

УДК 316.6  
ББК 88.52  
С 79  
Р.И. Стецишин

## Направленность личности и жизнестойкость: психологическое исследование (Рецензирована)

### **Аннотация:**

В статье рассматривается диноменология жизнестойкости во взаимосвязи с направленностью личности. На примере профессиогенеза личности врача-клинициста показано: наиболее значимым личностным компонентом жизнестойкости является «Контроль»; в группе терапевтического профиля направленность на задачу тесно взаимодействует с высоким показателем жизнестойкости ее компонентом - «Контроль», направленность на себя в данной группе имеет положительную корреляцию со шкалой «Принятия риска»; в группе хирургического профиля преобладающим являются два вида направленности: на задачу и на взаимодействие, направленность на задачу имеет тесную корреляцию со шкалами «Принятие риска» и «Контроль».

**Ключевые слова:** Жизнестойкость, совладающее (копинг) поведение, вовлеченность, контроль, принятие риска, направленность личности, профессиогенез, персоногенез.

Жизнестойкость относится к категориям психологии личности, расширяющим разъяснительный потенциал феноменологического поля адаптации личности, совладающего (копинг) поведения. Проблеме личностных предпосылок психологической адаптации посвящено немало отечественных и зарубежных исследований, достаточно назвать таких авторов, как: Александровский Ю.А., Анцыферова Л.И., Бодров В.А., Казначеев В.П., Медведев В.И., Рангинская Т.И., Реан А.Л., Налчаджан АА., Г. Селье, Хартманн Х. и др. При этом с очевидностью отмечается особое направление исследований, посвященных профессионально-личностной адаптации, в том числе в социномических видах деятельности (Л.Г. Дикая, С.В. Овдей, А.С. Шапкин, Б.А. Ясько и др.). Психология копинг-поведения разрабатывается в различных научных направлениях и концепциях личности в трудах зарубежных авторов. Она широко представлена в гуманистической психологии (К. Роджерс, К. Коул), теории социального научения (Дж. Роттер, Д. Эфран), в когнитивной и психозволюционной теориях стресса (Р. Лазарус, С. Фолькман, Р. Плутчик, Г. Келлерман, Г. Конте). Заметно расширяется круг отечественных исследований проблемы личностных ресурсов противодействия жизненным и профессиональным стрессам (К.А. Абульханова, Л.А. Китаев-Смык, А.Б. Леонова, Д.А. Леонтьев, В.И. Моросанова, А.О Прохоров, С.К. Нартова-Бочавер, В.Г. Никифоров, Б.Н. Рыжов, З.И. Рябикина и др.). Отмечаются продуктивные попытки рассматривать эту проблему в контексте факторов риска развития дезадаптационных состояний личности, синдрома эмоционального выгорания, деформаций личности профессионала, в так называемых, «помогающих» видах деятельности (В.В. Бойко, Ф.Е. Василюк, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченко, А.Р. Фонарев, Б.А. Ясько и др.). Однако сложный характер феномена психологической адаптации оставляет нерешенными многие концептуальные вопросы, особое место среди которых занимает вопрос жизнестойкости личности и ее психологических предпосылок. Поднятая в работах С. Мадди, С. Кобейса, проблема жизнестойкости получает развитие в исследованиях Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой. Она обозначена как объект психологического исследования, находящийся на пересечении теоретических воззрений экзистенциальной психологии и прикладной области психологии стресса и совладания с ним. Обладая позитивным ресурсом концептуального

аппарата экзистенциальной психологии, категория жизнестойкости позволяет соотнести исследования в области психологии стресса с экзистенциальными представлениями об онтологической тревоге и способах совладания с ней, предлагая практически эффективный, основанный на экзистенциальных воззрениях ответ на одну из наиболее актуальных проблем конца XX века [2]. Вместе с тем, экзистенциальная теоретическая парадигма не дает достаточно оснований для анализа психологических предпосылок жизнестойкости, ее места в структуре интегральной индивидуальности личности. Тем более остаются не изученными феноменологические аспекты проявления жизнестойкости в персоногенезе и професиогенезе личности. Эти возможности исследователь получает, опираясь на теоретические основы субъектной, субъектно-деятельностной, интегральной концепций личности (Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, В.С. Мерлин, С.Л. Рубинштейн и др.). Таким образом, очевидна исследовательская проблема, которая обусловлена противоречием между становлением в понятийном аппарате психологии личности категории жизнестойкости, с одной стороны, и недостаточной разработанностью ее разъяснительного конструкта с позиций теоретико-методологических основ субъектной, субъектно-деятельностной парадигм, концепции личности как интегральной индивидуальности – с другой. Это противоречие обуславливает проблему исследования, которая дополняется высокой прикладной востребованностью анализа психологических предикторов жизнестойкости для оптимизации процессов личностной, профессионально-личностной адаптации, совладания с жизненными и профессиональными стрессами. В этой связи особый интерес представляет исследование характера взаимосвязей жизнестойкости как личностной диспозиции и ее компонентов (вовлеченности, контроля, принятия риска) с направленностью, являющейся подструктурой личности, относящейся к ее высшим социально-психологическим уровням и выступающей одним из ведущих регуляторов поведения [4, с. 74]. Б. Г. Ананьев характеризовал направленность как «общий центр духовного развития личности, включающий ценностные ориентации, жизненную направленность, мотивацию поведения, систему отношений, взаимопроникновение смысла и значения, динамику установки, нравственную позицию личности» [1; 4, с. 75].

Исследование проведено группе врачей, представляющих две основных клинических специализации: терапию и хирургию. Совокупная выборка исследования составила 422 испытуемых (260 терапевтов и 162 хирурга). Применены методики: Тест «Жизнестойкость» [2] и «Опросник определения личностной направленности» Смекала-Кучера, позволяющий выявить соотношение трех видов направленности: личностной (на себя – НС); коллективистской (на взаимодействие – НВ); деловой направленности (на задачу – НЗ) [5, с. 47-54]. Экспериментальное исследование было направлено на проверку гипотезы, которая состояла в предположении: жизнестойкость является психологическим продуктом системного взаимодействия личностных свойств различных уровней организации: от индивидуального до субъектного. В данном эпизоде исследования анализируются взаимосвязи феноменов жизнестойкости и направленности личности.

На первом этапе исследования был проведен тест «Жизнестойкость». Анализ совокупных данных показал, что высокая *жизнестойкость* является характеристикой этой личностной диспозиции субъекта врачебной деятельности. Её диагностический уровень составляет в среднем по выборке испытуемых 88,91 балла. В сравнении с показателем стандартной нормы (80,72 балла) имеет место превышение уровня выраженности жизнестойкости в исследуемой выборке (при  $t=6,09$   $p<0,001$ ).

На втором этапе исследования респонденты были разделены на две группы по половому признаку: мужчин -210 человек, женщин -212 человек. При анализе эмпирических данных было выявлено, что более высокий уровень жизнестойкости обнаружили мужчины-врачи ( $M=89,95$  баллов против 87,87 в женской части выборки испытуемых; при  $t=3,66$   $p<0,001$ ).

На третьем этапе исследования был проведен анализ выраженности компонентов жизнестойкости в совокупной выборке врачей. Анализируемые компоненты имеют

различный «вес» относительной выраженности в структуре интегрированного показателя жизнестойкости. Так, если качество вовлеченности (шкала «Вовлеченность») в стандартизированных данных составляет 46,6%, то в обследованной выборке испытуемых оно имеет меньший «вес» значимости: 43,6%. Иначе обстоит дело с двумя другими психологическими компонентами. Убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего (шкала «Контроль»), в мироощущении врача является более значимым компонентом способности личности выдерживать стрессовую ситуацию (37,8% против 36,2%). Убежденность в целесообразности принятия риска для сохранения внутренней сбалансированности успешности деятельности (шкала «Принятие риска») имеет относительный вес в структуре жизнестойкости также более высокий, чем в нормативных показателях (18,6% против 17,2%).

Сделанное наблюдение является основанием для вывода о том, что в личности врача диспозиция жизнестойкости в значительной степени обеспечивается развитой способностью контроля, собственной активностью и готовностью к наступательным, рискованным действиям для достижения позитивных результатов.

На четвертом этапе респонденты были разделены по стажу на четыре группы (до 5 лет, 6-10 лет, 11-15 лет, свыше 20 лет стажа) и проведено исследование направленности личности, методика Смекала-Кучера, позволило установить следующее. Для врача свойственно в целом преобладание личностной направленности на задачу (НЗ): сравнение средних показателей по всем шкалам подтверждает достоверность выделенного феномена. Это свидетельствует о преобладании мотивов, порождаемых деятельностью, увлечением самой деятельностью, стремлением отстаивать точку зрения, которая, по мнению субъекта, является полезной для выполнения поставленной задачи. Наибольшее развитие деловая направленность получает на этапе жизни субъекта, соответствующего продолжительному врачебному стажу (свыше 11 лет): в сравнении показателей по шкале «НЗ» по группам молодых и зрелых врачей достоверность различий констатируется на уровне 99,9% (при  $t=12,99$ ).

На пятом этапе исследования был проведен корреляционный анализ между направленностью личности, жизнестойкостью и ее компонентами в группах респондентов сформированных с учетом стажа работы. В общем массиве данных выделена положительная корреляционная связь ( $r=0,114$ ;  $p<0,05$ ) между направленностью личности врача на взаимодействие (НВ) и убежденностью в том, что все происходящее в жизни способствует личностному развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта; готовностью действовать даже при отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск (компонент «*принятие риска*» в структуре жизнестойкости). Такая корреляционная связь наблюдается на всех этапах жизненного и профессионального пути врача, но в период высокого накопления опыта (стаж более 20 лет), когда отмечается в целом снижение мотивационной значимости для личности направленности на взаимодействие, этот коррелят не выявляется.

Установлено, что на раннем этапе вхождения в профессию (стаж до 5 лет), высокая выраженность направленности на себя (НС) имеет отрицательную взаимосвязь с компонентом вовлеченности в структуре жизнестойкости ( $r=-0,213$ ;  $p<0,05$ ). Это дает основание предполагать, что стремление к престижу и социальному одобрению как составляющие высокого уровня притязаний личности, находится в состоянии противодействия удовлетворенности собственной деятельностью, жизненной активностью, т.е. могут способствовать формированию у личности ощущения себя «вне» жизни.

Направленность на взаимодействие, выраженная на данном жизненном этапе средним показателем, значительно уступающим показателю направленности на себя ( $M=29,5$  против  $M=35,98$ ), отрицательно коррелирует с высоким притязанием на подконтрольность жизни и способность «управлять» судьбой ( $r=-0,221$ ;  $p<0,05$ ) и положительно взаимосвязана с компонентом принятия риска в структуре жизнестойкости ( $r=0,206$ ;  $p<0,05$ ). Иными словами, невысокая активность социальной (коллективистской) ориентации личности является некоторым «барьером» в становлении компонента «Контроль» в системе качеств жизнестойкости личности. По сути, в противоположность этому, направленность на задачу (НЗ),

занимающая третье место по мотивационной значимости для молодого врача, имеет тенденцию к положительной взаимной связи с компонентом контроля ( $r=0,196$ ) и диспозицией жизнестойкости в целом ( $r=0,156$ ).

В период (стаж от 11 до 15 лет) жизнестойкость личности как психологический фактор, способствующий успешному совладанию со стрессом и снижению (предупреждению) внутреннего напряжения [2, с.3], имеет тесную положительную взаимосвязь ( $r=0,349$ ;  $p<0,001$ ) с направленностью на взаимодействие (НВ), которая, вместе с направленностью на дело, является преобладающим видом мотивационной направленности врача на этом отрезке жизненного пути ( $M=30,54$  и  $M=31,5$ ). Этот же вид направленности (НВ) обнаруживает тесную корреляцию с компонентами контроля ( $r=0,387$ ;  $p<0,001$ ) и принятия риска ( $r=0,254$ ;  $p<0,05$ ) в структуре жизнестойкости личности.

Характерной особенностью выделенных связей в психологии личности врача на описываемом профессиональном отрезке является показатель отрицательной корреляции между высокой выраженностью направленности на дело (НЗ) и принятием риска ( $r=-0,503$ ;  $p<0,001$ ). Поскольку компонент «Принятие риска» интерпретируется как «убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного, готовность действовать в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск» [2, с. 4], можно предположить, что осознание высокой ответственности за результаты врачебной деятельности, формирующееся на основе приобретенного с годами клинического опыта, выступает своеобразным внутренним цензором, блокирующим готовность действовать без уверенности в успехе, на страх и риск, поскольку цена такого врачебного опыта – жизнь и здоровье человека.

На этом профессиональном этапе по сравнению с предыдущими у врача значительно снижается значимость мотивирующей силы направленности на себя (НС). Со средних значений 35,98 и 33,38 баллов в измерениях по группам молодых врачей этот показатель снижается до среднего 27,95 балла. Наиболее выраженная корреляция отрицательного вида отмечается между переменными «НС» - «Контроль»:  $r=-0,413$ ;  $p<0,001$ . Это подтверждает высокую значимость ресурса контроля в системе механизмов совладания врача, который проявляет психологическую «резистентность» к отрицательной динамике отдельных компонентов направленности личности, в частности направленности на становление личного престижа и реализации жизненных и профессиональных притязаний. Возможно, что компенсирующую роль в сохранении гомеостаза личности, ее жизнестойкости играет в этой ситуации тесная корреляция между сниженной направленностью на себя и готовностью к принятию риска ( $r=-0,199$ ;  $p<0,01$ ).

В целом следует отметить, что проведенный анализ позволяет выделить наиболее выраженные корреляции между свойствами направленности личности врача и ее жизнестойкостью. На высоко достоверном уровне они группируются преимущественно в виде положительных связей в конструктах: «Направленность на взаимодействие» - «Контроль»; «Направленность на взаимодействие» - «Принятие риска».

На шестом этапе исследования респонденты были разделены на две группы с учетом профиля специализации: первая группа 260 человек - терапевтический профиль; вторая группа 162 человека – хирургический профиль.

Для врачей хирургического профиля преобладающими являются два вида направленности: на задачу (шкала «НЗ»:  $M=31,02$ ) и на взаимодействие, общение (шкала «НВ»:  $M=30,07$ ), что достоверно превышает среднее значение аналогичного показателя в целом по выборке ( $M=28,38$ ; при  $t=3,41$   $p<0,001$ ). Направленность на себя, собственный престиж и социальное признание отражена средним показателем 28,91 балла, что значительно ниже среднего по всей экспериментальной выборке (при  $t=1,75$   $p<0,1$ ). Феноменологическим аспектом взаимосвязи высоко выраженной *направленности на задачу* является наличие тесной корреляции с личностной готовностью к *принятию риска* ( $r=0,246$ ;  $t=3,09$ , т.е.  $p<0,01$ ) и *контролируемости жизни* ( $r=0,336$ ;  $t=4,23$ , т.е.  $p<0,001$ ) в составе диспозиции жизнестойкости врача-хирурга.

Для врача терапевтического профиля наиболее значимой является направленность на

дело, задачу (M=31,94). Корреляционный анализ показал, что наиболее выраженная взаимосвязь положительного характера имеется между направленностью личности врача-терапевта на задачу (НЗ) и высокими показателями жизнестойкости в целом ( $r=0,337$ ;  $p<0,001$ ), а также контроля жизни, как ее компонента ( $r=0,545$ ;  $p<0,001$ ). Положительная взаимосвязь отмечена между направленностью на себя (НС) и шкалой «Принятие риска» ( $r=0,316$ ;  $p<0,001$ ).

#### ВЫВОДЫ:

1. Жизнестойкость является системным психическим свойством, формирующимся в процессе персоно- и профессиогенеза личности. Для личности врача наиболее значимым компонентом жизнестойкости является развитая способность уверенного профессионального и жизненного поведения, убежденность в контролируемости жизни. В персоногенезе наибольшего уровня жизнестойкость достигает в период жизненной и профессиональной зрелости (стаж профессиональной деятельности 11-15 лет). Личностные составляющие жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) дифференцируются под влиянием ведущей деятельности субъекта, что соответствует концепции личности как интегральной индивидуальности [1, 3, 5 и др.]. Значимую роль в становлении жизнестойкости врача хирургических видов специализаций играют компоненты *контроля и принятия риска*, а врача-терапевта – компоненты *вовлеченности*, наполняющие деятельность экзистенциальным смыслом.

2. Для врача свойственно в целом преобладание личностной направленности на задачу (НЗ). Это свидетельствует о преобладании мотивов, порождаемых деятельностью, увлечение самой деятельностью, стремление отстаивать точку зрения, которая, по мнению субъекта, является полезной для выполнения поставленной задачи. У врача-клинициста направленность личности на деловую активность является психологической предпосылкой жизнестойкости, она также положительно и тесно взаимосвязана с качеством контроля в структуре жизнестойкости личности, что позволяет рассматривать эти психологические свойства как взаимодополняющие друг друга. Высоко выраженная направленность врача на взаимодействие положительно коррелирует с принятием риска как компонентом жизнестойкости личности.

3. Имеют место различия в динамике взаимосвязи компонентов направленности и жизнестойкости в персоногенезе. Для молодого врача более свойственна направленность на себя (НС), которая имеет отрицательную взаимосвязь с компонентом вовлеченности в структуре жизнестойкости; в зрелый период жизни преобладает деловая направленность, отрицательно взаимосвязанная принятием риска в структуре жизнестойкости.

4. Наиболее выраженные корреляции между свойствами направленности личности врача и ее жизнестойкостью на высоко достоверном уровне группируются преимущественно в виде положительных связей в конструктах: «Направленность на взаимодействие» - «Контроль»; «Направленность на взаимодействие» - «Принятие риска».

Проведенное исследование подтверждает выдвинутую гипотезу и вносит вклад в развитие научного знания о природе адаптационных ресурсов личности.

#### Примечания:

1. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания // Психология личности: Хрестоматия. Т. 2 / Б.Г. Ананьев. – Самара: БАХРАХ, 1999.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
3. Мерлин В.С. Деятельность как опосредующее звено в связи разноуровневых свойств индивидуальности // Проблемы интегрального исследования индивидуальности. Пермь, 1978. С. 15-40.
4. Психология личности: Словарь-справочник / Под ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Киев: Рута, 2001.
5. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2001.
6. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. Ростов н/Д: Феникс, 2005.