



ную движущую силу развития. Это противоречие меняет социальную стратификацию общества, увеличивая число ее видов и интенсивность их актуализации.

В системе образования наиболее ярко проявляются противоречия становления личности (ее развития и формирования, т.е. эволюции и педагогического конструирования). Стратометрическая концепция акмеологизации личности и концепция социоакмеологического конструирования развития образовательного пространства, разработанные нами, позволяют дифференцированно подходить и к исследованию эволюции человека, и к социальному конструированию личности на основе нравственно-смысловой парадигмы и теорий социокультурного прогресса.

При классификации акме-личностей на основе социоакмеологического исследования их феноменологии в сфере производства и образования выявлены количественные и качественные характеристики пяти типов. Введено понятие «акмеологическая страти-

фикация общества», дана характеристика ее уровней и типов. Акмеологическая стратификация общества как вид социальной стратификации позволяет более дифференцированно отразить его структуру и больших и малых групп, а также расширить число шкал стратификации, добавив к традиционным (доход, власть, образование, престиж) еще одну: акмеологизации личности.

Примечания

¹ См.: Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество / П. Сорокин. М., 1992.

² См.: Комаров М.С. Введение в социологию / М.С. Комаров. М., 1994.

³ См.: Веряскина В. Динамика развития человеческого потенциала и приоритеты высшего образования / В. Веряскина // Высшее образование в России. 2005. №2. С.29–37.

⁴ См.: Молодиченко Т.А. О типологии акме-личностей / Т.А. Молодиченко // Акмеология в образовательных процессах / Отв. ред. А.А. Понукалин. Саратов, 2000; Молодиченко Т.А. Акмеологическая ориентация вузовского образования (социологический аспект) / Т.А. Молодиченко. Саратов, 2005.

⁵ См.: Молодиченко Т.А. Акмеологическая ориентация...

УДК 316.6+159.9:61

ПЕРЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ КАК ВЫРАЖЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ

М.М. Орлова

Саратовский государственный университет
E-mail: orlova_maria_m@mail.ru

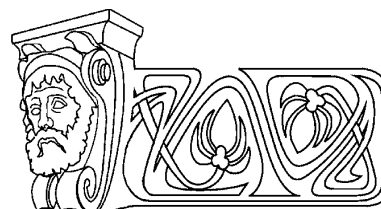
В статье рассматривается субъективное восприятие переживания здоровья и болезни в зависимости от выраженности алекситимии. Автором предлагается описание двух основных стратегий переживания этих состояний: активной и пассивной. Выявленные особенности уточняют представления о внутренней картине здоровья и болезни как едином адаптационном процессе, реализующем как самоотношение, так и отношение к миру и являющемуся частью адаптационного потенциала личности.

Ключевые слова: болезнь, здоровье, адаптация, трудные жизненные ситуации, ситуации болезни.

Perception of Conditions Health and Illness as the Analogue of Adaptive Strategy

М.М. Orlova

The subjective perception of experience of health and illness which depending on expressiveness alexithymia is considered in article. The author offers the description of two basic strategy of experience of these conditions: active and passive. The revealed features elabo-



rate representations about an internal picture of health and illness as the uniform adaptable process realizing both of form: the self-attitude and the attitude to the world; at the same time this process is a part of adaptable potential of the person.

Key words: disease, health, adaptation, difficult life situations, disease situation.

Болезнь можно представить как сложную многопричинную систему взаимовлияющих факторов, составляющих для человека трудную жизненную ситуацию.

Объективные факторы болезни, к которым относятся тяжесть заболевания, состояние моральной и материальной поддержки близких, степень профессиональных ограничений, вызванных болезнью, и степень ограничения круга общения больного, отража-



ют изменившиеся условия его психологической деятельности, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть влияния объективных факторов болезни на личность – в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий.

Влияние, оказываемое этими факторами в целом, опосредовано, прежде всего, через значимость для личности тех или иных форм реализации мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью, и тех стратегий адаптации, которыми может воспользоваться личность. Анализ субъективной стороны болезни может быть полезен как для решения практических вопросов, так и для изучения адаптационных стратегий и адаптационного личностного потенциала человека в трудной жизненной ситуации.

Изучение субъективной стороны болезни и здоровья в данный момент представлено понятиями «внутренняя картина болезни» (ВКБ) и «внутренняя картина здоровья»¹.

А.В. Шувалов, обобщая работы, посвященные проблеме здоровья, рассматривает его как одну из базовых ценностей человека и идеальное состояние². Здоровье и болезнь относятся к числу диалектических и взаимодополняющих понятий. Внутренняя картина болезни рассматривается не как антипод, а как частный случай внутренней картины здоровья. В.А. Ананьев развивает понятие «внутренняя картина здоровья» и дает следующее определение: внутренняя картина здоровья – это совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций. Основой данного психического образования так же, как и «внутренней картины болезни», является самосознание человека.

Как считает Р.М. Войтенко, внутренняя картина болезни обусловлена системой факторов³. Он предлагал учитывать:

биологические факторы (соматическая патология, промышленные интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы);

социогенные (изменение роли больного в семье, референтной группе, изменение отношения окружающих к больному);

аутопсихологические (снижение самооценки, потеря жизненной перспективы, чувство неполноценности, беспокойство за свою судьбу и судьбу родных и близких).

К анализу социогенных факторов, обуславливающих внутреннюю картину болезни, относится концепция «роли больного», выдвинутая Т. Парсонсом⁴. Человек в роли больного приобретает новый статус, связанный с новыми правами и обязанностями. По отношению к нему у окружающих возникает необходимость заботиться о больном, т.е. распределять между собой и больным человеком степень ответственности за характер и течение его болезни и даже жизни.

Когнитивный аспект «внутренней картины болезни» характеризуется понятием личностного значения болезни. Она может рассматриваться как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба. Согласно Lirowski, болезнь может восприниматься, как вызов (угроза), потеря, облегчение, наказание⁵. Н.И. Рейнвальд предлагает классификацию вариантов ВКБ по степени активности личности по отношению к болезни: пассивно-страдательное; активно-положительное, или «уход в болезнь»; отрицание наличия заболевания; спокойно-выжидательное отношение; активное противодействие развивающемуся недугу⁶.

Таким образом, болезнь можно рассматривать как трудную жизненную ситуацию, в которой внутренняя картина здоровья, являющаяся элементом самосознания, трансформируется во внутреннюю картину болезни в процессе социально-психологической адаптации. А внутренняя картина болезни может рассматриваться как индивидуальная стратегия совладания.

Сумма соматических и социальных факторов, составляющих конкретную ситуацию болезни, не определяет автоматически всю сложность изменений личности больного. Большое значение имеет активность этой личности, непосредственно связанная с ее преморбидными свойствами. Наличие широкой сферы значимых мотивов позволяет



больным преодолевать ограничения, вносимые болезнью. При узкой ведущей мотивации, изначально сфокусированной на физическом самочувствии, даже в первой ситуации болезни, для которой характерна обратимость возникающих проблем, больные жаловались на неуверенность, одиночество, демонстрировали как невротическую реакцию, так и невротическое развитие личности⁷.

В отечественной психологии становление субъективного отношения к болезни рассматривается как процесс самопознания. В результате этого процесса человек идентифицирует себя как здорового или больного, а свое состояние – как здоровье или болезнь. Таким образом, болезнь и здоровье являются, в том числе, и субъективной реальностью. Она, по-видимому, включает всю систему самовосприятия, самоотношения, идентификации себя со здоровым или больным человеком, а также выстраивание субъективной картины жизненного пути личности.

Нами было предпринято исследование, направленное на анализ внутренней структуры переживания состояния здоровья и болезни⁸. Были выявлены две основные стратегии переживания, связанные с выраженностью алекситимии, которые можно обозначить как активную и пассивную. Влияние хронического соматического заболевания на восприятие здоровья и болезни мы рассмотрели на примере хронических соматических заболеваний (таких, как бронхит, функциональная диспепсия, гастрит), которые можно рассматривать в рамках первой ситуации болезни. Первая, или начальная ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим, влиянием вызывающих ее патологических и социальных факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного⁹.

Первая стратегия, характерная для испытуемых без алекситимии, выражалась в том, что состояние здоровья рассматривалось ими как источник сил, мобилизующий личность на достижение значимых целей, возможности для создания чего-то нового, т.е. реализовался мотив самоактуализации. Ис-

пытуемые были уверены в своем здоровье и в том, что оно зависит от них. Состояние болезни у них предполагало активность и поиск выхода из сложившейся ситуации. Они были уверены в благоприятном исходе событий.

Вторая стратегия, характерная для лиц с выраженной алекситимией, выражалась в том, что состояние здоровья рассматривалось как возможность получения комфорта и общения. Испытуемые не были уверены в стабильности своего здоровья и в том, что оно зависит от них. Состояние болезни предполагало пассивность, страх, беспомощность, одиночество и сосредоточенность на своих ощущениях. Для этой стратегии был характерен неблагоприятный прогноз или сомнения в благоприятном исходе событий.

Наличие заболевания, отвечающего условиям первой ситуации болезни, приводило при первой стратегии к мобилизации и сохранению возможности идентифицировать себя как здорового человека, при второй стратегии – к готовности идентифицировать себя как больного. Таким образом, сохранность рефлексии эмоциональной сферы и «внутренняя картина здоровья», выражающая самоактуализационные мотивы, может рассматриваться как проявление личностных адаптационных ресурсов в процессе формирования «внутренней картины болезни».

Стратегии переживания здоровья и болезни можно рассматривать как частный случай стратегии адаптации. В работах Л.И. Анциферовой, А.Г. Маклакова, Д.А. Леонова, А.А. Реан подчеркивается, что способность к адаптации как личностное свойство человека – это целостное образование, получившее название личностный адаптационный потенциал¹⁰.

Этот феномен описывается как интегральная характеристика уровня личностной зрелости, которая включает силу Эго, внутреннюю опору, локус контроля, ориентацию на действие, волю к смыслу и др. Деление стратегий адаптации на активную и пассивную можно встретить в работах Л.И. Анциферовой, С.Т. Посоховой¹¹.

А.А. Реан выделяет следующие стратегии адаптации:

- активное изменение ситуации;



- активное изменение качеств своей личности;
- активный поиск новой социальной среды с более высоким адаптационным потенциалом для данной личности и для ее развития;
- вероятно-комбинированный;
- пассивная дезадаптация (пассивное принятие требований, норм, установок, ценностей социальной среды без включения процесса самоизменения, самокоррекции и саморазвития)¹².

Он считает, что при выборе стратегии адаптации личностью оцениваются:

- а) требования социальной среды (сила, степень враждебности, степень ограничения потребности и т.п.);
- б) потенциал самоизменения (адаптационный потенциал);
- в) цена усилий (физиологическая, психологическая).

Требования трудной жизненной ситуации, к которой можно отнести и болезнь, подвергают человека испытанию. Преодоление этой ситуации может приводить не только к изменению ситуации, но и к изменению самой личности. А.О. Прохоров подчеркивает значимость таких ситуаций для появления новых личностных образований. Последние связаны с выбором стратегии психологической адаптации по активному типу (самореализация) или пассивному (обученная беспомощность)¹³.

Мы выделили две группы параметров, наиболее близкие той или иной стратегии¹⁴:

- а) совладание по адаптивному типу с сохранностью поисковой активности: ценность ориентации на самоактуализацию, гибкость поведения, креативность, саморукводство, самопринятие, локус контроля «Я»;
- б) обученная беспомощность: внутренняя конфликтность, самообвинение, регрессия, отрицание реальности, реактивные образования, алекситимия.

Эти стратегии совладания определяют выбор механизмов психологической защиты, ценностные ориентации личности и локус контроля, обуславливая направленность в трудной жизненной ситуации. Данные стратегии – смысловое образование, в котором интегрируются отношения личности к си-

туации и к себе в данной ситуации, оценка ее значимости и прогнозирование исхода. Все это служит основанием для выбора тактики поведения. Позиция личности имеет регулятивную функцию. Она не однозначно задана и может быть лабильна и амбивалентна. Наконец, это может быть как свободный выбор, так и следствие внешнего принуждения.

Неадаптивная позиция личности характеризуется тем, что не позволяет человеку увидеть перспективы и пути разрешения трудной жизненной ситуации. К характеристикам неадаптивной позиции В.А. Тихоненко относит фиксированность или неизменяемость смыслового образа ситуации, ассоциированность, ограничение представлений о собственных ресурсах, утрату связи с референтной группой, запрет на активные действия, связанные со сложившимся смысловым образом, отсутствие позитивного образа будущего¹⁵.

Полученные нами результаты показывают, что для пассивной стратегии переживания здоровья и болезни характерна ассоциированность с эмоциональным реагированием, как с позитивным – здоровье, так и негативным – болезнь, отсутствие представлений о собственных возможностях влияния на ситуацию, что можно рассматривать как проявление обученной беспомощности, утрата связи с близкими людьми, отсутствие надежд на выздоровление.

Последующие исследования позволили дифференцировать классификацию и выделить следующие типы субъективной составляющей здоровья и болезни. Здоровье в описаниях ситуаций, в которых человек чувствовал себя очевидно здоровым, рассматривается как:

- отсутствие проблем и симптомов;
- в целом позитивное состояние, без личностного отношения;
- радость, с описанием эмоций, испытываемых в ситуации здоровья;
- возможность и реализация в значимых ценностях.

Таким образом, субъективная составляющая ситуации здоровья определяется прежде всего тем, насколько выражен личностный смысл этого состояния для человека.



Болезнь в описаниях ситуаций, в которых человек чувствовал себя очевидно больным, определяется как страх, потерянности, беспомощность, описание симптомов, преодоление.

Таким образом, субъективная составляющая ситуации болезни определяется прежде всего тем, каково в этой ситуации отношение к миру, самому себе и перспективам развития этой ситуации.

Корреляционный анализ взаимозависимости личностной значимости здоровья и эмоциональной вовлеченности в состояние болезни показывает наличие значимой отрицательной корреляции.

Проведенный анализ позволяет сделать ряд выводов:

– здоровье и болезнь можно рассматривать как варианты социальных ситуаций, а не только как телесное состояние;

– субъективная составляющая ситуации здоровья и болезни связана с отношением к миру и себе, восприятием перспектив этих ситуаций и значимости их для реализации ведущих мотивов личности;

– личностный смысл здоровья может рассматриваться как ресурс преодоления вовлеченности в болезнь.

Выявленные нами особенности субъективного переживания здоровья и болезни уточняют представления об этом механизме как едином адаптационном процессе, реализующем как самоотношение, так и отношение к миру и являющемся частью адаптационного потенциала личности.

Примечания

¹ Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни / В.В. Николаева. Л., 1976. С.95–98; Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида / В.Е. Каган // Психогенные и психосоматические расстройства / Отв. ред. Л. Мехилане. Тарту, 1988. Ч.1. С.201–204.

² См.: Шувалов А.В. Гуманитарно-антропологические проблемы психологического здоровья // *Вопр. психологии*. 2004. №6. С.18–33.

³ См.: Войтенко Р.М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности / Р.М. Войтенко. Таллин, 1981.

⁴ См.: Парсонс Т. О социальных системах / Т. Парсонс. М., 2002.

⁵ См.: Lipowski Z.J. Psychological reactions to physical illness / Z.J. Lipowski // *Can. Med. Ass. Journ.* 1983. P.128.

⁶ См.: Рейнвальд Н.И. Проявление структуры личности больного в его отношении к своей болезни / Н.И. Рейнвальд // *Психология и медицина: Материалы к симп.* М., 1978.

⁷ См.: Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04: защищена 21.10.1983 / Орлова Мария Михайловна. М., 1983.

⁸ См.: Орлова М.М. Субъективное восприятие переживания здоровья и болезни в зависимости от алекситимии и наличия хронического соматического заболевания / М.М. Орлова // *Интегративные исследования в медицине: Материалы конф.* (Саратов, 25–28 марта 2009 г.) / Отв. ред. П.В. Глыбочко. Саратов, 2009.

⁹ См.: Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни / М.М. Орлова // *Психология системного функционирования личности* / Отв. ред. Р.Х. Тугушев. Саратов, 2004. С.223–225.

¹⁰ См.: Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // *Психол. журн.* 1994. Т.15, №1. С.3–19; Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // *Психол. журн.* 2001. Т.22, №1. С.16–24; Леонтьев Д.А. Психология свободы. К постановке проблемы самодетерминации личности / Д.А. Леонтьев // *Психол. журн.* 2001. Т.21, №1. С.15–25.

¹¹ См.: Посохова С.Т. Индивидуальные стратегии личностной адаптации / С.М. Посохова // *Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы* / Под ред. Л.Г. Дикой, А.Л. Журавлева. С.276–290.

¹² См.: Реан А.А. Психология личности. Социализация, поведение, общение / А.А. Реан. СПб., 2004.

¹³ См.: Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности / А.О. Прохоров. М., 2005.

¹⁴ Орлов Д.В. Выбор стратегии психологической адаптации и его последствия для личности / Д.В. Орлов, М.М. Орлова // *Проблемы психологической науки в XXI веке* / Отв. ред. Р.Х. Тугушев. Саратов, 2006. С.112–115.

¹⁵ Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение / В.А. Тихоненко, В.В. Ковалев, А.Г. Амбрумова // *Рос. психiatr. журн.* 1998. №3.