

УДК 616.1: 316.61: 001.8 (045)

## МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КОНТЕКСТЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ПОДХОДА

<sup>1</sup>Кром И.Л., <sup>2</sup>Балева Е.С.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет» Институт социального образования (филиал) РГСУ, Центр медико-социологических исследований, Саратов;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов, e-mail: kromil@km.ru

Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний, является одной из причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира. Анализ социализации лиц в ситуации болезни представляется актуальным в условиях роста заболеваемости, инвалидизации больных, страдающих социально детерминированной патологией. В статье исследование социализации больных ишемической болезнью сердца осуществляется в контексте пространственного подхода. Исследование социализации лиц в ситуации болезни может быть осуществлено, по мнению авторов, как анализ особого социального пространства – пространства социализации. Пространство социализации выступает в качестве относительно автономного фрагмента социального пространства. Авторами предпринята попытка создания объяснительной модели социализации, основанной на анализе взаимодействия различных уровней и полей социального пространства. Применение данной категории позволяет показать единство функционирования субъекта и социума.

**Ключевые слова:** пространственный подход, социальное пространство, антропогенное пространство, социализация, ишемическая болезнь сердца, адаптивные барьеры, личностный потенциал, ситуация болезни

## MEDICAL-SOCIOLOGICAL RATIONALE OF THE SOCIALIZATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN THE CONTEXT OF SPATIAL APPROACH

<sup>1</sup>Krom I.L., <sup>2</sup>Baleva E.S.

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Russian State Social University», Institute of Social Education (branch) of Russian State Educational Institution, Centre for Medical-Sociological Studies, Saratov;

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky», Saratov, e-mail: kromil@km.ru

Coronary heart disease takes a leading place in the structure of chronic noninfectious diseases; it is one of the causes of morbidity, disability and mortality in most countries of the world. Analysis of the socialization of persons in the situation of disease is submitted actual in the conditions of growing of morbidity, disability of patients suffering from socially determined diseases. In the article the study of socialization of the patients with coronary heart disease is carried out in the context of spatial approach. The study of socialization of the persons in the situation of the disease can be carried out, according to the authors, as the analysis of a specific social space – the space of socialization. The space of socialization acts as a relatively autonomous fragment of social space. The authors attempt to create an explanatory model of socialization based on the analysis of the interaction of various levels and fields of social space. Application of this category allows to show the unity of functioning of the subject and society.

**Keywords:** spatial approach, social space, anthropogenic space, socialization, coronary heart disease, adaptive barriers, personal potential, the situation of the disease

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний, является одной из причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира. ИБС – мультифакторное заболевание, варианты течения и клинические исходы которого определяются ассоциируемостью предикторов. Анализ предикторов медико-социального прогноза и перспектив социализации больных ИБС представляется актуальным.

В исследование социализации больных ИБС включены на основе случайной выборки лица мужского и женского пола трудоспособного возраста (женщины до 55

и мужчины до 60 лет), страдающие ИБС. Диагноз был поставлен на основании критериев, разработанных экспертами Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов (2000 г.) и основывался на жалобах, анамнестических, клинических данных, результатах инструментального обследования.

238 наблюдавшихся нами больных ИБС перенесли инфаркт миокарда, причем в 46% случаях это был Q инфаркт миокарда. Диагноз инфаркта миокарда был подтвержден при комплексном клинико-инструментальном обследовании больных в стационарах Саратовской области. Наибольшее число больных (81,92%) имели среднее образование,

в большинстве случаев (53,62%) больным установлена группа инвалидности. В 11 случаях больные были направлены на медико-социальную экспертизу после повторного инфаркта миокарда, что объяснялось более тяжелым течением повторного инфаркта миокарда, развитием у больных острой, а затем хронической сердечной недостаточности. Чаще инфаркт миокарда переносили лица мужского пола (86%). У большинства больных в постинфарктном периоде отмечена стенокардия. ИБС стенокардия напряжения II–III функционального класса диагностирована у 7% больных, стенокардия напряжения III и III–IV функционального класса – у 93% больных.

Социализация рассматривается в качестве базовой, формообразующей характеристики современного общества [1, с. 19]. Исследование социализации больных ИБС осуществляется нами в рамках пространственного подхода, трактующего социализацию как процесс взаимодействия личности и социального пространства через усвоение субъектом определённых знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик, действий и функций, присутствующих социальным группам, социальным институтам, социуму и позволяющих ему (*субъекту*) активно функционировать в общественных отношениях [2].

Исследование социализации лиц в ситуации болезни может быть осуществлено как анализ особого социального пространства – пространства социализации. Категорию «социальное пространство» разрабатывал П. Сорокин, основываясь на концепции социальной стратификации и социальной мобильности. В соответствии с последней выдвигался тезис о существовании некоей системы координат, посредством которой можно измерить положение различных социальных групп и тем самым очертить пределы социального пространства [3, с. 369].

П. Бурдьё отмечал многомерность социального пространства: «можно изобразить социальный мир в форме многомерного пространства, построенного по принципам дифференциации и распределения, сформированным совокупностью действующих свойств в рассматриваемом социальном универсуме» [4, с. 120].

Социальное пространство «есть пространство статусных различий, ролевых ожиданий, форм социальной идентификации, институционализации социального взаимодействия» [5, с. 122]. Выступая в качестве относительно автономного фрагмента социального пространства, пространство социализации является пространством антропогенным [6, с. 88].

Антропогенные пространства неразрывно связаны с феноменом человеческой телесности. Наиболее ярко связь между антропогенным пространством и телесностью можно проследить на примере человеческих пространств на уровне отдельных субъектов. К основным источникам организации и ограничениям антропогенного пространства помимо человеческого тела относится субъективная сфера. При наличии соматических патологий она представлена внутренней картиной болезни, через которую воспринимается вся пространственная реальность болезни.

Влияние внутренней картины болезни на эффективность социализации, социальный прогноз больных соматическими заболеваниями рассматривается в концепции внутренней картины болезни (проф. А.Р. Лурия, 1929 г.). В.В. Николаева дополнила схему внутренней картины болезни эмоциональным и мотивационным компонентами, дифференцирующими опосредованную, психологическую сторону болезни [7]. Предложенная схема учитывает весьма важный факт: болезнь – это не только болезненные ощущения и их переживания, но и изменения мотивации.

Р.М. Войтенко [8] выделяет следующую систему факторов, обуславливающих внутреннюю картину болезни: биологические факторы; 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).

По мнению М.М. Орловой [9], в основе внутренней картины болезни лежит самосознание человека и механизмы социально-психологической адаптации. Переживание индивидом своего здоровья или болезни формируется в рамках его жизненного опыта и позволяет ориентироваться в своем состоянии. Понятие внутренней картины болезни рассматривается М.М. Орловой как субъективное отражение болезни в сознании здорового или больного человека. Этот подход остается, по мнению автора, одним из наиболее продуктивных в этом отношении.

Попытка объективизации внутренней картины болезни предпринята нами при оценке качества жизни больных ИБС, отражающего субъективную оценку больного своего состояния. Исследование качества жизни проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Полученные результаты подтверждают, что величина показателя качества жизни, вычисленного на основании

оценок самого больного, как выяснилось, коррелирует с рядом объективных характеристик, в том числе устанавливаемых в ходе инструментального обследования больных [10].

Полученные результаты показали, что качество жизни следует рассматривать как самостоятельный и объективный многофакторный показатель, отражающий состояние больных вследствие соматического заболевания. Проведенный математический анализ подтвердил существенность статистической зависимости суммарного показателя качества жизни от клинических характеристик, являющихся предикторами клинического прогноза у данной категории больных. Была доказана прогностическая значимость показателя качества жизни.

Социализация является базовым условием для социальной адаптации. Адаптация относится к хорошо организованным способам справиться с типичными проблемами, к приемам, которые кристаллизуются путем последовательного ряда приспособлений.

М.В. Ромм различает адаптивные ситуации по признаку модальности субъекта взаимодействия:

1. Взаимодействия на уровне «личность-личность» (микроуровневая адаптивная ситуация) характерны для широкого круга индивидов интеллектуального, психологического типа. Не выходят за рамки интересов отдельной личности. Определяющим в адаптивной ситуации данного типа является межличностный характер взаимодействий.

2. Взаимодействия на уровне «социальная группа-личность» (мезоуровневая адаптивная ситуация) выходят за рамки интересов отдельной личности и свойственны всем ситуациям смешанного социально-психологического типа.

3. Взаимодействия на уровне «общество-личность» (макроуровневая адаптивная ситуация) затрагивает интересы социума в целом. Изменения в данной ситуации могут быть спровоцированы войнами, революциями, государственными реформами и т.п. [11, с. 101].

Адаптивные ситуации могут быть простыми и сложными. Простая адаптивная ситуация возникает при изменении одного или нескольких параметров реальной ситуации (т.е. ситуация, которую субъект оценивает как привычную и не требующую приспособления). Изменения проявляются на индивидуально-личностном уровне и связаны с переменной установок, мотивации, обретением новой социальной роли и т.д.

Сложная адаптивная ситуация возникает при изменениях в образе жизни, мо-

ральных нормах и нравственных ценностях общества.

М.В. Ромм [11] предполагает существование трех видов адаптивных ситуаций, имея в виду их ориентации, степени и направленности их влияния на процесс и итог адаптации личности:

1. Позитивная адаптивная ситуация стимулирует прогрессивное развитие и отличается совпадением колебаний, благоприятных для адаптации, а также включает в себя ситуативные влияния, активизирующие ее процесс;

2. Нейтрально-адаптивная ситуация без выраженной позитивной или негативной направленности;

3. Негативная адаптивная ситуация отличается наличием нескольких или комплекса негативных факторов, препятствующих адаптации.

Одна и та же ситуация способна оказать на субъекты различное влияние, которое связано с индивидуальной реакцией на социальную реальность, зависящей от возрастных, интеллектуальных, психологических и других особенностей. В результате этого всегда имеется некоторое несовпадение между объективным характером адаптивной ситуации и ее субъективным восприятием. Ч.А. Томас писал, что «...среда, которая на него (*субъекта*) влияет и к которой он адаптируется, это его мир, а не объективный мир науки, природы и общества... Индивидуальный субъект реагирует только на данное в его собственном опыте, а его опыт включает в себя не то, что объективный наблюдатель может обнаружить в части мира, доступной индивиду, но только то, что обнаруживает там сам индивид» [12, с. 65].

Важнейшим элементом адаптивной ситуации являются адаптивные барьеры, которые «отражают систему объективных и субъективных внутренних и внешних факторов, тормозящих адаптацию личности к разноуровневым адаптивным ситуациям либо препятствуют ей» [12, с. 104]. В качестве основных адаптивных барьеров рассматриваются возрастной, эмоционально-психологический, мировоззренческий, знаковый, тезаурусный, контрсуггестивный, ситуативный (включающий в себя наибольшее количество переменных, непосредственно влияющих на приспособительные процессы в социуме). Среди перечисленных в наибольшей степени к возникающим в ходе социализации лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, адаптивным барьерам относятся:

1) психологический (личностный), определяемый, в частности, состоянием когнитивных функций субъекта;

2) ситуативный, связанный с качественной спецификой адаптирующей социальной среды [11, с. 100].

Особенностью больных ишемической болезнью сердца является существование соматических барьеров, обусловленных ограничением жизнедеятельности вследствие заболевания.

Особый интерес заслуживает попытка создания модели, связывающей различные уровни социального пространства с индивидуальными социальными фактами [13]. По мнению Г. Штайнкампа, элементы в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни представлены на различных уровнях социального пространства, расставленного в многоуровневой модели. В указанной цепи более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней. На высшем уровне (макроуровень) – социальная стратификация определяет неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний (мезо-) уровень охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем (микро-) уровне фиксируется процесс взаимоотношения индивида с нагрузками и ресурсами.

В процессе социализации субъекта в условиях соматических ограничений формируются как элементы конкретного уровня, так и структурные связи между ними. Поэтому исследование содержания уровней требует определенной ретроспективы и сопоставления с ситуацией болезни.

Анализ социализации больных ИБС проводится нами в контексте реализации субъектом личностного потенциала. Проблема личностного потенциала неоднократно обсуждалась в литературе. По мнению Л. Фиглина, личностный потенциал, определяемый рядом объективных и субъективных факторов, оптимальностью их сочетания, можно оценить как процесс сущностной самореализации в различных формах жизнедеятельности, прежде всего в трудовой, профессиональной, процесс формирования определенного социального образа и индивидуального стиля жизни субъекта и его качества жизни [14]. Характер сложного процесса, конструирующего жизнедеятельность личности в социальном пространстве, формируется ценностной структурой, будучи в то же время отражением внешних условий и факторов, в различной степени влияющих на его развитие. Личностный потенциал имеет известную социальную обусловленность. Взаимодействие когнитивных возможностей и мотивационной направленности определяет уровень социальной активности личности.

вационной направленности определяет уровень социальной активности личности.

Нами предпринята попытка определения личностного потенциала как габитуса. Габитус по П. Бурдьё – это усвоенные субъектом социальные установки, которые включают социально сложившееся отражение «реального мира», обладают собственной конструирующей силой [4]. По мере изменения позиций субъекта в социальном пространстве меняются и диспозиции, социальные установки, определяющие габитус субъекта. Согласно Бурдьё, габитус представляет собой системы моделей: воспроизводства поведения и восприятия и оценки поведения. Использование данных моделей отражает социальную позицию субъекта. Авторская концепция личностного потенциала позволяет согласиться с утверждением Л. Яковлева о социализации как процессе реализации личностного потенциала, развитии субъекта во взаимодействии с окружающим его миром [15, с. 105].

Исследование перспектив социального функционирования больных ИБС предполагает введение дефиниции личностного потенциала. Авторская концепция личностного потенциала предполагает его определение как габитус, но в отличие от *habitus*-понятия, используемого в медицине для обозначения телосложения, габитус, как определил его П. Бурдьё, – социальная структура когнитивных и мотивационных систем, позволяющих действовать в социальном мире. Усвоение субъектом социальных установок, включающих социально сложившееся отражение «реального мира», связано с состоянием когнитивных функций, в частности, с мышлением в качестве процесса, связывающего субъект и общество в ходе взаимодействия.

В современной науке существует два альтернативных подхода в оценке функционирования личности в социальной системе. Один рассматривает отдельных индивидов как элементы социального пространства, действия которых детерминированы их положением в социальной системе. Другой подход определяет их социально активными, «рациональными акторами». Исходя из последней позиции, активность в процессе социализации во многом определяется его преморбидными и коморбидными личностными характеристиками.

Социальное пространство лиц в условиях болезни обозначено как пространство антропогенное.

Исследовательские перспективы предложенной пространственной методологии опираются на изучение объективных и субъективных условий формирования

изменений личности, складывающихся в ходе соматического заболевания, предполагают анализ всей совокупности условий развития личности, той объективной ситуации развития, в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание.

### Список литературы

1. Арон Р. Этапы развития социологической мысли. – М.: Прогресс Универс, 1993. – 606 с.
2. Хайруллина Ю.Р. Социализация личности в условиях трансформации российского общества. – Казань: ИСЭПН АНТ, 1998. – 370 с.
3. Сорокин П.А. Человек, цивилизация, общество. – М.: Политиздат, 1992. – 542 с.
4. Бурдые П. Начала = Choses dites: пер. с фр. – М.: Socio-Logos, 1994. – 285 с.
5. Пространство и время социальных изменений / В.Н. Ярская и др. – М.: Саратов: Научная книга, 2004. – 280 с.
6. Антропогенное пространство как социально-философская категория // Саратовский научно-медицинский вестник. Альманах. – 2002. – № 1 (1).
7. Николаева В.В. Психологические аспекты рассматривания внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976. – С. 95–98.
8. Войтенко Р.М. Психологические аспекты болезни и инвалидности: Значение в клинике и экспертизе трудоспособности : метод. пособие. – Таллин: Валгус, 1981. – 48 с.
9. Орлова М.М. Внутренняя картина болезни как частный случай социально-психологической адаптации в трудной жизненной ситуации: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. / РГСУ. – Саратов, 2008. – С. 237–243.
10. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2007. – 275 с.
11. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме. – Новосибирск: Наука, 2002. – 272 с.
12. Цит. по: Ионин Л.Г. Понимающая социология (Историко-критический анализ). – М.: Наука, 1979. – 207 с.
13. Штайнхемп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – № 1(5). – С. 136–137.
14. Фиглин Л.А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов, 2003. – 412 с.
15. Яковлев Л.С. Пространство социализации: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов, 1998. – 396 с.

### References

1. Aron R. Jetapy razvitiya sociologicheskoj mysli. M.: Progress Univers, 1993. 606 p.

2. Hajrullina Ju.R. Socializacija lichnosti v uslovijah transformacii rossijskogo obshhestva. Kazan': ISJePN ANT, 1998. 370 p.

3. Sorokin P.A. Chelovek, civilizacija, obshhestvo. M.: Politizdat, 1992. 542 p.

4. Burd'e P. Nachala = Choses dites: per. s fr. M.: Socio-Logos, 1994. 285 p.

5. Prostranstvo i vremja social'nyh izmenenij / V.N. Jarskaja [i dr.]. M.: Saratov: Nauchnaja kniga, 2004. 280 p.

6. Antropogennoe prostranstvo kak social'no-filosofskaja kategorija // Saratovskij nauchno-medicinskij vestnik. Al'manah. 2002. no. 1 (1).

7. Nikolaeva V.V. Psihologicheskie aspekty rassmotrenija vnutrennej kartiny bolezni // Psihologicheskie problemy psihigigieny, psihoprofilaktiki i medicinskoj deontologii. L., 1976. pp. 95–98.

8. Vojtenko R.M. Psihologicheskie aspekty bolezni i invalidnosti: Znachenie v klinike i jekspertize trudospobnosti : metod. posobie. Tallin : Valgus, 1981. 48 p.

9. Orlova M.M. Vnutrennjaja kartina bolezni kak chastnyj sluchaj social'no-psihologicheskoj adaptacii v trudnoj zhiznennoj situacii: sb. st. mezhdunar. nauch.-prakt. konf. / RGSU. Saratov, 2008. pp. 237–243.

10. Krom I.L. Mediko-sociologicheskaja konceptualizacija fenomena invalidnosti pri boleznyh sistemy krovoobrashhenija: dis. ... d-ra med. nauk. Volgograd, 2007. 275 p.

11. Romm M.V. Adaptacija lichnosti v sociume. Novosibirsk: Nauka, 2002. 272 p.

12. Cit. po: Ionin L.G. Ponimajushhaja sociologija (Istoriko-kriticheskij analiz). M.: Nauka, 1979. 207 p.

13. Shtajnkamp G. Smert', bolezni' i social'noe neravenstvo // Zhurnal sociologii i social'noj antropologii. 1999. no. 1(5). pp. 136–137.

14. Figlin L.A. Social'noe upravlenie i razvitie na osnove kachestva : dis. ... d-ra sociol. nauk. Saratov, 2003. 412 p.

15. Jakovlev L.S. Prostranstvo socializacii: dis. ... d-ra sociol. nauk. Saratov, 1998. 396 p.

### Рецензенты:

Андрянова Е.А., д.соц.н., профессор, зав. кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Еругина М.В., д.м.н., зав кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, проректор по лечебной работе, ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 25.12.2013.