

© Е. В. МОРОЗОВА, 2012

УДК 616-036.86:159.923.2

Е. В. Морозова

СТРУКТУРА ИДЕНТИЧНОСТИ КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

ФГУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Федерального медико-биологического агентства, Москва

Изложены подходы к исследованию личности в условиях болезни и инвалидности, показаны роль и диагностическое значение структуры личностной и социальной идентичности для реабилитации.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, психологическая реабилитация личности, реабилитационные диспозиции, идентичность.

STRUCTURE OF IDENTITY AS A FACTOR OF REHABILITATION OF PERSONALITY

E. V. Morozova

Approaches to the examination of personality under conditions of the disease and disability, the role and diagnostic significance of the structure of personal and social identity for rehabilitation were presented.

Key words: social-psychological adaptation, psychological rehabilitation of personality, rehabilitation dispositions, identity.

Одной из основных проблем социальной политики нашего государства на современном этапе развития общества является проблема социально-психологической адаптации инвалидов.

Ранее критерием успешной адаптации инвалида было его трудоустройство без учета профессиональных знаний и желаний самого человека. Как правило, инвалидами реализовывались низкоквалифицированные и непрестижные виды труда. Человек обычно утрачивал возможность трудиться по своей специальности, использовать свои профессиональные навыки и знания и тем самым становился ущербным, теряя не только свой прежний социальный статус, но и профессиональную идентичность, при этом формально считаясь трудоустроенным [9].

Социально-психологическую адаптацию на современном этапе развития общества невозможно свести к традиционной дихотомии трудоустроен — нетрудоустроен; она приобрела неоднородную структуру, включающую в себя весь возникающий комплекс социально-психологических последствий, влияющих на качество жизни, к которым необходимо приспособиться.

В современной концепции медико-социальной экспертизы инвалидность устанавливается исходя из ограничений в различных видах жизнедеятельности, возникающих вследствие инвалидизирующего заболевания, что дает инвалиду простор и возможность для более полной социально-психологической адаптации к изменившимся условиям жизни [8].

При этом часто возникает конфликт между реальными способностями, желаниями человека, с одной стороны, и возможностями, которые ему предоставляет общество, — с другой, что в свою очередь затрудняет этот непростой период в жизни, требующий социально-психологической адаптации.

Дисбаланс в жизни инвалида неизбежно подводит его к новой специфической кризисной ситуации, требующей адаптации. Недаром такие отечественные ис-

следователи, как Л. И. Анциферова, Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюк, Е. В. Морозова, считают возможным рассматривать инвалидность как ненормативный кризис развития личности, приводящий к формированию новой социальной ситуации развития в условиях болезни и инвалидности [1—3, 7].

Негативный исход адаптации проявляется в возникновении ряда социально-психологических последствий, выражающихся в дезадаптированности разной степени выраженности. Возникшая экономическая нестабильность, а иногда и зависимость, изменившееся состояние здоровья и другие возможные последствия, связанные с заболеванием и инвалидностью, подвергают проверке устоявшиеся представления человека о себе. Теряя многие внешние опоры, человек остается один на один с тем, что осталось в нем самом, в его личности [7].

Потеря понимания человеком того, кто он, чего он хочет и к чему стремится, сопровождается негативным спектром чувств и эмоций, что в свою очередь создает благодатную почву для развития негативного самоотношения, чувства ущербности, неполноценности и ненужности самому себе, своему ближайшему окружению и обществу в целом.

Адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, протекает по-разному и имеет свои особенности, что обуславливается спецификой, течением заболевания, тяжестью дефекта, дальнейшим прогнозом и многими другими объективными и субъективными факторами.

Процесс адаптации следует рассматривать с точки зрения индивидуально-личностных и средовых ресурсов, затраченных на ее реализацию.

Одним из таких индивидуально-личностных ресурсов является идентичность человека, т. е. самовосприятие человеком себя: своих качеств, способностей, причисление себя к значимым социальным группам, в чем выражается проявление всего социального и личностного опыта человека.

Идентичность имеет несколько функций: адаптивную — в смысле приспособления к новым социальным условиям, ориентировочную — как поиск своего места в социальном пространстве, целевую, формирующую модели поведения, способную влиять на стратегии жизненного выбора, а также экзистенциальную — как осмысление своей сущности, целостности и устойчивости бытия в этом мире.

Понятие «идентичность» связывают в психологии с именами Э. Эриксона и Э. Фромма. Их предшественником в этом смысле был З. Фрейд, который ввел в своих работах термин «идентификация».

Изучением социальной идентичности в современной отечественной и зарубежной психологии занимались многие отечественные и зарубежные ученые (Андреева Г. М., Белинская Е. П., Иванова Н. Л., Ядов В. А., Abrams D., Augustions M., Hogg A., Tajfel H., Turner J.).

В самосознании человека идентичность представлена определенным комплексом идентификационных характеристик, представляющих собой единство когнитивных, мотивационных и ценностных компонентов.

Рассмотрение идентификационных характеристик инвалидов имеет практическую значимость в отношении выявления степени их ролевой идентификации с этим статусом, а также с ролью больного в зависимости от уровня социально-психологической адаптации, длительности пребывания на инвалидности и особенностей заболевания.

Изучая структуру идентичности инвалидов, мы предположили, что их социально-психологическая адаптация в условиях неопределенности, изменения своих возможностей и социального статуса сопровождается трансформацией идентификационных характеристик, выражающихся в появлении каких-либо новых ролевых позиций, а также в разной степени насыщенности остальных ролевых позиций в зависимости от ситуации, в которой находится человек.

Пациентов с различными заболеваниями исследовали в двух различных жизненных ситуациях: одна группа пациентов находилась в процессе медико-социальной экспертизы в ФГУ Федеральное бюро МСЭ (экспертные пациенты), другая группа — в клинике на лечении по обязательному медицинскому страхованию (пациенты по ОМС). Необходимо отметить, что экспертные пациенты проходили третью медико-экспертную комиссию ввиду их несогласия с двумя предыдущими экспертными решениями «о признании лица инвалидом» либо «о снижении группы инвалидности». Медико-социальная экспертиза проводилась сначала на районном уровне (по месту жительства), затем — на городском (городское бюро медико-социальной экспертизы) и далее по обжалованию пациента — в ФГУ Федеральное бюро МСЭ. Этот факт дает основание предположить, что сам по себе этот период неопределенности, в течение которого человек настойчиво доказывает свою принадлежность к определенной социальной группе, является стрессорной и конфликтной ситуацией, способной влиять на его самосознание и повлечь за собой изменения в структуре идентичности, спровоцировав ее кризис.

В социально-психологическом плане кризис идентичности понимается нами как определенный (сни-

женный) уровень самосознания личности, при котором большинство социальных и личностных навыков и категорий утрачено либо значительно изменено.

Для исследования структуры идентичности мы применили широко используемую в этих целях методику «Двадцать утверждений» (Kuhn M., McPartland T.). Полученные результаты обрабатывали с помощью шкалы, разработанной Н. Л. Ивановой [4]. В указанную шкалу нами было внесено либо отдельно выделено несколько особенно интересующих нас позиций: «роль больного», «роль инвалида», «роль пенсионера», «негативные самоописания», «невозможность самоописания» и «общее количество ответов».

Уровень социально-психологической адаптации исследовали по методике «Диагностика социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда».

Исследуемый контингент составил 131 человек: 79 (60%) женщин и 52 (40%) мужчины. Средний возраст женщин — 44 года, мужчин — 43 года. Группу экспертных пациентов составили 87 (66%) пациентов (средний возраст 43,5 года), группу пациентов, находящихся на лечении по ОМС, — 45 (34%) пациентов (средний возраст 43 года).

С целью выявления изменений исследуемых показателей в динамике мы разделили всех инвалидов по длительности пребывания на инвалидности, что дало возможность выделить 3 подгруппы: первично претендующих на статус инвалидов, находящихся на инвалидности от 1 года до 5 лет и находящихся на инвалидности более 10 лет.

С целью выделения двух групп, различающихся по уровню адаптации, мы разделили всех пациентов на основании результатов теста СПА. В группу относительно адаптированных включили 31 пациента с общим суммарным показателем адаптации 63% и более (наивысший показатель социально-психологической адаптации в этой группе составил 85%), а в группу дезадаптированных — 32 пациента с общим суммарным показателем 33% и менее (наиболее низкий показатель социально-психологической адаптации в этой группе составил 11%). Суммарный показатель уровня социально-психологической адаптации в группе относительно адаптированных пациентов составил 69,5 ($p < 0,01$), в группе дезадаптированных — 23,1 ($p < 0,01$), что статистически достоверно.

Предварительный анализ структуры идентичности обнаруживает частое использование пациентами всех перечисленных выше групп таких описательных характеристик, как «я больной», «я нездоровый человек», «я болею сахарным диабетом», «я диабетик», «я онкологический больной», «я безнадежно больной», что, на наш взгляд, является особым характерным специфическим проявлением в структуре идентичности больного человека. В своем исследовании мы назвали этот вид идентичности «*ill-идентичность*».

В целом можно сказать, что идентификация с ролью инвалида («я инвалид») и «*ill-идентичность*» присутствует во всех перечисленных группах и довольно часто используется человеком, оказавшимся в ситуации болезни и инвалидности, в ответах самому себе на вопрос: «Кто ты?».

Вместе с тем разная выраженность указанных идентификационных характеристик наблюдается в группах, различающихся по уровню адаптации и длительности пребывания на инвалидности.

Проведенный анализ идентификационных характеристик **в группе относительно адаптированных и дезадаптированных пациентов** выявляет **достоверные статистические различия** ($p < 0,01$) по следующим позициям: «роль инвалида», «ill-идентичность», «самоописание личностных качеств», «негативные самоописания», «полоролевая идентичность», «перспектива общения», «самооценка социальных навыков», «общая способность к процессу самоидентификации».

Обращает на себя внимание тот факт, что дезадаптированные пациенты значительно чаще дают «негативные самоописания» в отличие от относительно адаптированных пациентов. А относительно адаптированные пациенты в процессе выполнения этого теста давали большее количество ответов в целом по тесту, что объясняется большей способностью к процессу идентификации, а также к более высокому уровню саморефлексии, способность к которой положительно влияет на социально-психологическую адаптацию личности [5].

Показатели характеристик «учебно-профессиональные ролевые позиции», «семейные роли», «роль гражданина», «роль друга», «какие-либо виды деятельности», «самооценка способности к деятельности» и «общение», относящихся к социальным идентификационным характеристикам, не имеют достоверной значимости различий, однако в группе относительно адаптированных пациентов они выше, что можно рассматривать как тенденцию к большей социальной активности и компетентности и более высокому уровню субъективности пациентов этой группы.

Доминирование и выраженность показателей характеристик «роль инвалида», «ill-идентичность», а также «негативные самоописания» и значительно меньшее количество ответов в целом по тесту, а также более высокие показатели характеристики «невозможность самооценки», которая выражается в ответах: «я не знаю, кто я...», «я не знаю, что про себя сказать...», в группе дезадаптированных пациентов свидетельствует об их «ухуде в болезнь», общем негативном самоотношении, низкой социальной активности в отношении деятельности, общения, а также их перспективы будущего, которая в том числе подразумевает отсутствие направленности на реабилитацию.

Таким образом, в группе дезадаптированных пациентов выявляется тенденция к суженному репертуару социальных ролевых позиций, сниженная способность к саморефлексии и процессу идентификации в целом. Увеличение значимости показателей характеристик «негативные самоописания», «роль инвалида», «ill-идентичность», а также устойчивая тенденция к снижению показателей социального блока идентификационных характеристик по сравнению с группой относительно адаптированных пациентов свидетельствует о кризисе идентичности у дезадаптированных пациентов, а также о влиянии перечисленных выше ролевых позиций на уровень их социального функционирования.

В группе пациентов, распределенных по **длительности пребывания на инвалидности**, общий суммарный показатель социально-психологической адаптации составил у первично освидетельствуемых 36%, что статистически достоверно значимо по сравнению со второй группой. В группе пациентов, находящихся на инвалидности от 1 года до 5 лет, этот показатель составил 46%, а в группе пациентов, находящихся на инвалидности более 10 лет, — 50,8%; различия достоверны ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

Указанная динамика повышения показателя социально-психологической адаптации свидетельствует о повышении ее уровня в зависимости от длительности пребывания на инвалидности. В этом смысле группа первичных инвалидов, т. е. людей, проходящих медико-социальную экспертизу и находящихся в неизвестности по поводу своего социального статуса, на наш взгляд, ожидаемо показала более низкий уровень адаптации. Такая же закономерность обнаружилась и при сравнении всех экспертных пациентов (пациентов, находящихся в процессе медико-социальной экспертизы) с пациентами, находящимися в клинике на реабилитационно-восстановительном лечении: у экспертных пациентов общий суммарный показатель социально-психологической адаптации составил 44%, а у пациентов на лечении — 53,2%; различия статистически значимы ($p < 0,01$).

Таким образом, чем дольше человек находится на инвалидности, тем лучше он к ней приспособляется при условии, что не происходит каких-либо изменений, связанных с пересмотром социального статуса.

Анализируя идентификационные характеристики пациентов в зависимости от длительности пребывания на инвалидности, **можно выявить достоверные статистические различия** по следующим характеристикам: «ill-идентичность», «негативные самоописания» и «экзистенциальная идентичность».

У пациентов, первично претендующих на инвалидность, суммарный показатель по «ill-идентичности» значительно выражен и достоверно различается с показателем в группе пациентов, которые находятся на инвалидности от 1 года до 5 лет. Такую же тенденцию к уменьшению сохраняет данный показатель и в группе пациентов, находящихся на инвалидности более 10 лет, что достоверно различно ($p < 0,05$).

Динамика снижения суммарного показателя в зависимости от длительности пребывания на инвалидности свидетельствует о наибольшей актуализации «роли больного» именно на начальном периоде пребывания на инвалидности. Возможно, что актуализация указанной роли происходит из-за желания пациентов получить инвалидность, что и способствует их более интенсивному самоотожествлению с «ролью больного».

Показатели по «негативным самоописаниям» также значительно выражены в группе первичных пациентов ($p < 0,05$), а у пациентов, находящихся на инвалидности от 1 года до 5 лет и более 10 лет, они практически одинаковы, что свидетельствует о неблагоприятном и негативном самоотношении пациентов, выраженном проявлении чувства ущербности на первичном этапе адаптации к инвалидности, оборачивающимся для человека кризисом личностной идентич-

ности и формированием дезадаптивной «внутренней картины инвалидности» в целом [5, 6].

В дальнейшем повышение этого показателя свидетельствует о некоей стабилизации со временем негативных эмоций в свой адрес и улучшении психоэмоционального состояния человека.

«Экзистенциальная идентичность», характеризующаяся самоуважением к себе, ощущением чувства целостности, устойчивости и стабильности бытия, наиболее снижена у первичных инвалидов, что достоверно различно ($p < 0,5$) и также подтверждает сниженную способность человека в кризисный для него период к смене социального статуса, к внутренней устойчивости, стабильности и ощущению чувства собственного достоинства. Со временем этот показатель трансформируется в сторону повышения и, проживая «кризис инвалидности», в случае успешной социально-психологической адаптации указанная способность к ощущению своей экзистенциальной целостности у человека восстанавливается [7].

Обращает на себя внимание тот факт, что индивидуально-личностные показатели характеристик «самоописание своих качеств», «полоролевая идентичность», «религиозная идентичность», «самоописание своих физических и фактических данных», а также социальные идентификационные характеристики «перспектива деятельности», «перспектива общения», «самооценка способности к деятельности», «самооценка социальных навыков», «гражданская идентичность» и «инвалидность» выше в группе пациентов, находящихся на инвалидности более 10 лет. Статистически эти различия не являются значимыми, но в целом это свидетельствует о сложившейся тенденции к тому, что с увеличением длительности пребывания на инвалидности у личности инвалида наблюдаются большая способность к самоопределению себя через понимание своих личностных качеств, отождествление с семьей, определенными социальными группами, обретение гражданских чувств, и, наконец, принятие своего социального статуса — «инвалид», что, конечно же, способствует

более полной социально-психологической адаптации этого контингента больных.

Выявленные особенности структуры идентичности пациентов, находящихся в процессе экспертизы в период смены социального статуса, являются реабилитационными диспозициями и имеют большое прикладное значение для психологов и социальных работников с целью более полного понимания, прогнозирования и влияния на возможные варианты поведения и социального самочувствия изучаемой социально-демографической группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферова Л. И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития // Психол. журн. — 1999. — Т. 20, № 7. — С. 6—19.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживаний — М., 1984.
3. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. — М., 1980.
4. Иванова Н. Л. Психологическая структура социальной идентичности: Дис. ... д-ра психол. наук. — Ярославль, 2003.
5. Морозова Е. В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания: Дис. ... канд. психол. наук. — Ярославль, 2008.
6. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2008. — № 1. — С. 42—46.
7. Морозова Е. В. Кризис инвалидности и его социально-психологические последствия // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. эксперт., реабил. и реабил. индустрии. — 2006. — № 3—4. — С. 148—151.
8. Основы медико-социальной экспертизы / Осадчих А. И., Пузин М. Н., Лаврова Д. И. и др. — М., 2005.
9. Шабалина Н. Б., Добровольская Т. А. Психологические критерии рационального трудоустройства инвалидов: Метод. рекомендации для врачей ВТЭК. — М., 1986.

Поступила 08.07.11

Сведения об авторе:

Морозова Елена Валерьевна, канд. психол. наук, психолог, зав. отд. психологической экспертно-реабилитационной диагностики и антистрессовой терапии ФГУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы. 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, дом 3. Телефон: 8(499)906-18-63.

© О. С. БУЛАВИНЦЕВА, Д. А. СОКОЛОВ, 2012

УДК 616.89-036.86-058

О. С. Булавинцева, Д. А. Соколов

РАЗРАБОТКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МИЛОСЕРДИЯ

Геронтопсихиатрический центр милосердия Департамента социальной защиты населения Москвы

Освещается проблема разработки и внедрения комплексных дифференцированных реабилитационных методик для больных геронтопсихиатрического профиля, находящихся в стационарных учреждениях социальной защиты. Показано соотношение оценок клинического состояния и уровня социальной активности различных групп пациентов при разработке реабилитационных мероприятий. Рассмотрены оценочные критерии показателей уровня социальной актив-