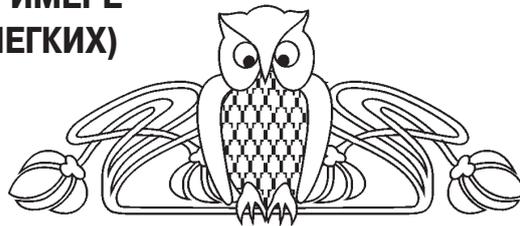




УДК 316.6+159.9:61

СУБЪЕКТИВНАЯ РЕСУРСНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ (НА ПРИМЕРЕ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ)

Орлова Мария Михайловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский государственный университет
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru



В статье рассматривается субъективная ресурсность социальных предикторов ситуации болезни при острых и хронических заболеваниях легких. Социальные факторы ситуации болезни рассматриваются с точки зрения их ресурсности или травматичности в контексте преодоления болезни. Автор анализирует специфичность субъективного восприятия социальных факторов в ситуации острого, хронического заболевания, а также в ситуации инвалидизации. Рассматривается влияние на адаптационные стратегии следующих социальных факторов: пола, возраста, уровня образования, профессионального статуса, наличия супружеской семьи и детей, стажа болезни. Подчеркивается, что объективная и субъективная составляющая болезни не совпадают, особенно при тяжелых соматических заболеваниях. Данное исследование выполнено в рамках субъектно-социального подхода к исследованию внутренней картины болезни.

Ключевые слова: ситуация болезни, субъективная ресурсность, социальный предиктор.

DOI: 10.18500/1819-7671-2015-15-4-94-98

Субъектно-социальный подход можно рассматривать как наиболее интегративный в описании механизмов ситуаций здоровья и болезни, поскольку он изучает человека в его целостности. Модели оценки адаптационной эффективности и субъективной ресурсности личности в этих обстоятельствах являются проявлением телесности, социальной ситуации и субъектности, которая реализуется в адаптационных стратегиях совладания на различных этапах жизненного пути личности. Социальные факторы (пол, возраст, уровень образования, профессиональные достижения, наличие семьи) при таком рассмотрении ситуации болезни могут быть как ресурсами адаптационного процесса, так и травмирующими факторами, утяжеляющими объективные обстоятельства болезни и ослабляющими субъективные возможности ее преодоления.

Социально-психологические ситуации здоровья и болезни рассматриваются как результат осмысления жизненных обстоятельств, опосредованно, через значимость и ценность здоровья и социальной роли здорового человека. В результате этого формируется субъективное жизненное пространство личности как когнитивно

представленный и психически переработанный субъективный мир.

Эффективность адаптации к ситуации болезни при заболеваниях легких может определять как течение заболевания, так и его прогноз, оценку качества жизни и социальное функционирование пациента [1]. Невозможность создать удовлетворяющие взаимодействия с социальным окружением способствуют формированию отношений с миром, предполагающих дефицитарность.

А. Н. Алехин подчеркивает необходимость уделять внимание особенностям личностных переживаний ситуации болезни [2] и зависимость этих переживаний от принятия роли больного человека [3]. Поскольку бронхиальная астма относится к инвалидизирующим заболеваниям, то к нарушениям телесности присоединяются социальные ограничения, затрудняющие социальные взаимодействия и профессиональную реализацию. Можно говорить о необходимости выделения социоцентрической парадигмы изучения личностных трансформаций соматического больного, в том числе при бронхиальной астме.

Система идентификаций больных бронхиальной астмой связана с реализацией себя в социальных ролях и соответствующих им сферах деятельности. Состояние негарантированности этой возможности, кризис идентичности здорового человека, конфликты в межличностных отношениях могут способствовать утяжелению течения болезни [4]. Трансформация личности в ситуации болезни преимущественно связана с процессом самоопределения в новых социальных ролях [5].

К объективным составляющим ситуаций болезни мы относим опыт телесных возможностей, релевантных здоровью, а также реализацию в сфере социальных достижений [6]. Сама болезнь и ее социальные последствия определяют ситуацию болезни как объективно трудную жизненную ситуацию, имеющую психологическую «цену» для личности. Изменение социальных взаимодействий уменьшает объек-



тивные возможности реализации ведущих мотивов личности, их трансформацию, формирование идентификации себя с ролью больного человека. В этом случае можно говорить об изменившемся качестве жизни и субъективной ресурсности. При определении той или иной ситуации болезни учитывается тяжесть и обратимость заболевания, социальный статус больного или инвалида, а также имеющиеся социальные ресурсы, в частности, образование, профессиональный статус, семейные возможности.

К субъективным составляющим ситуаций болезни, на наш взгляд, относятся:

субъективное благополучие ситуации, выражающееся в оценке качества жизни;

оценка себя в контексте такой ситуации, которая реализуется в исследовании феномена идентичности: на когнитивном уровне это – анализ представлений о здоровье и здоровом человеке, анализ представлений о больном человеке, исследовании системы идентификаций, на эмоциональном – в исследовании самоотношения и эмоционального уровня отношения к здоровью и болезни;

адаптационные стратегии в ситуации болезни, определяющие взаимодействия со средой, как физической, так и социальной. В нашем исследовании это представлено в изучении личностных копинг-стратегий и психологических защит. Характер социальной адаптации мы рассмотрели на примере семейных отношений.

Таким образом, субъективные составляющие ситуации болезни могут рассматриваться как система личностной и социальной адаптации на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях в системе оценивания субъективного благополучия и изменений личности в связи с пониманием ситуации.

Для хронических заболеваний можно выделить ситуацию болезни, которая предполагает необратимость её влияний, новый социальный статус «больного» человека и обуславливает необходимость вести другой образ жизни, взаимодействовать с медицинскими учреждениями и медицинскими работниками, осуществлять медицинские мероприятия и соотносить имеющиеся жизненные цели с ограниченными болезнью возможностями. При этой ситуации возможна компенсация вызывающих ее факторов.

При присвоении инвалидности возникает новая ситуация: утрата профессиональных возможностей, как правило, нарушает прежнее течение жизни. Возникновение социальной роли инвалида формирует новые взаимодействия с миром в соответствии с этим социальным статусом. Объективные факторы болезни, создавая

ту или иную ситуацию, при всем их значении фатально не определяют характер личностных изменений больного. Влияние, оказываемое ими, опосредовано, прежде всего, субъектностью, значимостью для личности тех ее мотивов, которые стали ограниченными или невозможными в связи с болезнью, а также изменением системы идентификаций.

Целью нашего исследования является анализ субъективной ресурсности социальных факторов больных острыми и хроническими заболеваниями легких.

Материалы и методы: были обследованы мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет, больные пневмонией (24 человека), бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести (76 человек) и бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести – инвалидов 2-й группы (58 человек). Представленные группы больных включали испытуемых со средним, средним специальным и высшим образованием, рабочих и специалистов, в большинстве имеющих семью и детей. При наличии хронического заболевания срок болезни составлял от года до 20 лет. Выраженность социально-демографических показателей существенно не различается.

Был использован комплекс методов: методика анализа системы идентификаций «Кто Я», методика МИС, анализ представлений о здоровом и больном человеке по материалам структурированного интервью (М. М. Орловой), «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте, методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолкмана, исследующая копинг-стратегии, методика «Адаптивность» А. Г. Маклакова, методика «Шкала семейного окружения» С. Ю. Куприянова, методика «Ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни» (М. М. Орловой).

Обсуждение результатов: объективная составляющая первой ситуации болезни, в случае острой пневмонии, связана с нарушением планов на будущее, изменением образа жизни, с ограничением круга общения, опытом лечения и повышенной утомляемостью.

К ситуации хронического заболевания в нашем исследовании относятся ситуации больных бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести, сопровождающейся повышенной утомляемостью, ограничениями в психической и физической нагрузке. К ситуации инвалидности относятся больные бронхиальной астмой, инвалиды второй группы тяжелого течения, гормонально зависимые, с длительным лечением в стационаре, утратой или угрозой утраты профессиональной деятельности.



Анализ субъективной ресурсности социально-демографических показателей [7] был проведен с помощью корреляционного анализа этих показателей и особенностей самоотношения, адаптационных стратегий, отношения к здоровью и болезни, представлений о семейных отношениях.

Анализ влияния отнесенности к полу показал, что для мужчин, больных пневмонией, характерно большее самопринятие (0,564), психологические защиты, такие как: вытеснение (0,527), замещение (0,514); контроль в семейных отношениях (0,429), снижение идентификации с материальными проблемами (-0,412) и опоры на семейные отношения в сохранении здоровья (-0,488). Для женщин характерны: снижение позитивного самоотношения (-0,564), идентификация с экономическими и хозяйственными задачами (0,412), повышение опоры на семью в сохранении здоровья (0,488). Можно говорить о большей тревожности женщин в ситуации острого заболевания и более личностном отношении к болезни. Поиск ресурсности в семейных отношениях также более характерен для женщин.

По данным корреляционного анализа, для мужчин, больных бронхиальной астмой, характерна большая субъективная недостаточность как социальных, так и личностных ресурсов, к которым относится: наличие семьи (-0,259), детей (-0,338), позитивное самотношение, прежде всего, самоуважение (-0,267), снижение возможности находить позитивное в ситуации (-0,320), повышение вытеснения (0,333) и замещения (0,456). Это способствует ипохондрическому сужению мотивационной и идентификационной систем, в частности, идентификации себя с социальными ролями (-0,402). Для женщин подобное менее характерно: они сохраняют систему социальных ресурсов, для них значимы здоровье (0,270), семья (0,289), что позволяет не ограничивать своё восприятие только ролью больного.

Женщинам-инвалидам 2-й группы, больным бронхиальной астмой, более свойственны сохранность профессиональных позиций (0,534), значимость идентификации себя с социальными ролями (0,530), снижение уверенности в себе (-0,579). Для мужчин-инвалидов более характерна утрата профессиональных позиций, значимости идентификаций с социальными ролями и, вместе с тем, более выраженная самоуверенность (0,579).

Можно говорить о различии адаптационных стратегий мужчин и женщин в ситуации инвалидности: мужчины направлены на личностные возможности, женщины – на социальные связи.

По-видимому, женщины более личностно реагируют на возникновение болезни, что отражается на утрате позитивного самоотношения, вместе с тем у них дольше сохраняются социальные взаимодействия и опора на семейные отношения. Мужчины чаще используют адаптационные стратегии, защищающие самоотношение при остром течении болезни, и более подвержены ипохондрическому развитию личности.

Анализ влияния возраста показал, что при пневмонии он увеличивает социальные ресурсы. Об этом свидетельствуют корреляции с наличием семьи (0,581) и детей (0,680), саморуководством (0,453), сплоченностью семьи (0,453), личностным адаптационным потенциалом (0,549). При бронхиальной астме также можно говорить об оптимистическом влиянии возраста на наличие социальных и личностных ресурсов. Так, с возрастом больные чаще имеют семью (0,5) и детей (0,326), у них выше самоуважение (0,251), ориентация на достижение в семье (0,234).

В группе инвалидов, больных бронхиальной астмой, возраст имеет связь с усилением душевного дискомфорта. Это проявляется в корреляции со стажем болезни (0,624), наличием супружеских отношений (0,631), снижением оценки качества жизни в духовной сфере (-0,489).

Таким образом, возраст, с одной стороны, сочетается с обретением социальной зрелости, с другой – в ситуации инвалидизации и после 40 лет может снижать субъективную ресурсность.

Уровень образования в ситуации острого заболевания также повышает социальный капитал личности, выражающийся в профессиональном статусе (0,482), идентификации себя с общительным человеком (0,464), снижает внутриличностный конфликт (-0,428). В ситуации хронического заболевания снижает проблемность ситуации, сочетаясь с повышением общего объективного социального капитала личности – высокий профессиональный статус (0,310), наличие супружеской семьи (0,330), детей (0,319) и возможность обрести опору в себе при сохранении здоровья (0,238).

При наличии инвалидизации уровень образования стимулирует поиск социальной поддержки (0,495), хотя и снижает самопривязанность (-0,603) и значимость здоровья (-0,510). По-видимому, уровень образования можно рассматривать как оптимизирующий фактор в сохранении адаптационных возможностей и социальных позиций больного, хотя он может и усиливать претензии к себе.

Анализ ресурсности профессионального статуса больного при пневмонии показал, что



он сочетается с самопривязанностью (0,406), значимостью здоровья как возможности быть активным (0,417), повышением субъективной значимости представления о социальном одобрении желания быть здоровым (0,444). Возможно, это связано с тем, что профессиональный статус является ресурсом, позволяющим сохранить активность и позитивное самоотношение.

Профессиональный статус в ситуации бронхиальной астмы усугубляет ситуацию болезни, снижая самооценку ($-0,233$) и повышая внутренний конфликт (0,231). Видимо, больные с большим профессиональным статусом более критичны к себе в ситуации хронического заболевания.

Сохранность профессионального статуса в ситуации инвалидизации является социальным ресурсом сохранения идентичности. С увеличением профессионального статуса повышается значимость переживания здоровья (0,538), идентификаций с социальными ролями (0,596), представлений о социальном одобрении желания быть здоровым (0,581) и снижает страх перед негативными последствиями болезни ($-0,552$). Травматичным является сама угроза утраты профессионального статуса. Сохранность профессиональной востребованности, следовательно, можно рассматривать как ресурс личностной эффективности и гармоничности.

Наличие супружеской семьи у больных пневмонией подчеркивает повышение личностного адаптационного потенциала (0,684), снижает регрессию ($-0,591$) и замещение ($-0,662$). По-видимому, следует считать этот фактор социальным ресурсом больного.

Наличие детей более характерно для женщин и мобилизует личность на преодоление, коррелирует с возрастом (0,680), нервно-психической устойчивостью (0,595), страхом болезни (0,414), направленностью на ее преодоление (0,475), опорой на семейные отношения в сохранении здоровья (0,447). Следовательно, фактор наличия детей может рассматриваться как оптимизирующий.

При бронхиальной астме наличие супружеской семьи также является ресурсом личности. Сохранные супружеские отношения характерны для зрелых (0,500) женщин (0,259) с высоким образованием (0,330). Они сочетаются с более высоким саморуководством (0,270), нервно-психической устойчивостью (0,246), повышением оценки качества жизни (0,235), снижением дистанцирования ($-0,231$), идентификацией себя с социальными ролями (0,479).

Наличие детей усиливает значимость переживания здоровья (0,356) и страх болезни

(0,263), повышает саморуководство (0,262) и самоуважение (0,257), отрицание как психологическую защиту (0,286) и нервно-психическую устойчивость (0,258), идентификацию себя с социальными ролями (0,547). По-видимому, ответственность за детей предъявляет к личности больного требования, которые могут оказаться непосильными.

В ситуации инвалидизации наличие супружеской семьи и детей также является оптимизирующим фактором: так, наличие супружеской семьи коррелирует с идентификацией с социальными ролями (0,490), морально нравственными ориентациями в семье (0,478). Наличие детей коррелирует со значимостью переживания здоровья (0,474), морально-нравственными ориентациями в семье (0,530), идентификацией с социальными ролями (0,635), снижением претензий к себе ($-0,506$).

Стаж болезни у больных бронхиальной астмой коррелирует со снижением самопривязанности ($-0,253$), повышением претензий к своей общительности (0,297), увеличением субъективной значимости негативных перспектив болезни (0,248). Можно сделать вывод о том, что стаж болезни истощает ресурсы личности и повышает страх болезни. При инвалидизации стаж болезни сочетается с ухудшением удовлетворенности жизнью в следующих сферах: психической ($-0,549$), уровня независимости ($-0,476$), отношения к окружающей среде ($-0,530$), духовной ($-0,592$), общей оценкой качества жизни ($-0,541$), а также со снижением субъективной значимости представления о здоровье как условия проявления активности ($-0,571$). Можно говорить о том, что длительность заболевания снижает ресурсность больного и субъективно утяжеляет ситуацию.

При остром заболевании больные сохраняют свою социальную и личностную ресурсность и реагируют на ситуацию временной невозможности реализовать имеющиеся жизненные задачи повышением претензий к себе и ухудшением самоотношения. При этом женщины более тревожно реагируют на ситуацию и усиливают поисковую активность, а мужчины склонны решать проблемы за счет возможности перетерпеть происходящее.

Для больных бронхиальной астмой как с наличием, так и с отсутствием инвалидности наиболее характерна утрата субъективной ресурсности социальных факторов при длительности заболевания, сочетающейся с увеличением возраста.

Ситуация болезни, являющаяся социально-психологической ситуацией, зависит от сохран-



ности социальных возможностей человека и их субъективной ресурсности. Рассмотрение проблем больного в социальном контексте является значимым при решении вопроса о реабилитации, которая должна включать и механизмы ресоциализации больного.

Список литературы

1. Ярославская М. А. Психологические стратегии адаптации к заболеванию больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких : автореф. канд. ... дис. психол. наук. М., 2011. 30 с.
2. Алехин А. Н., Сорокин Л. А., Трифонова Е. А., Чернорай О. В. Медико-психологический аспект адаптации больных, перенесших инфаркт миокарда : современное состояние проблемы // Вестн. психотерапии. 2012. № 42. С. 26–45.
3. Алехин А. Н., Трифонова Е. А., Чумакова И. О., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение // Психол. исследования. 2011. № 5 (19). URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/550-alekhin-et-al19> (дата обращения: 25.05.2014).
4. Орлова М. М., Орлов Д. В. Психологические особенности больных бронхиальной астмой // Социальная психология XXI века. Саратов, 2005. С. 103–105.
5. Орлова М. М. Трансформация идентичности больных острыми и хроническими заболеваниями легких и ее адаптационный смысл // Фундаментальные исследования. 2014. № 9, ч. 2. С. 440–446.
6. Орлова М. М. Понятие «ситуации болезни» : объективные и субъективные составляющие // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2009. Т. 9, вып. 1. С. 82–87.
7. Сараяева Н. М., Суханов А. А., Виноградова Н. И., Ежеская Т. И., Калашникова С. А. [и др.]. Психологическая адаптация и психологическое здоровье человека в осложненных условиях жизненной среды. М., 2011. 322 с.

Subjective Resource Potential of Social Predictors of the Disease Situation (on the Example of Acute and Chronic Lung Diseases)

M. M. Orlova

Saratov State University
83, Astrakhanskaya str., Saratov, 410012, Russia
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

This article focuses on subjective resource potential of social predictors of the disease situation in case of acute and chronic lung diseases. Social factors of the disease situation are viewed from the point of their resource potential or level of damage in the context of overcoming the disease. The author analyzes the specificity of social factors' subjective perception in the situation of acute chronic disease and also in

the situation of disability. The aspect of influence of the social factors like gender, age, educational level, professional status, marital status, length of disease on adaptive strategies is also viewed here. The author emphasizes that objective and subjective components of the disease don't coincide, especially in case of acute somatic diseases. This study is carried out within the framework of subject-social approach to the study of internal presentation of the disease.

Key words: disease situation, subjective resource potential, social predictors.

References

1. Yaroslavskaya M. A. *Psikhologicheskie strategii adaptatsii k zabolevaniyu bolnykh s khronicheskimi nespetsificheskimi zabolevaniyami legkikh*: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk (Psychological strategies of adaptation to a disease in case of patients with chronic nonspecific lung diseases: Thesis ... Ph/D in psychology). Moscow, 2011. 30 p.
2. Alekhin A. N., Sorokin L. A., Trifonova E. A., Chernoray O. V. Mediko-psikhologicheskiy aspekt adaptatsii bolnykh, perenesshikh infarkt miokarda: sovremennoe sostoyanie problemy (Medical-psychological aspect of patients' adaptation after myocardial infarction: current state of the problem). *Vestn. psikhoterapii* (Bulletin of Psychotherapy), 2012, no. 42, pp. 26–45.
3. Alekhin A. N., Trifonova E. A., Chumakova I. O., Lebedev D. S., Mikhaylov E. N. Klinicheskiye faktory kachestva zhizni bolnykh s fibrillyatsiey predserdiy, prokhodyashchikh interventsionnoye lecheniye (Clinical factors determining life quality of patients with atrial fibrillation, undergoing intervention treatment). *Psikhologicheskiye issledovaniya* (Psychological Research), 2011, no. 5 (19). Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/550-alekhin-et-al19> (accessed 25 May 2014).
4. Orlova M. M., Orlov D. V. Psikhologicheskie osobennosti bolnykh bronkhialnoy astmoy (Psychological peculiarities of patients with bronchial asthma). *Sotsialnaya psikhologiya XXI veka* (Social psychology of XXI century). Saratov, 2005, pp. 103–105.
5. Orlova M. M. Transformatsiya identichnosti bolnykh ostrymi i khronicheskimi zabolevaniyami legkikh i ee adaptatsionnyy smysl (Identity transformation of patients with acute and chronic lung diseases and its adaptive meaning). *Fundamentalnye issledovaniya* (Fundamental Studies), 2014, no. 9, pt. 2, pp. 440–446.
6. Orlova M. M. Ponyatie «situatsii bolezni» obektivnye i subektivnye sostavlyayushchie (The notion of «disease situation» objective and subjective components). *Izv. Saratov Univ. (N.S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2009, vol. 9, iss. 1, pp. 82–87.
7. Sarayeva N. M., Sukhanov A. A., Vinogradova N. I., Ezhevskaya T. I., Kalashnikova S. A. [et al.]. *Psychological adaptation and psychological health of a person in complicated conditions of living environment*. Moscow, 2011. 322 p.