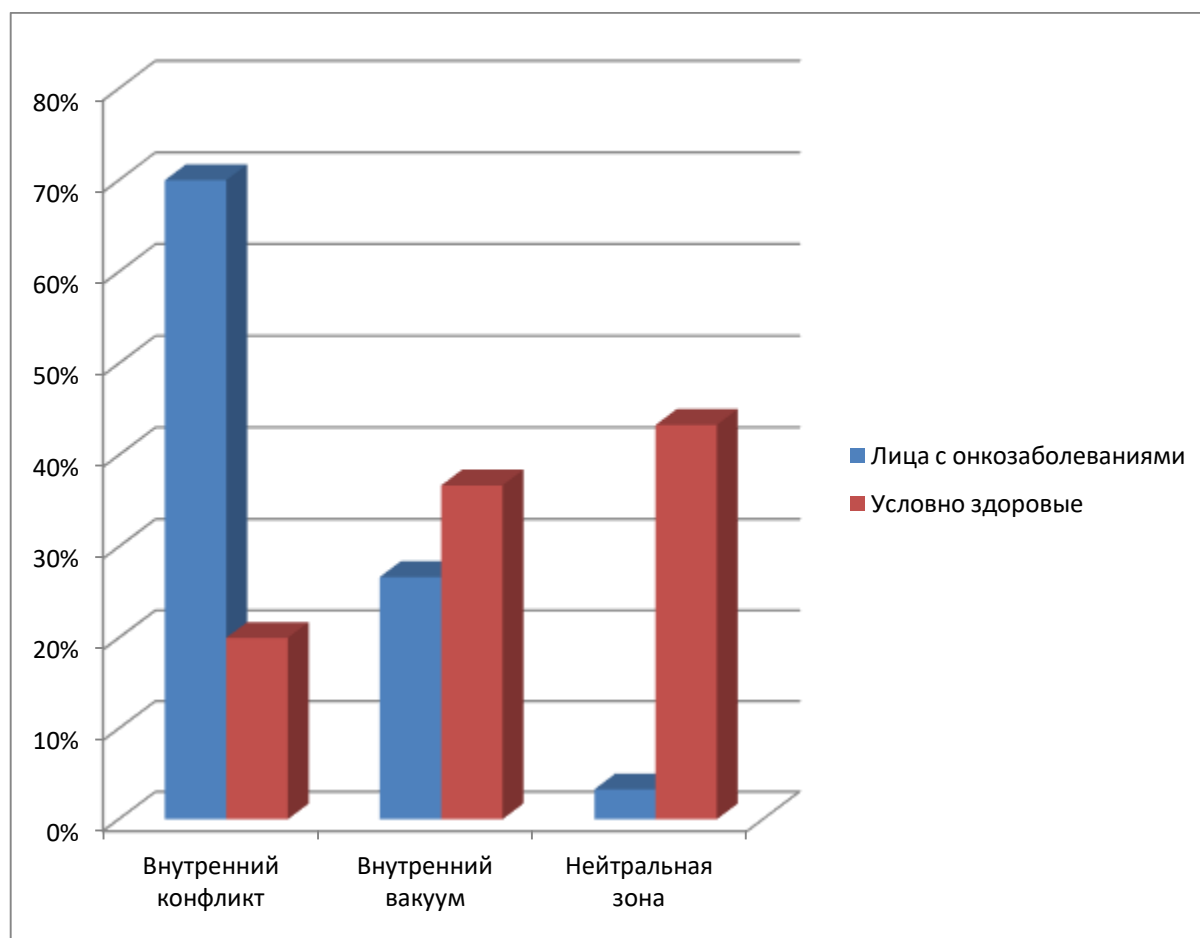


Рис. 6. Результаты по ценности активной и деятельной жизни

К полученным данным по ценности активной жизни был применен метод математико-статистической обработки данных – угловое преобразование Фишера. Так по показателю «внутренний конфликт» были получены значимые различия на 99% уровне достоверности различий (при $p \leq 0,01$) ($\phi^*_{эмп} = 4.086$).

По «внутреннему вакууму» различия оказались недостоверными. А по результатам в «нейтральной зоне» различия в полученных данных достоверны на 99% уровне достоверности (при $p \leq 0,01$), $\phi^*_{эмп} = 4.148$.

Рассмотрим данные по ценности здоровья (физического и психического). Так, в первой группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены следующие результаты: тех испытуемых, у которых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой было выявлено 28 человек, что в процентном соотношении от группы составило 93,3% (этот показатель является «внутренним конфликтом»). Из респондентов имеющих различные онкологические заболевания по данной ценности имеющим «внутренний вакуум» был выявлен 1 человек (3,3%). И так же у одного человека (3,3%) была диагностирована, так называемая, «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

Анализ результатов в группе условно здоровых респондентов показал, что «внутренний конфликт» по ценности здоровой жизни присутствует у 9-ти респондентов, что составляет 30%.

«Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 6-ти человек (20%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 15-ти условно здоровых испытуемых (что составило 50%).

Отразим полученные данные по ценности здоровья, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 7.

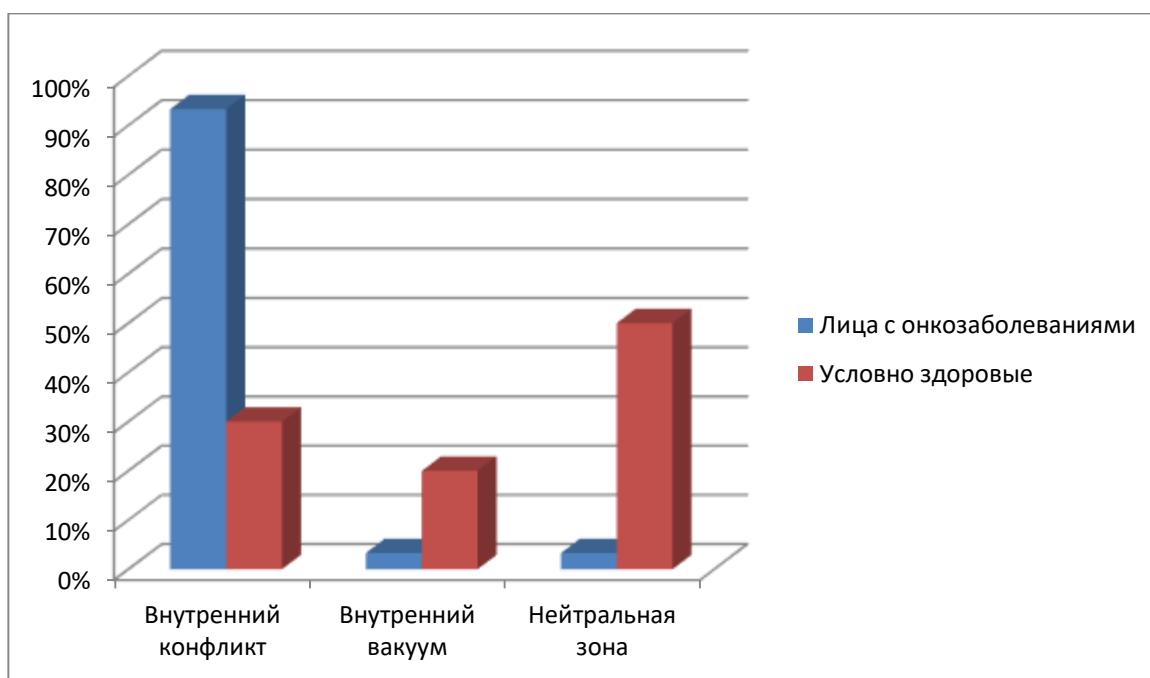


Рис. 7. Сравнение результатов по ценности здоровья (физического и психического)

К полученным данным по ценности «здоровье» так же был применен метод математико-статистической обработки данных – угловое преобразование Фишера. Так по показателю «внутренний конфликт» были получены значимые различия на 99% уровне достоверности различий (при $p \leq 0,01$) ($\phi^*_{эмп} = 5.651$). По «внутреннему вакууму» различия оказались недостоверными. А по результатам в «нейтральной зоне» различия в полученных данных достоверны на 99% уровне достоверности, $\phi^*_{эмп} = 4.671$ (при $p \leq 0,01$).

Рассмотрим данные по ценности «интересная работа». Так, в группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были следующие результаты: у 13-ти испытуемых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой, что в процентном соотношении от первой группы составило 43,3% - этот показатель является «внутренним конфликтом». Респондентов из первой группы по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 10 человек (33,3%). У 7-ми человек (23,3%) была диагностирована, так называемая, «нейтральная зона» в

которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

Анализ результатов респондентов в группе условно здоровых людей показал, что «внутренний конфликт» по ценности «интересная работа» присутствует у 16-ти респондентов, что составляет 53,3%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 5-ти человек (16,7%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 9-ти условно здоровых испытуемых (что составило 30%). Отразим полученные данные по ценности «интересная работа», в виде сравнительной гистограммы на рисунке 8.

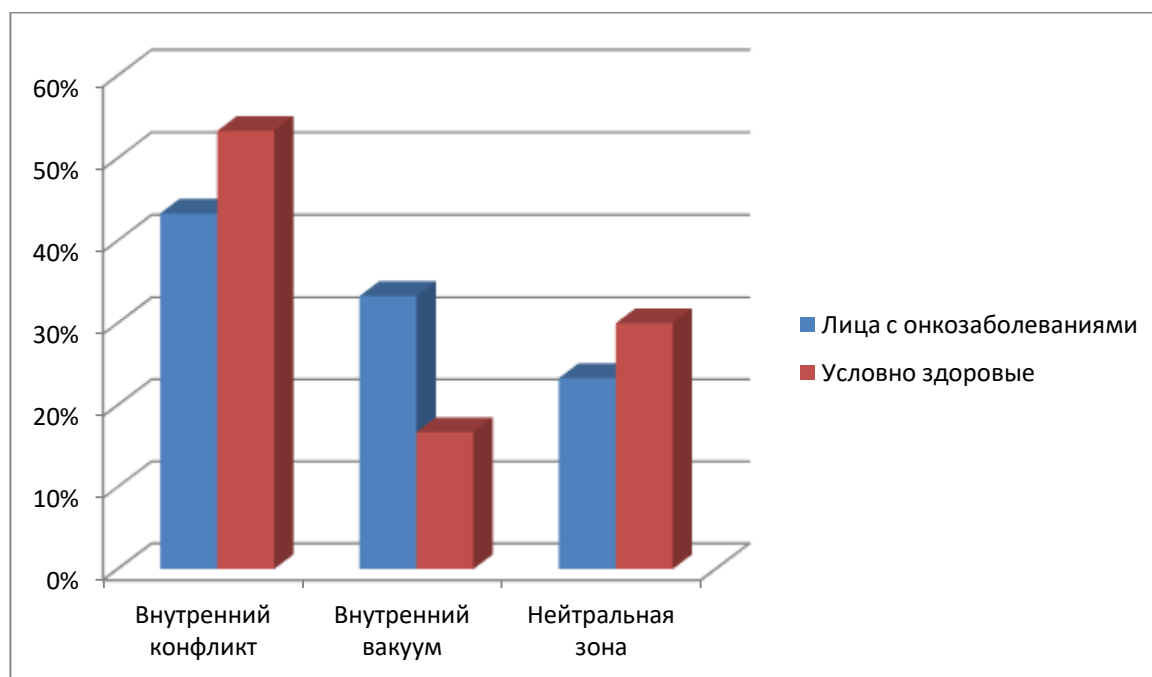


Рис. 8. Результаты по ценности «интересная работа» лиц с онкозаболеваниями и условно здоровых респондентов

Применение метода математико-статистической обработки данных – углового преобразования Фишера к полученным результатам по ценности «интересная работа» не выявило значимых и достоверных различий.

Проанализируем данные по ценности «красота природы и искусства». Так, в группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были следующие результаты: у 6-ти испытуемых ценность является

значимой, но при этом труднодостижимой, что в процентном соотношении от первой группы составило 20% - это тот показатель, который именуется «внутренним конфликтом». Респондентов из первой группы по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 10 человек (33,3%). У 14-ти испытуемых (46,7%) была диагностирована, так называемая, «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

В группе условно здоровых людей анализ данных методики показал, что «внутренний конфликт» по ценности «красота природы и искусства» присутствует у 3-х респондентов, что составляет 10%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 9-ти человек (30%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 9-ти условно здоровых испытуемых (что составило 60%). Отразим полученные данные по ценности природы и искусства, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 9.

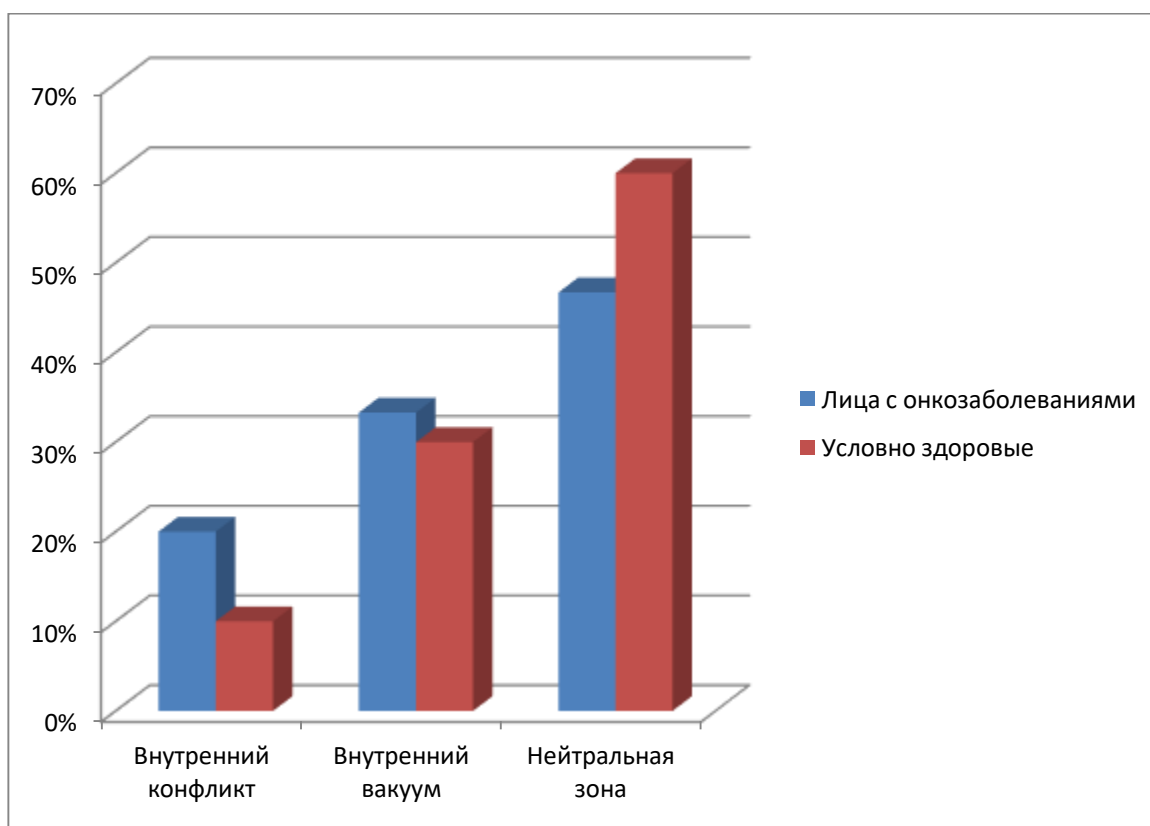


Рис. 9. Результаты по ценности «красота природы и искусства»

Применение метода математико-статистической обработки данных – критерия Фишера к полученным результатам по ценности «красота природы и искусства» не определило значимых и достоверных различий.

Далее представим данные по ценности «любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)». Так, в группе испытуемых страдающих онкологическими заболеваниями были такие результаты: у 26-ти испытуемых ценность является значимой и труднодостижимой, что в процентном соотношении от первой группы составило 86,7% (что является «внутренним конфликтом»). Респондентов из первой группы по данной ценности с «внутренний вакуум» выявлено не было. У 4-х испытуемых (13,3%) была диагностирована, так называемая, «нейтральная зона» где которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

В группе условно здоровых респондентов «внутренний конфликт» по ценности «любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)» присутствует у 18-ти респондентов, что составляет 60%. «Внутренний вакуум» по данной ценности, так же как и в первой группе не выявлен. И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 12-ти условно здоровых испытуемых (что составило 40%).

Данные по критерию Фишера по ценности «любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)» говорят о достоверных различиях между исследуемыми группами по показателям «внутренний конфликт» и «нейтральная зона» (различия достоверны на 99%-м уровне достоверности различий (при $p \leq 0,05$), $\phi^*_{эмп} = 2.413$).

Отразим полученные данные по ценности любви (духовной и физической близости с любимым человеком), в виде сравнительной гистограммы на рисунке 10.

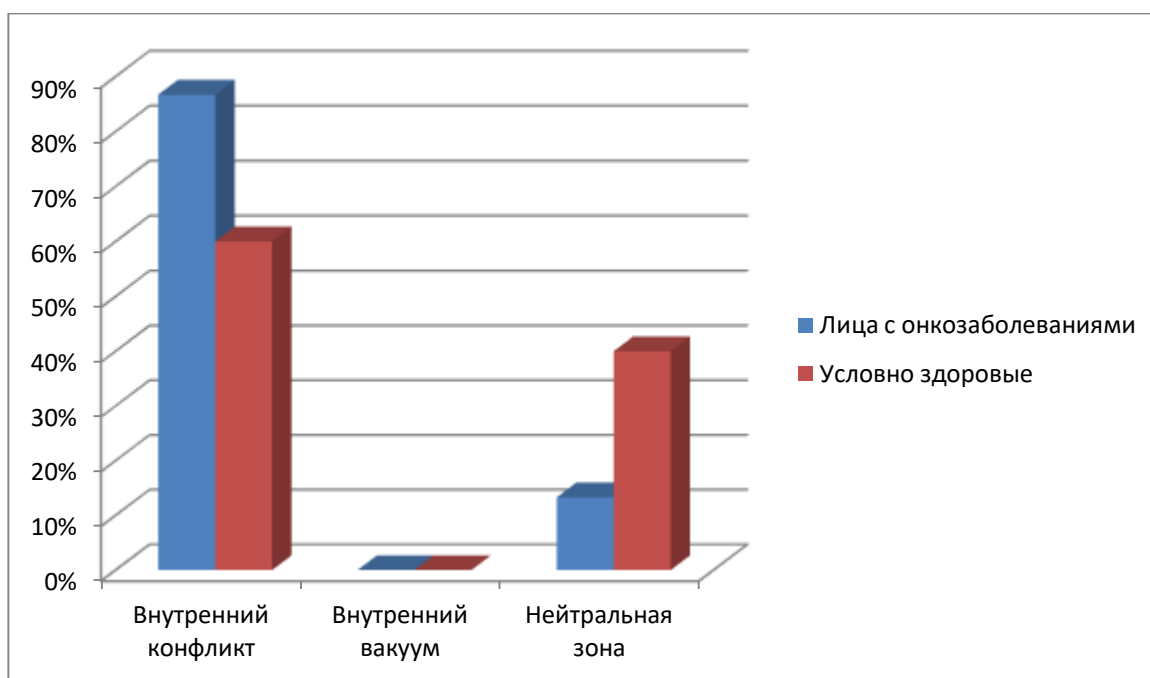


Рис. 10. Данные сравнительного анализа по ценности «любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)» лиц имеющих онкологические заболевания и условно здоровых

Проанализируем данные по ценности «материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)». В группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены такие результаты: у 23-х испытуемых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой, является «внутренним конфликтом», что в процентном соотношении от всей группы составило 76,7% . Респондентов из группы лиц с онкозаболеваниями по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 6-ть человек (20%). У 1-го (3,3%) была зафиксирована «нейтральная зона».

В группе условно здоровых людей анализ данных методики показал, что «внутренний конфликт» по ценности «материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)» присутствует у 20-ти респондентов, что составляет 66,7%%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 2-х человек (6,7%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 8-ми условно здоровых испытуемых (что составило 26,7%). Отразим полученные

данные по ценности материально-обеспеченной жизни (отсутствии материальных затруднений), в виде сравнительной гистограммы на рисунке 11.

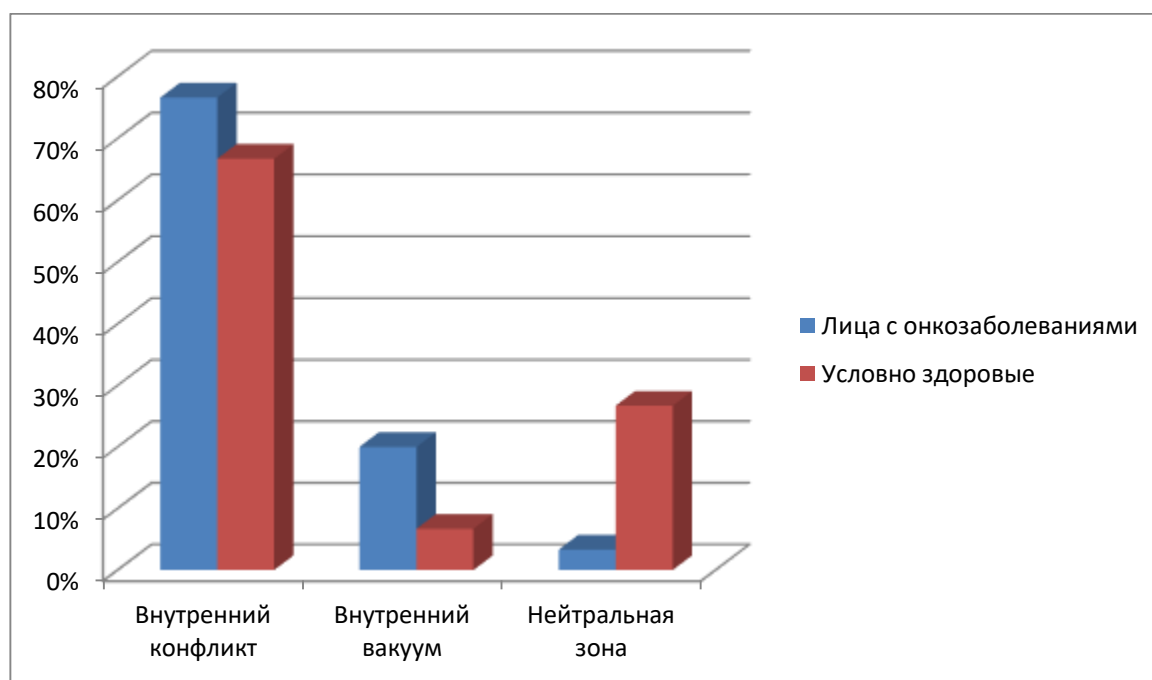


Рис. 11. Данные сравнительного анализа по ценности «материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)»

Применение метода математико-статистической обработки данных – критерия Фишера к полученным результатам по ценности «материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)» по критериям внутренний конфликт и внутренний вакуум - не показало достоверных различий. По критерию «нейтральная зона» различия у здоровых и имеющих различные онкологические заболевания испытуемых оказались достоверно различными при $\varphi^*_{эмп} = 2.792$ (при $p \leq 0,01$).

Рассмотрим данные по ценности «наличие хороших и верных друзей». Так, в группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были следующие результаты: у 7-ми испытуемых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой, что в процентном соотношении от первой группы составило 23,3% - показатель является «внутренним конфликтом». Респондентов из первой группы по данной ценности имеющих

«внутренний вакуум» было выявлено 2 человека (6,7%). У 21 человека (70%) была диагностирована «нейтральная зона» (в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений).

В группе условно здоровых людей «внутренний конфликт» по ценности «наличие хороших и верных друзей» присутствует у 11-ти респондентов, что составляет 36,7%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен не был. И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 19-ти условно здоровых испытуемых (что составило 63,3%). Отразим полученные данные по ценности «наличие хороших и верных друзей», в виде сравнительной гистограммы на рисунке 12.

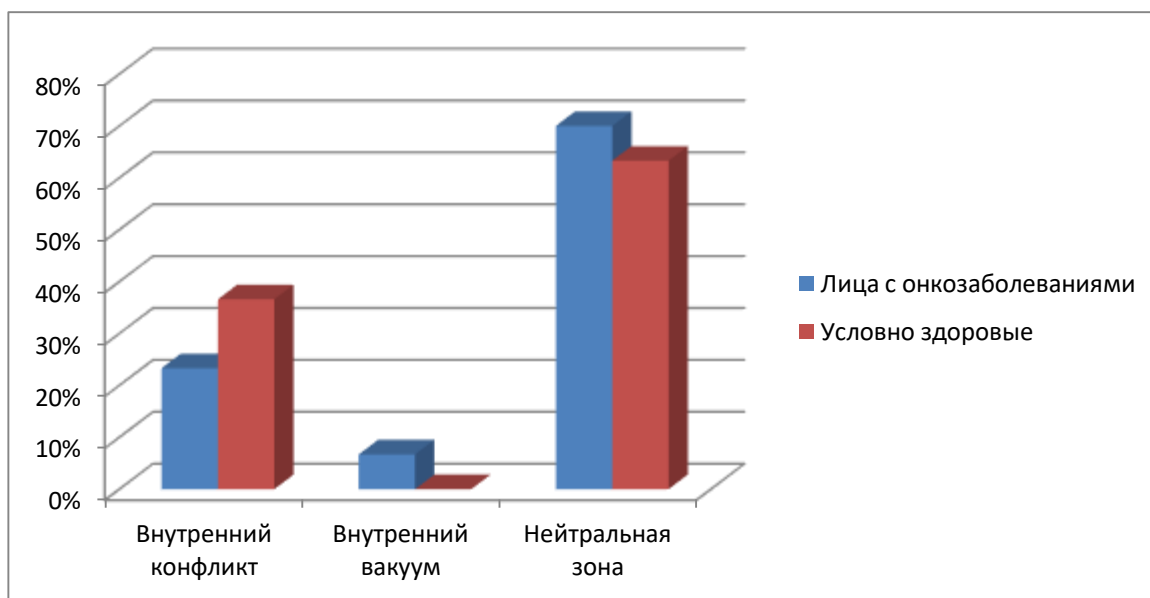


Рис. 12. Данные сравнительного анализа по ценности «наличие хороших и верных друзей»

Применение метода математико-статистической обработки данных – углового преобразования Фишера к полученным результатам по ценности «наличие хороших и верных друзей» не выявило значимых и достоверных различий.

Проанализируем данные по ценности «уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)». В группе испытуемых имеющих

различные онкологические заболевания были получены следующие результаты, так у 10-ти испытуемых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой, является «внутренним конфликтом», что в процентном соотношении от всей группы составило 33,3%. Респондентов из группы лиц с онкозаболеваниями по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 11-ть человек (36,7%). У 9-ти испытуемых (30%) была выявлена «нейтральная зона».

В группе условно здоровых людей анализ данных методики показал, что «внутренний конфликт» по ценности «уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)» присутствует у 12-ти респондентов, что составляет 40%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 2-х человек (6,7%). К «нейтральной зоне» были отнесены показатели 16-ти условно здоровых испытуемых (что составило 53,3%). Отразим полученные данные по ценности уверенности в себе (свободы от внутренних противоречий, сомнений), в виде сравнительной гистограммы на рисунке 13.

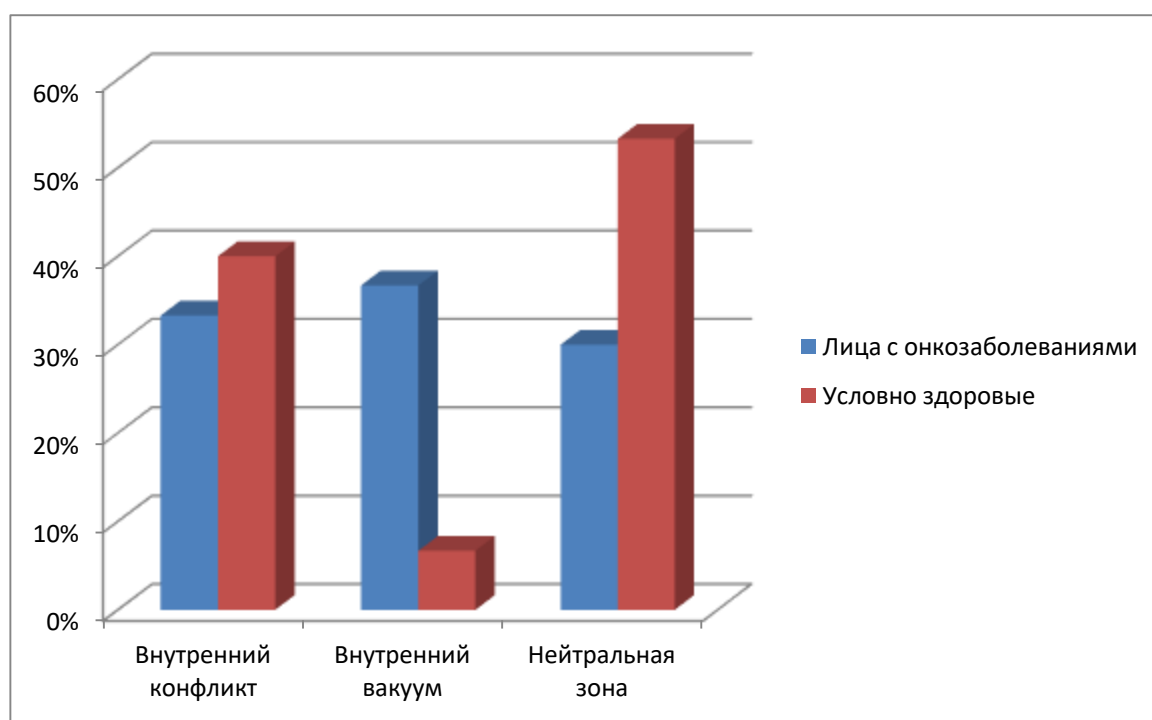


Рис. 13. Данные сравнительного анализа по ценности «уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)»

Применение метода математико-статистической обработки данных – критерия Фишера к полученным результатам по ценности «уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)» по показателю – «внутренний конфликт» нет достоверных различий.

По показателю «внутренний вакуум» и «нейтральная зона» различия у здоровых и страдающих онкологическими заболеваниями испытуемых оказались достоверно различными (соответственно при $\varphi^*_{эмп} = 3.013$ (при $p \leq 0,01$) (99%-й уровень достоверности различий) и $\varphi^*_{эмп} = 1.851$ (при $p \leq 0,05$) (95%-й уровень достоверности различий)).

Рассмотрим данные по ценности познания (возможности расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуального развития). В группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены следующие результаты, тех испытуемых, у которых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой было выявлено 2-а респондента, что в процентном соотношении от группы составило 6,7% (этот показатель является «внутренним конфликтом»). Респондентов имеющих онкологические заболевания по данной ценности имеющим «внутренний вакуум» было выявлено 17 человек (56,7%). У 11 человек (37,7%) была диагностирована «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

В группе условно здоровых респондентов «внутренний конфликт» по ценности познания присутствует у 5-ти респондентов, что составляет 16,7%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 13-ти человек (43,3%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 12-ти условно здоровых испытуемых (что составило 40%).

Отразим полученные данные по ценности познания, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 14.

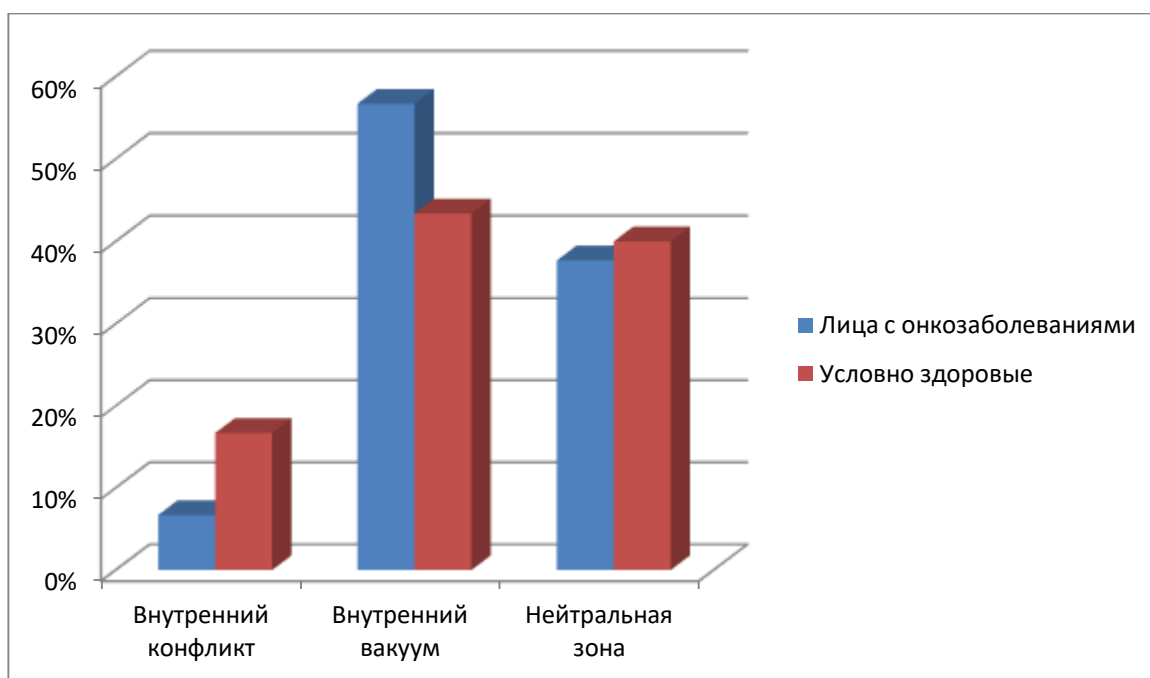


Рис. 14. Данные сравнительного анализа по ценности познания

К полученным данным по ценности «познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуального развития)» так же был применен метод математико-статистической обработки данных, в результате применения которого значимые различия установлены не были.

Далее представим данные по ценности свободы как независимости в поступках и действиях. В группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены следующие результаты, тех испытуемых, у которых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой было выявлено 6-ть респондентов, что в процентном соотношении от группы составило 20% (показатель является «внутренним конфликтом»). Респондентов имеющих различные онкологические заболевания по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 10 человек (33,3%). У 14 человек (46,7%) была диагностирована «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

В группе условно здоровых респондентов «внутренний конфликт» по

ценности свободы присутствует у 7-ми респондентов, что составляет 23,3%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 13-ти человек (43,3%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 10-ти условно здоровых испытуемых (что составило 33,3%). Отразим полученные данные по ценности свободы, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 15.

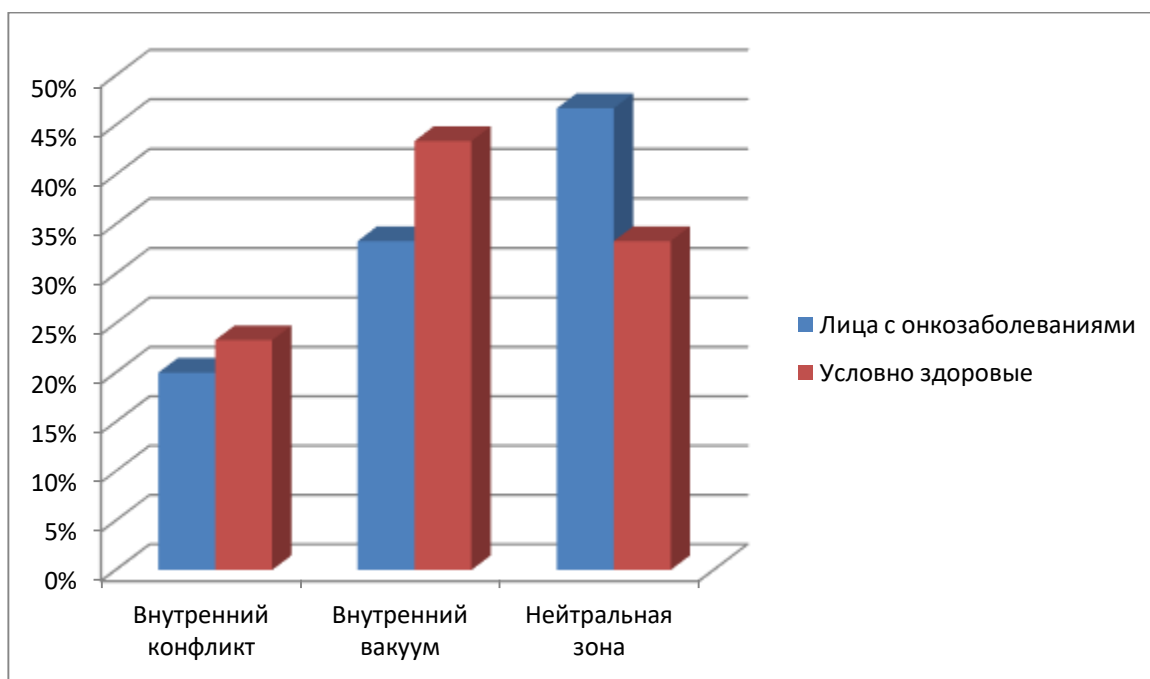


Рис. 15. Данные сравнительного анализа по ценности свободы

При обработке результатов по ценности «свободы как независимости в поступках и действиях» посредством критерия Фишера значимые различия между группами обнаружены не были.

Проанализируем данные по ценности «счастливой семейной жизни». В группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены следующие результаты, так у 24-х испытуемых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой, является «внутренним конфликтом», что в процентном соотношении от всей группы составило 80%. Респондентов из группы лиц с онкозаболеваниями по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» выявлено не было. У 6-ти испытуемых (20%) была выявлена «нейтральная зона».

В группе условно здоровых людей анализ данных методики показал, что «внутренний конфликт» по ценности «счастливой семейной жизни» присутствует у 14-ти респондентов, что составляет 46,7%. «Внутренний вакуум» по данной ценности, так же как и в первой группе не выявлен. К «нейтральной зоне» были отнесены показатели 16-ти условно здоровых испытуемых (53,3%). Отразим полученные данные по ценности счастливой семейной жизни, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 16.

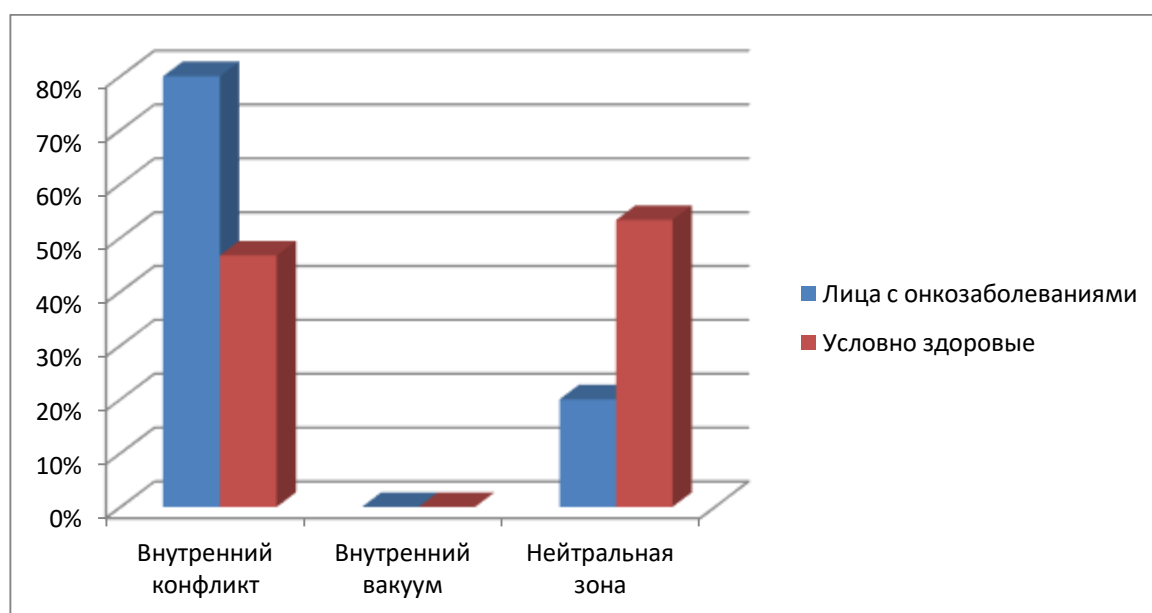


Рис. 16. Данные сравнительного анализа по ценности «счастливая семейная жизнь»

Применение метода математико-статистической обработки данных – критерия Фишера к полученным результатам по ценности «счастливая семейная жизнь» по показателю – «внутренний конфликт» выявило наличие достоверных различий ($\varphi^*_{эмп} = 2.746$ (при $p \leq 0,01$)). По показателю «внутренний вакуум» количество респондентов в обеих группах равно нулю. По показателю «нейтральная зона» различия у лиц имеющих различные онкологические заболевания и условно здоровых испытуемых оказались статистически достоверными ($\varphi^*_{эмп} = 2.75$ (при 99% уровне достоверности различий, (при $p \leq 0,01$)).

В завершения перечня ценностей представленных в методике рассмотрим данные по ценности творчества (как возможности творческой деятельности). Так в группе испытуемых имеющих различные онкологические заболевания были получены следующие результаты, тех испытуемых, у которых ценность является значимой, но при этом труднодостижимой было выявлено 4-е респондента, что в процентном соотношении от группы составило 13,3% (показатель является «внутренним конфликтом»). Респондентов с онкопатологией по данной ценности имеющих «внутренний вакуум» было выявлено 17 человек (56,7%). У 9-ти человек (30%) была диагностирована «нейтральная зона» в которой ценность и возможность ее достижения не имеют значительных расхождений.

В группе условно здоровых респондентов «внутренний конфликт» по ценности творчества присутствует у 5-ти респондентов, что составляет 16,7%. «Внутренний вакуум» по данной ценности выявлен у 12-ти человек (40%). И к «нейтральной зоне» были отнесены показатели 13-ти условно здоровых испытуемых (что составило 43,3%). Отразим полученные данные по ценности творчества, в виде сравнительной гистограммы на рисунке 17.

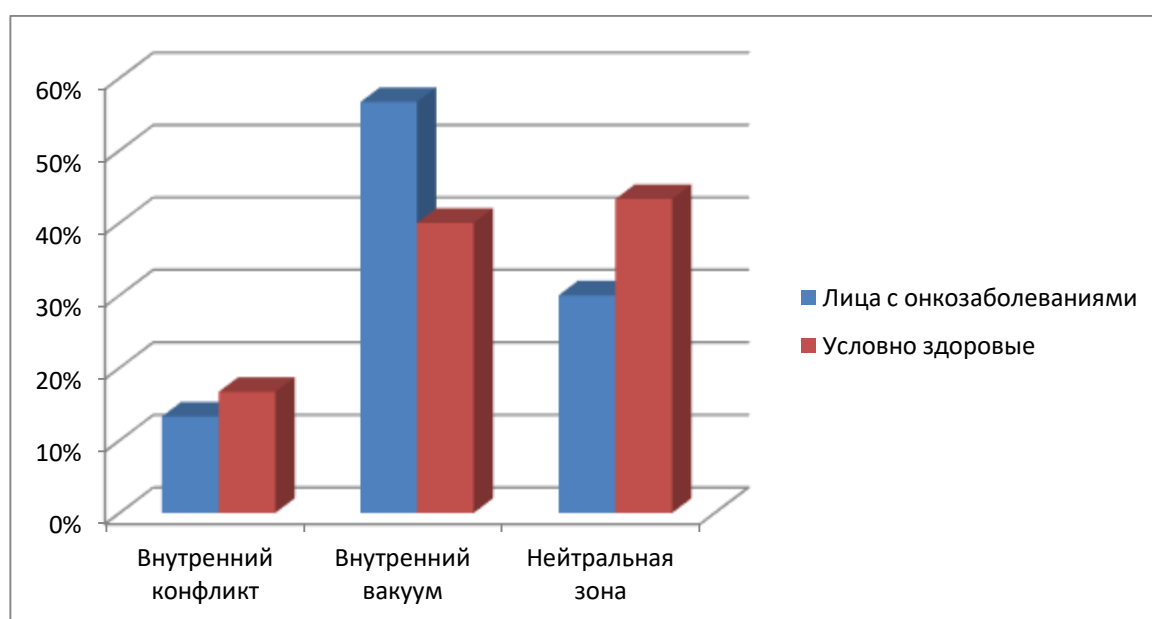


Рис. 17. Данные сравнительного анализа по ценности творчества лиц с онкозаболеваниями и условно здоровых испытуемых

К полученным данным по ценности творчества (как возможности творческой деятельности) так же был применен метод математико-статистической обработки данных, в результате применения которого значимые различия не выявлены.

Теперь рассмотрим показатели обобщенно по всему перечню ценностей, представленных в методике Е.Б. Фанталовой. Рассмотрим сводные данные по «внутреннему конфликту», в данное понятие автор теста вкладывает значительное рассогласование, выраженное в количественном эквиваленте между значимостью, какой либо ценности и большим разрывом с возможностью приблизиться к данной ценности, то есть ее недостижимостью или возникающими сложностями при достижении. Эти данные отражены в виде гистограммы на рисунке 18.

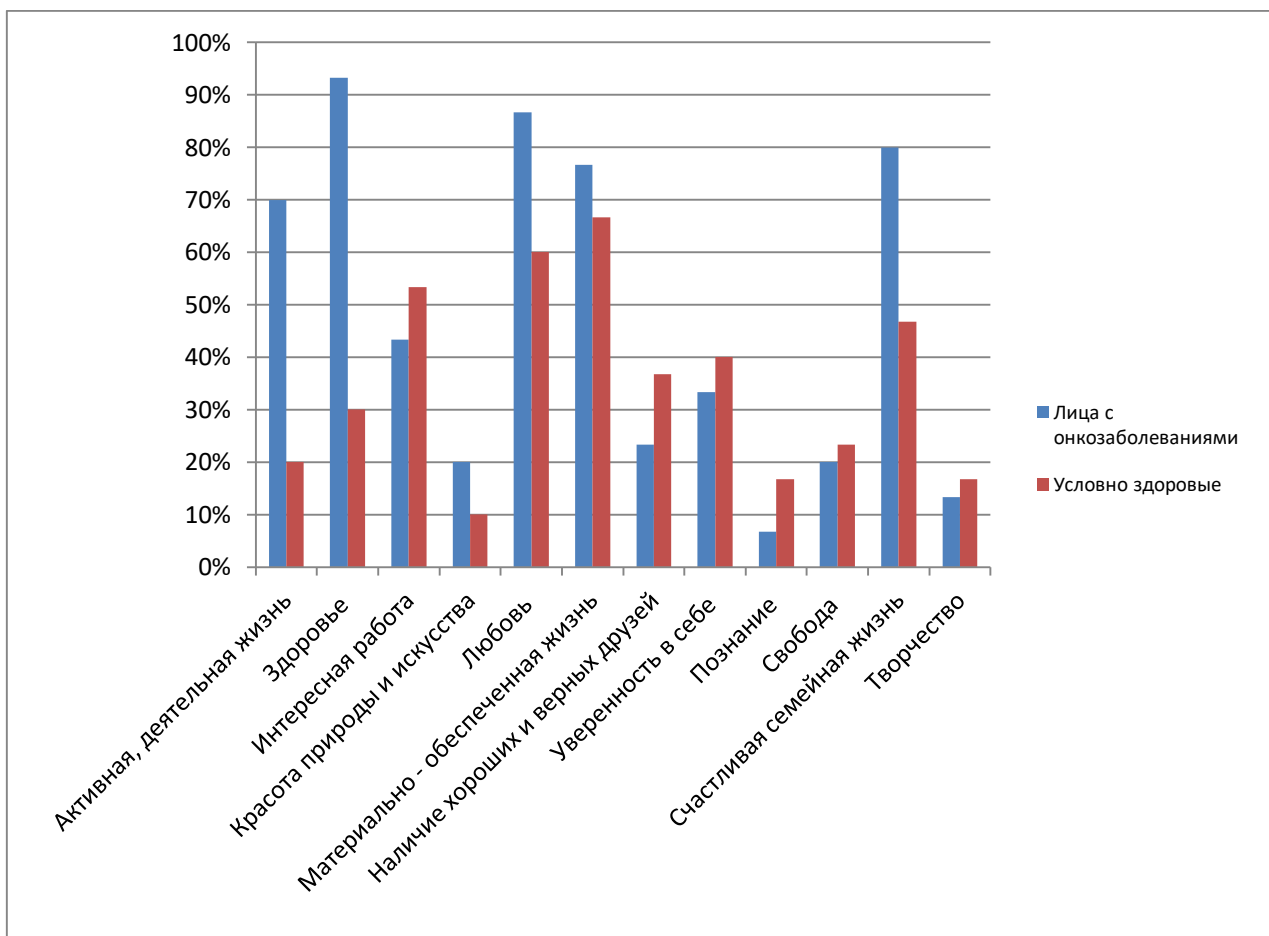


Рис. 18. Показатели ценностей вызывающих «внутренний конфликт» по методике Фанталовой Е.Б.

Значимые различия были получены по внутреннему конфликту по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни, здоровье, любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком), счастливая семейная жизнь.

Теперь рассмотрим сводные данные по анализу «внутреннего вакуума», что выражается в таких результатах, где ценность не столь значима для респондента, а возможность ее достижения вполне доступна и не является нужной человеку, то есть человек не испытывает потребности в данной ценности в своей жизни и при желании легко ее получит. Данные представлены в виде гистограммы на рисунке 19.

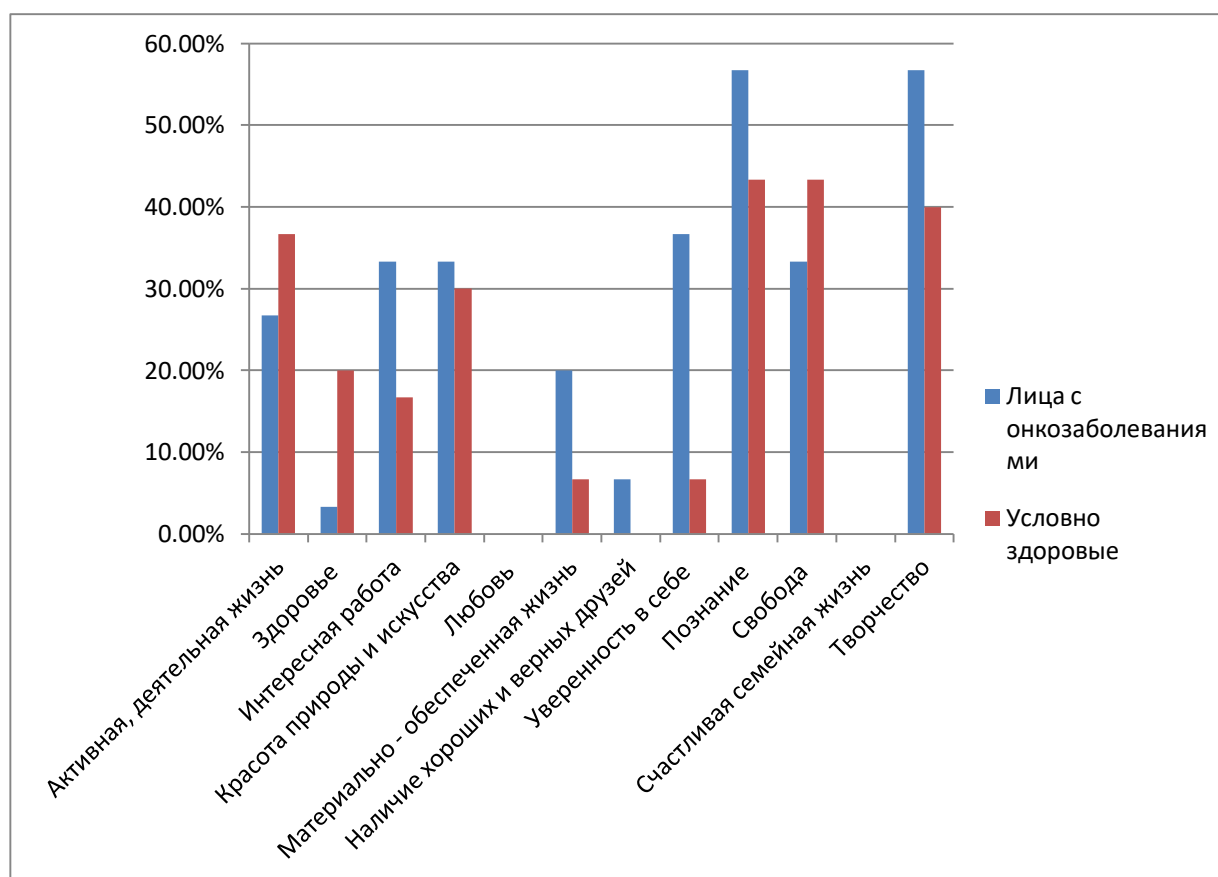


Рис. 19. Показатели ценностей вызывающих «внутреннему вакууму» по методике Фанталовой Е.Б.

Значимые различия были получены по внутреннему вакууму по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни, уверенность в себе

(свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Так же были получены данные по показателям находящимся в поле «нейтральной зоны», у таких респондентов желаемые ценности вполне совпадают с возможными механизмами достижения желаемого. Этот вариант является наиболее гармоничным и соответствует самоактуализации внутренних потребностей индивида и возможностью реализации желаемого заложенной в объективной действительности. Данные по показателям в «нейтральной зоне» представлены в виде гистограммы на рисунке 20.

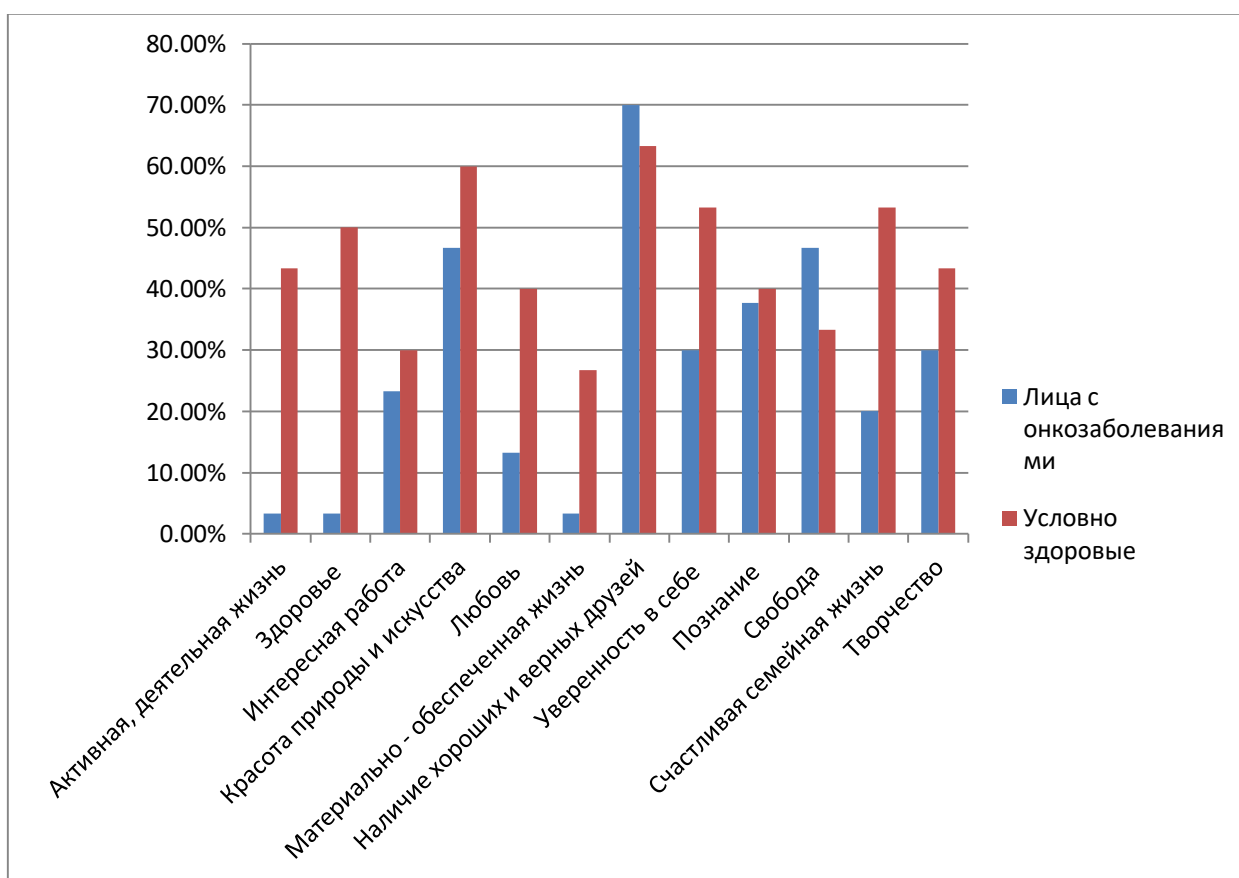


Рис. 20. Данные по показателям ценностей попавших в «нейтральную зону» по методике Фанталовой Е.Б.

Значимые различия были получены по показателю «нейтральной зоны» по таким ценностям как: ценности активной и деятельной жизни, здоровье, любовь, материально-обеспеченная жизнь, уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений), счастливая семейная жизнь.

Для общей картины отразим обобщенный анализ данных по методике Фенталовой Е.Б. только по группе лиц с различными онкологическими заболеваниями, представленный в виде гистограммы на рисунке 21.

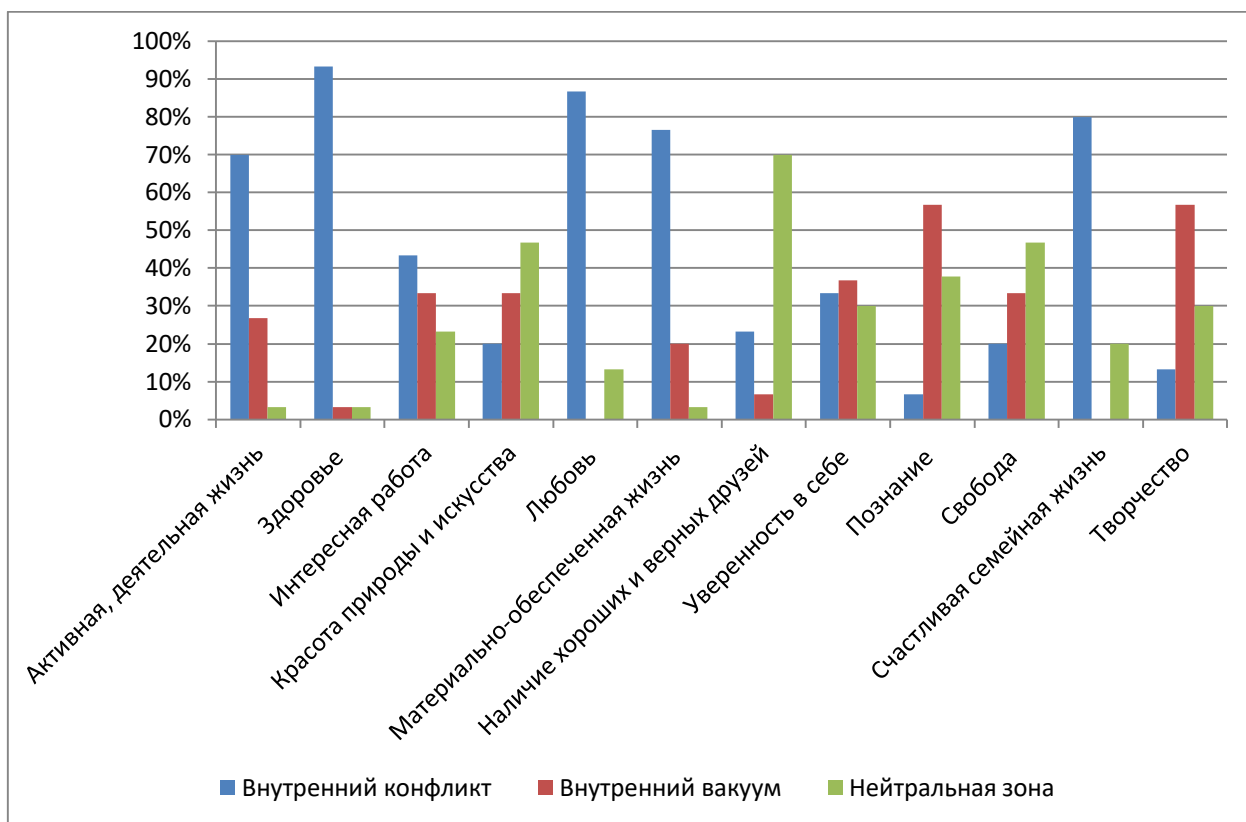


Рис. 21. Обобщенные данные по методике Е.Б. Фанталовой по группе лиц с онкологическими заболеваниями

Так же по методике Е.Б. Фанталовой результаты обеих групп были проанализированы по показателю дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере рассчитанному как разность от количественного показателя по ценности, из которого вычтен количественный показатель по доступности овладения, данной ценностью.

По величине индекса «Ценность – Доступность» респонденты были отнесены к одному трех уровней дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере:

- низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере был выявлен у 20 испытуемых (66,7%) страдающих онкологическими заболеваниями, а в группе условно здоровых людей данный показатель

зафиксирован у 26 испытуемых (86,7%), различия достоверны ($\varphi^*_{эмп} = 1.875$ (при $p \leq 0,05$));

- средний уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере зафиксирован у 7-ми (23,3%) испытуемых страдающих онкологическими заболеваниями, а во второй группе, в группе условно здоровых людей данный показатель зафиксирован у 4-х испытуемых (13,3%) (достоверность различий посредством метода математико-статистической обработки данных не выявлена);

- высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере присутствует только у 3-х испытуемых страдающих онкологическими заболеваниями (10%), а в группе условно здоровых людей данный показатель зафиксирован не был. Данные отражены в таблице 6.

Таблица 6

Данные по уровням дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых

	Низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере	Средний уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере	Высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере
Лица с онкозаболеваниями	66,7%	23,3%	10%
Условно здоровые	86,7%	13,3%	-

Отразим полученные результаты в виде гистограммы на рисунке 22.

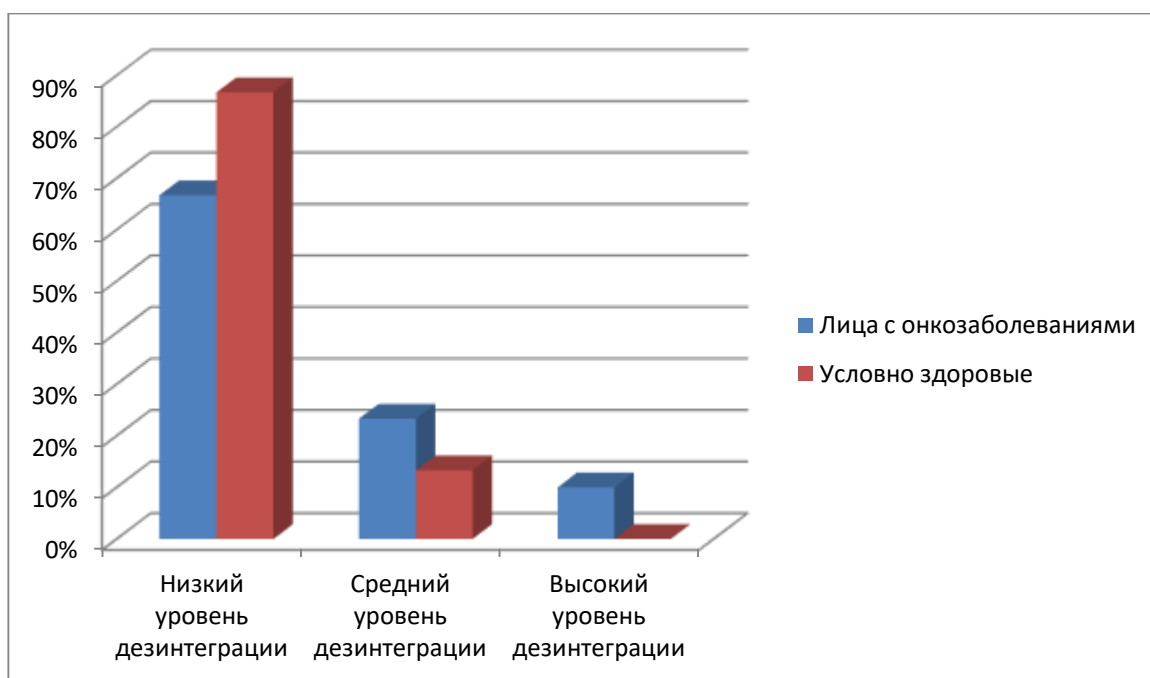


Рис. 22. Данные по уровню дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере

Выявленный суммарный показатель «Ценность-Доступность» (показатель «R») свидетельствует о глубине не всегда в полном объеме осознаваемого состояния вовлеченности субъекта в собственные внутренние переживания, депривированные стремления, внутренние конфликты, а так же выраженности и степени внутренней неудовлетворенности, блокады и игнорирования основных жизненных потребностей. Как показал сравнительный анализ, данный показатель наиболее выражен в группе респондентов страдающих онкологическими заболеваниями.

Подводя итог анализу данных по методике Фанталовой Е.Б. можно сделать вывод, о том, что значимые различия были получены по внутреннему конфликту по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни (данный показатель значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями), здоровье, любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком) (данный показатель так же значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями), счастливая семейная жизнь (данный показатель выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями). Значимые

различия были получены по внутреннему вакууму по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни (данный показатель в группе лиц с онкологическими заболеваниями ниже по сравнению с условно здоровыми испытуемыми), уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений) (данный показатель значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями). Так же, значимые различия были получены по показателю «нейтральной зоны», по таким ценностям как: ценности активной и деятельной жизни (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями по сравнению с условно здоровыми), здоровье (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), любовь (данный показатель ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), материально-обеспеченная жизнь (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений) (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), счастливая семейная жизнь (данный показатель так же значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями по сравнению с условно здоровыми респондентами).

2.4. Анализ исследования смысловой сферы

Представим интерпретацию полученных данных полученных по смыслообразующей сфере респондентов имеющих различные онкологические заболевания и условно здоровой группой людей. Одной из методик по изучению смысловой сферы стала методика рисуночных метафор «Жизненный путь» автор И.Л. Соломин, второй методикой в дополнении была авторская анкета.

Рассмотрим данные, полученные по методике «Жизненный путь» И.Л. Соломина. В рисунках испытуемых на отрезках предполагаемого

будущего был проанализирован жизненный смысл респондента. Будущее всегда всецело связано с ожиданием воплощения значимых жизненных целей наполненных смыслообразуемыми компонентами, что и представляет интерес в контексте предмета настоящего исследования.

Рисунки респондентов были проанализированы по нескольким параметрам, при этом рисунки отдельных участников констатирующего эксперимента могли содержать сразу несколько характеристик.

Так, общая характеристика рисунка с его смыслообразующими мотивами: оптимистический или пессимистический взгляд на жизнь проявилась следующим образом: оптимистическая модальность присутствовала в 17-ти (56,7%) рисунках испытуемых имеющих различные онкологические заболевания и в 27-ми (90%) рисунках условно здоровых людей (43,3%). Значимость различий достоверна ($\phi^*_{эмп} = 3.071$ (при $p \leq 0,01$)). Соответственно пессимистические мотивы выявлены у 13 человек с онкопатологией в анамнезе и 3-х условно здоровых респондентов второй группы (10%) различия достоверны ($\phi^*_{эмп} = 3.067$ (при $p \leq 0,01$)).

Далее был проведен качественный анализ изображений ценностей и смыслов жизни клиента, того, к чему он стремится, что для него является наиболее важным в жизни.

В ходе качественной обработки рисунков мы получили настораживающие результаты. Так, в рисунках респондентов имеющих различные онкологические заболевания мы обнаружили события, связанные с болезнью, с тяжестью переживаний от лечения (43,3% рисунков), особенно мучительные события, были связаны с прохождением химиотерапии (26,7%). События будущего у большей части представителей первой выборки завершались символическим образом смерти (53,3%). Во второй выборке смерть была в рисунке только у одного мужчины, но лишь после череды положительных событий (3,3%).

Интересен тот факт, что события людей с имеющих различные онкологические заболевания чаще отражают такие ценности как здоровье (25

рисунков первой группы (83,3%) и 14-ть второй, что составляет 46,7%, различия значимы при $p \leq 0,01$, $\phi^*_{эмп} = 3.079$), значимость дружбы и межличностного общения (15 рисунков первой группы (50%) и 7-мь второй, что составляет 23,3%, различия значимы при $p \leq 0,05$, $\phi^*_{эмп} = 2.184$).

Ценности и смыслы условно здоровых представителей второй выборки условно здоровых лиц преимущественно отражают ценность собственных успехов, достижений, в рисунках виден высокий уровень притязаний. Так, люди имеющие различные онкологические заболевания отразили события личностных достижений в проекции будущего в 5-ти рисунках (16,7%), а условно здоровые испытуемые в 28 рисунках (93,3%) различия достоверны ($\phi^*_{эмп} = 6.878$ (при $p \leq 0,01$)).

Создание семьи и/или появление детей, а так же сюжеты о членах семьи присутствовали в рисунках всех респондентов обеих выборок.

Теперь проанализируем третий критерий рисуночной методики наличие препятствий, проблем, того, что мешает достичь главной цели. В виде проблем препятствий у испытуемых первой группы выступало заболевание, плохое самочувствие (в 66,7% случаев), у респондентов из второй группы таких препятствий в рисунках отражено не было. Однако у респондентов второй группы условно-здоровых людей в качестве препятствий было изображено: незавершенное высшее образование (3,3%), развод (6,7%).

Следующим показателем было изображение несколько вариантов жизненного пути. В первой выборке (испытуемых имеющих различные онкологические заболевания) у 9-ти человек 30% присутствовали два пути в будущее. Данные два пути в рисунках отображали два варианта исхода заболевания: первый вариант при выздоровлении и второй, при отягощении болезни – который заканчивается смертью. При этом второй путь при отягощении болезни прорисован по сравнению с первым был во всех рисунках более короче.

Во второй выборке условно здоровых лиц в анамнезе только один

мужчина (3,3%) также изобразил будущее в виде двух путей, но в отличие от первой выборки эти пути отражали заочную учебу в ВУЗе и если эта учеба не состоится, выбирался другой путь – работа. Различия по критерию методики - «несколько жизненных путей» значимы при $p \leq 0,01$, $\phi^*_{эмп} = 3.075$.

Негативные чувства или отношение к будущему были зарегистрированы по следующим показателям, приведенным в методическом пособии к методике И.Л. Соломина, как показатели тревожности или депрессивности: маленькое количество деталей, небрежность, упрощенность и схематичность изображения; зачеркивание и перерисовывание изображения; маленький размер изображения; размещение в левом верхнем или нижнем углу места (для правой руки); большое количество заштрихованных деталей; большое количество второстепенных деталей. Так показатели тревожности в проекции будущего присутствовали в 19 рисунках (63,3%) представителей первой группы и в 9-ти рисунках условно здоровых респондентов (30%). Различия значимы при $p \leq 0,01$, $\phi^*_{эмп} = 2.638$.

Кроме показателей неблагополучия в ценностно-смысловой сфере были проанализированы показатели ресурсов испытуемых, возможностей, того, что могло бы помочь им, способов и вариантов решения проблем, обретения смыслов и достижения целей. В первой выборке ресурсы (в виде лечения, обретения здоровья чудесным способом и др.) присутствовали в рисунках 11 человек (36,7%), во второй выборке данный показатель оказался меньшим (это счастливый случай, исполнение мечты, удача в делах и др.), скорее всего потому, что у условно здоровых респондентов и препятствий так же было меньше, так ресурсные образы были зафиксированы в 6-ти рисунках, что составило 20%. Различия с применением критерия Фишера оказались незначимыми.

По завершению рисунков, испытуемых просили указать на каком отрезке, по их мнению, появляется смысл жизни: в прошлом, настоящем или будущем. В результате анализа было получено следующее соотношение:

- в прошлом смысл жизни был достигнут у 2-х респондентов (6,7%) из

первой группы лиц с онкопатологией, во второй группе условно-здоровых людей на этот отрезок жизненного пути никто не указал;

- в проекции настоящего ни один из участников исследования не отметил наличия смысла своей жизни;

- в проекции будущего реализацию смысла жизни отразили на рисунках 24 человека из группы страдающих онкозаболеваниями (80%) и все представители группы условно здоровых респондентов (100%);

- так же 4-ре человека, что составляет 13,3% от группы из первой выборки, нигде на отрезке жизненного пути не указали реализацию своего жизненного смысла (3-и человека боятся, что, не достигнут смысла жизни, а один, по его мнению, его вообще не имеет).

Отразим полученные данные по временной реализации смысла жизни в виде гистограммы на рисунке 23.

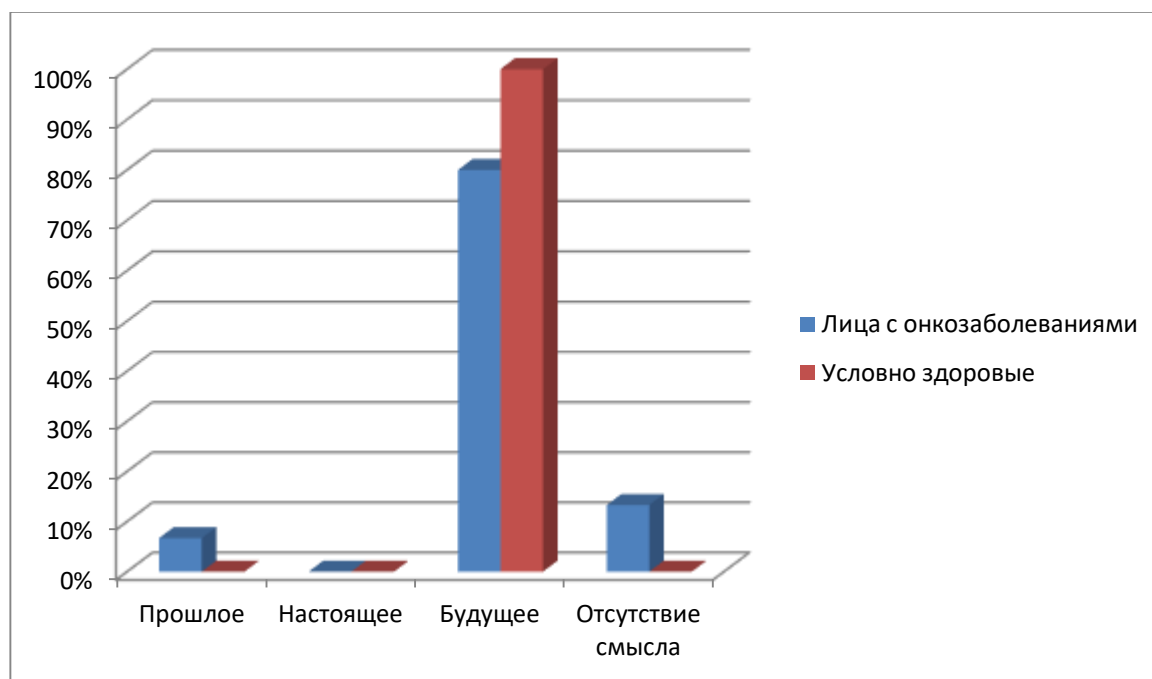


Рис. 23. Данные по реализации смысла жизни во временной перспективе лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых респондентов

Данные по временному показателю не были проанализированы

посредством методов математико-статистической обработки данных, так как процентные доли при сопоставлении результатов были равны нулю, что является ограничением для использования математической обработки по критерию Фишера.

Исходя из полученных результатов по методике И.Л. Соломина «Жизненный путь» можно сделать важный для нашего исследования вывод: так в первой выборке (лиц имеющих различные онкологические заболевания) по сравнению со второй выборкой (условно здоровых лиц) мы получили статистически значимые различия по следующим параметрам: пессимистическая направленность событий в прошлом, настоящем и будущем преобладает в первой выборке (имеющих различные онкологические заболевания); элементы тревоги и депрессивности также преобладают в группе людей с онкопатологией; наличие нескольких путей в будущем на рисунке преобладает у испытуемых первой выборки; реализацию смысла жизни люди с онкопатологией видят не только в будущем, как условно здоровые респонденты, но и в прошлом, а у четырех респондентов смысл отсутствовал на отрезке жизненного пути.

В завершении исследования особенностей ценностно-смысловой сферы была составлена и проведена авторская анкета, в которую вошли вопросы относительно жизненного смысла испытуемых. Рассмотрим данные, полученные по анкете.

Так на вопрос анкеты: «Есть ли смысл в вашей жизни?» были получены следующие ответы:

- да – ответили 29 человек (96,7%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и все 30 человек из группы условно здоровых респондентов;
- смысл утрачен – ответили один человек из группы респондентов с онкозаболеваниями.

На второй вопрос анкеты: «С чем наиболее связан главный смысл вашей жизни?», респонденты дали следующие ответы:

- «с собой» – ответили 5-ть человек из группы респондентов с онкозаболеваниями (16,7%) и 3-и человека из группы условно здоровых респондентов (10%) (различия недостоверны);

- «с близкими» – ответили 25-ть человек (83,3%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 26-ть человек из группы условно здоровых респондентов (86,7%);

- «с обществом» – ответили один человек из группы условно здоровых респондентов (3,3%).

На следующий вопрос анкеты: «Менялся ли смысл вашей жизни в течение жизни (во взрослом возрасте)?» - были получены такие ответы:

- «да» – ответили 17-ть человек (56,7%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 5-ть человек из группы условно здоровых респондентов (16,7%) данные различия статистически достоверны при $p \leq 0,01$, $\Phi^*_{эмп} = 3.342$;

Далее респонденты дали уточняющие ответы на вопрос: «Если смысл в жизни поменялся, с чем были связаны изменения, что стало причиной этого?». Все 17-ть человек, у которых, как было выявлено в предыдущем вопросе, менялся смысл жизни, (56,7%) пояснили, что данная смена в смысловой сфере была вызвано онкозаболеванием и сменой привычного уклада жизни. В группе условно здоровых респондентов (16,7%) ответ о причине смены смысла жизни содержал такие причины, как развод, бесплодие, предательство, невозможность достойного заработка и увольнение с работы.

На вопрос «На сколько ваша жизнь отвечает смыслу жизни, который вы в нее вкладываете?» - участники исследования дали ответы:

- полностью – ответили 8 человек (26,7%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 10 человек из группы условно здоровых респондентов (33,3%) (различия незначимы);

- частично – ответили 16 человек (53,3%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 20 человек из группы условно здоровых респондентов

(66,7%) (различия незначимы);

- не отвечает совсем – ответили 6 человек (20%) из группы респондентов с онкозаболеваниями, а из группы условно здоровых респондентов таких ответов не поступило.

На шестой вопрос анкеты – «На сколько смысл вашей жизни соответствует вашим возможностям его реализовать?» - испытуемые отвечали следующим образом:

- соответствует полностью – ответили 10 человек (33,3%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 19 человека из группы условно здоровых респондентов (63,3%) (данные различия статистически достоверны при $p \leq 0,01$, $\phi^*_{эмп} = 3.363$);

- частично – ответили 15 человек (50%) из группы респондентов с онкозаболеваниями и 11 человек из группы условно здоровых респондентов (36,6%) данные различия статистически недостоверны:

- не соответствует – ответили 5 человек (16,7%) из группы респондентов с онкозаболеваниями, а из группы условно здоровых респондентов таких ответов не поступило.

Обобщая данные полученные по анкете можно сделать вывод, о том, что практически все участники исследования имеют смысл жизни. В большей степени испытуемые обеих групп связывают свой смысл жизни со значимыми близкими. У людей из группы имеющих различные онкологические заболевания в анамнезе смысл жизни в течении жизни менялся в связи с болезнью. Люди из группы с онкозаболеваниями, считают, что их жизнь лишь частично отвечает смыслу жизни, который они в нее вкладывают, а так же и их возможности частично соответствуют реализации жизненного смысла.

2.5. Программа тренинга «Осознание ценностей и смысла жизни как фактор психологической помощи пациенту с онкозаболеванием»

Пояснительная записка к программе.

Назначение программы: Программа предназначена для лиц с онкозаболеваниями претерпевающих трансформации в ценностно-смысловой сфере. А так же для профилактики утраты жизненных смыслов и ценностей.

Задачи программы:

1. Осознание и актуализация субъективно значимых ценностей, потребностей и смыслов.
2. Отказ от вторичных выгод от болезни, навязанных ценностей.
3. Осознание своей ценности и значимости, повышение самооценки.
4. Осознание страхов и сомнений как препятствий к реализации смыслов жизни.
5. Осознание ресурсов и препятствий на пути к достижению главных жизненных целей.
6. Наполнение временной перспективы будущего смыслами и ценностью.
7. Осознание времени жизни, здоровья как значимых ценностей.

Режим занятий: Объем программы рассчитан на 10 занятий. При частоте встреч – 1 раз в неделю, продолжительность одного занятия: 2 - 2,5 часа. После групповых занятий каждый из участников может получить индивидуальную консультацию.

Форма работы: групповая.

Оборудование и материалы: просторная комната, маркерная (или меловая) доска, стулья, планшеты для рисования, бумага, средства для рисования (карандаши, краски).

Занятие 1: «Услышать себя: мои и чужие ценности».

Цель занятия: Осознание и актуализация субъективно значимых ценностей, потребностей и смыслов. Отказ от вторичных выгод, навязанных

ценностей.

Упражнения: «Кто Я?»; «Я – должен/ Я – хочу»; «Детские мечты»; «Что бы вы сделали, зная, что осталось жить 3 месяца?»; «Плюсы и минусы от болезни (нахождение вторичных выгод с целью отказа от них в пользу здоровых паттернов поведения)».

Занятие 2: «Я - как ценность этого мира».

Цель занятия: Осознание своей ценности и значимости, повышение самооценки.

Упражнения: «Мои жизненные достижения и хорошие дела» (работа в парах и обсуждение в группе); «Прощение себя»; «Мои потенциальные возможности быть полезным и значимым в этом мире»; «Ищем секрет» (ищем уникальное в личности каждого участника); «Волшебный чемоданчик» (члены группы пишут каждому, чем он может гордиться из рассказа о своих достижениях, ведущий помогает) и др..

Занятие 3: «Мои субличности и их ценности».

Цель занятия: Осознание личностных ролей и сопряженных с ними ценностей и смыслов.

Упражнения: участники выписывают свои роли, исполняемые в жизни (например: мама, жена, учитель, пациент и т.д.), далее к каждой такой роли - субличности на отдельном листе делается зарисовка (в виде реальной роли или ее символического представления) и пишутся ценности этой субличности к которым в ходе упражнения дописывается, чья это ценность (общества, какого-то человека или это настоящая ценность самого носителя данной субличности) (при подавленных внутриличностных конфликтах происходит их осознание и переосмысление ценностей).

Занятие 4: «Страхи и сомнения».

Цель занятия: осознание страхов и сомнений как препятствий к реализации смыслов жизни, коррекция деструктивных страхов.

Упражнения: техника из эмоционально-образной терапии: символический рисунок страха «живущего в теле» с последующей его

трансформацией в позитивный образ. Данное упражнение сопровождается выявлением деструктивных страхов, работы с ними на уровне как бессознательного, так и когнитивного компонентов.

Занятие 5: «Главная цель жизни».

Цель занятия: осознание ресурсов и препятствий на пути к достижению главных жизненных целей.

Упражнения: арт-терапевтическая техника «Препятствия и ресурсы на пути к цели»; «Колесо жизненного баланса»; построение плана достижения цели по «SMART - формуле».

Занятие 6: «Наполнение временной перспективы будущего смыслами и ценностями».

Цель занятия: наполнение временной перспективы будущего ожиданием приятных событий, создание эмоциональных предпосылок к их принятию.

Упражнения: «Линия времени»; «Фильм о своей жизни».

Занятие 7: «Время – как ценность».

Цель занятия: осознание времени жизни как важного, но невозполнимого ресурса. Обучение участников приемам тайм - менеджмента.

Упражнения: «Образ времени»; «Прошлое – настоящее – будущее»; «Распределяем время», «Планы»; «Умение сказать нет»; приемы тайм - менеджмента.

Занятие 8: «Здоровье – как ценность».

Цель занятия: обучение участников психологическим методам релаксации, антистрессового дыхания и снятия болевых ощущений.

Упражнения: психологические методы совладания с болезнью (аутогенная тренировка, релаксация, дыхательные упражнения и др.).

Занятие 9: «Другие – как ценность этого мира».

Цель занятия: осознание смысла появления различных людей в жизни с точки зрения положительного или отрицательного опыта, перевод

отрицательного опыта в «урок» (пересмотр негативного опыта с позиции, что это дало в жизни, какие качества сформировались, что было преодолено).

Упражнения: «Я и Другие» (участники выписывают значимых людей, как отрицательным, так и с положительным влиянием - для дальнейшего перевода отрицательного опыта в «жизненный урок»); «Письма прощения и отпускание обид».

Занятие 10: Итог. Поворотный пункт».

Цель занятия: подведение итогов прожитой к данному моменту жизни, установка на позитивное будущее.

Упражнения: «Что я оставлю, а что возьму с собой»; «Что я оставлю после себя?»; «Письмо себе от себя из будущего» (при пессимистическом взгляде на себя в будущем, можно написать письмо от ресурсной личности); медитация с установкой на позитивное будущее; «Комплементы».

Выводы по главе 2

1. По результатам исследования было выявлено, что наиболее значимой терминальной ценностью для респондентов с заболеванием является «Здоровье» (ранг 1), далее следуют ценности «Активная деятельность», «Любовь», «Счастливая семейная жизнь», «Интересная работа», «Продуктивная жизнь» (ранги со 2 по 6). А для здоровых респондентов значимой терминальной ценностью является «Здоровье» (ранг 1), далее следуют ценности «Любовь», «Активная деятельность», «Интересная работа», «Свобода», «Материально обеспеченная жизнь» (ранги со 2 по 6). Анализ данных, полученных в результате исследования ценностных ориентаций в выборках, не выявил статистически значимых различий терминальных ценностей в исследуемых группах: больных онкозаболеваниями и условно здоровых респондентов.

2. Наиболее значимой инструментальной ценностью для респондентов с заболеванием является «Независимость» (ранг 1), далее

следуют ценности «Жизнерадостность», «Смелость», «Ответственность», «Чуткость», «Честность» (ранги со 2 по 6). А для здоровых респондентов значимой инструментальной ценностью является «Честность» (ранг 1), далее следуют ценности: «независимость», «ответственность», «жизнерадостность», «воспитанность», «смелость» (ранги со 2 по 6). Анализ данных, полученных в результате исследования ценностных ориентаций в выборках, не выявил статистически значимых различий инструментальных ценностей в исследуемых группах.

3. По методике Ш. Шварца были получены данные о том, что для группы онкологических больных более значимыми по сравнению со здоровыми людьми, выступает ценность «универсализм», «стимуляция» и «гедонизм». То есть помимо большего уровня принятия мира, онкобольные в большей степени стремятся получать удовольствие и наслаждение от жизни. Если сравнивать степень реализации ценностей онкобольных и здоровых испытуемых, то мы видим, что онкобольные чаще в своем поведении проявляют ценности «универсализма», «доброты» и «стимуляции». В то время как здоровые респонденты чаще руководствуются ценностями «власти» и «достижений». Однако, полученные различия не являются статистически значимыми и выявлены на уровне тенденции.

4. По шкалам методики смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, при анализе средних значений было установлено, что наиболее выраженная ценностная ориентация в обеих группах испытуемых это – нацеленность на будущее. Однако в группе здоровых лиц она имеет более выраженные значения, по сравнению с онкобольными. Показатели по шкале «Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни» более выражены в группе здоровых лиц, по сравнению с онкобольными, что свидетельствует о том, что здоровые лица больше воспринимают сам процесс своей жизни как интересный и эмоционально насыщенный. Однако, полученные различия статистически не значимы. Показатели по шкале «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» более высокие в группе

онкологических пациентов, по сравнению со здоровой выборкой. Данный факт можно объяснить тем, что само заболевание онкологией способствует переоценке жизненных ценностей и переосмысливанию прожитой части жизни. Показатели по шкалам «Локус контроля-Я» и «Локус контроля - Жизнь» выше в группе лиц с онкологией. В группе здоровых лиц эти показатели находятся несколько ниже, но достоверность различий не подтверждается методами математической статистики.

5. По методике Фанталовой Е.Б. значимые различия были получены по внутреннему конфликту по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни (данный показатель значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями), здоровье, любовь (данный показатель так же значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями), счастливая семейная жизнь (данный показатель выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями). Значимые различия были получены по внутреннему вакууму по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни (данный показатель в группе лиц с онкологическими заболеваниями ниже по сравнению с условно здоровыми испытуемыми), уверенность в себе и отсутствие внутриличностных противоречий (данный показатель значительно выше в группе лиц с онкологическими заболеваниями). Так же, значимые различия были получены по показателю «нейтральной зоны», по таким ценностям как: ценности активной и деятельной жизни (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями по сравнению с условно здоровыми), здоровье (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), любовь (данный показатель ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), материально-обеспеченная жизнь (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений) (данный показатель значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями), счастливая семейная жизнь (данный

показатель так же значительно ниже в группе лиц с онкологическими заболеваниями по сравнению с условно здоровыми респондентами). По величине индекса «Ценность – Доступность» низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере был выявлен у страдающих онкологическими заболеваниями, но по сравнению с группой условно здоровых людей, данный показатель был выражен значительно ниже, эти различия достоверны; по среднему уровню дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере достоверность различий в показателях людей с онкологическими заболеваниями и условно здоровых испытуемых не выявлена; высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере присутствует только у испытуемых страдающих онкологическими заболеваниями, а в группе условно здоровых людей данный показатель зафиксирован не был, что не позволило применить методы статистики.

6. По методике И.Л. Соломина «Жизненный путь» - в первой выборке (лиц страдающих онкологическими заболеваниями) по сравнению со второй выборкой мы получили статистически значимые различия по следующим параметрам: пессимистическая направленность событий в прошлом, настоящем и будущем преобладает в первой выборке (у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями); элементы тревоги и депрессивности также преобладают в группе людей с онкозаболеваниями; наличие нескольких путей в будущем на рисунке преобладает у испытуемых первой выборки; реализацию смысла жизни люди с онкологическими заболеваниями видят не только в будущем, как условно здоровые респонденты, но и в прошлом, а у четырех респондентов смысл отсутствовал на отрезке жизненного пути.

7. По авторской анкете были получены данные о том, что практически все участники исследования имеют смысл жизни. В большей степени испытуемые обеих групп связывают свой смысл жизни со значимыми близкими. У людей из группы лиц страдающих онкологическими заболеваниями в анамнезе смысл жизни в течении жизни менялся в связи с болезнью. Люди из группы с онкозаболеваниями, считают, что их жизнь

лишь частично отвечает смыслу жизни, который они в нее вкладывают, а также и их возможности частично соответствуют реализации жизненного смысла.

8. По результатам проведенного анализа ценностно-смысловой сферы людей с онкологическими заболеваниями была разработана программа тренинга «Осознание ценностей и смысла жизни как фактор психологической помощи пациенту с онкозаболеванием». Программа предназначена для лиц с онкозаболеваниями претерпевающих трансформации в ценностно-смысловой сфере. А так же для профилактики утраты жизненных смыслов и ценностей. Задачами программы стали: осознание и актуализация субъективно значимых ценностей, потребностей и смыслов; отказ от вторичных выгод от болезни, навязанных ценностей, осознание своей ценности и значимости, повышение самооценки; осознание страхов и сомнений как препятствий к реализации смыслов жизни; осознание ресурсов и препятствий на пути к достижению главных жизненных целей; наполнение временной перспективы будущего смыслами и ценностью; осознание времени жизни, здоровья как значимых ценностей.

9. Выдвинутая в начале исследования гипотеза: о том, что «существуют различия в ценностно - смысловой сфере лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей. Лица с онкологическими заболеваниями в отличие от условно здоровых лиц характеризуются: большей выраженностью ориентаций на базовые жизненные ценности при меньшей доступности их реализации; противоречивой смысловой направленностью, сочетающей жизненную перспективу и пессимистические ожидания» - подтвердилась частично (по иерархии ценностей значимые различия не выявлены; по степени доступности значимые различия были получены по таким ценностям как: ценность активной жизни, здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь; изменения ценностей во временной перспективе, а так же в смысловых ориентациях по большинству показателей так же были получены значимые различия).

Заключение

Данное исследование показало, что из важнейших вопросов перед онкобольными, возникающих в процессе принятия болезни и ее лечения, встает вопрос о переоценке жизненных ценностей и смысле жизни. В данной работе предпринята попытка рассмотрения ценностей личности с различных аспектов. Во-первых, ценность социальна по своей сути и имеет объектно-субъектный характер. Известно, что там, где нет общества, нет и оснований говорить о существовании ценностей. Ведь сами по себе вещи, события без их связи с человеком, с жизнью социума не имеют отношения к ценностям.

Во-вторых, ценность возникает в ходе практической деятельности человека. Любая деятельность человека начинается с определения цели, достижению которой и будет посвящена эта деятельность. Цель – это представление человека о конечном результате деятельности, достижение которой позволило бы индивиду удовлетворить какие-то свои потребности.

В-третьих, понятие «ценность» необходимо отличать от понятия «значимость». Ценность соотносится с понятием «значимость», однако не тождественна ему. Значимость характеризует степень интенсивности, напряженности ценностного отношения. Ценность – это положительная значимость. Явления, играющие отрицательную роль в общественном развитии, могут интерпретироваться как отрицательные значимости. Таким образом, ценность – это не всякая значимость, а лишь та, которая играет положительную роль в жизни человека, его объединений или общества в целом.

В-четвертых, всякая ценность характеризуется двумя свойствами: функциональным значением и личностным смыслом. Функциональное значение ценности – это совокупность общественно значимых свойств, функций предмета или идей, которые делают их ценными в данном обществе. Личностный смысл ценности – это ее отношение к потребностям человека.

В-пятых, ценности по природе своей объективны. Ценность зависит от человека, его чувств, желаний, эмоций, то есть рассматривается как нечто субъективное. Таким образом, ценность – это объективная значимость многообразных компонентов действительности, содержание которых определяется потребностями и интересами субъектов общества. Отношение к ценностям – это ценностное отношение.

В ходе работы было проведено исследование ценностно-смысловой сферы у онкобольных и условно здоровых респондентов. Исследование выявило особенности ценностно-смысловой сферы у онкобольных. Так, по результатам исследования было выявлено, что наиболее значимой терминальной ценностью для респондентов с заболеванием является «Здоровье», далее следуют ценности «Активная деятельность», «Любовь», «Счастливая семейная жизнь», «Интересная работа», «Продуктивная жизнь».

Наиболее значимой инструментальной ценностью для респондентов с заболеванием является «Независимость», далее следуют ценности «Жизнерадостность», «Смелость», «Ответственность», «Чуткость», «Честность».

По методике Ш. Шварца были получены данные о том, что для группы онкологических больных более значимыми по сравнению со здоровыми людьми, выступает ценность «универсализм», «стимуляция» и «гедонизм». Если сравнивать степень реализации ценностей онкобольных и здоровых испытуемых, то мы видим, что онкобольные чаще в своем поведении проявляют ценности «универсализма», «доброты» и «стимуляции». В то время как здоровые респонденты чаще руководствуются ценностями «власти» и «достижений».

Проанализировав средние значения двух групп респондентов по шкалам методики смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, мы пришли к следующим выводам: наиболее выраженная ориентация в обеих группах испытуемых это – нацеленность на будущее. Показатели по шкале «Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни» более выражены в группе

здоровых лиц, по сравнению с онкобольными, показатели по шкале «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» более высокие в группе онкологических пациентов; и показатели по шкалам «Локус контроля-Я» и «Локус контроля - Жизнь» выше в группе лиц с онкологией.

По методике Фанталовой Е.Б. значимые различия были получены по внутреннему конфликту по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни, здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь. Значимые различия были получены по внутреннему вакууму по таким ценностям как: ценность активной и деятельной жизни, уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений). А так же, значимые различия были получены по показателю «нейтральной зоны», по таким ценностям как: ценности активной и деятельной жизни, здоровье, любовь, материально-обеспеченная жизнь, уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений), счастливая семейная жизнь.

По методике И.Л. Соломина «Жизненный путь» можно сделать важный для нашего исследования вывод: так в первой выборке (страдающих онкозаболеваниями) по сравнению со второй выборкой (без онкологии в анамнезе) мы получили статистически значимые различия по следующим параметрам: пессимистическая направленность событий в прошлом, настоящем и будущем преобладает в первой выборке (с онкологией); элементы тревоги и депрессивности также преобладают в группе людей с онкологией; наличие нескольких путей в будущем на рисунке преобладает у испытуемых первой выборки; реализацию смысла жизни люди с онкологическими заболеваниями видят не только в будущем, как условно здоровые респонденты, но и в прошлом, а у четырех респондентов смысл отсутствовал на отрезке жизненного пути.

Обобщая данные полученные по анкете можно сделать вывод, о том, что практически все участники исследования имеют смысл жизни. В большей степени испытуемые обеих групп связывают свой смысл жизни со

значимыми близкими. У людей из группы с онкологией в анамнезе смысл жизни в течении жизни менялся в связи с болезнью. Люди из группы с онкозаболеваниями, считают, что их жизнь лишь частично отвечает смыслу жизни, который они в нее вкладывают, а так же и их возможности частично соответствуют реализации жизненного смысла.

Выдвинутая в начале исследования гипотеза: «существуют различия в ценностно - смысловой сфере лиц с онкологическими заболеваниями и условно здоровых людей. Лица с онкологическими заболеваниями в отличие от и условно здоровых лиц характеризуются: большей выраженностью ориентаций на базовые жизненные ценности при меньшей доступности их реализации; противоречивой смысловой направленностью, сочетающей жизненную перспективу и пессимистические ожидания» - подтвердилась частично.

После констатирующего эксперимента была составлена программа тренинга «Осознание ценностей и смысла жизни как фактор психологической помощи пациенту с онкозаболеванием». Данная программа предназначена для лиц с онкозаболеваниями претерпевающих трансформации в ценностно-смысловой сфере. А так же для профилактики утраты жизненных смыслов и ценностей. Реализация программы и ее апробация планируется автором в дальнейших исследованиях.

Список используемых источников

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991.
2. Абульханова-Славская К.А. Типология активности личности в социальной психологии. Психология личности и образ жизни. – М.: Дрофа, 2005. – 230 с.
3. Андрющенко А.В. Основные принципы реабилитации онкологических больных// Материалы 6 Всероссийского съезда онкологов.- М., 2005. – С. 39–40.
4. Артюхова И. Ценности и цели нашего поколения. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2011. - 842 с.
5. Асмолов А.Г. Психология личности. – М.: Академия «Смысл», 2007. – 528 с.
6. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Тез. докл. Всесоюз. симп. «Совершенствование методов реабилитации онкологических больных».—Л., 1978.—С. 9–11.
7. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных//Журн. Клин. Психонкологии. -2002. – №3.-С.20-26.
8. Баранская Л.Т. Депрессивная личность как фактор риска к развитию абдоминальной злокачественной патологии / Л.Т. Баранская, М.А.Полянский// Психологический вестник Уральского государственного университета. – Екатеринбург, 2001. – Вып. 2. – С. 118-122.
9. Батурин Н.А. Теоретическая модель личностного благополучия / Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2013. – Т.6.№4. С. 4-14
10. Беляев И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2004. - № 2.
11. Берёзкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. и др. Медико-

психологические аспекты в онкологической клинике // Реабилитация онкологического больного.—Л., 1979.—С. 62–74.

12. Блюмкин В.А. Мир моральных ценностей. М., 2001.- 364 с.
13. Бобнева М.И. Социальные нормы и регуляция поведения. - М.: Дрофа, 2008. – 294 с.
14. Боголепов С.К. Психологическое состояние жертв онкологических заболеваний// Первый Московский Хоспис.- 2013.- С. 54-59.
15. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1996. – 300 с.
16. Браун Д., Педдер Д. - Введение в психотерапию. -М.: "Класс", 1998.-224 с.
17. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: учебник / пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999.-376с.
18. Василюк Ф.Е. Психология переживания. -М.: Изд-во Московского ун-та, 1984. - 200 с.
19. Васютин А.М. Рак как психосоматоз. -П: Самиздат, 2009. - 66 с.
20. Володин Б.Ю., Петров С. С., Куликова Е. П., Новиков В. В. Депрессия и рак // Рос. психиатр. журн. —2004. — №6.-С.65-71.
21. Выготский Л.С. Психология / Л.С. Выготский. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. - 942 с.
22. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. -1982.- № 2. -С. 48-52.
23. Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. – под ред. Богомольцева П.И..-М.: Мир, 1990.-248 с.
24. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных// Практическая онкология.- 2001.- № 1.- С. 5-11
25. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. М.: Речь, 2004. –162 с.
26. Головин С.Ю. Словарь практического психолога.- Минск: Харвест, 1998.-660 с.

27. Добрынина В., Кухтевич Т. Ценностные ориентации учащихся и студенческой молодежи / В. Добрынина, Т. Кухтевич // Alma mater. – 2009. - №2. – С. 13-15.
28. Дорцен Э. ван. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия / Э. ван. Дорцен. – Ростов-наДону: Ассоциация экзистенциального консультирования, 2007. – 216 с.
29. Дубровина И.В. и др. Психология: Учеб. для студентов сред. пед. учеб. заведений / Под ред. И.В. Дубровиной. – 2-е изд., стереотип./ И.В. Дубровина и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с.
30. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии.- Элиста: Джангар, 2012.-864 с.
31. Забродин Ю.М., Сосновский, Б.А. Мотивационно-смысловые связи в структуре направленности человека / Ю.М. Забродин, Б.А. Сосновский. // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. - С. 100-102.
32. Зинченко В.П., Мещеряков Б.Г. Большой психологический словарь .- М.: АСТ, СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. — 868 с.
33. Золотухина-Аболина Е.В. О специфике высших духовных ценностей //Философские науки. 2017. № 1. С. 11—18.
34. Зотов Н.Д. Нравственная активность личности: сущность и этапы становления / Н.Д. Зотов. – М.: Весь, 2004. – 430 с.
35. Зотова О.И. Направленность личности и социальная регуляция поведения / О.И. Зотова // Психология личности и образ жизни. М.: Наука, 2007. - С. 30-33.
36. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных. : Дис. канд. психол. наук : 19.00.11 : Москва, 1999.- 166 с.
37. Кайгородова Н.З., Любимова О.М., Петрова В.Д., Парамонова О.В. Некоторые психологические характеристики онкобольных в связи с особенностями психокоррекционной работы// Известия АлтГУ.-2014.-№2.- С.22-26.

38. Карпова Н.П. Некоторые проблемы формирования ценностных ориентаций в современном обществе /Н.П.Карпова //Наука и образование. – 2010. – № 4. – С.113-118.
39. Кислицына О.А. Измерение качества жизни/благополучия: международный опыт / О.А. Кислицына. – М.: Институт экономики РАН, 2016. – 62 с.
40. Комина А.В., Брянцев А.П. Медико-психологические предикторы психосоматической проблемы // Перспективы науки. – 2010. - № 4 (06). - С.5-10.
41. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Основы общей и клинической психологии. Учебное пособие. - Краснодар: «Советская Кубань».-2014г. - 304с.
42. Крылов А.А. Психологический учебник /А.А. Крылов. - Москва. Издательство Проспект. 2005. - 218 с.
43. Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (МПС). – М.: Смысл, 1992. – 36 с. 22)
44. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 487 с. 23.
45. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. - М.: Смысл, 2000.- 489 с.
46. Леонтьев Д.А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопросы философии. 1996. № 4. С. 4-36.
47. Леонтьев Д. А. Психология смысла: строение и динамика смысловой реальности. - М.: Смысл, 2010.- 569 с.
48. Липецкий Н.Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) // Молодой ученый. — 2018. — №7. — С. 372-374.
49. Лицов Д.В, Дерябо Л.Ю.Защита от смерти и принятие смерти клиентом и психологом в контексте работы группы поддержки онкологических больных//Сборник тезисов V Всероссийского Съезда

онкопсихологов.-2013. С.40-43.

50. Малахов В.А. Ценность как категория культуры // Философская мысль, 2002. № 5. С. 76-85.

51. Малышева Е.В. Понятие вторичной выгоды от болезни // Сборник тезисов I Всероссийского съезда онкопсихологов.- 2009.- С.19-25.

52. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. - СПб.: Евразия, 1999. - 478 с.

53. Михайлева Е.Г. Ценности и ценностные ориентации в современной образовательной среде / Е.Г. Михайлева. – М.: Изд-во НУА, 2004. – 948 с.

54. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.:Изд-во Московского университета,1987. –168 с.

55. Общая психология: Курс лекций для первой степени педагогического образования / Сост. Е.И.Рогов – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 448 с.

56. Определение ценностных ориентаций. Под ред. Мурашова П.И. // Менеджер по персоналу. - 2006. - № 3. - С. 60-65.

57. Пестерева Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. – 28 с.

58. Полянский М.А. Тяжелое соматическое заболевание как форма кризиса развития личности (на примере онкологического заболевания)// Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 2. - Екатеринбург: "Банк культурной информации", 2014. - С. 111-127.

59. Проблемы формирования ценностных ориентаций и социальной активности личности / Под ред. В. С. Мухиной. – М., 1984. – 134 с.

60. Психология психических состояний /под. Ред. Прохорова А.О.. - Казань, Сфера, 2014. – 230 с.

61. Русина Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им.

акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. С. 115–121.

62. Ручка А.А. Социальные нормы и ценности. Киев, 2016. – 256 с.

63. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака/ пер. с англ.- СПб: Питер, 2011. — 288 с.

64. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2000.- 220с.

65. Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. – СПб., 2018. – 335 с.

66. Склонности и ценности: Комплексные исследования. - М.; Изд. Центр ВЛАДОС, 2005. – 734 с.

67. Ткаченко Г.А. Психологические аспекты лечения и реабилитации онкологических больных//Сборник тезисов V Всероссийского Съезда онкопсихологов.-2013. С.48.

68. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. -2014. -№12.- С. 1839—1884.

69. Тюрина В.А., Научитель Е.Д. Ценностные ориентации: Учеб. Пособие. – М.: ООО «Междунар. фин. агенство», 2018. – 430 с.

70. Фанталова Е.Б. Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» //Журнал практического психолога, 1996, № 2, С. 32-37.

71. Чудновский В.Э. Проблема становления смысловых ориентаций личности // Психологический журнал. - 2014. - том. 25, № 6. - С. 5-11.

72. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. – 203 с.

73. Янстон В.И. Понятие психологической защиты у онкологических больных//Сборник тезисов I Всероссийского съезда онкопсихологов. - 2009.- С.40-42.

Авторская анкета

1. Есть ли смысл в вашей жизни?

- да;
- нет;
- смысл не найден еще;
- смысл утрачен.

2. С чем наиболее связан главный смысл вашей жизни?

- с собой;
- с близкими;
- с обществом
- ваш вариант ответа.

3. Менялся ли смысл вашей жизни в течение жизни (во взрослом возрасте)?

4. Если смысл в жизни поменялся, с чем были связаны изменения, что стало причиной этого?

5. На сколько ваша жизнь отвечает смыслу жизни, который вы в нее вкладываете?

- полностью;
- частично;
- не отвечает совсем;
- затрудняюсь ответить.

6. На сколько смысл вашей жизни соответствует вашим возможностям его реализовать?

- соответствует полностью;
- частично;
- не соответствует;
- затрудняюсь ответить.

Иерархия ценностей по методике М. Рокича

Ценности	Лица с онкозаболеванием		Условно здоровые	
	Терминаль- ные	Инструмен- тальные	Терминальные	Инструментал ьные
Предпо- читае- мые ценности (1-6)	<ul style="list-style-type: none"> - Здоровье - Активная деятельность - Любовь - Счастливая семейная жизнь - Интересная работа - Продуктивная жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> - Независимость - Жизнерадостность - Смелость - Ответственность - Чуткость - Честность 	<ul style="list-style-type: none"> - Здоровье - Любовь - Активная деятельность - Интересная работа - Свобода - Материально обеспеченная жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> - Честность - Независимость - Ответственност ь - Жизнерадостно сть - Воспитанность - Смелость
Индиффер- ентные, безразличн ые (7-12)	<ul style="list-style-type: none"> - Жизненная мудрость - Наличие друзей - Познание - Материально обеспеченная жизнь - Развитие - Уверенность в себе 	<ul style="list-style-type: none"> - Твердая воля - Образование - Самоконтроль - Рационализм - Воспитанность - Широта взглядов 	<ul style="list-style-type: none"> - Продуктивная жизнь - Познание - Жизненная мудрость - Красота природы и искусства - Развитие - Счастливая семейная жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> - Чуткость - Терпимость - Исполнительно сть - Твердая воля - Широта взглядов - Образованност ь
Отвергаем ые, незначи- мые (13-18)	<ul style="list-style-type: none"> - Свобода - Творчество - Общественное признание - Удовольствия - Красота природы и искусства - Счастье других 	<ul style="list-style-type: none"> - Терпимость - Исполнительнос ть - Непримири- мость - Аккуратность - Эффективность в делах - Высокие запросы 	<ul style="list-style-type: none"> - Уверенность в себе - Наличие друзей - Творчество - Удовольствия - Счастье других - Общественное признание 	<ul style="list-style-type: none"> - Эффективность в делах - Рационализм - Аккуратность - Самоконтроль - Высокие запросы - Непримири- мость

**Сводная таблица результатов исследования по методике М. Рокича
(терминальные ценности)**

№	Терминальные ценности	Лица с онкозаболеванием	Условно здоровые	Значение t-критерия Стьюдента $ t_{эмп} $	p
1	Активная деятельная жизнь	4,2	5,6	0,92	0,35
2	Жизненная мудрость	8,2	9,1	0,37	0,72
3	Здоровье (физическое и психическое)	1,5	3,2	1,22	0,24
4	Интересная работа	7,6	7,8	0,1	0,96
5	Красота природы и искусства	14,2	9,5	2,91	0,018
6	Любовь	5,2	5,3	0,03	0,97
7	Материально обеспеченная жизнь	10,2	8,1	0,69	0,5
8	Наличие хороших и верных друзей	8,7	11	1,04	0,32
9	Общественное признание	12,7	16,5	2,99	0,01
10	Познание	9,7	8,6	0,46	0,65
11	Продуктивная жизнь	7,6	8,2	0,25	0,8
12	Развитие	10,5	9,5	0,5	0,62
13	Свобода	11,3	8	1,79	0,057
14	Счастливая семейная жизнь	6,7	10	1,17	0,11
15	Счастье других	15,8	15,3	0,36	0,73
16	Творчество	11,7	11,3	0,16	0,86
17	Уверенность в себе	10,6	10,2	0,19	0,85
18	Удовольствия	13,8	13,2	0,3	0,76

**Сводная таблица результатов исследования по методике М. Рокича
(инструментальные ценности)**

№	Инструментальн ые ценности	Лица с онкозаболеван ием	Условно здоровые	Значение t-критерия Стьюдента $ t_{\text{эмп}} $	p
1	Аккуратность	12,2	11,7	0,16	0,87
2	Воспитанность	10	8,6	0,74	0,43
3	Высокие запросы	16,2	13,3	1,34	0,2
4	Жизнерадостность	5,6	6,1	0,22	0,83
5	Исполнительность	11,5	9,7	0,67	0,51
6	Независимость	4,5	5,5	0,53	0,6
7	Непримиримость	11,8	15,7	1,58	0,15
8	Образованность	8,8	10	0,54	0,59
9	Ответственность	7,1	5,6	0,65	0,53
10	Рационализм	9,7	10,5	0,31	0,75
11	Самоконтроль	9,5	12	1,38	0,18
12	Смелость в отстаивании своего мнения	6	8,8	1,31	0,22
13	Чуткость (заботливость)	7,8	9	0,42	0,68
14	Терпимость	11,1	9,2	0,78	0,45
15	Широта взглядов	10,1	9,8	0,11	0,92
16	Твердая воля	8,7	9,7	0,45	0,65
17	Честность (правдивость, искренность)	8,6	5,2	1,4	0,17
18	Эффективность в делах	12,8	10	1,47	0,63

Сводная таблица данных по методике Е. Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах»

Ценность	Внутренний конфликт		Внутренний вакуум		Нейтральная зона	
	Лица с онкозаболеванием	Условно здоровые	Лица с онкозаболеванием	Условно здоровые	Лица с онкозаболеванием	Условно здоровые
Активная, деятельная жизнь	70%	20%	26,7%	36,7%	3,3%	43,3%
Здоровье	93,3%	30%	3,3%	20%	3,3%	50%
Интересная работа	43,3%	53,3%	33,3%	16,7%	23,3%	30%
Красота природы и искусства	20%	10%	33,3%	30%	46,7%	60%
Любовь	86,7%	60%	0%	0%	13,3%	40%
Материально-обеспеченная жизнь	76,6%	66,7%	20%	6,7%	3,3%	26,7%
Наличие хороших и верных друзей	23,3%	36,7%	6,7%	0%	70%	63,3%
Уверенность в себе	33,3%	40%	36,7%	6,7%	30%	53,3%
Познание	6,7%	16,7%	56,7%	43,3%	37,7%	40%
Свобода	20%	23,3%	33,3%	43,3%	46,7%	33,3%
Счастливая семейная жизнь	80%	46,7%	0%	0%	20%	53,3%
Творчество	13,3%	16,7%	56,7%	40%	30%	43,3%