



хологическая защита // Психол. журн. 1994. Т.15, №1. С.3–18.

² Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., 1973.

³ Абульханова К.А. Проблемы исследования индивидуального сознания // Психол. журн. 1991. Т.12, №4. С.27–40.

⁴ Красильников И.А. Внутриличностный конфликт и психологическая адаптация. Саратов, 2007.

УДК 316.6+159.9:61

ПОНЯТИЕ «СИТУАЦИЯ БОЛЕЗНИ» – ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ

М.М. Орлова

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

В статье рассматривается феномен болезни как сложная многопричинная система взаимодействующих факторов. В связи с этим необходим анализ той объективной социальной ситуации развития (Л.С. Выготский), в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание.

Автором было разработано и апробировано понятие «ситуация болезни», включающее в себя: объективный компонент – болезнь и ее последствия, что может рассматриваться как объективная трудная жизненная ситуация и отражает изменившиеся условия психологической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности и субъективный компонент, который характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленности, механизмами саморегуляции, прежде всего, ее мотивационно-потребностного уровня.

Предложена классификация ситуаций болезни, которая, по мнению автора, имеет универсальное значение в рамках соматической патологии. Понятие «ситуация болезни» отражает интегративный подход к феномену болезни и может иметь перспективы в дальнейшем изучении этого феномена.

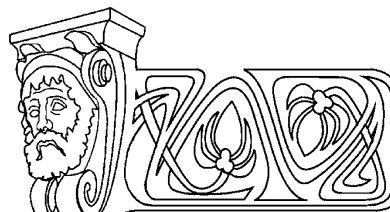
Ключевые слова: болезнь, здоровье, адаптация, трудные жизненные ситуации, ситуация болезни.

The Concept «Disease Situation» – Objective and Subjective Components

М.М. Orlova

The article examines the phenomenon of disease. The author thinks that this phenomenon is a complex system of many reasons with factors, influencing each other. That means that it is necessary to analyze total combination of the person's development conditions, the objective social situation of development (L.S. Vygotsky), which put the person into chronic somatic disease.

The author has worked out and approved the concept of the disease situation. This concept includes: objective and subjective components. Objective component: the disease itself and its results – could be examined as an objective hard situation of living and it reflects conditions of mental activities of the patient, psychological "cost" of the disease, the rate of loss of the former possibilities of the person. Subjective component supposes personal activity of the patient, sense of purpose, mechanism of self-control, first of all the standard of the person's reasons and needs.



The article proposes classification of the disease situations, which, in author's opinion, is of universal significance within the framework of somatic pathology.

The author comes to a conclusion, that the concept of "the disease situation" reflects integrated approach to the phenomena of disease and could have perspective for the further examination of the phenomena.

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

Современные подходы к понятиям «болезнь» и «здоровье» подчеркивают их многокомпонентный характер. Наиболее ранние исследования этих явлений относятся к XVIII в. и связаны с развитием естественных наук и естественно-научным объяснением патологии. В рамках этого подхода болезнь объясняется причинными механизмами биохимической природы. Более поздний, социологический подход возник в конце XIX в. Для него характерно представление о болезни и здоровье как социально конструируемых. Противопоставление души и тела разрешается в этой модели через развитие понятия воплощения.

Возможность многоаспектной оценки здоровья в последнее время связывается с понятием качества жизни. Всемирная организация здравоохранения характеризует качество жизни, связанное со здоровьем, в соотношении с целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями индивида¹. Качество жизни является как объективным, так и субъективным фактором, поскольку непосредственно связано с основными ценностями и индивидуальными базовыми мотивами



жизнедеятельности. Г.М. Зараковский² относит к ним: силу (здоровье, социальный статус, авторитет); достижения (личный успех, амбиции); наслаждения; впечатления (стремление к радостным событиям, новизне); самостоятельность; самореализацию в глобальных интересах (понимание проблем мира и взаимоотношений с природой); заботу о благополучии близких, традиционализм, самоидентификацию с определенным обществом (заинтересованность в судьбах данного общества); безопасность. Субъективный аспект оценки качества жизни рассматривается в понятии «субъективное благополучие» в работах Р.М. Шамионова³. Он подчеркивает, что важно не только изучать объективное в субъективном, но и субъективное в объективном. Данное психологическое образование детерминировано личностными характеристиками и, прежде всего, смысложизненными ориентациями, представлениями о себе в связи с объективными показателями жизнедеятельности.

В последнее время формируется социально-психологическая модель болезни и здоровья, основанная на анализе механизмов психологической адаптации. В 1977–80 гг. Дж.Л. Эйджел предложил биопсихосоциальную модель⁴, она опирается на представление о едином биопсихосоциальном механизме, который посредством процессов саморегуляции обеспечивает целостность организма, его гомеостаз и эффективность деятельности.

В отечественной психологии адаптация рассматривается в рамках методологии активности психики. А.А. Реан трактует психологическую адаптацию личности к среде не только как приспособительный процесс, но и как активно развивающий личность, отводя ему приоритетную роль⁵.

Он 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;

пассивная дезадаптация (пассивное принятие требований, норм, установок, ценностей социальной среды без включения процесса самоизменения, самокоррекции и саморазвития).

Автор считает, что при выборе стратегии адаптации личностью оцениваются: а) требования социальной среды (сила, степень враждебности, степень ограничения потребности и т.п.); б) собственный потенциал личности в плане самоизменения (адаптационный потенциал); в) цена усилий (физиологическая, психологическая).

Таким образом, социальная адаптация организует психику, оснащая ее культурно обусловленными инструментами. Механизмы социальной адаптации реализуются в контексте события, с которым взаимодействует человек.

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, таких как новые ценности, новые отношения к людям, бóльшая осмысленность жизни и пр.⁶ В связи с этим способность к адаптации можно рассматривать как личностное свойство человека – личностный адаптационный потенциал, что подчеркивается в работах Л.И. Анцыферовой⁷, А.Г. Маклакова⁸, Д.А. Леонтьева⁹, А.А. Реана.

Феномен личностного адаптационного потенциала описывается Л.И. Анцыферовой как интегральная характеристика уровня личностной зрелости, которая включает силу Эго, внутреннюю опору, локус контроля, ориентацию на действие, волю к смыслу и др. Она выделяет два типа личности, которые отличаются отношением к миру, самооценкой, когнитивным стилем, мотивацией: личности с оптимистическим мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистическим подходом к жизни и сильно выраженной мотивацией к достижению и личности, уходящие от трудностей, прибегающие к механизмам психологической защиты, воспринимающие мир как источник



опасности, у них невысокая самооценка и пессимистическое мировоззрение.

Наиболее полно, с точки зрения Д.А. Леонтьева, этому понятию в зарубежной психологии соответствует понятие «жизнестойкость» (*hardiness*), введенное Л.С. Кобаза¹⁰.

Комплексное исследование патогенеза телесных заболеваний характерно для психосоматического подхода. Так, Ф. Александер¹¹ считал, что наличие одних только психологических особенностей не обуславливает возникновение болезни. В связи с этим появилась гипотеза о так называемой двойной причинности, т.е. совпадении соматических и психических факторов. Человек со специфической уязвимостью органа и характерной конфликтной моделью заболевает соответствующей болезнью только в том случае, когда случайный поворот событий в его жизни мобилизует его центральный конфликт, приводя к разрушению психической защиты организма. Ключевым процессом в возникновении психосоматического заболевания считается нарушение эмоциональной регуляции в связи с усложнением адаптации личности к многозначности социальных отношений. Непосредственным механизмом возникновения психосоматического заболевания можно считать долговременную память, закрепляющую пережитое человеком стрессовое состояние паники, страха, ужаса.

Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств традиционно проводились в рамках двух принципиально различных парадигм. Согласно первой из них – *психоцентрической* – причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Противоположные соотношения – причинно-следственная направленность от «соматической» составляющей заболевания к «психической» – характерны для второй, *соматоцентрической*, парадигмы, при этом приоритетная роль в формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам. Наиболее перспективно системное построение психосоматического исследования в силу особенностей самого объекта, включающего систему смысловых образований, функциональных систем мозга, нервно-

физиологических механизмов эмоций и систему социально-психологической адаптации, выражающегося в объединении социального, психологического и клинического направлений. Такой подход является традиционным в отечественных работах и вместе с тем требует нахождения общей парадигмы и общего научного языка.

Ю.М. Губачев и соавторы выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний¹²:

1) ситуационный (первично-психогенный) вариант, при котором приоритетными являются психологически неблагоприятные условия;

2) личностный вариант, при котором личность обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный характер эмоционального реагирования;

3) церебральный вариант, при котором отмечаются органические нарушения церебральной нервной системы, связанные с расстройством регуляторных механизмов эмоциональных переживаний;

4) соматический (биологический) вариант – наличие генетических соматических предпосылок.

Традиция системного подхода реализуется и в концепции онтогенетической психосоматической медицины, предложенной В.А. Ананьевым¹³. В этой концепции используется многоуровневая система, включающая в себя подходы:

а) психологический – изучение преобладающих особенностей личности, способов психологической защиты, отношения к болезни;

б) социальный – изучение профессионального статуса, семейных отношений и др.;

в) биологический – изучение наследственности, соматического и нейрогуморального статуса;

г) синдромологический – выделение и изучение ведущих симптомов социально-психологической дезадаптации.

Таким образом, болезнь можно представить как сложную многопричинную систему взаимодействующих факторов. В связи с этим необходим анализ всей совокупности условий развития личности, той объективной со-



циальной ситуации развития (Л.С. Выготский¹⁴), в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание. Постоянный процесс адаптации человека к условиям социальной среды является творческим, поскольку конструирует некую новую реальность, как объективную, так и субъективную.

В 1982 г. нами было разработано и апробировано понятие «ситуация болезни»¹⁵, в котором могут быть объединены все представленные нами подходы. Ситуация болезни включает в себя:

объективный компонент – болезнь и ее последствия, что может рассматриваться как объективная трудная жизненная ситуация и отражает изменившиеся условия психологической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть – в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий. В данном случае уместно говорить об изменившемся качестве жизни и степени субъективного неблагополучия;

субъективный компонент – характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленности, механизмами саморегуляции, прежде всего ее мотивационно-потребностного уровня.

При определении той или иной ситуации болезни необходимо учитывать тяжесть заболевания, состояние моральной и материальной поддержки близких, степень профессиональных ограничений, вызванных болезнью, и степень ограничения круга общения больного. Оценка тяжести этих влияний лежит в основе классификации ситуаций 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 больного.

Вторая, или промежуточная, ситуация вызвана уже значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь еще возмож-

на компенсация вызывающих ее факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность, разрыв семейных связей и отсутствие поддержки близких – все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Классификация учитывает наиболее общие для большинства здоровых людей стороны их психической деятельности и социальной адаптации и наиболее значимые параметры ее изменений (норма, существенное ухудшение, ломка).

Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие «ситуация болезни», неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии. Представленные симптомокомплексы могут быть отнесены к различным заболеваниям, а также к различным этапам одного и того же заболевания.

Объективные факторы болезни, создавая ту или иную ситуацию, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое ими в целом, опосредовано, прежде всего через значимость для личности тех или иных форм реализации ее мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью.

Вместе с тем и сама личность претерпевает изменения под влиянием болезни. В проведенных нами исследованиях была выявлена следующая последовательность таких изменений¹⁶:

при первой ситуации болезнь еще не становится препятствием ведущей деятельности больных и не испытывает на прочность сложившуюся иерархию мотивов. Возникновение повышенной ориентированности больных на болезнь возможно, по-видимому,



лишь под влиянием уже преморбидно сконцентрированной на своем здоровье личности;

при второй ситуации болезнь представляет уже достаточную угрозу для прежних форм реализации мотивов; отношение больных к болезни становится закономерным, а у некоторых начинает играть существенную роль, особенно у больных с уплощенной структурой личности или у больных с узкой направленностью мотивационной системы, когда ведущий мотив становится недостижимым в результате болезни. В противном случае такая перестройка может и не произойти. Более того, активная позиция личности может уменьшить степень социальных ограничений, т.е. изменить ситуацию болезни;

при третьей ситуации наиболее возможны поражение прежней личности и ее перестройка.

Понятие «ситуация болезни» было использовано нами при исследовании больных бронхиальной астмой. Исследование влияния тяжести болезни, инвалидизации, отсутствия семейной поддержки показало синергизм влияний исследованных клинических и социальных факторов. При первой ситуации отмечалась выраженная астенизация, при второй – депрессивные тенденции, эмоциональная дезорганизация, выраженная социальная дезадаптация, при третьей наблюдались перестройка психической деятельности, сужение круга смыслообразующих мотивов, уход в болезнь.

И.Л. Кром при исследовании трудоспособности больных (болезни сердечно-сосудистой системы) обратила внимание на то, что функциональные нарушения, выявляемые у инвалидов, не всегда соответствуют тяжести принятых в экспертной практике ограничений жизнедеятельности, при этом личность больного и социально-психологическая поддержка не учитываются при проведении медико-социальной экспертизы¹⁷.

На основе проведенного анализа можно сделать ряд выводов:

на современном этапе научного знания для рассмотрения таких явлений как здоровье и болезнь наиболее адекватным является интегративный и системный подход, вклю-

чающий клинический, социологический и социально-психологический анализы;

болезнь можно рассматривать как трудную жизненную ситуацию;

феномен личностного адаптационного потенциала определяет субъективную реакцию на болезнь и степень изменения личности в процессе болезни;

понятие «ситуация болезни» реализует интегративный подход к рассмотрению болезни;

предложенная классификация ситуаций болезни отражает этапы развития заболевания и варианты, складывающиеся при той или другой болезни.

Представленный в данной статье подход может представлять ценность как для развития психологической теории, так и для практической работы в области здравоохранения и социальной защиты населения.

Примечания

¹ Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of Life Assessment instrument // *Quality of Life Research*. 1993. №2. P.153–158.

² Зарковский Г.М., Степанов Т.Б. Технологический потенциал индивида и популяции // *Человек*. 1993. №3. С.50–59.

³ Шамионов Р.М. Социально-психологические характеристики личности в изменяющемся мире // *Проблемы региональной психологии: теория, практика, эксперимент*. Саратов, 2007; Шамионов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов, 2008.

⁴ Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model // *Amer. J. of Psychiatry*. 1980. №137. P.535–544.

⁵ Реан А.А. Психология личности. Социализация, поведение, общение. СПб., 2004.

⁶ Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. М., 2005.

⁷ Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // *Психол. журн*. 1994. Т.15, №1. С.3–19.

⁸ Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // *Психол. журн*. 2001. Т.22, №1. С.16–24.

⁹ Леонтьев Д.А. Психология свободы. К постановке проблемы самодетерминации личности // *Психол. журн*. 2001. Т.21, №1.

¹⁰ Kobasa L.S. Hardiness and health: a prospective study // *Personality and Social Psychology*. 1982. №1. P.42.

¹¹ Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002.



¹² Губачев Ю.М., Стабровский Б.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981. С.216.

¹³ Ананьев В.А. Особенности этиопатогенеза и психотерапии психосоматических расстройств // Практические аспекты формирования здорового образа жизни. Энгельс, 2003.

¹⁴ Выготский Л.С. Проблемы развития психики // Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т.3.

¹⁵ Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: Автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 1982.

¹⁶ Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности. Саратов, 2004. С.223–225; Орлова М.М. Клиническая психология: Конспект лекций. М., 2008.

¹⁷ Физическая, психологическая, медико-социальная реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда: Учеб.-метод. пособие / Под. ред. проф. В.А. Савинова. Саратов, 2006; Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007.