Статья распространяется на условиях CC BY 4.0 International License

© 2025. Логинова И. О., Кудашова Е. А.

Check for updates

СИБ СКРИПТ

2025 Том 27 № 2

оригинальная статья

https://elibrary.ru/sjonvl

Преодоление вынужденной дефицитарности в ситуации болезни пациентами с разной степенью устойчивости жизненного мира

Логинова Ирина Олеговна
Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, Красноярск
eLibrary Author SPIN: 4711-5619
https://orcid.org/0000-0002-9551-1457
Scopus Author ID: 57192670601
loginova70_70@mail.ru

Кудашова Евгения Александровна
Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко, Россия, Воронеж
eLibrary Author SPIN: 3299-2690
Scopus Author ID: 57194090724

Аннотация: Ситуация болезни актуализирует возникновение уязвимости человека, проявляющейся в деформации имевшегося образа жизни, сужении сферы социального взаимодействия. Такое состояние человека, когда он испытывает дефицит внутренних ресурсов, может быть определено как дефицитарность. Несмотря на частоту встречаемости феноменов дефицитарности и вынужденности, понимание данных терминов, а также исследования механизмов преодоления вынужденной дефицитарности в научной литературе представлены довольно ограниченно. Именно поэтому сферой особого интереса в нашем эмпирическом исследовании выступила специфика жизненной стратегии человека в ситуации болезни с целью выявления способов преодоления вынужденной дефицитарности пациентами с разной степенью устойчивости жизненного мира. Исследование проводилось на группах пациентов с соматическими заболеваниями, требующими смены образа жизни в ситуации болезни (n = 420). Для проведения исследования использованы: опросник «Определение типа жизненного сценария» (И. О. Логинова), методика «Изучение устойчивости жизненного мира человека» (И. О. Логинова), клинико-психологическая беседа, направленная на выявление способов преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни. Обнаружена специфика преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни у пациентов с разной степенью устойчивости жизненного мира: у пациентов с низкой степенью устойчивости жизненного мира доминируют такие способы преодоления вынужденной дефицитарности, как информирование, самовнушение, самоконтроль, вкусная еда, прогулки на свежем воздухе, ритуалы; у пациентов со средней степенью устойчивости жизненного мира – информирование, аутомотивация, самоконтроль, отказ от сравнения, смена деятельности, хобби, прогулки на свежем воздухе, физическая активность; у пациентов с высокой степенью устойчивости жизненного мира – информирование, вовлеченность, аутомотивация, позитивное мышление, отказ от сравнения, хобби, прогулки на свежем воздухе, посещение выставок и театров.

Ключевые слова: ситуация болезни, соматические заболевания, вынужденная дефицитарность, преодоление вынужденности, жизненная стратегия, устойчивость жизненного мира

Цитирование: Логинова И. О., Кудашова Е. А. Преодоление вынужденной дефицитарности в ситуации болезни пациентами с разной степенью устойчивости жизненного мира. *СибСкрипт*. 2025. Т. 27. № 2. С. 191–202. https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

Поступила в редакцию 11.01.2025. Принята после рецензирования 25.02.2025. Принята в печать 03.03.2025.

This article is distributed under the terms of the CC BY 4.0 International License

full article

Coping with Disease-Related Deficiency in Patients with Various Degrees of Life-World Stability

Irina O. Loginova
Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University,
Russia, Krasnoyarsk
eLibrary Author SPIN: 4711-5619
https://orcid.org/0000-0002-9551-1457
Scopus Author ID: 57192670601
loginova70_70@mail.ru

Evgenia A. Kudashova
Burdenko Voronezh State Medical University, Russia, Voronezh
eLibrary Author SPIN: 3299-2690
Scopus Author ID: 57194090724

Abstract: Disease provokes vulnerability, affects lifestyle, and reduces social interaction. In chronic patients, deficiency manifests itself as a lack of inner resources. Although deficiency and compulsion are common phenomena, publications on coping strategies remain understudied when it comes to somatic diseases. This research featured life and coping strategies in patients with imposed deficiency and different degrees of life-world stability. The study involved 420 patients with somatic diseases associated with major lifestyle changes. It included I. O. Loginova's Questionnaire of Life Scenario and the Technique of Life-World Stability. The coping strategies identified by clinical and psychological interview proved to correlate with the degree of life-world stability. The patients with low life-world stability were prone to informing, self-suggestion, self-control, food treats, walking, and rituals. Those with a medium degree of life-world stability preferred informing, self-motivation, self-control, avoiding comparisons, new activities, hobbies, walking, and physical activity. The patients with strong life-world stability chose informing, involvement, self-motivation, positive thinking, avoiding comparisons, hobbies, walking, and cultural entertainment.
Keywords: disease situation, somatic diseases, disease-related deficiency, coping, life strategy, life-world stability

Citation: Loginova I. O., Kudashova E. A. Coping with Disease-Related Deficiency in Patients with Various Degrees of Life-World Stability. *SibScript*, 2025, 27(2): 191–202. (In Russ.) https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

Received 11 Jan 2025. Accepted after peer review 25 Feb 2025. Accepted for publication 3 Mar 2025.

Введение

С ситуацией болезни сталкивался на своем жизненном пути каждый человек. Несмотря на частоту встречаемости с этим феноменом, понимание в научной литературе ситуации болезни довольно ограничено, несмотря на то что «переживание ситуации, связанной с тяжелой болезнью, носит психотравмирующий характер и сопровождается появлением негативных психологических последствий» [Никитина 2022]. Анализ современной литературы позволяет констатировать дефицит медико-психологических исследований системного и междисциплинарного характера, отражающих психологические характеристики человека в ситуации болезни. Так, обращение к ресурсу eLIBRARY.RU и формирование поискового запроса *ситуация болезни* по тематике *психология* в заглавии публикации журнальных статей за период 2019–2024 гг. позволило получить отсортированными 26 работ. Из этого количества статей, раскрывающих содержание понятия *ситуация болезни*, обнаружено 5 (19,23 %); 19 статей (73,1 %) описывают типы и уровни комплаентности и совладающего поведения пациентов в ситуации болезни или в ситуации жизни с болезнью; 2 статьи (7,7 %) посвящены ситуации болезни в привязке к конкретным заболеваниям в региональном аспекте частоты встречаемости. Таким образом, за 5 лет выявлено 5 публикаций, посвященных содержательным аспектам проблемы жизни человека в ситуации болезни. Из этого количества 2 публикации принадлежат М. М. Орловой, которая предложила определение ситуации болезни [Орлова 2019; 2024]. Ее точка зрения позволяет сформировать наиболее четко очерченный контекст представлений о ситуации болезни: автор определяет ситуацию как интегративное понятие, в структуре которого присутствуют «объективные и субъективные компоненты, учитывающее тяжесть и обратимость соматических изменений и социальных последствий этих изменений (трансформация социальных ролей,

возможностей, взаимодействие с другими людьми и социальными институтами в роли больного), а также внутреннюю картину болезни, определяемую преморбидной личностью пациента, его мотивационной структурой и арсеналом адаптационных механизмов» [Орлова 2024: 317].

Ситуация болезни актуализирует возникновение уязвимости человека, проявляющейся в деформации имевшегося образа жизни, сужении сферы социального взаимодействия [Орлова 2019: 55]. Такое состояние человека, когда он испытывает дефицит внутренних ресурсов, может быть определено как дефицитарность. Понятие *дефицитарность* конституирует напряженную возможность особого порядка, поскольку здесь соединяются воедино две линии:

- одна касается собственно дефицитарности, проявляющейся через отношения между образом мира и образом жизни, и достаточно широко развернута в работах [Злобина, Краснорядцева 2023; Логинова и др. 2021];
- другая сопряжена с вынужденностью, особым образом переживаемой человеком действительностью, характеризующейся отсутствием стабильности жизненного мира, происходящими изменениями [Фордмен 2021: 185], и ограниченностью в функциональности за счет разворачивающихся внутренних или внешних событий / факторов, преодолеть которые человек не в состоянии.

Активное обращение к проблеме вынужденной дефицитарности связано в последние годы с происходящими глобальными изменениями, обусловленными миграционными процессами [Iraklis 2021], вынужденным / принудительным переселением [Cuadrado et al. 2023], ограничительными действиями правительств в период последней пандемии COVID-19 в части вынужденной дефицитарности личного и профессионального времени при работе на удаленке [Bagger, Lomborg 2021], преодолением невзгод во время тяжелой болезни [Сизова, Циринг 2019; Larsson et al. 2023; Qie, Onn 2023], вынужденностью покинуть работу до наступления пенсионного возраста из-за плохого состояния здоровья [Sherzad et al. 2023].

Мы под вынужденной дефицитарностью в ситуации болезни будем понимать устойчивое состояние, связанное с переживаниями ограниченности, недостаточности внутриличностных ресурсов, необходимых человеку для удовлетворения потребностей, достижения поставленных целей и обеспечения собственного благополучия. Заметим, что прогредиентный характер многих заболеваний приводит к нарастанию дефектов и связанных с ними ограниченных возможностей, а при хронических заболеваниях возможные ограничения становятся статичными, что приводит вплоть до потери трудоспособности [Худик 2023: 58]. Также по нарастающей ограниченные возможности переживаются человеком как состояние вынужденной дефицитарности.

Затронутая проблематика соотносится с высказыванием К. Маркса, которое в медицинских кругах получило широкое употребление: «Что такое болезнь, как не стеснённая в своей свободе жизнь?»[1]. И если свобода автором определяется как господство над обстоятельствами, то в ситуации соматического заболевания зачастую человеку приходится переживать вынужденность как ограниченность в действиях (перемещениях, соблюдении режима и т. п.). Данная точка зрения согласуется с позицией других авторов о том, что болезнь как «сложная жизненная ситуация характеризуется как ситуация социальной нестабильности, определяется как кризисная, стрессогенная, переломная, экстремальная, неопределенная и критическая» [Серый, Яницкий 2014: 210]. В этом же ключе рассматривают проблему другие авторы. Так, по мнению Л. И. Анцыферовой, в трудной жизненной ситуации происходит нарушение привычного образа жизни; рассогласование между потребностями человека, его возможностями и условиями деятельности; необходимость серьезной внутренней работы и внешней поддержки для адаптации в новой жизненной ситуации [Анцыферова 1994]. То есть акцентируется внимание на зависимости между оценками ситуации и возможностями ее преодоления: «какие факторы определяют эту когнитивно-аффективную "работу" и оказываются в итоге "ответственными" за эффективность / неэффективность стратегий совладания» [Белинская, Джураева 2021: 49]. Поскольку болезнь задает границы человеческой экзистенции, то возможность совладания с ситуацией болезни как трудной жизненной ситуацией позволяет человеку переживать ощущение свободы, «подниматься над ситуацией» болезни, выйти за эти границы [Бранченко 2015].

В этой связи «уход в болезнь» чаще всего сопряжен с вынужденностью, которая рассматривается в негативном ключе, вплоть до возникновения

[1] Маркс К. Дебаты о свободе печати и об опубликовании протоколов сословного собрания. In: Маркс К., Энгельс Ф. *Сочинения*. 2-е изд. М.: Политиздат, 1955. Т. 1. С. 64.

состояния вынужденного социального паразитизма [Беляев 2016: 59], характеризующегося передачей другим в полной мере ответственности за себя. Однако есть и противоположные проявления, когда вынужденная дефицитарность определяет возможность многих достижений и роста. Так, М. А. Полякова указывает, что очень многие открытия и изобретения человечества совершались в условиях, далеких от свободных (к примеру, в «советских шарагах»). Автор предполагает, что в креативных людях замкнутое пространство и ограничения в некоторой степени активизируют протест и стремление творить вопреки сложившейся ситуации [Полякова 2021: 151], что позволяет предположить, что в ситуации болезни человек может иметь ресурс на преодоление вынужденной дефицитарности.

Данные подходы соотносятся с ранее описанными в научной литературе жизненными стратегиями адаптивного и сверхадаптивного типов. Описанный нами феномен устойчивости жизненного мира [Логинова и др. 2021], которая возникает благодаря следующей жизненной логике: от «действовать, чтобы поддерживать свою жизнь» до «жить для того, чтобы делать дело своей жизни» [Леонтьев 2001: 502], также выполнен в этом ключе. Именно эту логику мы удерживали при организации эмпирического исследования, где для нас сферой особого интереса выступала специфика жизненной стратегии человека в ситуации болезни по типу преодоления возникшей вынужденной дефицитарности.

Цель статьи – выявить способы преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни пациентами соматического профиля с разной степенью устойчивости жизненного мира.

Методы и материалы

Исследование проводилось в три этапа.

I этап. Исследование было реализовано на группах пациентов с соматическими заболеваниями, требующими смены образа жизни в ситуации болезни, для выявления специфики типа жизненного сценария и характера проявления устойчивости жизненного мира с учетом нозологических особенностей групп.

Критерии включения в выборку:

- информированное согласие пациентов на участие в исследовании;
- стаж после впервые выявленного заболевания, лечения и / или произведенного оперативного вмешательства от 0,5 до 1,0 года.
- данные из анкеты, свидетельствующие, что пациент испытывает чувство скованности, напряжения и ощущает вынужденность менять образ жизни (положительные ответы на 3 и более вопросов о переживании, связанном с ситуацией болезни).

В исследовательскую выборку вошли:

Группа 1 – пациенты с соматическими заболеваниями сердца и сосудов (n = 126): с ишемической болезнью сердца, которым было проведено коронарное шунтирование на работающем сердце или в условиях искусственного кровообращения (69,85 % мужчин, 30,15 % женщин). Медиана возраста – 57 (56;58) лет.

Группа 2 – пациенты с онкологическими заболеваниями (n = 150) урологического, гинекологического и абдоминального профиля (46 % мужчин, 54 % женщин). Медиана возраста – 59 (58;60) лет.

Группа 3 – пациенты, пережившие острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (n = 144) (56,25 % мужчин, 43,75 % женщин). Медиана возраста – 58 (57;59) лет.

Следует отметить, что группы респондентов не проверялись на однородность выборок по полу, возрасту, длительности заболевания, поскольку исследовательский интерес смещен на особенности преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни.

II этап. Решалась задача выявления типичных жизнеописаний пациентов, раскрывающих специфику устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями, в силу чего три нозологические группы были объединены в единую выборку респондентов.

III этап. Выявлялись способы преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни на общей выборке респондентов.

В силу того, что специальные методики, позволяющие оценить особенности вынужденной дефицитарности, в литературе отсутствуют, нами была предпринята попытка провести исследование с использованием следующих опросников и процедур:

1. Опросник «Определение типа жизненного сценария» [Логинова и др. 2021], позволяющий диагностировать два типа жизненных сценариев, занимающих полярные, крайние позиции, характеризующие две тенденции устойчивости жизненного мира человека: преодоление как восполнение необходимого и восхождение как восполнение сверхнеобходимого, возможного.

2. Методика «Изучение устойчивости жизненного мира человека» [Логинова 2012], выявляющая характер проявления устойчивости жизненного мира (конструктивный, неконструктивный, стагнационный) на основе процедуры обработки эссе «Три дня моей

https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

жизни» по восьми диагностическим параметрам (временной модус событий; соотношение глаголов; критерий выбора содержания событий; общий эмоциональный фон событий; значение описываемых событий в жизни; отношение к событиям; непрерывность личностной истории; рефлексивная позиция автора) с присвоением внутри каждого баллов. Кроме того, данная методика была дополнена процедурой фиксации типичных жизнеописаний пациентов, раскрывающих специфику устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями.

3. Клинико-психологическая беседа, направленная на выявление способов преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни, для реализации дополнительной процедуры фиксации типичных жизнеописаний пациентов, раскрывающих специфику устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями.

Использовались стандартные методы статистического анализа математических данных (пакет программ IBM SPSS Statistics v.26). Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей. В случае отсутствия нормального распределения переменных в описательной статистике использовалась медиана (Me).

Результаты

На I этапе исследования были получены данные о преобладающем типе жизненного сценария во всех трех группах респондентов (рис. 1). Распределение частоты встречаемости жизненных сценариев свидетельствует, что независимо от специфики соматического заболевания респонденты, продолжающие находиться в ситуации болезни (восстановительный, реабилитационный, амбулаторный этапы), демонстрируют тип жизненного сценария *преодоление* чаще, чем тип *восхождение*. Следует заметить, что для людей, чья жизнь разворачивается по сценарию *преодоление*, характерны минимизированность собственных усилий в отношении организации собственной жизни, стереотипизация форм и способов взаимодействия с окружающим миром, они не готовы брать ответственность за собственные действия, за результаты своей деятельности, склонны передавать ответственность другим – врачам, медицинскому персоналу, ухаживающим родственникам.

Менее четверти респондентов, продемонстрировавших приверженность типу жизненного сценария *восхождение*, характеризуются наличием особого духовного усилия человека в отношении самостроительства собственной жизни, ориентации на отдаленные результаты и перспективы, требующие больших жизненных усилий и вложений, которые способны облагораживать человека, переводить возникающие возможности в действительность. Они способны нести ответственность за собственную жизнь в условиях длительного восстановления после лечения, руководствоваться целями и отдаленными перспективами. Значимых различий по типам жизненного сценария между группами не обнаружено.

На следующем этапе был определен доминирующий характер проявления устойчивости жизненного мира в группах респондентов (рис. 2), где были выделены, согласно методике, три варианта устойчивости жизненного мира: неконструктивный; конструктивный; стагнационный. Согласно процедуре методики, пациентам предлагалось написать эссе, описав три дня своей жизни. Полученные тексты обрабатывались согласно предложенной диагностической форме

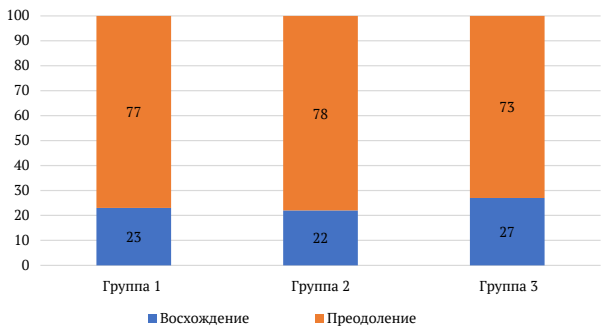

Рис. 1. Преобладающий тип жизненного сценария в группах респондентов, %
Fig. 1. Predominant life scenario per group of respondents, %

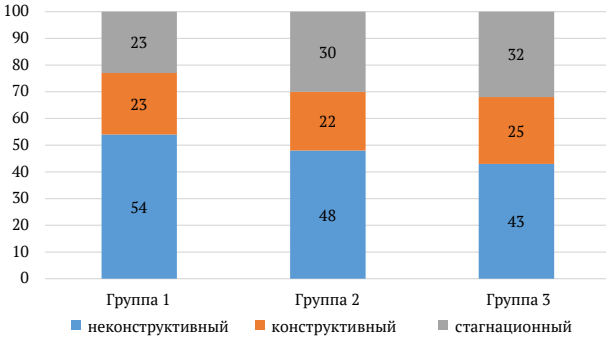

Рис. 2. Результаты определения характера проявления устойчивости жизненного мира в группах, %
Fig. 2. Manifestation of life-world stability per group of respondents, %

по восьми диагностическим параметрам с присвоением внутри каждого баллов. Их сумма определяла доминирующий характер проявления устойчивости жизненного мира.

Полученные результаты свидетельствуют, что доминирующим характером проявления устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями является неконструктивный, для которого характерны недостаток ресурса (собственного потенциала, условий среды), отсутствие равновесия между реальностью и желаемой ситуацией, что отражает специфику вынужденности. Остальные проценты распределяются между конструктивным и стагнационным характером проявления устойчивости жизненного мира пациентов. Конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира означает, что пациентам свойственно ценностное отношение к жизни, наличие перспектив дальнейшего движения, отсутствие недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни. Стагнационный характер проявления устойчивости жизненного мира означает, что пациенты ориентированы на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Значимых различий по характеру проявления устойчивости жизненного мира между группами не обнаружено. Это позволяет предположить, что переживание вынужденности в смене образа жизни, обусловленного ситуацией болезни, несмотря на нозологические различия групп, является типичным для пациентов с различными заболеваниями, что позволяет объединить для последующего анализа всех респондентов в одну группу.

Наряду с традиционной процедурой обработки материалов методики с подсчетом баллов нами была реализована дополнительная процедура фиксации типичных жизнеописаний пациентов, раскрывающих специфику устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями (n = 420).

Так, по параметру ***временной модус событий*** пациенты преимущественно описывали события, относящиеся к прошлому (*Я был молод, здоров, весел, там была радость*) – 25 % респондентов; к настоящему (*Сегодняшний период сложный, здесь много боли разочарования и ограничений*) – 20 %; к будущему (*Я очень надеюсь, что в будущем будет немного лучше, меньше боли, больше восстановленных функций*) – 10 %; находящиеся в диапазоне *прошлое – настоящее* (*Я описываю этот день, потому что тогда я был здоров, многое мне было доступно*) – 30 %; в диапазоне *настоящее – будущее* (*Я сейчас лечусь, чтоб у меня еще на что-то было время в будущем*) – 15 %. Это подтверждается результатами по параметру ***соотношение глаголов***, где доля глаголов прошедшего и настоящего времени в эссе пациентов не превышает 60 %, глаголов прошедшего и будущего времен – около 20 % и глаголов настоящего и будущего – около 20 %. Среди используемых глаголов прошедшего времени чаще всего встречаются *был / была, мог (бы) / могла (бы), не болело, делал(а), думал*. Среди используемых глаголов настоящего времени в эссе доминирующие позиции по частоте встречаемости занимают *переживаю, ограничен(а), лечусь, обдумываю, интересуюсь*. Среди глаголов будущего времени – *получится, будет, восстановлюсь / восстановятся, вылечусь, порадуюсь*.

Интересные данные получены по параметру ***критерий содержания событий***. Согласно процедуре обработки выделяются следующие критерии выбора содержания описываемых событий:

- биографический, когда описываются события собственной биографии, включенные в общую сюжетную линию жизни;
- топологический, когда отправной точкой описанных событий выступает определенное пространство (географическое, культурное, ценностно-смысловое и т.д.);
- хронотопический, когда совмещены биографический и топологический критерии, позволяющие описать события в призме единства пространства и времени жизни человека.

Почти 75 % пациентов представили свои жизнеописания в призме биографии (*Я был здоровым*; *Я вынужден был провести это время в больнице*; *В этот период я находился в больнице*). Остальные 25 % – в привязке ко времени и месту происходящего (*Я тогда и не знал, что такое лежать в больнице, был в ней только когда сам родился… Сейчас многое измеряю до операции, до химии, когда я в больнице лежал. Этот период времени с больницей связан*). Хронотопическое изложение отсутствовало. Можем предположить, что специфика переживания соматического заболевания как трудной жизненной ситуации искажает и / или редуцирует хронотопическое восприятие собственной жизни. Однако, данное предположение требует дополнительного исследования.

По параметру ***общий эмоциональный фон событий***, описываемых в эссе, который определялся через анализ используемых в тексте прилагательных, позволяющих выявить соотношение эмоционально

https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

нейтральных, отрицательных и положительных прилагательных, доминирующую позицию занимает отрицательный фон (*Я сильно расстроена, часто плачу. Не могу смериться со случившимся. Я впереди света белого не видно… лечение долгое, процедуры тяжелые, изматывающие… я сама на себя не похожа… ради чего все это?*) – 65 % респондентов, 25 % респондентов продемонстрировали нейтральный эмоциональный фон событий (*Вынужден принять ситуацию, держусь, стараюсь не расстраиваться. Радоваться, конечно, тоже нечему…*) и только 10 % респондентов представляли жизнеописание в позитивном ключе (*Могу порадоваться только одному, что врач попался грамотный, быстро распознал проблему, сюда направил. Хотя это и перекрывает все остальные минусы. Я здесь. Поэтому могу надеяться, что поживу еще…*). Полученные данные свидетельствуют, что, находясь в ситуации соматического заболевания, пациенты эмоционально воспринимают свою жизнь – прошлые, текущие и прогнозируемые в будущем события – преимущественно в негативном или нейтральном ключе.

По параметру ***значение описываемых событий в жизни*** было важным оценить, как пациенты воспринимают описываемые события относительно линии жизни: начало, центр или завершение линии развития. Выявлено, что наибольшее количество респондентов (65 %) описывают события, относимые к началу линии развития жизнеописания (*Болезнь заставила задуматься о своей жизни. Можно сказать, начался новый этап…*). При этом 30 % респондентов описывают события, относимые к центральной линии развития жизнеописания (*Не знаю, будет ли толк от лечения… Или это начало конца? Я над этим много размышляю. Может, все, что со мной до этого было, только подготовка к этому испытанию…*). И только 5 % респондентов в эссе представляют завершение линии жизни (*Я очень боюсь, что это конец. Сейчас сказал и задумался… Нет, наверное, не боюсь уже, просто сожалею… Жизнь в таком виде жизнью и назвать нельзя…*). Кроме этого, для нас важным моментом было заметить, насколько в тексте респонденты удерживают выбранную общую направленность линии развития. Только 10 % респондентов в своих жизнеописаниях это продемонстрировали (*Для меня очень тема здоровья важная сейчас, и я эти три дня выберу про мое здоровье. Первый – когда я парень молодой, мог реку переплыть, а не все в нашей деревне это могли. Речка небольшая, но течение… Сил много надо… А я переплыл и на меня все смотрели… Потом я на заводе работал и во многих соревнованиях участвовал. Здоровый мужик был. И вот сейчас поломки начались… но я пока силы есть как могу себя в форме поддерживаю. Хожу, зарядку делаю, обтираюсь… Я всегда думал, что с моим здоровьем лет до ста проживу, дед-то мой тоже крепкий был*). В большинстве своем респонденты представляли «разорванные» жизнеописания, выбирая значимые и важные дни, но не объединенные единой, целостной линией развития (*Я был хорошим работником и старался все заработать для своей семьи. И когда меня наградили, что было вроде почетно, но не так значимо, что у меня хорошая семья: жена, дети… В будущем я просто хочу жить без боли и постоянных ограничений во всем практически… это очень тяжело*).

По параметру ***отношение к событиям*** ни один из пациентов не продемонстрировал ценностное отношение к описанным трем дням жизни, а рациональное (*Отбрасываю эмоции; Оцениваю происходящее*) и ответственное (*…я во всем старался участвовать*; *Сам определял, куда и зачем*) распределились по 70 % и 30 % соответственно. Возможно, пациенты переживают период переоценки ценностей в ситуации серьезного заболевания, которое протекает болезненно, поэтому не предъявляется.

По параметру ***непрерывность личностной истории*** выявлено 55 % респондентов, для которых жизнь – мозаика, а непрерывность личностной истории отсутствует (*Вот три дня описал, а они все такие разные. Это все про меня?*). Для 45 % респондентов непрерывность личностной истории проявляется только на отдельных этапах жизнеописания (*…если бы одно не произошло, то может и другое не наступило бы*). Данный параметр является важным в оценке устойчивости жизненного мира человека, поскольку позволяет за описанием выбранных и описанных жизненных событий обнаружить логику становления человека.

По параметру ***рефлексивная позиция автора*** мы анализировали рефлексивное отношение к описываемым событиям: отсутствует, когда человек не демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к описываемым событиям; проявляется ситуативно, когда человек демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к одному из описываемых событий или к одной из сторон жизнеописания; целостная рефлексивная позиция, когда описываемые события выступают предметом рефлексии в контексте жизни человека. Обнаружено, что у 65 % рефлексивная позиция в жизнеописаниях не представлена, а при уточняющем вопросе респонденты отвечали – *Что об этом думать… Вот живешь сегодня, а завтра нет. Думал – не думал – никак не поможет… Что надо*

я делаю, а думать – нет. Ситуативная рефлексивная позиция к собственной жизни выявлена у 35 % респондентов, причем в подавляющем большинстве рефлексия включена в осмысление собственного заболевания или образа жизни, с ним связанного (*Стараюсь осмыслить произошедшее, вот не про то, почему я, зачем мне это… По-другому. И про жизнь свою. Как дальше жить буду. Раньше у меня жена была, она за мной следила: таблетки приготовит, напомнит выпить. Но вот умерла в пандемию… так мне теперь самому надо, вот способы разные себе и придумываю, как напоминать себе. А что, здесь сейчас времени подумать много*). Целостная рефлексивная позиция по отношению к собственной жизни не выявлена ни у одного пациента.

Представленные результаты позволяют не только понять вклад каждого из этих параметров в специфику конструктивного, неконструктивного и стагнационного характера проявления устойчивости жизненного мира, но и обнаружить дефицитарность в ситуации болезни.

На III этапе была проведена клинико-психологическая беседа, направленная на выявление способов преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни. Пациентам был предложен список из 14 позиций (рис. 3).

Самые распространенные по частоте встречаемости: ритуалы (18,8 %), информирование (14,77 %) и самоконтроль (13,57 %). В беседе респонденты отмечали, что:

1) ритуалы помогают снимать напряженность, осуществлять плановые и привычные действия, поддерживая ощущение *владения ситуацией*;
2) информирование как способ преодоления вынужденной дефицитарности используется респондентами как в отношении себя (узнавать новое о своем заболевании, способах лечения, опыте жизни других с подобным заболеванием), так и в плане оказания другим людям с подобными проблемами информационной поддержки, использование которой позволяет почувствовать себя *сведущим* и *разбирающимся в ситуации* и более уверенным;
3) самоконтроль обеспечивает соблюдение режима (прием пищи, лекарственных препаратов, физической активности и т. п.), что способствует повышению приверженности лечению.

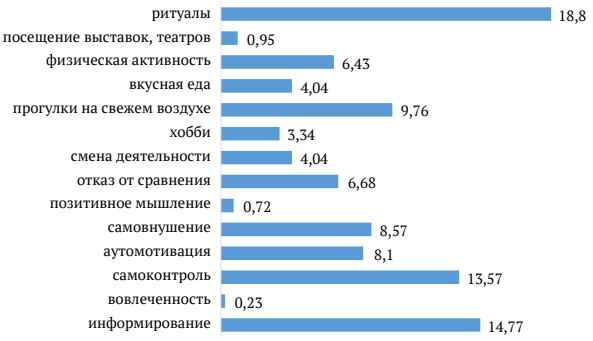

Рис. 3. Представленность способов преодоления вынужденной дефицитарности, %
Fig. 3. Coping with disease-related deficiency, %

Наименее распространенные способы преодоления: вовлеченность, позитивное мышление и посещение выставок и театров, которые набрали менее 1 %, что позволило предположить, что способы преодоления вынужденной дефицитарности могут быть обусловлены типом жизненного сценария (преодоление / восхождение) или общим показателем степени устойчивости жизненного мира респондентов.

Для уточнения данного предположения все высказывания пациентов были систематизированы и соотнесены со степенью устойчивости жизненного мира человека (табл.).

В процессе сопоставления обнаружено, что при высокой и средней степени устойчивости жизненного мира наблюдается большее количество способов преодоления вынужденной дефицитарности. При этом самые разнообразные способы выявлены при высокой устойчивости жизненного мира, которая образуется в сочетании конструктивного характера проявления устойчивости жизненного мира и жизненного сценария по типу *восхождение*. Настоящая тенденция соответствует идее А. Бергсона о жизни как «восходящем потоке» [Бергсон 1998: 262] и В. И. Вернадского, считающего главным свойством живой материи «непрерывно наращивать силу вещественного и энергетического воздействия» [Вернадский 2001: 301–302].

Между тем восхождение – это только одна сторона жизненного процесса [Рыбин 2019; 2023], есть еще «жизнь в непрестанном понуждении» [Ухтомский 1996: 410], когда преодоление становится стилем жизни – жизнь вопреки. Вот поэтому при низкой степени устойчивости жизненного мира количество доступных респондентам способов преодоления дефицитарности ниже. Более того, при стагнационном характере проявления устойчивости жизненного мира выявлен самый скудный набор способов преодоления вынужденной дефицитарности.

Полученные данные соотносятся с позицией о том, что в качестве ресурсов преодоления экстремальной жизненной ситуации (а болезнь может быть таковой) люди рассматривают социальную и профессиональную

https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

Табл. Сопоставление степени устойчивости жизненного мира со способами преодоления вынужденной дефицитарности
Tab. Degree of life-world stability vs. coping strategy

Степень устойчивости жизненного мира	Характер проявления устойчивости жизненного мира	Жизненный сценарий	Способы преодоления вынужденной дефицитарности
Средняя	Конструктивный	Преодоление	• Информирование • Аутомотивация • Самоконтроль • Отказ от сравнения • Смена деятельности • Хобби • Прогулки на свежем воздухе • Физическая активность
Высокая	Конструктивный	Восхождение	• Информирование • Вовлеченность • Аутомотивация • Позитивное мышление • Отказ от сравнения • Хобби • Прогулки на свежем воздухе • Посещение выставок и театров
Низкая	Неконструктивный	Преодоление	• Информирование • Самовнушение • Самоконтроль • Вкусная еда • Ритуалы
	Стагнационный	Преодоление	• Самовнушение • Самоконтроль • Прогулки на свежем воздухе • Ритуалы

поддержку, сохранение позитивного настроя, владение информацией, обращение к которым сопутствует имплицитному стремлению личности к контролю ситуации и самосохранению [Никитина 2023]. Также авторами раскрыта системообразующая ресурсная роль осознанной саморегуляции достижения цели в успешном преодолении трудной жизненной ситуации [Вещь 2023: 66], которая «подразумевает преодоление различного рода препятствий и трудностей, наличие проблемы жизненного выбора и принятия важного решения» [Мышко, Баляев 2023]. Трудная жизненная ситуация, скорее, может быть ассоциирована с понятием *жизнь с болезнью*, которая темпорально может быть развернута в будущее до конца всей жизни человека.

Заключение

На I этапе выявлено, что в группах респондентов с соматическими заболеваниями для 73–78 % характерна минимизированность собственных усилий в отношении организации собственной жизни, стереотипизация форм и способов взаимодействия с окружающим миром, они не готовы брать ответственность за собственные действия, за результаты своей деятельности, склонны передавать ответственность другим – врачам, медицинскому персоналу, ухаживающим родственникам. Также выявлено, что доминирующим проявлением устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями является неконструктивный, для которого характерны недостаток ресурса (собственного потенциала, условий среды), отсутствие равновесия между реальностью и желаемой ситуацией, что отражает специфику вынужденности.

На II этапе на основе типичных жизнеописаний, раскрывающих особенности устойчивости жизненного мира пациентов с соматическими заболеваниями (n = 420), определен вклад каждого из восьми диагностических параметров (временной модус событий; соотношение глаголов; критерий выбора содержания событий; общий эмоциональный фон событий; значение описываемых событий в жизни; отношение к событиям; непрерывность личностной истории; рефлексивная позиция автора) в специфику

характера проявления устойчивости жизненного мира. Выявлено, что пациенты в большей мере фиксированы на прошлом, где они были здоровы, а оказавшись в ситуации серьезного заболевания, переживают период переоценки ценностей, что приводит к нарушению непрерывности личностной истории. Эти параметры указывают на дефицитарность в ситуации болезни и позволяют предположить, что специфика переживания соматического заболевания как трудной жизненной ситуации искажает и / или редуцирует хронотопическое восприятие собственной жизни.

На III этапе нами была обнаружена специфика преодоления вынужденной дефицитарности в ситуации болезни у пациентов с разной степенью устойчивости жизненного мира:

- у пациентов с низкой степенью устойчивости жизненного мира доминируют такие способы преодоления вынужденной дефицитарности, как информирование, самовнушение, самоконтроль, вкусная еда, прогулки на свежем воздухе, ритуалы;
- у пациентов со средней степенью устойчивости жизненного мира – информирование, аутомотивация, самоконтроль, отказ от сравнения, смена деятельности, хобби, прогулки на свежем воздухе, физическая активность;
- у пациентов с высокой степенью устойчивости жизненного мира – информирование, вовлеченность, аутомотивация, позитивное мышление, отказ от сравнения, хобби, прогулки на свежем воздухе, посещение выставок и театров.

Специфика настоящего исследования относится к поисковому типу, в рамках которого предполагалось сопоставление степени устойчивости жизненного мира пациентов в ситуации болезни с вариантами преодоления вынужденной дефицитарности на определенном этапе (после впервые выявленного заболевания, лечения и / или произведенного оперативного вмешательства в диапазоне от 0,5 до 1,0 года). Это означает, что на дальнейших этапах из-за поперечного характера исследования будет затруднительно вернуться к идентификации всех респондентов, чтобы хронотопически оценить динамику способов преодоления вынужденной дефицитарности. Этому будут посвящены отдельно разработанные диагностические процедуры.

Конфликт интересов: Авторы заявили об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.
Conflict of interests: The authors declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

Критерии авторства: И. О. Логинова – концептуализация, проблематизация, дизайн исследования, редактирование. Е. А. Кудашова – проведение исследования, анализ эмпирических данных, визуализация.
Contribution: I. O. Loginova developed the research concept, designed the research, and proofread the manuscript. E. A. Kudashova performed the research, analyzed the empirical data, and provided the visualization.

Литература / References

Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18. [Antsiferova L. I. The personality in difficult living conditions: Rethinking, transforming situations and psychological defense. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1994, 15(1): 3–18. (In Russ.)] https://elibrary.ru/safdiz

Белинская Е. П., Джураева М. Р. К. Взаимосвязь проактивного совладания с трудными жизненными ситуациями и уровня осознанности: кросс-культурный анализ. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2021. Т. 11. № 1. С. 48–62. [Belinskaya E. P., Djuraeva M. R. K. The relationship between proactive coping with difficult life situations and the level of mindfulness: A cross-cultural analysis. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2021, 11(1): 48–62. (In Russ.)] https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.103

Беляев И. А. Социальный паразитизм в философско-антропологическом измерении. *Интеллект. Инновации. Инвестиции*. 2016. № 2. С. 59–64. [Belyayev I. A. Social parasitism in philosophical and anthropological dimension. *Intellect. Innovations. Investments*, 2016, (2): 59–64. (In Russ.)] https://elibrary.ru/xryxed

Бергсон А. Творческая эволюция. М.: Канон-пресс, 1998. 382 с. [Bergson H. *Creative evolution*. Moscow: Kanon-press, 1998, 382. (In Russ.)] https://elibrary.ru/sndltp

https://doi.org/10.21603/sibscript-2025-27-2-191-202

Бранченко А. И. Болезнь как экзистенциальное состояние. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2015. Т. 5. № 5. С. 829. [Branchenko A. I. Disease as an existential state. *Biulleten meditsinskikh internet-konferentsii*, 2015, 5(5): 829. (In Russ.)] https://elibrary.ru/tuvaxv

Вернадский В. И. Химическое строение биосферы Земли и ее окружения. М.: Наука, 2001. 375 с. [Vernadsky V. I. *The chemical structure of the Earth's biosphere and its environment*. Moscow: Nauka, 2001, 375. (In Russ.)]

Вець И. В. Осознанная саморегуляция и копинг-стратегии как ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций. *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2023. № 3. С. 48–69. [Vets I. V. Conscious self-regulation and coping strategies as resources for overcoming difficult life situations. *Teoreticheskaya i ehksperimentalnaya psikhologiya*, 2023, (3): 48–69. (In Russ.)] https://doi.org/10.11621/TEP-23-19

Злобина М. В., Краснорядцева О. М. Психологические маркеры устойчивости жизненного мира молодых людей с разным уровнем толерантности к неопределенности. *Вестник Омского университета. Серия «Психология»*. 2023. № 4. С. 17–27. [Zlobina M. V., Krasnoryadtseva O. M. Psychological markers of stability of the life world of young people with different level of tolerance to ambiguity. *Herald of Omsk University. Series "Psychology"*, 2023, (4): 17–27. (In Russ.)] https://doi.org/10.24147/2410-6364.2023.4.17-27

Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии. М.: Смысл, 2001. 511 с. [Leontiev A. N. *Lectures on general psychology*. Moscow: Smysl, 2001, 511. (In Russ.)]

Логинова И. О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики. *Психологическая наука и образование*. 2012. Т. 17. № 3. С. 18–28. [Loginova I. O. Research of stability of the man's lifeworld: The method and psychometric characteristics. *Psychological Science and Education*, 2012, 17(3): 18–28. (In Russ.)] https://elibrary.ru/pnonyp

Логинова И. О., Живаева Ю. В., Стоянова Е. И. Устойчивость жизненного мира человека как характеристика его самоосуществления. Красноярск: СибГУ им. академика М. Ф. Решетнева, 2021. 140 с. [Loginova I. O., Zhivaeva Yu. V., Stoyanova E. I. *Stability of life-world as a characteristic of self-realization*. Krasnoyarsk: Reshetnev University, 2021, 140. (In Russ.)] https://elibrary.ru/dluugj

Мышко В. В., Баляев С. И. Теоретические подходы к изучению понятия трудной жизненной ситуации в психологии. *Наука в жизни человека*. 2023. № 3. С. 95–101. [Myshko V. V., Balyaev S. I. Theoretical approaches to studying the concept of a difficult life situation in psychology. *Nauka v zhizni cheloveka*, 2023, (3): 95–101. (In Russ.)] https://elibrary.ru/trdudz

Никитина Д. А. Дистресс и психопатологическая симптоматика при соматическом заболевании: особенности проявления в границах нормы. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2022. Т. 10. № 4. [Nikitina D. A. Distress and psychopathological symptoms in somatic disease: Features of manifestation within the limits of the norm. *World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2022, 10(4). (In Russ.)] URL: https://mir-nauki.com/PDF/47PSMN422.pdf (accessed 9 Jan 2025). https://elibrary.ru/huribz

Никитина Д. А. Специфика обращения пациентов при угрожающем жизни заболевании к эксплицитным ресурсам совладания с последствиями психотравматизации. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2023. Т. 11. № 4. [Nikitina D. A. The specifics of the treatment of patients with a life-threatening disease to explicit resources of coping with the consequences of psychotraumatization. *World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2023, 11(4). (In Russ.)] URL: https://mir-nauki.com/PDF/25PSMN423.pdf (accessed 9 Jan 2025). https://elibrary.ru/bnskqs

Орлова М. М. Субъективное восприятие социальной поддержки в ситуации язвенной болезни. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2024. Т. 24. № 3. С. 316–320. [Orlova M. M. Subjective perception of social support in a peptic ulcer situation of ulcer disease. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2024, 24(3): 316–320. (In Russ.)] https://doi.org/10.18500/1819-7671-2024-24-3-316-320

Орлова М. М. Этапы формирования иждивенческой позиции в ситуации болезни. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2019. Т. 19. № 1. С. 55–60. [Orlova M. M. Formation stages of a dependent position in a situation of desease. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2019, 19(1): 55–60. (In Russ.)] https://doi.org/10.18500/1819-7671-2019-19-1-55-60

Полякова М. А. Вынужденная изоляция как условие плодотворной работы: историко-педагогический контекст. *Актуальный взгляд на природу и пути преодоления жизненных трудностей*, ред. А. С. Огнев. М.: Спутник+, 2021. С. 148–151. [Polyakova M. A. Forced isolation as a condition for effective work performance:

Historical and pedagogical context. *An up-to-date look at nature and ways of coping with life difficulties*, ed. Ognev A. S. Moscow: Sputnik+, 2021, 148–151. (In Russ.)]

Рыбин В. А. К вопросу о человеческом бессмертии: некоторые философские и эволюционные предпосылки решения. *Вестник Челябинского государственного университета*. 2019. № 2. С. 44–56. [Rybin V. A. To the question of human immortality: Some philosophical and evolutionary background of the decision. *Bulletin of Chelyabinsk State University*, 2019, (2): 44–56. (In Russ.)] https://doi.org/10.24411/1994-2796-2019-10207

Рыбин В. А. Проблема стресса и феномен смерти в современном мире: медико-философский аспект. *Человек*. 2023. Т. 34. № 4. С. 11–26. [Rybin V. A. The problem of stress and the phenomenon of death in the modern world: Medical and philosophical aspect. *Chelovek*, 2023, 34(4): 11–26. (In Russ.)] https://doi.org/10.31857/S023620070027350-2

Серый А. В., Яницкий М. С. Смысловые аспекты переживания сложной жизненной ситуации у больных алкоголизмом. *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2014. № 4. С. 210–219. [Seryy A. V., Yanitskiy M. S. Meaningful aspects of experiencing difficult situations in patients with alcoholism. *Lichnost v ekstremalnykh usloviiakh i krizisnykh situatsiiakh zhiznedeiatelnosti*, 2014, (4): 210–219. (In Russ.)] https://elibrary.ru/tntyvn

Сизова Я. Н., Циринг Д. А. Особенности преодоления ситуации болезни пациентами со злокачественными новообразованиями. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2019. Т. 8. № 5-1. С. 240–246. [Sizova Ya. N., Tsiring D. A. Peculiarities of overcoming the situation of the disease by patients with cancerous neoplasms. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya*, 2019, 8(5-1): 240–246. (In Russ.)] https://elibrary.ru/srunvh

Ухтомский А. А. Интуиция совести. СПб.: Петербургский писатель, 1996. 525 с. [Ukhtomsky A. A. *Intuition of conscience*. St. Petersburg: Petersburgskii pisatel, 1996, 525. (In Russ.)] https://elibrary.ru/uyzcbo

Фордмен В. А. Вынужденная смена профессиональной деятельности как этап профессионального развития и психологического роста. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2021. Т. 10. № 2-1. С. 181–186. [Fordmen V. A. The involuntary professional activity change as a stage of professional development and psychological growth. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya*, 2021, 10(2-1): 181–186. (In Russ.)] https://elibrary.ru/jcsqyr

Худик В. А. О терминологическом соотношении понятий «ограниченные возможности здоровья» и «болезни, ограничивающие возможности». *Коррекционно-педагогическое образование*. 2023. № 4. С. 56–61. [Khudik V. A. On the terminological relationship between the concepts of "disabled health" and "diseases that limit capabilities". *Korrektsionno-pedagogicheskoe obrazovanie*, 2023, (4): 56–61. (In Russ.)] https://elibrary.ru/onrtxe

Bagger C., Lomborg S. Overcoming forced disconnection: Disentangling the professional and the personal in pandemic times. *Reckoning with social media*, eds. Chia A., Jorge A., Karppi T. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2021, 167–188.

Cuadrado C., Libuy M., Moreno-Serra R. What is the impact of forced displacement on health? *A scoping review. Health Policy and Planning*, 2023, 38(3): 394–408. https://doi.org/10.1093/heapol/czad002

Iraklis G. Facing forced displacement: Overcoming adverse childhood experiences. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2021, 14: 261–269. https://doi.org/10.1007/s40653-020-00320-2

Larsson M., Hultström M., Lipcsey M., Frithiof R., Rubertsson S., Wallin E. Poor long-term recovery after critical COVID-19 during 12 months longitudinal follow-up. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2023, 74. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103311

Qie C. Y., Onn A. C. W. Be blessed to respire: A qualitative approach to understanding post-traumatic growth among COVID-19 survivors in Malaysia. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 2023, 7(2): 1597–1632.

Sherzad S., Khan H. A., Sherzad T. Forced displacement and mental health problems in refugees residing in Quetta for decades. *European Psychiatry*, 2023, 66(S1): S283–S284. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.640