

ТРАНСФОРМАЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ

Адаптационный смысл трансформации идентичности в ситуации болезни может быть описан как механизм, отражающий и изменение телесности, и изменение социального положения больного ишемической болезнью сердца. Утрата прежних физических возможностей изменяет психологическую и социальную составляющую ситуации болезни, что, в свою очередь, отражается на социальных взаимодействиях больного и его самоопределении. Полученные результаты расширяют представления о внутренней картине болезни при ишемической болезни сердца в зависимости от степени инвалидизации.

Ключевые слова: идентичность, ситуация болезни, адаптация, самоотношение, представление о здоровом человеке, представление о больном человеке.

M. Orlova

TRANSFORMATION OF THE IDENTITY IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AS A MANIFESTATION OF ADAPTATION STRATEGIES

An adaptive transformation of the identity in the disease situation can be described as a mechanism that reflects both changing physicality, and changing social standing of patients with ischemic heart disease. The deprivation of previous physical ability changes the psychological and social aspects of the disease situation. This effect is reflected on the patient social interactions and the self-determination. The research extends the understanding of the internal aspect of the disease of the patients with ischemic heart disease depending on the degree of disability.

Keywords: identity, disease situation, self-perception, conception of a healthy person, conception of a diseased person.

Концепции внутренней картины болезни (ВКБ) можно разделить на те, которые рассматривают внутриличностные механизмы отражения болезни в сознании человека и выходящие за пределы личности механизмы, регулирующие взаимодействие индивида и социума. Эти механизмы можно представить в качестве метауровня ВКБ и проявления субъектности личности.

Так, в центре понятия «адаптация к болезни» лежит нарушение идентичности в виде комплекса неполноценности, возникшего вследствие утраты физических и психических возможностей и сопоставления себя с другими, здоровыми людьми, а так-

же стратегии преодоления этого комплекса [3; 6].

Было показано [2], что у пациентов с фибрилляцией предсердий личностное реагирование на заболевание связано со стремлением компенсировать чувство неспособности либо за счет успехов в деятельности при игнорировании своего физического состояния, либо за счет недоверчивого отношения к людям и чувства вины за собственную слабость, за счет страха стать обузой для близких людей.

Определяющим в процессе развития личности можно считать состояние позитивной дезинтеграции [1], возникающее в

результате несоответствия фиксированных стереотипов реагирования складывающимся условиям жизнедеятельности (непривычность условий). Адаптация имеет целостный характер и реализуется на физиологическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом, социально-психологическом уровнях.

Понятие ситуации болезни позволяет интегрировать телесные, социальные и психологические составляющие внеличных и внутриличностных механизмов адаптации к болезни как трудной жизненной ситуации [4].

К объективным составляющим этой ситуации можно отнести тяжесть болезни и ее обратимость, уровень достижений в различных сферах социального функционирования, социальный статус больного человека, изменение социального взаимодействия, связанное с болезнью, контекст жизненного пути личности, уровень социальной поддержки.

К субъективным составляющим относится уровень психической и социальной адаптивности как реализация субъектности личности [5].

В данной работе мы рассмотрели идентичность как констелляцию представлений о здоровом и больном человеке, переживания состояния «Я здоров» и «Я болен», системы идентификаций и самоотношения больных ишемической болезнью сердца с качеством жизни, с адаптационными стратегиями и взаимодействиями с семейным окружением.

Были исследованы мужчины и женщины, больные ишемической болезнью сердца, — 37 человек. В качестве контрольной группы выступали здоровые люди, как мужчины, так и женщины — 186 человек.

В процессе исследования были использованы: «Исследование качества жизни ВОЗ-100», «Изучение копинг-стратегий

Лазаруса», методика «Адаптивность» Маклакова, методика «Шкала семейного окружения», «Исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни», методика «Кто Я», методика «Незаконченные предложения», методика МИС, «Исследование психологических защит Келлермана — Плутчика — Конте».

Статистические подходы в анализе полученных данных были представлены оценкой достоверности различий между группами согласно Т-критерию Стьюдента, а также методом корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 с достоверностью 0,05 и 0,01.

Анализ представлений о здоровом человеке показал, что у больных ИБС по сравнению со здоровыми людьми снижена значимость представлений о том, что здоровый человек — это активный человек (2,4/3,5; $T = 3,6$; $p < 0,01$), оптимизм в отношении сохранения своего здоровья (1,9/3; $T = 3,8$; $p < 0,01$), а также представление о том, что желание быть здоровым подкреплено социальным одобрением (2,7/3,4; $T = 2,7$; $p < 0,01$).

Можно говорить о том, что у больных ИБС значимость роли здорового человека снижается, поскольку заболевания сердца, приводящие к вынужденному ограничению активности, сопровождаются трансформацией представлений о значении такой активности, и это адаптивный в условиях болезни процесс.

Корреляционный анализ показал, что снижение значимости быть здоровым как условия быть активным и нужным повышает внутреннюю неустроенность (0,354), значимость лекарств (0,419); снижает ориентацию семьи на активный отдых (-0,559) и опору на образ жизни (-0,374). По-видимому, такое переоценивание значения социальной активности в условиях заболевания приводит к изменению образа Я,

к фрустрации и к поиску дополнительных средств — лекарств — как внешнего условия безопасности.

Снижение оптимизма в сохранении здоровья повышает значимость переживания болезни (0,357) и внутриличностный конфликт (0,325). Следовательно, пессимистическое отношение к здоровью повышает ипохондричность личности.

Уменьшение значимости представлений о социальном одобрении желания быть здоровым и представления о том, что быть здоровым неудобно, поскольку рядом много больных людей, повышает значимость физической составляющей идентификаций (–0,380), склонность к негативным само-описаниям, особенно в социальной (–0,337) и физической сфере (–0,388), и снижает деятельную составляющую (0,409), а также ориентацию на будущие задачи (0,387).

Таким образом, принадлежность к низкостатусной группе больных людей повышает претензии к себе, фиксирует внимание на настоящем и формирует мировоззрение, которое повышает социальный статус больных людей по отношению к группе здоровых.

Рассматривая эту психодинамику в рамках общего адаптационного процесса, а его направление — снижение активности в условиях ограниченных возможностей и достижение оптимума функционирования, — мы должны понимать и то, что внутриличностные образования, фиксированные ранним опытом, опытом жизни до болезни, инерционны по своей сути. Вынужденное снижение активности переживается личностью как утрата собственного Я, как диссоциированность между «Я тогда» и «Я сейчас», что неминуемо сопровождается фрустрацией и попытками преодоления этого диссонанса.

Таким образом, снижение значимости роли здорового человека повышает негативное самоотношение, страх перед болезнью,

недовольство собой как человеком, утратившим статус здорового человека.

Можно сделать вывод о том, что представления о здоровом человеке связаны с негативным самоотношением, со значимостью переживания болезни, с системой идентификаций, предполагающих фиксацию на настоящем и физических возможностях, выраженность претензий к себе. Это свидетельствует о том, что представление о здоровом человеке реализует отношение к утраченным возможностям и к акцентированию отношения к болезни.

Представление о больном человеке в этой группе характеризуется по сравнению со здоровыми людьми меньшей значимостью соматического страдания (0,21/0,30; $T = 2,3$; $p < 0,05$) и преодоления болезни (2/8; $T = 2,8$; $p < 0,01$). При этом меняется структура приоритетных представлений о больном человеке: для здоровых испытуемых характерен приоритет соматического страдания в портрете больного, а для больных — приоритет социально-психологических проблем.

Корреляционный анализ показал, что снижение значимости соматического страдания коррелирует со снижением положительной переоценки (0,346), независимости в семейных отношениях (0,345), с отрицанием (0,381), повышением значимости негативных перспектив (0,587). То есть снижение акцента на соматическом состоянии в портрете больного является для больных ИБС механизмом, свидетельствующим о снижении личностной ресурсности. Повидимому, это предполагает, что проблемность соматического состояния сменяется проблемностью будущего и социальных отношений, складывающихся в новой социальной роли.

Значимость психологического страдания больного коррелирует с морально-нравственными ориентациями в семейных

отношениях (0,413). Следовательно, эмоциональные проблемы больного имеют коммуникативный смысл, связанный с отношениями в семье.

Актуальность социально-психологических ограничений больного связана со значимостью лекарств в сохранении здоровья (0,352).

Важность негативных последствий болезни для больного коррелирует со значимостью семейных отношений для сохранения здоровья (0,333). То есть страх осложнений стимулирует больных к поиску опоры в семейных отношениях.

Снижение актуальности преодоления болезни коррелирует со снижением значимости переживания здоровья (0,764) и личностных качеств (0,344). Можно сказать, что снижение представления о возможности преодоления связано с недостаточностью опоры на себя.

Итак, образ больного для больных ИБС характеризуется идентификацией себя с этим образом, что выражается в снижении опоры на себя и в стремлении опереться на внешние возможности, на лекарства и семью. При этом образ больного имеет коммуникативный смысл, связанный с трансляцией своих проблем Другому.

Представления о больном человеке связаны со значимостью способов поддержания и утратой значимости переживания здоровья, утратой значимости личностных качеств. По-видимому, эти представления могут рассматриваться как механизм трансформации отношения к себе, предполагающий уход от активной позиции.

Сравнение выраженности идентификаций у больных ИБС без инвалидности и здоровых испытуемых выявило достоверное повышение значимости идентификации с физическим Я (22/8; $T = 7$; $p < 0,01$), себя с больным человеком (0,67/0; $T = 2,1$; $p < 0,05$) и негативных самоописаний в структуре идентичности (49/11; $T = 10$;

$p < 0,01$). То есть специфичность идентификаций больных ИБС, не имеющих инвалидности, заключается в значимости идентификации себя с больным человеком и недовольстве этим.

Корреляционный анализ показал, что физическое Я выше у более молодых больных (-0,341), с низким уровнем образования (-0,433) и профессионального статуса (-0,613); оно связано со снижением значимости переживания здоровья (-0,405), субъективного неблагополучия (-0,387), принятия ответственности (-0,360), экспрессивности в семейных отношениях (-0,373), независимости в семье (-0,418), с повышением дистанцирования (0,379), позитивного переоценивания (0,422), ориентации на достижения в семье (0,425), негативных самоописаний (0,698), идентификации себя с больным человеком (0,339).

Следовательно, актуализация физических проблем при самоопределении наиболее выражена у более социально незащищенных больных, стимулирует адаптационную активность при отказе от ответственности за ситуацию, снижает опору на семейные отношения в связи с ожиданием требовательности семьи и с выражением претензий по отношению к себе.

По-видимому, больные проявляют адаптационную активность в субъективно дефицитных условиях, в ситуации снижения значимости переживания здоровья, утраты ресурсов социального взаимодействия и ожидания претензий по отношению к себе при субъективной невозможности соответствовать требованиям окружающих людей. Это особенно характерно для больных с объективно невысоким социальным капиталом.

Негативное Я характерно для больных невысокого профессионального уровня (-0,453), снижает значимость переживания здоровья (-0,502), самооценку (-0,358), регрессию (-0,332), экспрессивность (-0,379),

повышает значимость переживания болезни (0,485), представления о том, что здоровье — это возможность достижения целей (0,486), позитивное переоценивание (0,368), претензии к физическим проблемам (0,698), к социальным ролям (-0,534), к экономической состоятельности (0,504), к активности (0,539), к эмоциональным и интеллектуальным качествам (0,539), к идентификации себя с больным человеком (0,385).

Можно сказать, что негативное самооценивание связано со страхом болезни как события, умаляющего возможности, со снижением ресурсности семейного окружения и стремлением найти позитивное в происходящем. По-видимому, негативное отношение к себе препятствует активному преодолению болезни.

Идентификация с больным более характерна для пациентов, имеющих низкий профессиональный статус (-0,336), повышает значимость переживания болезни (0,386), негативные самоописания (0,539), значимость экономической несостоятельности (0,337), снижает идентификацию себя с активным человеком (-0,429). То есть принятие на себя роли больного человека, прежде всего, предполагает идентификацию себя с низкостатусной группой, утрату возможностей и страх болезни.

Широта идентификаций больных ИБС меньше по сравнению с группой здоровых людей (6,8/9,3; $T = 3,6$; $p < 0,01$). Корреляционный анализ показал, что снижение этого параметра сочетается со снижением значимости переживания здоровья (0,561), идентификации себя с общительным человеком (-0,459), представлений о социальном одобрении желания быть здоровым (-0,354), повышением значимости активности (0,419), идентификации себя с физическими проблемами (0,466), с личностными качествами (0,419), с негативными самоописаниями (0,548), со снижением

значимости представлений о телесном страдании больного (0,338).

Сужение круга идентификаций сочетается с недовольством собой, в частности, своим физическим состоянием и снижением значимости социальных ролей, активности и личностных качеств в идентификациях. При этом снижается значимость переживания здоровья и социального одобрения быть здоровым. Данный параметр можно рассматривать как признак формирования самоопределения себя как больного человека.

Трансформация системы идентификаций связана со снижением значимости переживания здоровья и представлений о здоровом человеке и с повышением значимости переживания болезни и представлений о больном. Это свидетельствует о трансформации системы представлений в процессе трансформации идентификаций.

Значимость переживания здоровья и болезни у больных ишемической болезнью сердца по выраженности показателей не имеет достоверных различий с показателями в группе здоровых людей.

Значимость переживания здоровья сочетается с повышением адаптационного потенциала (0,401), экспрессивности в семье (0,348), со снижением негативных самоописаний (-0,502), значимости претензий к физическим составляющим идентичности (-0,419), к личностным качествам (-0,373). То есть значимость переживания здоровья может рассматриваться как фактор, оптимизирующий личность. Обращает на себя внимание влияние личностной значимости переживания себя здоровым на снятие негативного самовосприятия.

Значимость переживания болезни с представлением, что здоровье — это возможность достигать определенные цели (0,425), что здоровьем ничто не поможет (0,459), что здоровье невозможно сохранить

(0,386), что забота о здоровье недостаточна (0,359), сочетается со снижением принятия ответственности (-0,427), качества жизни в сфере окружающей среды (-0,360), в духовной сфере (-0,360) и снижением общего уровня качества жизни (-0,372), с повышением негативных самоописаний (0,485), особенно в отношении социальных ролей (0,365) и личностных качеств (0,441), а также идентификации себя с больным человеком (0,386). То есть страх болезни связан с утратой восприятия себя здоровым человеком и социальных возможностей, с идентификацией себя с больным человеком.

Можно сказать, что страх болезни связан с ценностью здоровья и сопровождает смену идентификаций с отождествления себя со здоровым человеком на отождествление себя с больным. Переживание здоровья и болезни связано с представлениями о здоровом человеке и с системой идентификаций, что выражается прежде всего в негативных самоописаниях, связанных с отождествлением себя с больным человеком.

Таким образом, специфичность идентификаций, характерных для больных ИБС, не имеющих инвалидности, заключается в обсуждении себя в связи с ситуацией болезни и в самоопределении в качестве больного человека, что вызывает недовольство собой, снижает возможность отвечать за ситуацию и возможность опереться на семейные ресурсы, поскольку больные предполагают, что не смогут соответствовать требованиям, предъявляемым семейным окружением; эти деструктивные адаптационные процессы связаны со страхом болезни. Негативное отношение к себе препятствует активному преодолению. Актуализация физических проблем при самоопределении особенно выражена у социально наиболее незащищенных больных. Можно сделать вывод о том, что изменение самоопределения происходит в контексте

снижения значимости здоровья и страха болезни, который выражается в утрате временной перспективы и в снижении направленности на преодоление болезни.

Исследование самоотношения в группе больных ИБС без инвалидности показало, что у них по сравнению со здоровыми менее выражены уверенность в себе (4,7/6; $T = 5,1$; $p < 0,05$), самооценности (4,9/7,1; $T = 6$; $p < 0,01$), самоуважение (22,7/25; $T = 2,6$; $p < 0,01$) и повышены самопривязанность (5,4/4,3; $T = 3,7$; $p < 0,01$), самообвинение (5,4/4,3; $T = 3,7$; $p < 0,01$), внутренняя неустроенность (10,2/8,9; $T = 2,4$; $p < 0,01$). То есть у больных ИБС, не имеющих инвалидности, снижается позитивное и повышается негативное самоотношение, требующее защиты своего Я.

Корреляционный анализ показал, что снижение самоуверенности связано со снижением зеркального Я (0,383), самооценности (-0,360), самопривязанности (-0,631), самоуважения (-0,591), аутосимпатии (-0,512), коммуникативной адаптивности (-0,444), субъективной значимости семьи в сохранении здоровья (-0,342) и с повышением самообвинения (0,405), внутренней неустроенности (0,370) и морально-нравственной адаптивности (0,432).

Снижение уверенности в себе сочетается со снижением опоры на семейные отношения и с повышением опоры на манипулятивные стратегии. По-видимому, межличностные отношения изменяются в контексте негативного самоотношения.

Снижение самооценности коррелирует с уменьшением уверенности в себе (-0,360), аутосимпатии (-0,677) и самоуважения (-0,358), принятия ответственности (-0,352), коммуникативной адаптивности (-0,385), идентификаций с социальными ролями (-0,332), с повышением самообвинения (0,413), внутренней неустроенности (0,356), с наличием позитивного переопределения (0,333), негативных самоописаний (0,358). Видимо, снижение самооценности связано

с общим снижением самоуважения и утратой опоры на социальные роли.

Самопривязанность повышает самоуважение (0,548), аутосимпатию (0,738), нервно-психическую устойчивость (0,505), коммуникативную адаптивность (0,405), ориентации на достижение в семье (0,335) и снижает самообвинение (-0,366), морально-нравственные ориентации в семье (-0,416), то есть самопривязанность опирается на адаптивность и семейные ресурсы.

Самообвинение коррелирует со снижением самоуверенности (-0,405), саморуководства (-0,330), самооценности (-0,413), самопривязанности (-0,366), самоуважения (-0,345), аутосимпатии (-0,345), регрессии (-0,370), коммуникативной адаптивности (-0,491), адаптационного потенциала (-0,353), значимости семейной поддержки при сохранении здоровья, значимости здоровья как активности (-0,384), с повышением конфликтности (0,729), внутренней неустроенности (0,941), с идентификацией себя с экономическими возможностями (0,335), с повышением значимости лекарств (0,440). Видимо, самообвинение базируется на утрате адаптивности и активности и на стремлении опереться на финансовые возможности и лекарства. При этом отрицается возможность опереться на себя.

Снижение самоуважения сочетается с уменьшением самоуверенности (-0,591), саморуководства (-0,692), зеркального Я (-0,647), самооценности (-0,591), аутосимпатии (-0,427), коммуникативной адаптивности (-0,571), личностного адаптационного потенциала (-0,449), сплоченности (-0,502) и независимости в семье (-0,341), опоры на семейную поддержку в болезни (-0,375), повышает конфликтность (0,341), самообвинение (0,461), вытеснение (0,440). Видимо, основанием для снижения самоуважения является утрата адаптивности и опоры на семейную поддержку.

Повышение внутренней неустроенности коррелирует со снижением самоуверенно-

сти (-0,370), самооценности (-0,356), самоуважения (-0,436), адаптационного потенциала (-0,411), значимости как активности и нужности (-0,398), значимости семейной поддержки (-0,683) и опоры здоровья на лекарства (0,454), с повышением конфликтности (0,917), самообвинения (0,917). То есть внутренняя неустроенность в ситуации ИБС без инвалидности предполагает перенесение опоры с семейных отношений и внутренних возможностей на лекарственную помощь.

Таким образом, у больных ИБС без инвалидности снижение позитивного и повышение негативного самоотношения можно рассматривать как мобилизацию в ситуации утраты здоровья, стремление противостоять зависимости и опираться на самого себя, несмотря на неуверенность в своих возможностях, что усиливает негативное отношение к себе.

Обращает на себя внимание то, что самоотношение связано с критичностью в отношении своих возможностей, это снижает самооценку и вместе с тем имеет связь с утратой ценности здоровья как активности и опоры на семейные отношения.

В целом можно сделать вывод о том, что трансформация идентификаций возникает на разных уровнях — когнитивном и эмоциональном, в контексте личностной и социальной идентичности.

У больных ИБС уменьшается соответствие роли здорового человека, что повышает негативное самоотношение, страх болезни, фиксирует внимание на настоящем и имеющихся физических возможностях, утрачивается опора на себя, растет стремление опереться на семью и лекарства и вместе с тем присутствует недоверие к ним.

Идентификация себя с больным предполагает апеллирование к значимому Другому для получения помощи, уход от активной позиции, что препятствует активному преодолению. Трансформация системы

идентификаций свидетельствует об изменении системы представлений и социальных ролей в рамках болезни.

Трансформация самоотношения может рассматриваться как проявление эмоционального уровня самоопределения и в большей степени отражает невозможность опереться на себя, что снижает ценность собственной личности.

Различные уровни самосознания имеют взаимовлияния, из которых наиболее выраженным является представление о здоровом человеке и об утрате возможностей, связанных со здоровьем, а также склонность к негативному самоописанию и идентификация себя с больным человеком.

На наш взгляд, центром процесса трансформации личности в ситуации болезни является фактическое снижение активности в результате наличия болезни сердца. Это снижение само по себе охранительное и носит адаптивный характер.

Вместе с тем такая трансформация фиксирует возникшие социальные ограничения и формирует новый тип отношений с социальной средой. Многозначность адаптационных трансформаций требует интеграции телесных и социальных факторов в понятие болезни как трудной жизненной ситуации, что объединяет все адаптационные процессы в контексте реализации субъектности человека в этой ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёхин А. Н. Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании // Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена). СПб.: Стратегия будущего, 2010. С. 27–32.
2. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А., Чумакова И. О., Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н. Отношение к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих лечение методом катетерной аблации // Вестник аритмологии. 2012. № 67. С. 50–55.
3. Кербинов О. В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971. 312 с.
4. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М., 1987. 168 с.
5. Орлова М. М. Концепция субъектно-социального подхода к здоровью и болезни как основа психологической составляющей модели паллиативной помощи // Интегративные исследования в медицине. 15–16 мая 2014 года: Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Саратов: ИЦ «Наука», 2014. С. 51–58.
6. Шевалев Е. А. О переживании болезни // Советская психоневрология. 1936. № 4. С. 19–33.

REFERENCES

1. Aljohin A. N. Adaptatsija kak kontsept v mediko-psihologicheskom issledovanii // Jubilejnyj sbornik nauchnyh trudov (k 10-letiju kafedry klinicheskoj psihologii RGPU im. A. I. Gertsena). SPb.: Strategija budushchego, 2010. S. 27–32.
2. Aljohin A. N., Trifonova E. A., Chumakova I. O., Lebedev D. S., Mihajlov E. N. Otnoshenie k bolezni patsientov s fibrilljatsiej predserdij, prohodjashchih lechenie metodom kateternoj ablatsii // Vestnik aritmologii. 2012. № 67. S. 50–55.
3. Kerbikov O. V. Izbrannye trudy. M.: Meditsina, 1971. 312 s.
4. Nikolaeva V. V. Vlijanie hronicheskoj bolezni na psihiku: psihologicheskoe issledovanie. M., 1987. 168 s.
5. Orlova M. M. Kontseptsija subjektno-sotsial'nogo podhoda k zdorov'ju i bolezni kak osnova psihologicheskoj sostavl'jajushchej modeli palliativnoj pomoshchi // Integrativnye issledovanija v meditsine. 15–16 maja 2014 goda: Nauchnye trudy III Vserossijskoj (s mezhdunarodnym uchastiem) nauchno-prakticheskoj konferentsii. Saratov: IC « Nauka », 2014. S. 51–58.
6. Shevalev E. A. O perezhivanii bolezni // Sovetskaja psihonevrologija. 1936. № 4. S. 19–33.