

СУБЪЕКТИВНАЯ РЕСУРСНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Орлова М.М.

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия (410012, Саратов, ул. Астраханская, 83), e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

В статье рассматриваются интегративные механизмы адаптации личности больного острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта к ситуации болезни. Ситуация болезни включает в себя объективные составляющие, включающие как тяжесть болезни, так и сохранность социальных характеристик, а также субъективные составляющие. Субъективные составляющие представлены, прежде всего, субъективной ресурсностью объективных параметров ситуации, выражающейся в сохранности самоотношения, характере адаптационных стратегий. Автор делает вывод о том, что объективно существующие социальные ресурсы в ситуации болезни не обязательно являются таковыми в связи с субъективной их травматичностью, связанной либо с неудовлетворенностью ими, либо со страхом их утраты.

Ключевые слова: ситуация болезни, субъективная ресурсность, адаптация.

SUBJECTIVE RESOURCE POTENTIAL OF SOCIAL PREDICTORS OF THE DISEASE SITUATION IN CASE OF ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF GASTROINTESTINAL TRACT

Orlova M.M.

Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, Astrakhanskaya street, 83), e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

The research of integrative tools of the adaptation of a patient with acute and chronic diseases of gastrointestinal tract to the disease situation realizes a holistic subjective- social approach to examination of a patient. A disease situation includes objective components, such as disease severity and preservation of social characteristics, and subjective components. The subjective components are represented primarily by the subjective resource potential of the objective parameters of the situation expressed by preservation of self-attitude and the nature of adaptation strategies. The Author makes a conclusion that in case of a disease objectively existing social resources may not be necessarily objective because of its subjective traumatism connected either with dissatisfaction or with the fear of losing it.

Keywords: disease situation, subjective resource potential, adaptation.

В понятии ситуация болезни реализуются интегративные механизмы адаптации личности, подчеркивается наличие объективной и субъективной составляющей данного явления. Объективная составляющая складывается из тяжести соматического процесса и социальных факторов, которые рассматриваются либо как ресурс адаптации, либо как дополнительная форма травматизации. Само понятие «ресурсы» может выступать как система внутренних и внешних условий, способствующих устойчивости личности в стрессогенных ситуациях [7].

Большинство авторов при анализе этого понятия опирается на ресурсную концепцию психологического стресса, выдвинутая С. Хобфоллом [23]. Он считает ресурсами все то, что является значимым и используется в адаптационных стратегиях, особенно в сложных жизненных ситуациях.

Предложенная им классификация ресурсов включает в себя: материальные и нематериальные объекты, внешние и внутренние, психические и физические, волевые, эмоциональные и энергетические характеристики. Мы считаем, что в ситуации болезни к ним могут относиться социальные возможности, их утрата, либо угроза утраты, что согласуется с этим пониманием.

Основной идеей концепции С. Хобфолла является принцип «консервации» ресурсов: человек стремится получить и сохранить то, что ценно для него, оптимально использовать то, чем он обладает; вместе с этим человек стремится восстановить потерянные и приобрести новые ресурсы. Психологический стресс и риск дезадаптации возникает при нарушении баланса между потерями и приобретениями личных ресурсов.

Р.М. Шамионов отмечает, что субъективное благополучие человека складывается из материальной достаточности, личностного и социального самоопределения, личностного благополучия, физического и психологического здоровья, профессионального самоопределения и роста. Эти компоненты субъективного благополучия человека в соответствии с их психологической переработкой рассматриваются как составляющие субъективного качества жизни [21].

В исследовании Калашниковой С.А. подчеркивается, что субъективная оценка потерь и приобретений может рассматриваться как детерминанта субъективного качества жизни человека.

Личностные ресурсы могут быть определены как система способностей человека к устранению противоречий с жизненной средой, преодоления неблагоприятных жизненных обстоятельств посредством трансформации ценностно-смыслового измерения личности, задающей ее направленность и создающей основу для самореализации [8].

Для человека в ситуации болезни соматические и социальные изменения выполняют функцию внешнего ограничения, которое не зависит от воли больного, и в связи с этим его можно рассматривать как объективную составляющую ситуации болезни. Социально-психологический уровень ограничения связан с барьерной социально-пространственной средой и наличием негативных социально-психологических установок в отношении болезни и больного человека, в том числе, явления социальной отверженности. К ограничениям можно отнести вынужденную, принудительную и добровольную изоляцию, обусловленную идентификацией себя с группой-изгоем – это может рассматриваться как самоограничение и внутренняя несвобода личности [12].

К механизмам самоограничения также относится идентификация с больным [1, 15]. Социальные роли больного и инвалида останавливают реализацию потребности в саморазвитии [8]. А.П. Князева и Е.Н. Корнеева рассматривают понятие «психологическая

инвалидизация» как выражающееся в трансформации личностной идентичности, предполагающей самоограничения без внешней непреодолимости [10]. С.А. Калашникова делает вывод о том, что отчуждение от себя прежнего, может рассматриваться как деформированный способ жизненного самоопределения в условиях ограниченных возможностей.

Значение восприятия ситуации и смыслового отношения к ней подчеркивают в своих исследованиях Д.А. Леонтьев и Л.А. Александрова [13].

Исследования психологических механизмов защиты личности больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта представлены, прежде всего, анализом психосоматических механизмов и депрессивных проявлений [9].

К факторам, определяющим возникновение язвенной болезни относят высокий уровень ответственности, новые социальные роли. Выделяют симптомокомплексы, характерные для язвенного больного: либо пассивный, зависимый, депрессивный тип, либо гиперактивный, агрессивный тип реагирования [4].

Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки относятся к классическим психосоматозам – многофакторным по своей природе органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых важную роль играют психосоциальные и личностные факторы. Е.С. Рысс [18] подчеркивает, что именно глубинный внутриличностный конфликт является важным патогенным фактором в развитии язвенной болезни. Ф. Александер [2] видел образование язвы желудка в наличии базового конфликта зависимости.

Психодинамическая концепция интрапсихического мотивационного конфликта трактует язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки как следствие неудовлетворенной потребности в психологической защите. Причем эту потребность субъект не может принять, так как она противоречит его сознательной установке на независимость и силу [19]. В.С. Ротенбергом и И.С. Коростелевой [11] отмечен внутриличностный конфликт у больных язвенной болезнью, проявляющийся в том случае, когда стремление достичь успеха сталкивается с представлением о неизбежности отрицательного результата собственных действий [5]. Указывается и на внутренний конфликт, который вызван неудовлетворенностью собой. В.А. Ананьев [3] подчеркивает наличие у больных язвенной болезнью мотивационного конфликта, выражающегося в субъективной неудовлетворенности своей социальной ролью и своей работой. Е.С. Рысс [18] описывает внутриличностный конфликт у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки через фрустрированную потребность в эмоциональной привязанности, компенсирруемую лидерством в социальных отношениях. Человек боится, что он недостаточно хорош для других, поскольку не знает что

он собой представляет [14].

F. Dunbar [22] считала, что язвенная болезнь развивается у лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненной склонностью к самоутверждению. Некоторые исследователи отмечают чувство беспомощности, типичное для больных язвенной болезнью, и полагают, что оно не возникло с развитием язвы, а существовало раньше [6].

Все представленные исследования подчеркивают субъективную нересурсность, создающую затруднения в адаптации и травматичный опыт, определяющий развитие психосоматических механизмов.

Есть предположение, что язвенной болезни предшествует стадия функциональных нарушений и гастродуоденита. Ю.М. Губачев [5] на основании материалов исследований преморбидных особенностей лиц с риском язвенной болезнью делает вывод, что больные с предъязвенными состояниями сходны по своим психологическим характеристикам с пациентами, находящимися в стадии текущей язвенной болезни. Это подтверждает и В.А. Ананьев [3]. Авторы считают, что имеющиеся особенности являются первичными психологическими радикалами при язвенной болезни, а не реакцией на болезнь.

В данной работе мы исследовали своеобразие переживания желудочно-кишечного заболевания в зависимости от ситуации болезни [16, 17].

В первой ситуации болезни (при остром течении) для больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта болезнь имеет смысл негативного события. Во второй ситуации болезни (при хроническом течении) происходящее имеет смысл угрозы утраты социальной роли здорового человека. При этом адаптационные стратегии зачастую имеют пассивный характер, что, по-видимому, связано с невозможностью воспользоваться прежними ресурсами.

Целью данной работы было исследование влияния социальных предикторов ситуации болезни на адаптационные возможности больных острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта с точки зрения их ресурсности.

Были исследованы больные гастродуоденитом (36 человек) и больные язвенной болезнью (38 человек) – мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет преимущественно со средне специальным и высшим образованием, имеющие профессиональный статус рабочих или специалистов. Большинство испытуемых в обеих группах не находилось в браке (78% и 69%) и не имело детей (84% и 75%).

Был использован комплекс методов: методика «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда, анкета «Представления о здоровом и больном человеке», методика «Незаконченные предложения», методика МИС С.Р. Панталева, опросник психологических защит Келлермана–Плутчика–Конте, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса, методика МЛО

«Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, методика «Шкала семейных отношений», авторская методика ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

Для анализа данных применен метод корреляционного анализа Пирсона (компьютерная программа SPSS-19) с достоверностью 0,05.

Корреляционный анализ влияния фактора отнесенности к полу показал, что для мужчин больных гастродуоденитом характерна значимость опоры на семейные отношения, в частности, субъективное повышение сплоченности семьи (0,421), значимость ориентаций семейных отношений на достижение (0,334), соблюдение моральных правил (0,349) и страх болезни, выразившийся в субъективной значимости социальных ограничений больного (0,333) и снижении ориентации на перспективы больного (-0,401). Для женщин опора на семейные отношения менее значима.

Для мужчин, больных язвенной болезнью, характерно снижение стратегии преодоления – планирование решения (-0,399), снижение значимости ориентации семьи на достижение (-0,332) и морально-нравственные нормы (-0,351), негативные самоописания (-0,338), и характерно идентифицирование себя с эмоциональными характеристиками (0,392). Можно сделать вывод о том, что для мужчин более важными, чем для женщин, являются эмоциональные реакции. Для женщин, наоборот, характерно планирование решения, опора на семейные возможности, критичность.

По-видимому, при язвенной болезни значимость семьи для мужчин снижается и возникает сосредоточенность на собственных эмоциях, а для женщин наблюдается обратная зависимость - повышение опоры на семью и активизация механизмов преодоления.

Возраст в группе больных гастродуоденитом сочетается с уровнем образования (0,505), наличием супружеской семьи (0,387) и детей (0,387), повышением нервно-психической устойчивости (0,390), идентификацией с хозяйственными задачами (0,374), значимостью психологических проблем больного (0,361), а в группе больных язвенной болезнью коррелирует с профессиональным статусом (0,330), с опорой на себя в сохранении здоровья (0,331), снижает механизм проекции (-0,320). Следовательно, возраст является оптимизирующим фактором в обеих группах.

Уровень образования у больных гастродуоденитом коррелирует с возрастом (0,505), а у больных язвенной болезнью со значимостью представлений о социальных ограничениях больного (0,421), а также снижает возможность положительной переоценки (-0,390), то есть, усиливает депрессивность больных. По-видимому, для больных гастродуоденитом уровень образования не имеет выраженного влияния на адаптационные стратегии, в то время как в группе больных язвенной болезнью уровень образования снижает адаптивность за счет страха утраты социальных позиций.

Профессиональный статус у больных гастродуоденитом коррелирует с идентификацией с социальными ролями (0,380), значимостью психологических, прежде всего, эмоциональных проблем больного (0,398), снижением направленности на преодоление болезни (-0,452). Таким образом, больные с большим профессиональным статусом в меньшей степени ориентированы на преодоление болезни и в большей - на социальную реализацию, возможно, это говорит об эргопатической реакции, то есть, они предпочитают не замечать болезнь.

Профессиональный статус у больных язвенной болезнью коррелирует с возрастом (0,330), значимостью представлений о социальных ограничениях больных (0,330), о здоровье как активности (0,328) и опирается на широту интересов семьи (0,323). Менее значимыми становятся принятие ответственности (-0,324) и морально-нравственные правила семьи (-0,412). По-видимому, профессиональный капитал является ценностью, которая оказывается под угрозой в ситуации утраты здоровья, что может вызывать желание опереться на семейные отношения.

Можно сделать вывод о том, что высокий профессиональный статус играет как оптимизирующую адаптационную роль в ситуации острого заболевания, так и становится травмирующим обстоятельством при хронизации болезни.

Наличие супружеской семьи у больных гастродуоденитом коррелирует с возрастом (0,383), наличием детей (0,632), повышением внутреннего конфликта (0,392) и внутренней неустроенности (0,357), гиперкомпенсации (0,497), снижением представления о том, что здоровый образ жизни позволяет сохранить здоровье (-0,443). Следовательно, семья является источником внутренних проблем.

Наличие семьи у больных язвенной болезнью коррелирует с наличием детей (0,506), подчеркивает эмоциональные страдания больного (0,379), опору на себя в ситуации болезни (0,436) и снижает значимость преодоления болезни (-0,413). По-видимому, наличие семьи предполагает стремление подчеркнуть свою независимость от нее в ситуации болезни. Таким образом, в обеих группах наличие семьи создает проблемы, прежде всего, в самоотношении. Вместе с тем, в ситуации болезни возникает необходимость адаптироваться в семье в изменившихся условиях хронического заболевания.

Наличие детей у больных гастродуоденитом сочетается с возрастом (0,387), наличием супружеской семьи (0,632), внутреннего конфликта (0,347), снижением позитивного самоотношения, что выражается в снижении самопринятия (0,360), саморуководства (-0,360), самоуважения (-0,368), поиска социальной поддержки (-0,361) и повышением гиперкомпенсации (0,475), также происходит снижение сплоченности в семье (-0,370) и опоры на здоровый образ жизни (-0,364). Можно сказать, что наличие детей у испытуемых в

этой группе представляет собой психотравмирующую ситуацию.

Наличие детей у больных язвенной болезнью коррелирует с наличием супружеской семьи (0,506), значимостью эмоциональных проблем больного (0,379), отрицательно влияет на самопривязанность (-0,346), негативные самоописания своей личности (-0,453). По-видимому, наличие семьи и детей подчеркивает эмоциональные проблемы, выражающиеся в раздражении, испытываемом в семейных отношениях. Таким образом, наличие детей может рассматриваться как травмирующий фактор, создающий дополнительный источник напряжения.

Стаж болезни у больных язвенной болезнью снижает такие механизмы как открытость (-0,350), самообвинение (-0,393) и гиперкомпенсацию (-0,359). Возможно, длительность болезни снижает значимость самоотношения и стремления к преодолению.

В целом, у больных гастродуоденитом социальные факторы могут выступать как в качестве ресурса, так и в качестве дополнительного источника травматизации. По-видимому, подчеркивание семейных проблем следует рассматривать как возможную психотравмирующую ситуацию, позволяющую предполагать невротические и психосоматические механизмы данного заболевания.

У больных язвенной болезнью можно говорить о множественных источниках травматизации, преимущественно связанных с ситуацией болезни, а именно страх утраты социальных, профессиональных позиций, а также независимости в семейных отношениях.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что объективно существующие социальные ресурсы в ситуации болезни не обязательно являются таковыми в связи с субъективной их травматичностью за счет либо неудовлетворенности ими, либо со страха их утраты.

Список литературы

1. Алёхин А.Н., Литвиненко О.А. Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний // Вестн. психотерапии. 2013. №48 (53). С. 57-68.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. Пер с англ. М.: Перрлс, 2000. 296 с.
3. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. канд. психол. наук. Л., 1988. 16 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА,

1999. 376 с.

5. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. Алма-Ата, 1990. 214 с.
6. Гринберг Дж. Управление стрессом / 7-е изд. СПб.: Питер, 2002. 496 с.
7. Калашникова С.А. Оценка личностных ресурсов как детерминант субъективного качества жизни человека // Психологическая адаптация и психическое здоровье человека в осложненных условиях жизненной среды: коллективная монография. М.: Изд-во «Академия Естествознания», 2011.
8. Калашникова С.А. Личностные ресурсы как интегральная характеристика личности // Молодой ученый. 2011. №8 (31). Том 2. С. 84-87.
9. Казакова И.А. Эмоциональные нарушения у юношей с хроническим гастритом и язвенной болезнью // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.С. Герцена. №102: Научный журнал. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. С. 358-363.
10. Князева А.П., Корнеева Е.Н. Психологическая инвалидизация, или Личностная идентичность инвалида // Ярославский педагогический вестник. 2005. №2. С. 93-99.
11. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании // Психол.журнал. 1990. Т. 11, №4. С. 84-90.
12. Кондратьев М.Ю. К вопросу о психологической границе в контексте социально-психологического феномена закрытости // Мир психологии. 2009. №1. С. 158-165.
13. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Третья Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2010. С. 114-120.
14. Личность пациента и болезнь / Под редакцией Волкова В.Т. Томск, 1995. 328 с.
15. Орлова М.М. Трансформация идентичности у больных ишемической болезнью сердца как проявление адаптационных стратегий. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Психолого-педагогические науки. СПб., 2015. №174. С. 101-109.
16. Орлова М.М. Социально-психологическая ситуация болезни на примере больных желудочно-кишечными заболеваниями: анализ объективных и субъективных составляющих // Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук. Т. 3. №2 (4). 2011. С. 870-875.
17. Орлова М.М. Анализ объективных и субъективных составляющих ситуации болезни на примере больных желудочно-кишечными заболеваниями // Психология социального

взаимодействия в изменяющемся мире. Саратов, 2010. С. 47-58.

18. Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.

19. Рысс Е.С., Шулуток Б.И. Болезни органов пищеварения. СПб.: Ренкор, 1998. 336 с.

20. Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. 1989. № 6. С. 22-28.

21. Шамионов Р.М. Психология субъективного благополучия личности. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2004. 180 с.

22. Dunbar F. цит. по Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1994. 128 с.

23. Hobfoll S. The influence of culture, community, and the nest-self in the stress process: Advancing conservation of re sources theory // Applied Psychology: An International Review. 2001. 50. pp. 337-421.

24. Weiner H. Psychobiology and Human Disease. Eisevier, New York, 1977. pp.102-217.

Рецензенты:

Кром И.Л., д.соц.н., профессор Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, руководитель Центра медико-социологических исследований, г.Саратов;

Белых Т.В., д.псих.н., доцент, заведующая кафедрой консультативной психологии факультета психологии, ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», г.Саратов.