

УДК 316.6+159.9:61

## ТРАНСФОРМАЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ЕЕ АДАПТАЦИОННЫЙ СМЫСЛ

Орлова М.М.

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского»,  
Саратов, e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Самоопределение личности в ситуации болезни можно рассматривать как один из наиболее существенных факторов адаптационных механизмов. Автор рассматривает личностные трансформации в контексте социоцентрической парадигмы, что подчеркивает дефицитарные отношения больных с социальным окружением. Основой изменения личности больных заболеваниями легких рассматривается увеличение доли физического Я в структуре идентичности больного. В статье рассмотрена трансформация адаптационного смысла негативных самоописаний и восприятия себя активным человеком. Выделены этапы трансформации идентичности в зависимости от ситуаций болезни и формирование идентичности больного человека. Делается вывод о том, что изменение личности в ситуации болезни связано с процессом самоопределения в новых социальных ролях, который базируется на изменениях в восприятии своих физических возможностей. Полученные данные расширяют представления о внутренней картине болезни.

**Ключевые слова:** идентичность, ситуации болезни, личностные трансформации

## IDENTITY TRANSFORMATION OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC LUNG DISEASES AND ITS ADAPTATIONAL MEANING

Orlova M.M.

Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Self-determination of personality in a situation of illness may be regarded as one of the most significant factors of adaptation mechanisms. The author considers personal transformations in the context of sociocentric paradigm which emphasizes the deficiency relations of patients with social environment. Increased share of the physical I in the structure of patient's identity is considered to be the basis of personality change of patients with pulmonary disease. The article considers the transformation of adaptive sense of negative self-descriptions and perception of oneself as an active person. Stages of the transformation of identity depending on situations of illness and forming identity of an ill person are singled out. It is concluded that personality change in the situation of illness is connected with the process of self-determination in new social roles which is based on changes in the perception of one's own physical abilities. The data obtained broaden the idea of the inner aspect of disease.

**Keywords:** identification, illness cases, personal transformations

Необходимость психологического сопровождения пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями может рассматриваться общепринятой [1]. К таким формам патологии, в частности, относится пульмонологическая клиника.

В контексте психосоматического подхода предполагается, что характерными ситуациями, способствующими заболеваниям органов дыхания, являются те, которые предполагают необходимость выражения враждебно-агрессивных, нежных или преданных чувств [2].

Как считает Н.А. Сирота [7], больные бронхиальной астмой склонны отрицать наличие у себя проблем и уходить от их решения, склонны к авторитарному и конфликтному поведению, зачастую перекладывают ответственность за свои действия и состояние здоровья на других людей. Чрезмерное обращение к социальной поддержке может, с одной стороны, приводить к формированию зависимой позиции от социума, с другой, способствовать развитию потребительского восприятия социального

окружения. В структуре личности больных бронхиальной астмой выявляется дезадаптивное дисфункциональное реагирование в стрессовой ситуации [8].

Нарушения в возможности создать удовлетворяющие больного взаимодействия со своим социальным окружением могут способствовать формированию дефицитарных отношений с миром, что в ситуации болезни усугубляет чувство утраты контроля за происходящим и снижает адаптационные возможности. Поскольку бронхиальная астма является инвалидизирующим заболеванием, присоединяются проблемы социальных ограничений, что еще в большей степени затрудняет социальные взаимодействия. Таким образом, можно говорить о социоцентрической парадигме личностных трансформаций больных бронхиальной астмой.

Самоопределение личности в ситуации болезни можно рассматривать как один из наиболее существенных факторов адаптационных механизмов.

Так, исследование самооценки больных бронхиальной астмой показало неоднознач-

ный характер изменений в разных сферах идентичности. По шкале здоровья методики Дембо-Рубинштейн наблюдалась прямая зависимость показателя самооценки от степени тяжести заболевания [4]. По остальным шкалам не наблюдалось подобной зависимости. У больных с тяжелой формой течения болезни отмечалось увеличение количества завышенных оценок по шкале ума, несмотря на обилие жалоб на плохую память и внимание, а также завышенные результаты были выявлены по шкале характера и удовлетворенности жизнью. Видимо, это отражает действие психологических защит. На основании полученных данных был сделан вывод о том, что самооценка у больных бронхиальной астмой является неустойчивым образованием и подвержена изменениям в зависимости от ситуации болезни.

Анализ критериев, по которым оценивалась та или иная ценность, продемонстрировал многозначность структуры самооценки. Так, будущее воспринимается в положительном или отрицательном смысле в зависимости от личностных особенностей, отношений с ближайшим социальным окружением, восприятием ситуации болезни. При этом в группе с легким течением болезни акцент делается на личностные особенности, активность в совладании с болезнью. В группе с тяжелым течением болезни ведущим фактором становится здоровье.

Исследование структуры «Я», проведенное по методике Т. Лири, у больных бронхиальной астмой выявило противоречивую картину соотношений «Я – актуального», «Я – идеального» и «Я – до болезни». Больные воспринимают себя в подчиненном положении, ощущают невозможность реализоваться в жестких рамках роли больного. Основной конфликт в восприятии себя был рассмотрен в качестве попытки вытеснить как сами проблемы, так и собственную агрессию, стремление снять конфликт за счет идеализации отношений и чрезмерных требований к себе, что еще больше усиливает агрессивные тенденции и хронизирует конфликт [6]. Дополнительным фактором хронизации явились механизмы алекситимии, низкие возможности саморефлексии и анализа эмоциональных компонентов ситуации.

Выявленная в исследовании высокая значимость социальных отношений, при которой конфликтность понимается как угроза благополучию и положительной самоидентификации, может выступать как фактор, обостряющий травматичность социальной сферы. Этим объясняется высокая тревожность, связанная с ситуацией болезни, которая ставит под сомнение социальную иден-

тичность, работоспособность, положение в семье. Мобилизация происходит в сфере активизации деятельности и психологических защит, в частности, проекции.

Самоидентификация больных бронхиальной астмой непосредственно связана с реализацией себя в деятельности и социальных ролях. Состояние негарантированности этой возможности, конфликты в межличностных отношениях могут способствовать утяжелению состояния и приступов удушья [5]. Можно сделать вывод о том, что трансформация личности в ситуации болезни связана не только с проявлением телесных факторов болезни, но и с процессом самоопределения в новых социальных ролях.

В данном исследовании мы рассмотрели трансформацию идентичности больных заболеваниями легких в зависимости от ситуации болезни в контексте разработанной нами классификации ситуаций болезни [3].

### Материалы и методы исследования

Были обследованы мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет, больные пневмонией (24 человека), бронхиальной астмой средней степени тяжести (76 человек) и бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести – инвалидов 2-й группы (58 человек). В качестве контрольной группы выступали здоровые испытуемые – мужчины и женщины – в возрасте от 18 до 60 лет (186 человек).

Был использован комплекс методов: методика «Кто Я», анализ представлений о здоровом и больном человеке по материалам анкет и методики «Незаконченные предложения», методика МИС, «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса, исследование по методике «Адаптивность» Маклакова, «Шкала семейного окружения», исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

### Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ выраженности различных составляющих идентичности в группе здоровых испытуемых и больных пневмонией не выявил достоверных различий. Идентификация себя с больным достоверно выше (0,29/0,1;  $T = 7$ ;  $p < 0,01$ ), чем у здоровых испытуемых. При этом для пневмонии характерна идентификация себя с болезненными состояниями, но не обнаружено идентификации с больным человеком.

Идентификация себя с болезненными состояниями в группе больных пневмонией положительно коррелирует с представлением, что здоровью помогают друзья (0,470), искусство (0,589), социальным принятием желанием быть здоровым (0,454), повышением контроля в семейных отношениях (0,417), идентификацией себя с физическим

Я (0,686), отрицательно коррелирует с независимостью в семье (-0,414).

По-видимому, это выражает неуверенность в прочности имеющихся семейных отношений. То есть идентификация себя с болезненными состояниями в группе больных пневмонией актуализирует необходимость семейной поддержки как ресурса.

Анализ выраженности составляющих идентичности больных бронхиальной астмой показал, что они достоверно отличаются по значимости физического Я, как от группы здоровых (23/8;  $T = 7,7$ ;  $p < 0,01$ ), так и от группы больных пневмонией (23/10;  $T = 3$ ;  $p < 0,01$ ). Деятельное Я достоверно ниже в группе больных бронхиальной астмой (15,57/21,85;  $T = 2,7$ ;  $p < 0,01$ ) по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Таким образом, трансформация выраженности составляющих идентичности связана со снижением деятельного Я и повышением физического. Значимость активности замещается на значимость физических характеристик и состояний.

Соотношение объективного и субъективного, настоящего и будущего Я сохраняется, но значительно возрастает негативное Я, которое достоверно выше в группе больных бронхиальной астмой по сравнению с группой здоровых (47,63/11,24;  $T = 12,8$ ;  $p < 0,01$ ) и с группой больных пневмонией (47,63/13;  $T = 5,6$ ;  $p < 0,01$ ). Негативное Я физическое достоверно выше у больных бронхиальной астмой по сравнению со здоровыми (21,76/2,78;  $T = 11,5$ ;  $p < 0,01$ ) и больными пневмонией (21,76/5;  $T = 4,5$ ;  $p < 0,01$ ). Идентификация себя с больным человеком у больных бронхиальной астмой выше, чем у здоровых (0,64/0,1;  $T = 16,7$ ;  $p < 0,01$ ), и выше, чем у больных острой пневмонией, идентификация с болезненными состояниями (0,64/0,29;  $T = 3,1$ ;  $p < 0,01$ ). Можно рассматривать негативное Я как показатель неудовлетворенности собой и связанной прежде всего с восприятием себя больным человеком.

В группе больных бронхиальной астмой физическое Я более характерно для мужчин (0,387). Повышение значимости физических проблем и состояний положительно коррелирует со сплоченностью (0,228) и конфликтностью в семье (0,323), с объективным Я (0,383) и настоящим Я (0,332), негативными самоописаниями (0,571), идентификацией себя с больным человеком (0,478). Отрицательно коррелирует со значимостью переживания здоровья (-0,374), с социальным (-0,514), коммуникативным Я (-0,373), деятельным Я (-0,375).

Таким образом, в группе больных бронхиальной астмой физическое Я может яв-

ляться основой для неудовлетворенности собой и идентификацией себя с больным человеком, что снижает значимость переживания здоровья, социальных ролей, общения и активности как неактуальных. Можно сделать вывод о том, что идентификация себя с физической сферой у больных бронхиальной астмой концентрирует восприятие на негативном самоотношении.

Деятельное Я отрицательно коррелирует с представлением, что здоровье дает возможность работать (-0,232), с независимостью в семье (-0,228), идентичностью с физическим (-0,375) и рефлексивным Я (-0,432) и положительно – с представлением, что хотеть быть здоровым социально одобряемо (0,243), с принятием ответственности (0,232), будущим Я (0,920).

Таким образом, деятельное Я в структуре идентичности больных бронхиальной астмой создает ощущение возможности контролировать происходящее и прогнозировать будущее. Можно увидеть, что восприятие себя активным человеком во всех группах создает дополнительный ресурс в ситуации болезни. В первой ситуации болезни это ресурс сохранения самоотношения, во второй ситуации – контроля происходящего.

Негативное Я в группе больных бронхиальной астмой отрицательно коррелирует со значимостью переживания здоровья (-0,381), с представлением, что если я здоров, то я могу все (0,227), что здоровью помогает вера в Бога (-0,239), с внутренним конфликтом (-0,258), внутренней неустroенностью (-0,266), конфронтационным копингом (-0,246), социальным Я (-0,510) и коммуникативным Я (-0,500) и положительно коррелирует с нервно-психической устойчивостью (0,231), личностным адаптационным потенциалом (0,283), сплоченностью (0,298), конфликтностью в семье (0,274), интеллектуально-культурной ориентацией в семье (0,227), морально-нравственной ориентацией в семье (0,226), физическим Я (0,571) и рефлексивным Я (0,311).

Таким образом, негативные самоописания можно рассматривать как форму механизма, адаптирующего больного к болезни и роли больного. Этот механизм, по-видимому, позволяет выстроить менее требовательные отношения к себе, что позволяет найти новые отношения со своими близкими людьми.

Идентификация себя с больным человеком в группе больных бронхиальной астмой более характерна для мужчин (0,282), чем для женщин (-0,282), положительно коррелирует с представлением, что здоро-

вью помогают лекарства (0,336), что есть возможность восстановить здоровье (0,238), с физическим Я (0,478) и отрицательно коррелирует с представлением, что быть здоровым – это быть счастливым (-0,320), что здоровье дает возможность достигать целей (-0,372), сплоченностью в семье (-0,338), с социальным Я (-0,227) и материальным Я (-0,284).

Таким образом, идентификация себя с больным человеком в группе больных бронхиальной астмой снижает необходимость соответствия роли здорового человека и возможность опереться на семью как на ресурс, как бы обесценивая саму проблему, то есть примиряет с имеющейся ситуацией.

Можно сделать вывод о том, что характерной чертой идентичности больных бронхиальной астмой является трансформация, связанная с формированием новой идентичности больного человека. Принятие новой роли больного человека сопровождается неудовлетворенностью собой и снижением активности, что, в свою очередь, снижает возможность контролировать происходящее и прогнозировать будущее.

Выраженность претензий к себе можно рассматривать как форму механизма, адаптирующего больного к болезни и роли больного. Этот механизм, по-видимому, позволяет подготовить себя к мысли об уменьшении собственных возможностей и за счет этого выстроить менее требовательное отношение к себе, что облегчает процесс построения новых отношений с другими людьми. Восприятие себя больным человеком в группе больных бронхиальной астмой снижает необходимость соответствия роли здорового человека.

Анализ выраженности составляющих идентичности в группе больных бронхиальной астмой, имеющих инвалидность 2 группы, показал менее выраженные значения по фактору социального Я по сравнению со здоровыми испытуемыми (18/27;  $T = 2,4$ ;  $p < 0,05$ ), по фактору деятельного Я по сравнению с группой здоровых (12/22;  $T = 2,6$ ;  $p = 0,01$ ) и более выраженные значения по фактору физического Я по сравнению с группой здоровых (27/8;  $T = 7$ ;  $p < 0,01$ ) и группой больных острыми заболеваниями легких (27/10;  $T = 3,7$ ;  $p < 0,01$ ). Различий по выраженности факторов идентичности у работающих больных бронхиальной астмой и больных–инвалидов второй группы не обнаружено.

Таким образом, трансформация выраженности составляющих идентичности инвалидов – больных бронхиальной астмой заключается в том, что не только ак-

тивность, но и социальные роли перестают иметь для них значение.

Если рассмотреть динамику изменения идентичности от ситуации к ситуации (на примере легочных больных), то можно увидеть, что актуальность социальных ролей последовательно снижается, идентификация с физическими составляющими повышается, деятельное Я снижается. В нашем понимании это означает трансформацию идентичности по ипохондрическому типу.

Соотношение объективного и субъективного, настоящего и будущего Я сохраняется, но значительно возрастает негативное Я. Негативное Я выше в группе больных бронхиальной астмой – инвалидов (44,58/11,24;  $T = 6,7$ ;  $p < 0,01$ ) по сравнению как с группой здоровых, так и по сравнению с больными пневмонией (44,58/11,24;  $T = 5,3$ ;  $p < 0,01$ ). Повышение негативного Я свидетельствует о значимости неудовлетворенности собой у больных хроническими заболеваниями легких.

Негативное Я физическое выше у больных–инвалидов по бронхиальной астме по сравнению со здоровыми (25/2,7;  $T = 11,6$ ;  $p < 0,01$ ) и больными пневмонией (25/5;  $T = 5,3$ ;  $p < 0,01$ ).

Рефлексивное Я негативное выше в группе больных–инвалидов по бронхиальной астме по сравнению со здоровыми (20/5,6;  $T = 5$ ;  $p < 0,01$ ) и с больными пневмонией (20/7;  $T = 2,9$ ;  $p < 0,01$ ).

Таким образом, работающие больные бронхиальной астмой неудовлетворены своим деятельным Я, а инвалиды, больные бронхиальной астмой, неудовлетворены своими эмоциональными и интеллектуальными качествами. Это можно рассматривать как значимые и уязвимые стороны личности.

Частота встречаемости идентификации себя с больным и инвалидом повышается к третьей ситуации. У больных бронхиальной астмой–инвалидов (0,83/0,01;  $T = 29,1$ ;  $p < 0,01$ ) выше, чем у здоровых испытуемых, и выше, чем у больных пневмонией (0,83/0,29;  $T = 4$ ;  $p < 0,01$ ).

В группе больных бронхиальной астмой, имеющих инвалидность, значимость социального Я более характерна для женщин (0,530) с высоким профессиональным статусом, сохраняющимся, несмотря на имеющуюся инвалидность (0,596), супружескую семью (0,490) и детей (0,635). Для этих больных значимо переживание здоровья (0,643).

То есть в группе больных с инвалидизацией идентификация себя с социальными ролями может рассматриваться как синоним идентификации себя со здоровым человеком. Можно сделать вывод, что значимость



социального Я в структуре идентичности больных заболеваниями легких играет роль предупреждения формирования идентичности больного человека как ведущей. Уменьшение доли социального Я в структуре идентичности больных показывает, что они утрачивают возможность сохранять представление о себе как здоровом человеке, что предполагает утрату прежних форм взаимоотношений с обществом.

В группе инвалидов, больных бронхиальной астмой, физическое Я отрицательно коррелирует с представлением, что если я здоров, то я могу все (-0,500), с внутриличностным конфликтом (-0,524), поиском социальной поддержки (-0,534), проекцией (-0,543), гиперкомпенсацией (-0,549), социальным Я (-0,655) и положительно коррелирует со сплоченностью в семье (0,631), негативным Я (0,652), коммуникативной адаптивностью (0,484), личностным адаптационным потенциалом (0,571).

Таким образом, значимость физического Я в группе инвалидов снижает значимость здоровья как самостоятельной ценности, уменьшает внутренний конфликт, значимость социальных ролей и использование копинг-стратегий и психологических защит. При этом значимость физического Я сопровождается адаптивностью, сплоченностью в семье, негативными самоописаниями. То есть идентификация себя со своим физическим Я играет роль стратегии преодоления, в которой озвучивание проблем позволяет принять новый социальный статус инвалида и сформировать новую социальную идентичность. Опорой в этом случае является сплоченность семьи.

Можно сделать вывод о том, что увеличение доли физического Я в структуре идентичности в ситуациях болезни является травматическим для личности. В первой ситуации это порождает растерянность, во второй – формирует идентификацию себя с больным человеком, а в третьей – становится стратегией преодоления ситуации инвалидности и утверждения себя в новой роли.

В группе инвалидов, больных бронхиальной астмой, деятельное Я повышает значимость представления, что быть здоровым – это быть нужным (0,471), что здоровье дает возможность работать (0,480), что здоровью ничто не поможет (0,471), что здоровью помогают деньги (0,637), что забота о здоровье недостаточна (0,471), что хотеть быть здоровым неудобно, поскольку это вызывает зависть у других людей (0,471), с открытостью (0,593), саморукотворением (0,593), самоуважением (0,497), морально-нравственной адаптив-

ностью (0,474), отрицательно коррелирует с компенсацией (-0,689) и рефлексивным Я (-0,574).

Таким образом, деятельное Я сочетается с ценностью здоровья и одновременно с представлением, что здоровью ничто не поможет. Деятельное Я стимулирует позитивное самоотношение, снижает психологические защиты, то есть имеет значение ресурса.

Можно увидеть, что восприятие себя активным человеком во всех группах создает дополнительные ресурсы в ситуации болезни. В первой ситуации болезни – это ресурс сохранения самоотношения, во второй ситуации – контроля за происходящим, а в третьей ситуации – принятия себя в имеющихся обстоятельствах. Снижение активности с утяжелением болезни свидетельствует о снижении актуальности этой возможности.

В группе больных инвалидов по бронхиальной астмой рефлексивное Я более характерно для мужчин (0,477), не имеющих высокого профессионального статуса (-0,623), положительно коррелирует с настоящим Я (0,572), со значимостью перспектив больного и с представлением, что больные ничем не отличаются от здоровых людей (0,657) и отрицательно коррелирует со значимостью переживания здоровья (-0,502), с социальным Я (-0,483), деятельным Я (-0,572). Таким образом, рефлексивное Я образует противоречивые зависимости, связанные с желанием выглядеть здоровым и снижением самой значимости здоровья.

Можно сделать вывод о том, что адаптационный смысл рефлексивного Я неоднозначен в разных ситуациях. В первой ситуации значимость эмоциональных и интеллектуальных качеств усиливает психологическую травматичность ситуации, во второй – позволяет сохранить самооценку, а в третьей – иллюзию благополучия.

В группе инвалидов, больных бронхиальной астмой, негативное Я отрицательно коррелирует со значимостью переживания здоровья (-0,495), представления о том, что здоровье дает возможность наслаждаться жизнью (0,472), с внутриличностным конфликтом (-0,472), поиском социальной поддержки (-0,595), планированием решений (-0,488), ориентацией на активный отдых (-0,522), с социальным Я (-0,634) и положительно коррелирует с независимостью в семье (0,518), с физическим (0,652) и субъективным Я (0,522).

Таким образом, склонность к негативному оцениванию себя снижает значи-

мость здоровья и стратегии преодоления, вместе с тем повышает значимость семейных отношений. В семейных отношениях стимулируются две противоположные стратегии: сплоченность и независимость. Склонность к негативным самоописаниям снижает социальное и повышает физическое Я. Можно сделать вывод, что негативные самооценки – это механизм адаптации к роли больного, в рамках которой наиболее значимыми становятся отношения с семьей, где больной занимает роль опекаемого.

Возможно, что негативные самоописания во всех группах имеют адаптационный характер, снижающий страх перед болезнью.

В группе больных – инвалидов по бронхиальной астме идентификация с больным отрицательно коррелирует с представлением, что быть здоровым – это не болеть (-0,478), быть нужным (-0,542), что если человек здоров, то он может все (-0,721), что на здоровье нет времени (-0,542), что неудобно хотеть быть здоровым (-0,542), с внутренним конфликтом (-0,672), поиском социальной поддержки (-0,732) и положительно коррелирует с выражением конфликтных чувств (0,534) и с чувством независимости в семье (0,550), а также с качеством жизни в психической сфере (0,477), окружающей среде (0,529), физической сфере (0,627), негативным Я (0,598).

Таким образом, идентификация себя с больным у инвалидов по бронхиальной астме снижает ценность здоровья, негативное отношение к себе и поиск помощи извне, при этом повышая негативные самоописания, качество жизни и укрепляя свое положение в семье. Это парадоксальное сочетание, на наш взгляд, характеризует наличие новой идентичности в качестве зависимого человека.

К характерным особенностям идентичности больных бронхиальной астмой, имеющих инвалидность 2-й степени, следует отнести то, что прежние социальные роли перестают быть актуальными для личности. Это можно рассматривать как последовательный процесс трансформации идентичности больного при переходе от первой ситуации ко второй и от второй к третьей, который заключается в утрате прежних форм идентификации. По-видимому, возникает аналогия между социальным Я и возможностью воспринимать себя здоровым человеком. Значимость социального Я в структуре идентичности больных заболеваниями легких играет роль предупреждения трансфор-

мации идентичности, а уменьшение доли социального Я в структуре идентичности больных показывает, что они перестают сопротивляться формированию новой идентичности, которая предполагает утрату прежних форм взаимоотношений с обществом.

С одной стороны, выраженность физического Я в группе инвалидов снижает значимость здоровья как самостоятельной ценности, а с другой, становится опорой адаптивности и семейных отношений. Идентификация себя со своим физическим Я играет роль стратегии преодоления, в которой озвучивание проблем позволяет принять новый социальный статус и сформировать новую социальную идентичность при опоре на сплоченность семьи.

### Заключение

Увеличение доли физического Я в структуре идентичности больных заболеваниями легких в зависимости от ситуации болезни является основой трансформации личности. В первой ситуации – ситуации острого заболевания – это порождает растерянность, во второй ситуации – ситуации хронического заболевания – формирует идентификацию себя в качестве больного человека, а в третьей ситуации – ситуации инвалидизации – становится стратегией преодоления и утверждения себя в новой идентичности инвалида.

Можно увидеть, что восприятие себя активным человеком во всех группах создает дополнительные ресурсы сохранения идентичности здорового человека. В первой ситуации болезни этот ресурс сохраняет самоотношение, во второй ситуации – ощущение контроля над происходящим, а в третьей ситуации – возможность принятия себя в имеющихся обстоятельствах. Снижение активности с утяжелением болезни свидетельствует о снижении актуальности этой возможности.

Адаптационный смысл рефлексивного Я неоднозначен в разных ситуациях. В первой – значимость эмоциональных и интеллектуальных качеств усиливает травматичность ситуации, во второй – позволяет сохранить самооценку, а в третьей – позволяет сохранить иллюзию благополучия.

Негативные самоописания, по всей видимости, являются механизмом адаптации к роли больного, в рамках которого наиболее значимыми становятся отношения с семьей. Возможно, что негативные самоописания во всех группах снижают страх перед необходимостью соответствовать роли больного.

Изучение процесса идентификации себя со здоровым и/или больным человеком и особенностей этого процесса в различных ситуациях болезни может существенно дополнить изучение внутренней картины болезни.

### Список литературы

1. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Динамика психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших жизнеопасные состояния // Вестник психотерапии. 2013. №48 (53). С. 16-27.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
3. Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1983. 23 с.
4. Орлова М.М., Орлов В.Н., Гладышев Ю.М., Кириллов С.М., Ямчук Ю.М. Способ самооценки качества жизни больными бронхиальной астмой // Вопросы клинической и профилактической медицины. Саратов: СМИ, 1993. С. 31-32.
5. Орлова М.М., Орлов Д.В. Психологические особенности больных бронхиальной астмой // Социальная психология XXI века. Саратов: СГУ, 2005. С. 103-105.
6. Орлова М.М., Салатова М.С. Особенности самознания больных бронхиальной астмой // Психология и жизнь. – Вып. Саратов, 1996. С. 135.
7. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование стратегий стресс-преодолевающего поведения при хронических неспецифических заболеваниях легких / [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 04.09.2012).
8. Чуйкина М.А., Грачева Е.П., Козарь С.Г. Личностные особенности больных бронхиальной астмой // Сборник материалов I Международной науч.-практ. конференции «Актуальные проблемы альтернативной и социальной педагогики, клинической психологии, психиатрии: традиции и перспективы междисциплинарного взаимодействия» (24-25 июня 2011). Владимир, 2011. С. 248-252.

### References

1. Alyohin A.N., Trifonova E.A., Chernoray A.V. Dinamika psihicheskoj adaptacii k zabolevaniju pacientov s ishemicheskoj bolezn'ju serdca, perenessih zhizneopasnye sostojanija [Dynamics of psychological adaptation to the disease of patients with ischemic heart disease, who had lived through an alarm condition]. Vestnik psihoterapii [Newsletter of psychotherapy]. 2013. no. 48 (53). pp. 16-27.

2. Broytigam V., Christian P., Rad M. Psihosomaticheskaja medicina: Kratk. uchebn [Psychosomatic medicine: Short course book]. Moscow: GEOTAR MEDICINE, 1999. 376 p.

3. Orlova M.M. Usloviya formirovanija izmenenij lichnosti bol'nyh zabolevanijami legkih: Avtoref. dis. kand. psihol. nauk [Conditions formation of changes identity of patients with diseases of lungs: author's abstract]. Moscow, 1983. 23 p.

4. Orlova M.M., Orlov V.N., Gladkishev Y.M., Kirillov S.M., Yamchuk Y.M. Sposob samoocenki kachestva zhizni bol'nymi bronhial'noj astmoj [Method of self-concept qualities life of patients with bronchial asthma] // Voprosy klinicheskoy i profilakticheskoy mediciny [Questions of clinical and preventive medicine]. Saratov: SMI, 1993. pp. 31-23.

5. Orlova M.M., Orlov D.V. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh bronhial'noj astmoj [Psychological method of patients with bronchial asthma]. Social'naja psihologija XXI veka [Social psychology of the XXI century]. Saratov. SSU. 2005. pp. 103-105.

6. Orlova M.M. Salatova M.S. Osobennosti samosoznaniya bol'nyh bronhial'noj astmoj [Method of a self-appraisal sick bronchial asthma]. Psihologija i zhizn' [Psychology and life]. Issue 2. 1996. P. 135.

7. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. Issledovanie strategij stress-preodolevajushhego povedenija pri hronicheskikh nespecificeskikh zabolevanijah legkih [Investigation of strategies of stress-covering behavior in the presence of inveterate heterospecific lung diseases] [Online resource]. Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn [Medicopsychology in Russia: online scientific review]. 2011. no. 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (date of address: 04.09.2012).

8. Chuykina M.A., Gracheva E.P., Kozar S.G. Lichnostnye osobennosti bol'nyh bronhial'noj astmoj [Individual characteristics of patients with bronchial asthma]. Sbornik materialov I Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Aktual'nye problemy al'ternativnoj i social'noj pedagogiki, klinicheskoy psihologii, psihiatrii: tradicii i perspektivy mezhdisciplinarnogo vzaimodejstvija» 24-25 ijunja 2011 [Collected materials of I International scientific-practical conference «Actual problems of alternative and social pedagogics, clinical psychology, psychiatry, traditions and interdisciplinary impact» 24-25 June 2011]. Vladimir. 2011. pp. 248-252.

### Рецензенты:

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

Понукалина О.В., д.соц.н., профессор, зав. кафедрой экономической социологии, рекламы и связей с общественностью ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный социально-экономический университет», г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 10.06.2014.