

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ И РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

АЛЕКСАНДРОВА Л. А.
Москва, ИПИО МГППУ

Посттравматический рост является одним из показателей меры преодоления личностью психотравмирующих обстоятельств своей жизни и результатом внутренней работы личности [5] или работы переживания [1]. В понятии «посттравматический рост» отражаются различные аспекты воспринимаемых человеком позитивных изменений, возникших в результате преодоления травмы: изменение отношения к другим, повышение ценности жизни, нахождение новых возможностей, духовные изменения, рост силы личности. В нем также находит выражение смена исследовательской парадигмы в отношении психологической травмы с чисто клинической на позитивную, а также изменение практики психологической работы с травмой [9]. В зарубежных исследованиях этот феномен широко исследуется применительно к преодолению последствий экстремальных ситуаций, профессиональных стрессов и тяжелой болезни (там же), а также в связи с процессами совладания с жизненными трудностями [12]. Однако этот феномен не исследовался в условиях хронического, непрерывного преодоления и борьбы

за достойную жизнь и равноправное включение в социум молодежи с ограниченными возможностями здоровья.

Для оценки роли психологической травмы и посттравматического роста были использованы: 1) анкета, направленная на выявление в личном опыте испытуемых психотравмирующих ситуаций, 2) опросник посттравматического роста [14] в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова. В исследовании также использовались: 1) шкала удовлетворенности жизнью SWLS [8] в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. Н. Осина; 2) шкалы субъективной витальности как диспозиции и как состояния [13] в адаптации Л. А. Александровой, Д. А. Леонтьева; 3) тест смысловых ориентаций СЖО [2]; 4) тест жизнестойкости [10; 3]; 5) опросник толерантности к неопределённости [11; 4]; 6) опросник копинг-стратегий COPE [7] в адаптации Т. О. Гордеевой, Е. Н. Осина, Е. И. Рассказовой; 7) анкета, направленная на выявление жизненных целей; 8) опросник общей самооффективности [6]. При математико-статистической обработке данных использованы *t*-критерий

Стьюдента для анализа достоверности различий и корреляционный анализ. В исследовании принимали участие студенты факультета информационных технологий и социально-педагогического колледжа МГППУ: студенты с ОВЗ — 58 человек, условно здоровые — 93 человека. Значения коэффициентов корреляции для респондентов с ОВЗ: $r > 0,25$ ($p < 0,05$) и $r > 0,33$ ($p < 0,01$). Для условно здоровых испытуемых: $r > 0,20$ ($p < 0,05$) и $r > 0,26$ ($p < 0,01$).

В анкете, направленной на оценку подверженности в прошлом воздействию психотравмирующих событий, задавались следующие вопросы: попадали ли в прошлом в серьезную аварию; ставился ли диагноз тяжелой и неизлечимой болезни; переживали ли внезапную утрату; сталкивались ли с угрозой серьезного ранения или смерти; были ли свидетелем, как подобные события переживал кто-то еще; было ли в жизни что-то еще, что переживалось очень сильно, но о чем не хотелось бы говорить. Полученные баллы суммировались. При анализе различий с использованием *T*-критерия Стьюдента обнаружено, что сумма психотравмирующих событий (далее — «суммарный индекс травматизации»), указываемых студентами обеих групп, достоверно не различается, хотя в группе с ОВЗ достоверно чаще упоминается травма, связанная с постановкой диагноза тяжелой и неизлечимой болезни ($p < 0,000$). Это говорит о том, что общее количество травм, некий «суммарный норматив травматизации» в обеих группах не различается, но содержание этого опыта различно.

При рассмотрении взаимосвязей суммарного индекса травматизации с другими исследуемыми показателями у студентов с ОВЗ обнаружено, что этот показатель демонстрирует значимые положительные взаимосвязи с суммарным показателем целей в жизни ($r = 0,38$), всеми показателями методики посттравматического роста (от $r = 0,27$ до $r = 0,34$), такими копинг-стратегиями, как эмоциональное отреагирование ($r = 0,31$) и принятие ($r = 0,36$), и отрицательные — с показателем осознанности, отражающим внимание к происходящему «здесь и сейчас» ($r = -0,30$). У условно здоровых студентов суммарный индекс травматизации имеет положительные взаимосвязи с показателями посттравматического роста (от $r = 0,23$ до $r = 0,37$), за исключением показателя, отражающего повышение ценности духовного измерения; с такой стратегией совладания, как прием успокоительных ($r = 0,27$), и отрицательные — со стратегией поиска инструментальной социальной поддержки ($r = -0,21$).

Что касается частных взаимосвязей отдельных типов психотравмирующих событий с исследуемыми показателями, наиболее информативными и нагруженными корреляционными взаимосвязями для выборки студентов с ОВЗ являются такие психотравмирующие события, как 1) диагноз тяжелой и неизлечимой болезни, при котором снижаются показатели жизнестойкости (от $r = -0,26$ до $r = -0,29$) и который не связан с посттравматическим ростом, в противоположность общей тенденции; 2) роль свидетеля переживаний других, которая активирует такие разноплановые стратегии совладания, как активный копинг ($r = 0,31$), принятие ($r = 0,31$), подавление конкурирующей активности ($r = 0,26$) и повышение уверенности в способности

справляться с трудностями, или самоэффективность ($r = 0,28$); 3) травматический опыт, о котором студенты предпочли не говорить, который включает такие стратегии совладания, как отрицание ($r = 0,27$), обращение к религии ($r = 0,30$), принятие ($r = 0,26$). Это свидетельствует, что говорить студенты с ОВЗ не готовы именно о тех событиях, в которых они ничего не могут изменить. Наибольший вклад в посттравматический рост у студентов с ОВЗ вносят такие психотравмирующие события, как внезапная утрата, событие, о котором испытуемые предпочли умолчать, а также суммарный индекс травматизации. Наиболее часто при столкновении с психотравмирующими событиями студенты с ОВЗ предпочитают копинг-стратегию «принятие», которая предполагает активную работу личности в ситуации, когда кажется, что ничего нельзя изменить. Чем обширнее опыт пережитых травм у таких студентов, тем больше жизненных целей они перед собой ставят. Разные типы психотравмирующих событий запускают различные стратегии совладания для своего преодоления.

У условно-здоровых студентов обнаруживаются как общие для обеих групп закономерности, так и специфические. Прежде всего, необходимо отметить отсутствие значимых взаимосвязей с жизненными целями. Исключение составляет только опыт, о котором студенты предпочли не говорить, способствующий снижению числа выбираемых жизненных целей ($r = -0,20$). Значимых взаимосвязей с рассматриваемыми личностными ресурсами (осмысленность жизни, витальностью, жизнестойкостью, толерантностью к неопределенности, самоэффективностью, осознанностью) не обнаружено. Наибольший вклад в посттравматический рост вносят такие прошлые травмы, как диагноз тяжелой и неизлечимой болезни, роль свидетеля того, как подобные травмы переживали другие, событие, о котором участники обследования решили не говорить, и суммарный индекс травматизации.

Наиболее часто условно здоровые студенты применяют такие стратегии совладания с травмами различного характера, как прием успокоительных и алкоголя (от $r = 0,21$ до $r = 0,27$), которую нельзя считать полноценным копингом. Большинство стратегий совладания задействуются такими травмами, как авария и диагноз тяжелой и неизлечимой болезни. При травматическом опыте аварий у условно здоровых студентов снижается способность к позитивному переосмыслению опыта ($r = -0,28$), отрицанию проблем ($r = -0,21$) и сдерживанию ($r = -0,32$). При постановке тяжелого диагноза у них включаются такие стратегии, как прием успокоительных ($r = 0,21$), обращение к религии ($r = 0,21$) и принятие ($r = 0,24$). При повышении суммарного индекса травматизации снижается готовность к использованию такой стратегии совладания, как поиск инструментальной социальной поддержки ($r = -0,21$), что свидетельствует, что у условно здоровых студентов есть внутренние препятствия к использованию социальных ресурсов совладания со стрессом, чего не наблюдается у студентов с ОВЗ.

Следовательно, есть общие закономерности и закономерности, проявляющиеся к зависимости от наличия или отсутствия ограничений по здоровью. Кроме того, в обеих группах нет прямых значимых взаимо-

связей между опытом переживания травм и удовлетворенностью жизнью.

В то же время условно здоровые студенты, пережив травму, воздействие которой выразилось в посттравматическом росте, отодвигают ее в сторону, и она больше не оказывает влияния на текущие характеристики личности, при этом негативно сказываясь на эффективности применения стратегий активного психологического преодоления. У респондентов с ОВЗ картина иная — пережитая травма постоянно «работает» в личности через посттравматический рост и соотносится с новым опытом, оказывая позитивное влияние на жизненные цели, стратегии совладания с текущими жизненными трудностями и в основном позитивное влияние на характеристики личности, являющиеся ресурсами преодоления. Исключение у них составляет только травма, связанная с диагнозом тяжелой и неизлечимой болезни, которая истощает личностные ресурсы преодоления и не способствует посттравматическому росту у студентов с ОВЗ.

Показатели методики, оценивающей посттравматический рост, также по-разному включены в систему саморегуляции у условно здоровых респондентов и испытуемых с ОВЗ.

Общий показатель посттравматического роста у студентов с ОВЗ связан положительной корреляцией с осмысленностью настоящего ($r=0,39$) и предпочтением таких стратегий совладания, как переосмысление ($r=0,30$), мысленный уход ($r=0,30$), поиск инструментальной ($r=0,37$) и эмоциональной ($r=0,31$) социальной поддержки, подавление конкурирующей активности ($r=0,31$). У условно здоровых студентов обнаруживается аналогичная положительная взаимосвязь с осмысленностью настоящего ($r=0,23$), однако взаимосвязи со стратегиями совладания совершенно иные: посттравматический рост активируют такие стратегии, как обращение к религии ($r=0,27$) и сдерживание ($r=0,21$).

Показатель, отражающий изменение отношения к другим в результате переживания травмы, у студентов с ОВЗ показывает значимые связи с осмысленностью настоящего ($r=0,30$), стратегиями поиска инструментальной ($r=0,34$) и эмоциональной ($r=0,35$) социальной поддержки, подавлением конкурирующей активности ($r=0,28$). У условно-здоровых этот показатель имеет положительные связи с осмысленностью настоящего ($r=0,24$), уверенностью в подконтрольности значимых событий своей жизни ($r=0,20$), включенностью ($r=0,20$), копинг-стратегиями мысленного ухода от проблем ($r=0,20$) и обращения к религии ($r=0,33$).

Показатель, отражающий переживание расширения возможностей в результате переработки травмы, у студентов с ОВЗ имеет значимые положительные связи с самооффективностью ($r=0,26$), стратегиями переосмысления ($r=0,27$), мысленного ухода ($r=0,31$), поиска инструментальной социальной поддержки ($r=0,27$), сдерживания ($r=0,26$), подавления конкурирующей активности ($r=0,27$). У условно здоровых студентов этот показатель демонстрирует значимые корреляционные связи лишь с уверенностью в подконтрольности значимых событий жизни ($r=0,20$).

Показатель, отражающий ощущение роста силы личности в результате переживания травмы, у сту-

дентов с ОВЗ значимо связан с общим показателем осмысленности жизни ($r=0,29$) и осмысленностью настоящего ($r=0,38$), самооффективностью ($r=0,29$), стратегиями мысленного ухода ($r=0,26$), юмора ($r=0,29$) и подавления конкурирующей активности ($r=0,31$). У условно здоровых этот показатель демонстрирует значимые связи только со стратегией сдерживания ($r=0,26$), других взаимосвязей не выявлено.

Показатель, отражающий повышение ценности духовного измерения в результате переживания травмы, у респондентов с ОВЗ имеет значимые взаимосвязи с суммарным индексом целей в жизни ($r=0,26$), стратегиями мысленного ухода ($r=0,27$), поиска инструментальной ($r=0,37$) и эмоциональной ($r=0,28$) социальной поддержки, обращения к религии ($r=0,32$) и подавления конкурирующей активности ($r=0,32$). У условно здоровых студентов этот показатель значимо связан с ощущением подконтрольности значимых событий жизни ($r=0,25$), копинг-стратегиями отрицания ($r=0,20$), обращения к религии ($r=0,40$), сдерживанием ($r=0,20$) и приемом успокоительных ($r=0,21$).

Показатель, отражающий повышение ценности жизни в результате переживания травмы, у студентов с ОВЗ имеет значимые взаимосвязи с суммарным индексом целей ($r=0,26$), осмысленностью настоящего ($r=0,45$), включенностью ($r=0,26$), стратегиями переосмысления ($r=0,26$), поиска инструментальной ($r=0,55$) и эмоциональной ($r=0,46$) социальной поддержки, юмором ($r=0,30$), подавлением конкурирующей активности ($r=0,51$) и плановым решением проблемы ($r=0,30$). У условно здоровых этот показатель обнаруживает взаимосвязи с осмысленностью настоящего ($r=0,21$), стратегией обращения к религии ($r=0,24$) и приема успокоительных ($r=0,29$).

Психологическая травма и посттравматический рост у респондентов с ОВЗ, судя по полученным результатам, становятся ресурсами эффективного преодоления вновь возникающих стрессовых ситуаций. У условноздоровых посттравматический рост способствует в основном самоизменению и работе защитных, или охранительных копингов, не связанных с активным преодолением стрессовой ситуации. Опыт переработки травм «учит терпеть» условно здоровых, а людей с ОВЗ — и терпеть, и действовать.

Полученные результаты и различия в исследуемых взаимосвязях необходимо учитывать в ходе психотерапевтической и консультационной работы со студентами в условиях высшего и среднего специального инклюзивного образования.

Литература

1. Васильюк Ф. Е. Работа переживания. — М.: Изд-во МГУ, 1984.
2. Леонтьев Д. А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). — М.: Смысл, 1992.
3. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006.
4. Луковицкая Е. Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: Дисс. ... канд. психол. наук. — СПб., 1998.
5. Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности — М.: Изд-во ПАРФ 1998.

-
6. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностр. психол. 1996. № 7. С. 71–76.
7. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach.
8. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The Satisfaction With Life Scale // Journal of Personality Assessment. 1985. Vol. 49. P. 71–75.
9. Jackson A. C. Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice? // The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies 2007. Vol. 1 URL: <http://trauma.massey.ac.nz>
10. Maddi S. R., Khoshaba D. M. PVSIII-R: Test development and Internet instruction manual. — Newport Beach (CA): The Hardiness Institute, 2001.
11. Mclain D. L. The MSTAT-I: a new measure of an individual's tolerance for ambiguity // Journal of Educational & Psychological Measurement. 1993. № 53. P. 183–189.
12. Morris B. A. Shakespeare-Finch J. Scott J. L. Coping Processes and Dimensions of Posttraumatic Growth // The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies 2007 Vol. 1 URL: <http://trauma.massey.ac.nz>
13. Ryan R. M., Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being // Journal of Personality. 1997. Vol. 65. P. 529–565.
14. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress. 1996. Vol. 9. P. 455–471.